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

JFHOD

JFHOD.COM

LIVRE DES RÉSUMÉS

19-22 MARS - 2026 -

Pays invité
LA ROUMANIE

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

L'intelligence artificielle

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

FMC HGE

ACHBT · AFEF · CHDH · FFCD · GERCOR · GETAID · GFNG · FSD · SFED · SFN Société Française de Nutrition · SFNCM · SFP · SIAD · SNFCP · unicancer

Sommaire

RÉSUMÉS DU **JEUDI 19** MARS

Communications orales : CO.001 à CO.024 Page **3**
Communications orales en plénière : CO.025 à CO.029 Page **21**
Communications orales : CO.030 à CO.038 Page **26**

RÉSUMÉS DU **VENDREDI 20** MARS

Communications orales : CO.039 à CO.062 Page **35**
Communications orales en plénière : CO.063 à CO.066 Page **54**
Communications orales : CO.067 à CO.106 Page **57**

RÉSUMÉS DU **SAMEDI 21** MARS

Communications orales : CO.107 à CO.122 Page **89**
Communications orales en plénière : CO.123 à CO.127 Page **102**
Communications orales : CO.128 à CO.151 Page **106**

RÉSUMÉS DU **DIMANCHE 22** MARS

Communications orales en plénière : CO.152 à CO.157 Page **127**
Vidéo-session : V.001 à V.007 Page **132**

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

Meilleurs posters : P.001 à P.080 Page **138**
Posters : P.081 à P.399 Page **197**

INDEX DES **AUTEURS**

Page **398**

JFHOD

JFHOD.COM

Jeudi

19 MARS

C.001

Impact des perchlorates issus des munitions de la Première Guerre mondiale sur la maladie de Crohn : étude expérimentale chez le rat

J. Gay-Quéheillard [1], M. Michalak [1], A. Corona [1], V. Bach [1], M. Fumery [1]
(1) Amiens.

Introduction : Les activités humaines libèrent des xénobiotiques dont les effets à long terme sur la santé restent mal connus. Notre étude explore un lien de causalité entre la maladie de Crohn (MC) et la pollution par les perchlorates (PC, ClO_4-), issus des munitions de la Première Guerre mondiale (PGM) enfouies dans les sols. Cette hypothèse repose sur une corrélation géographique entre des foyers épidémiques de MC et d'anciens champs de bataille, ainsi que sur la toxicité des composés chimiques des munitions, qui s'érodent progressivement. Aucune étude n'a encore évalué le lien entre une exposition chronique aux PC et la MC. Selon le registre EPIMAD, la prévalence des MICI pourrait atteindre 0,65 % en 2035. Une analyse du PMSI a identifié 16 clusters de sur-prévalence de MC, principalement dans le Nord de la France. En 2022, des polluants typiques de la PGM, dont les PC (> 100 ng/l), ont été détectés dans l'eau du robinet de plusieurs villes des Hauts-de-France. Cette étude examine le lien potentiel entre l'héritage toxique de la PGM et la survenue de la MC, en utilisant un modèle expérimental de colite induite par le TNBS chez le rat.

Matériels et Méthodes : Des rats mâles et femelles (2 mois) ont été répartis en 4 groupes (contrôles, PC, TNBS, TNBS/PC ; 12 rats/groupe). Ils ont été exposés au perchlorate de sodium (2 mg/l) dans l'eau de boisson pendant 12 semaines avant l'induction d'une colite expérimentale par le TNBS (10 mg/kg). Trois jours après l'induction, les animaux ont été euthanasiés pour des prélèvements sanguins et coliques. Des analyses histologiques, des dosages sanguins et tissulaires ont été réalisés.

Résultats : Les résultats montrent une altération de la perméabilité intestinale dans les groupes TNBS et TNBS+PC, marquée par une augmentation de l'albumine d'œuf plasmatique, surtout chez les femelles, suggérant un effet additif des PC en contexte inflammatoire. L'analyse histologique révèle un épaississement des couches muqueuse et sous-muqueuse dans les groupes TNBS, partiellement atténué par les PC, indiquant une modulation de l'infiltration inflammatoire. L'expression de ZO-1 est significativement réduite dans les groupes TNBS, confirmant une altération de la barrière épithéliale, tandis que l'occludine reste stable. Les marqueurs inflammatoires montrent une augmentation de l'IL-1β dans les groupes TNBS+PC femelles, sans modification notable du TNF-α ou de l'IL-6. Enfin, l'activité de la myéloperoxydase (MPO) et le taux de neutrophiles sont élevés dans les groupes TNBS, avec une tendance à la baisse en présence de PC, suggérant une modulation de la réponse immunitaire innée.

Discussion : Les données obtenues indiquent que les PC ne sont pas un facteur déclencheur direct de l'inflammation colique, mais modulent la réponse inflammatoire dans un contexte de fragilité intestinale induite par le TNBS. L'augmentation de la perméabilité intestinale et la diminution de ZO-1 dans les groupes TNBS+PC, associée à une réduction partielle de l'épaississement tissulaire et de l'activité MPO, suggèrent une altération de la dynamique inflammatoire. L'augmentation sélective de l'IL-1β chez les femelles co-exposées, sans modification du TNF-α ou de l'IL-6, évoque une activation ciblée de voies pro-inflammatoires, possiblement liée à une sensibilisation accrue des récepteurs TLR2. Ces observations soulèvent l'hypothèse d'un effet différentiel selon le sexe et d'une perturbation des mécanismes de résolution de l'inflammation.

Conclusion : Cette étude met en évidence un rôle modulateur des PC sur la perméabilité intestinale et l'inflammation colique, sans effet pro-inflammatoire isolé. Les PC semblent perturber la cinétique de la réponse inflammatoire, notamment chez les femelles, en agissant sur des cibles spécifiques comme ZO-1 et TLR2. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les facteurs environnementaux dans la physiopathologie des MICI et ouvrent des perspectives pour explorer leur impact sur la dysbiose et les voies de signalisation immunitaire.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions le financement CPER MOSOPS (Contrat Plan Etat Région), la Région Hauts-de-France et l'Alliance A2U pour le financement de ce projet.

C.002

La localisation de la maladie de Crohn est-elle stable au cours du temps ? Résultats d'une étude en population générale

M. Fumery [1], A. Leroyer [2], D. Ley [2], C. Dupont-Lucas [3], V. Bertrand [4], N. Guillon [2], C. Gower-Rousseau [5], N. Richard [6], T. Paupard [7], H. Coevoet [8], P. Wils [2], H. Sarter [2], G. Savoye [6]

(1) Amiens ; (2) Lille ; (3) Caen ; (4) Le Havre ; (5) Reims ; (6) Rouen ; (7) Dunkerque ; (8) Arras.

Introduction : Il est communément admis que la localisation de la maladie de Crohn (MC) est stable au cours du temps lorsqu'elle est évaluée selon la classification de Montréal. L'objectif de cette étude était d'évaluer dans une large étude en population générale, le risque d'extension de la localisation selon la classification de Montréal et par segments.

Patients et Méthodes : Tous les patients avec un diagnostic de MC avant l'âge de 17 ans entre 1988 et 2011 issus d'un registre prospectif en population générale et ayant bénéficié d'au moins deux coloscopies, ont été évalués rétrospectivement jusqu'en 2013. La probabilité cumulée d'extension à 5 ans était ensuite estimée (i) individuellement selon la classification de Montréal (L1, L2 et L3) (ii) puis par segments coliques. Les patients étaient censurés en cas de chirurgie colique. L'impact pronostique de l'extension colorectale était évalué après appariement sur le score de propension incluant le sexe, l'âge, la durée de suivi, la période de diagnostic, la localisation au diagnostic et la présence de lésions anopérinéales.

Résultats : Parmi les 1007 patients avec un diagnostic de MC, 707 ont bénéficié d'au moins 2 coloscopies (médiane de suivi de 10,2 ans [IQR, 5,7-15,3]). Les localisations iléales (L1), coliques (L2) et iléocoliques (L3), selon la classification de Montréal, étaient respectivement de 16%, 26% et 58% au diagnostic. A 5 ans, ces mêmes proportions étaient respectivement de 12%, 20% et 68%. Parmi les patients avec une maladie iléale (L1) ou colique (L2) au diagnostic, le risque d'extension vers une localisation iléocolique (L3) à 5 ans était de 29% (IC95% [23%-35%]) (L1 vers L3 : 16% [8%-24%] et L2 vers L3 : 38% [29%-45%]). A 5 ans, la probabilité cumulée d'extension à au moins un segment colique supplémentaire était de 32% [27%-36%], au rectum de 20% [15%-24%], et vers une pancolite de 17% [13%-20%]. L'extension au rectum (n=118/399) n'était pas significativement associée à un surrisque de développer des lésions anopérinéales (HR = 2,0 IC95% [0,4-10,9]). L'extension vers une pancolite (n=131/524) n'était pas associée à un surrisque de colectomie (HR = 0,5 IC95% [0,1-5,5]).

Conclusion : Dans cette cohorte en population générale de patients atteints de MC diagnostiquée en âge pédiatrique, une extension de la maladie selon la classification de Montréal était observée chez près d'un patient sur trois à 5 ans. Un tiers des patients présente une extension d'au moins un segment colique, 1/5 une extension au rectum et 1/6 vers une pancolite.

C.003

Facteurs associés à un phénotype compliqué ou à un retard diagnostique dans la maladie de Crohn : cohorte prospective multicentrique française de patients récemment diagnostiqués

C. Souaid [1], M. Flamant [2], A. Bozon [3], S. Nancey [4], B. Caron [5], P. Blanc [3], A. Buisson [6], N. Richard [7], M. Barrau [8], P. Faure [9], M. Nachury [10], M. Allez [11], M. Fumery [12], N. Mathieu [13], V. Clairet [14], M. Charkaoui [15], L. Caillo [16], D. Laharie [17], M. Uzzan [18], I. Etienney [11], C. Locher [19], L. Guillo [20], C. Reenaers [21], A. Nuzzo [22], M. Vidon [18], C. Gouynou [4], J. Kirchgesner [11], S. Viennot [11], A.L. Pelletier [11], C. Liefferinckx [23], G. Le Gall [11], T. Paupard [24], M. Cavicchi [25], N. Fathallah [11], S. Nahon [1]

(1) Montfermeil ; (2) Nantes ; (3) Montpellier ; (4) Lyon ; (5) Nancy ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Rouen ; (8) Saint-Étienne ; (9) Toulouse ; (10) Lille ; (11) Paris ; (12) Amiens ; (13) Échirolles ; (14) Besançon ; (15) Dijon ; (16) Nîmes ; (17) Bordeaux ; (18) Créteil ; (19) Meaux ; (20) Marseille ; (21) Liège, BELGIQUE ; (22) Clichy ; (23) Bruxelles, BELGIQUE ; (24) Dunkerque ; (25) Charenton-le-Pont.

Introduction : Malgré l'amélioration des méthodes diagnostiques de la maladie de Crohn (MC), environ un tiers des patients présente une forme compliquée de sténose (phénotype B2 de Montréal) ou de fistule (B3) au diagnostic. Un retard diagnostique influencé par des symptômes non spécifiques ou à des facteurs socio-démographiques et économiques pourrait en être la cause (1). L'étude FAST a pour objectif d'identifier ces facteurs associés à un diagnostic tardif ou à une forme compliquée de MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle prospective multicentrique en France et en Belgique d'avril 2024 à septembre 2025 dans des centres hospitaliers universitaires, généraux et des cabinets libéraux. Cette étude a inclus des adultes âgés de ≥18 ans, avec un diagnostic de maladie de Crohn établi depuis moins de 12 mois. Chaque patient et son gastro-entérologue référent ont complété deux questionnaires recueillant les données cliniques, socio-démographiques et celles liées au système et au parcours de soins. Un diagnostic tardif était défini par un délai, entre les premiers symptomes et le diagnostic, supérieur à 12 mois. Le score EPICES, évaluant la précarité socio-économique, a été calculé pour chaque patient (un score > 31 définit une précarité).

Nous avons comparé, en analyse univariée, les groupes des patients présentant un phénotype inflammatoire (B1) à ceux présentant un phénotype B2/B3. Nous présentons ici les résultats intermédiaires. L'analyse multivariée finale sera réalisée après le recueil définitif des données de l'ensemble des patients inclus ainsi que la comparaison entre un délai diagnostique tardif et un délai plus précoce.

Résultats : Sept cent vingt-six patients ont été inclus. Nous présentons ici les résultats des 316 premiers patients dont 49% était de sexe féminin. L'âge médian au diagnostic était de 30 ans [23-43], compris entre 17 et 40 ans dans 73 % des cas et supérieur à 40 ans dans 27 % des cas. Les localisations étaient iléales (L1) dans 48 % des cas, coliques (L2) dans 18 % des cas et ileo-coliques (L3) dans 34 % des cas. Les phénotypes au diagnostic étaient inflammatoires (B1) dans 63 % des cas et compliqués (B2/B3) dans 37 %. Près d'un quart des patients (24%) avaient un délai diagnostique supérieur à 12 mois. Cinquante-trois pour cent des patients exerçaient une activité professionnelle, 24% étaient étudiants, 13% chômeurs, 6,7% retraités et 4% en arrêt maladie. Selon le score EPICES, 66% des patients présentaient un score >31. Cinquante quatre pour cent avaient été hospitalisés avant le diagnostic établi de la maladie de Crohn. Les formes compliquées (B2/B3) concernaient plus fréquemment les hommes (61 % *vs* 46 %, p=0,010), les localisations iléales (58 % *vs* 42 %, p=0,010) et une hospitalisation avant le diagnostic (71 % *vs* 44 %, p<0,001). À l'inverse, les caractéristiques suivantes étaient plus souvent observées chez les patients présentant un phénotype B1 *vs* B2/B3 : le

sexe féminin (54% *vs* 39%, p=0,010), les patients avec enfants (46 % *vs* 33 %, p=0,033), un antécédent familial de MICI (27 % *vs* 16 %, p=0,037), la présence d'une diarrhée (42% *vs* 12%), un diagnostic initial erroné (44 % *vs* 32 %, p=0,030) et plus de trois consultations chez un médecin généraliste avant l'orientation vers un spécialiste (45 % *vs* 24 %, p<0,001). Aucune différence significative n'était observée pour le score de précarité EPICES entre les groupes B2/B3 27 (22, 38) et le groupe B1 24 (15, 36) (p=0,13) ou pour un délai diagnostique >12 mois (p=0,9).

Conclusion : Selon l'analyse intermédiaire de l'étude FAST les maladies de Crohn compliquées au diagnostic étaient plus souvent observées chez les hommes, associées à une atteinte iléale et à une hospitalisation préalable, tandis que les formes non compliquées étaient plus fréquentes chez les femmes et se caractérisaient par une errance diagnostique plus marquée et à une consultation préalable plus fréquente chez un médecin généraliste. Le délai diagnostique ne semblait pas lié à la précarité socio-économique. Ces premiers résultats suggèrent que les formes inflammatoires pourraient être, pour une part d'entre elles, confondues avec un syndrome de l'intestin irritable avec diarrhée.

Remerciements, financements, autres :
- Tous les co-auteurs
- Mira Raad, Justine Pollet, Meriem Zaidi, Charlotte Mailhat et Amélie Guillemot du GETAID
- Le Laboratoire Viatris

C.004

Evolution du handicap fonctionnel dans les deux premières années suivant le diagnostic d'une maladie de Crohn : résultats issus de la cohorte multicentrique de patients nouvellement diagnostiqués CROCO

A. Buisson [(1)], M. Nachury [(2)], M. Fumery [(3)], S. Vieujean [(4)]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Lille ; (3) Amiens ; (4) Liège, BELGIQUE.

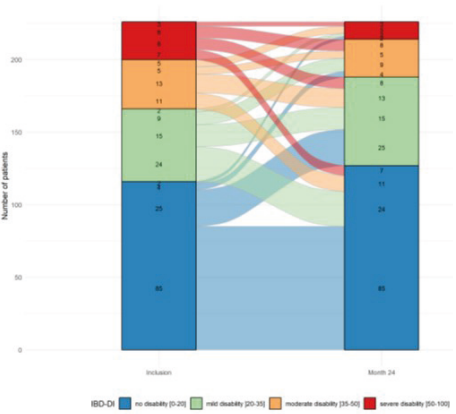
Introduction : La maladie de Crohn (MC) entraîne souvent des lésions intestinales progressives et un handicap. Le handicap fonctionnel a été proposé comme critère d'évaluation des essais thérapeutique visant à modifier l'évolution de la maladie par le consensus SPIRIT-IOIBD, bien que les données sur l'évolution de l'indice de handicap fonctionnel des MICI (IBD-Disability Index ou IBD-DI) au fil du temps restent limitées. L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution du handicap fonctionnel via l'IBD-DI au cours des 2 premières années suivant le diagnostic et de rechercher les facteurs qui y sont associés.

Patients et Méthodes : La cohorte de la maladie de Crohn (CROCO) est une étude prospective académique multicentrique (19 centres) internationale, dont les inclusions sont terminées mais le suivi est en cours, menée auprès de patients atteints de MC nouvellement diagnostiqués (dans les 12 mois suivant le diagnostic), évaluant l'évolution de la destruction intestinale et du handicap fonctionnel. Le handicap fonctionnel a été mesuré à l'aide de l'indice validé dans les MICI (IBD-DI), qui comprend 14 questions avec un score de 0 à 100 couvrant les domaines suivants : santé, sommeil et énergie, bien-être émotionnel, image corporelle, douleur, défécation, activités interpersonnelles et travail/éducation. L'IBD-DI a été classé comme suit : absence de handicap (0 à 20), handicap léger (21 à 35), handicap modéré (36 à 50) et handicap sévère (51 à 100). Nous avons examiné l'évolution du score MICI-DI entre l'inclusion et la deuxième année de suivi.

Résultats : Parmi les 539 patients recrutés, 226 disposaient de données complètes pour l'IBD-DI à l'inclusion, 12 et 24 mois. La cohorte était composée à 62 % d'hommes, avec un âge médian au diagnostic de 34,3 ans [24,8-47,8]. Le délai médian entre l'apparition des symptômes et le diagnostic était de 7,0 mois [2,1-19,3], avec une durée de la maladie de 5 mois [2,5-8,8] à l'inclusion.

Le tableau 1 résume les catégories de handicap fonctionnel à l'inclusion, à la première et à la deuxième année.

Entre l'inclusion et la deuxième année, l'invalidité a diminué chez 31 % des patients, est restée stable chez 48 % et a augmenté chez 21 % (Figure 1).



L'évolution de l'IBD-DI était significativement associée au sexe (p = 0,003) et aux symptômes (indice de Harvey-Bradshaw) à l'inclusion (p < 0,001), mais pas aux manifestations extra-intestinales (MEI), aux traitements ou aux antécédents chirurgicaux. Parmi les patients ayant subi une résection intestinale au cours de la première année suivant le diagnostic, l'IBD-DI a diminué de 33 %, est restée inchangée de 44 % et n'a augmenté que de 22 % entre l'inclusion et l'année 2 (p = 0,92). L'instauration d'une thérapie avancée dans l'année suivant le diagnostic n'a pas eu d'impact sur l'évolution de l'IBD-DI entre l'inclusion et l'année 2 (p = 0,63).

Conclusion : Nos résultats montrent l'évolution du handicap chez les patients nouvellement diagnostiqués de MC, soulignant que le handicap fonctionnel peut évoluer chez plus de la moitié des patients au cours des deux premières années suivant le diagnostic. Si le handicap s'est amélioré chez près d'un tiers des patients, un quart des patients présentent encore un handicap modéré à sévère après 24 mois.

C.005

Association entre mode de vie et l'activité de la maladie et son handicap fonctionnel des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : une étude transversale multicentrique

G. Pasi [1], P. Seksik [2], A. Meyer [3], M. Nachury [4], S. Nancey [5], G. Savoye [6], M. Allez [2], R. Altwegg [7], A. Benezech [8], D. Laharie [9], M. Serrero [10], D. Franchimont [11], N. Mathieu [12], M. Fumery [13], L. Vuitton [14], S. Nahon [15], C. Gilletta de Saint-Joseph [16], C. Rouillon [17], A. Nuzzo [18], A. Bourreille [1], B. Caron [19], A. Buisson [20], M. Amil [21], M. Charkaoui [22], Q. Laurent-Badr [23], L. Caillo [24], M. Simon [2], C. Reenaers [25], X. Hébuterne [26], L. Plastaras [27], C. Atanasiu [2], C. Stefanescu [28], M. Uzzan [29], A. Benezech [8], A. Amiot [3]

(1) Nantes ; (2) Paris ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Lille ; (5) Lyon ; (6) Rouen ; (7) Montpellier ; (8) Avignon ; (9) Bordeaux ; (10) Marseille ; (11) Bruxelles, BELGIQUE ; (12) Échirolles ; (13) Amiens ; (14) Besançon ; (15) Montfermeil ; (16) Toulouse ; (17) Caen ; (18) Clichy ; (19) Nancy ; (20) Clermont-Ferrand ; (21) La Roche-sur-Yon ; (22) Dijon ; (23) Reims ; (24) Nîmes ; (25) Liège, BELGIQUE ; (26) Nice ; (27) Colmar ; (28) Neuilly-sur-Seine ; (29) Créteil.

Introduction : De nombreux facteurs liés au mode de vie sont associés à l'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), en particulier dans la maladie de Crohn. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'association entre le mode de vie des patients atteints de MICI, l'activité de la maladie et le handicap fonctionnel qui en résulte.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a été réalisée dans 40 centres hospitaliers (en France et en Belgique) auprès de patients atteints de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique ou colite indéterminée (RCH/CI). Les données ont été collectées sur 2 semaines consécutives entre avril et mai 2023, à partir d'un questionnaire afin de recueillir des données démographiques, les caractéristiques de la MICI et de ses traitements, une évaluation de l'activité clinique et du handicap fonctionnel des MICI. Le mode de vie sain a été évalué à partir de 6 facteurs : absence de tabagisme, faible consommation d'alcool, bonne qualité du sommeil (sous-score de l'IBD-disk du sommeil ≥5), activité physique régulière (activité physique hebdomadaire ≥150 minutes d'activité modérée et/ou ≥75 minutes d'activité vigoureuse), indice de masse corporel normal et alimentation saine. Les patients ont été classés en trois catégories de santé du mode de vie : non sain (0 à 2 facteurs), intermédiaire (3 facteurs) et sain (4 à 6 facteurs). L'activité de la maladie a été évaluée via les PRO-2 et le handicap fonctionnel à l'aide du questionnaire IBD-disk. L'absence de handicap fonctionnel était définie par un score global de l'IBD-disk <40. Les analyses multivariées ont été ajustées sur le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, l'âge au diagnostic et le statut matrimonial.

Résultats : Au total, 2514 patients (1715 MC et 799 RCH/CI jamais opérés) dont 52% de femmes et d'âge médian de 42,4 (30-53) ans ont été inclus. Concernant les facteurs de mode de vie sain, 48,0% n'avaient jamais fumé, 54,9% avaient un BMI normal (18,5-25,0 kg/m²), 54,6% avaient une bonne qualité de sommeil, 31,7% une activité physique régulière, 13,1% un régime alimentaire sain et 92,8% une faible consommation d'alcool. Au total, le mode de vie étaient classés comme non sain dans 37,0% des cas, comme intermédiaire dans 31,0% des cas et comme sain dans 31,9%. Une rémission clinique selon les PRO-2 (Selles liquides ≤3 par jour et douleurs abdominales au maximum légère pour la MC et Sous-score de la Mayo Clinic de fréquence des selles et de saignement rectal de 0) était observée chez 63,6% des patients atteints de maladie de Crohn (62,9% selon une évaluation subjective des patients : Oui ou non) et 41,2% des patients atteints de RCH/CI (65,8% selon une évaluation subjective des patients).

En analyse multivariée, chez les patients atteints de maladie de Crohn, le caractère sain du mode de vie était associé à

un taux plus élevé de rémission clinique pour un niveau intermédiaire (ORa 1,82 [1,46-2,32]) et un niveau sain (2,92 [2,22-3,84], comparé à un niveau non sain) et à une absence de handicap fonctionnel pour un niveau intermédiaire (ORa 2,89 [2,263,69]) et pour un niveau sain (ORa 9,48 [6,81-13,2]). En analyse multivariée, chez les patients atteints de RCH/CI, le caractère sain du mode de vie était associé à un taux plus élevé de rémission clinique pour un niveau sain (ORa 2,05 [1,42-2,95], comparé à un niveau non sain) et à une absence de handicap fonctionnel pour un niveau intermédiaire (ORa 1,70 [1.14-2.56]) pour un niveau sain (ORa 7,25 [4,56-11,51).

Conclusion : Dans cette cohorte de patients atteints de MICI, un mode de vie sain était associé à un taux plus élevé de rémission clinique et d'absence de handicap fonctionnel, pour la MC et la RCH/CI. En attendant des études prospectives, ces données suggèrent d'encourager l'acquisition d'un mode de vie sain chez ces patients.

Remerciements, financements, autres :
Le GETAID et Fresenius Kabi pour le soutien à cette étude

C.006

L'échographie intestinale pour la surveillance dans les maladies inflammatoires intestinales chroniques : une approche écHologique

C. Yzet [1], L. Vuitton [2], F. Brazier [1], C. Ho [1], M. Diouf [1], M. Pioche [3], M. Fumery [1]
(1) Amiens ; (2) Besançon ; (3) Lyon.

Introduction : Le système de soins français représente plus de 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. Ce constat justifie la limitation des interventions médicales les plus émettrices de CO2. L'impact environnemental des stratégies de surveillance des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) est méconnu. Des travaux antérieurs ont montré une forte corrélation entre l'évaluation endoscopique et l'évaluation échographique couplée aux données cliniques. L'objectif de notre étude était d'évaluer le bénéfice environnemental d'un modèle de stratégie de surveillance fondé sur l'échographie, en intégrant dans ce modèle les performances de cet examen.

Patients et Méthodes : Tous les patients atteints de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique (RCH) dans une cohorte prospective qui avaient une endoscopie et une échographie intestinale (dans les ≤ 4 semaines) pour contrôler la rémission de leur MICI entre septembre 2019 et septembre 2023 ont été inclus. Nous avons évalué le bénéfice environnemental lié à la réduction du nombre de coloscopies chez les patients présentant une double rémission, clinique (Harvey-Bradshaw Index < 4 pour la maladie de Crohn et UCDAI < 2 pour la rectocolite hémorragique) et échographique (épaisseur pariétale < 3 mm et absence de signal Doppler). L'empreinte carbone de la coloscopie (prenant en compte les coûts de transport) en France a été estimé à 28,4 KgCO2. L'empreinte carbone d'une échographie a été estimée dans la littérature à 1 KgCO2 mais ne prend pas en compte le transport du patient jusqu'à l'hôpital. L'empreinte carbone du transport lié à l'échographie a été évalué pour chaque patient à partir de son adresse de résidence. Parmi les patients chez qui il y avait une discordance entre la clinique et le résultat de l'échographie, l'empreinte carbone a été majorée en ajoutant au coût de l'échographie, le coût d'une coloscopie.

Résultats : 179 patients MICI ont été inclus dans cette étude dont 49% avaient une MC. L'âge médian était de 40 ans (IQR 32-54) et 51% étaient des femmes. En prenant en compte le transport des patients, le coût carbone moyen d'une échographie était de 15,7 Kg CO2 (IQR 7-36) significativement moins important que celui de la coloscopie. La discordance entre les symptômes et les résultats de l'échographie dans notre cohorte a été estimée à 40,2%. Par conséquent une coloscopie aurait pu être évitée chez 59,8% des patients (72/179). Le bénéfice de la stratégie d'une surveillance échographique permettrait d'économiser 13 kg CO□ par patient, soit 1300 kg CO2 pour 100 patients équivalent à 5974 km en voiture.

Conclusion : La surveillance échographique permet d'éviter 60% des coloscopies et réduire l'empreinte carbone d'environ 1,3 tonne de CO□ pour 100 patients, soit une économie moyenne de 13 kg de CO□ par patient. L'ajout de la calprotectine fécale pourrait affiner la sélection des patients et diminuer encore le recours à la coloscopie. L'évaluation de son coût carbone est actuellement en cours.

C.007

Evaluation d'un outil d'intelligence artificielle pour l'évaluation de la propreté intestinale en vidéocapsule dans la maladie de Crohn

R. Rouveyre [1], C. Le Berre [1], R. Leenhardt [2], M. Collins [1], A. de Maissin [3], M. Flamant [1], C. Trang-Poisson [1], N. Dib [4], A. Histace [5], T. Soude [1], X. Dray [2], A. Bourreille [1]

(1) Nantes ; (2) Paris ; (3) La Roche-sur-Yon ; (4) Angers ; (5) Cergy.

Introduction : L'évaluation de la propreté intestinale en endoscopie capsulaire est recommandée par la société européenne de gastro-entérologie pour la validation de l'examen. Cependant, une évaluation fiable de la propreté intestinale reste complexe. Le score KODA offre une évaluation fiable, mais il est chronophage et peu pratique en pratique courante. L'objectif de cette étude était de comparer les performances d'un outil basé sur l'intelligence artificielle (AXAROlite®, Augmented Endoscopy) au score KODA pour évaluer la propreté intestinale chez les patients atteints de MC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse post-hoc d'un essai contrôlé randomisé multicentrique (NCT05117996) incluant 142 patients atteints de MC ayant eu une video-capsule du grêle après une préparation standard à base de PEG ou une préparation simplifiée. La propreté de toutes les vidéos a été évaluée à l'aide du score KODA par des lecteurs formés. Ces mêmes vidéos ont été analysées à l'aide de l'outil AXAROlite® basé sur l'IA. La corrélation, la concordance et les performances diagnostiques d'AXAROlite® ont été comparées au score KODA. Les facteurs cliniques influençant la propreté évaluée par l'IA ont également été étudiés.

Résultats : AXAROlite® et le score de KODA ont montré une forte corrélation pour l'intestin grêle entier (ρ = 0,61 ; $p < 0,001$) et pour chacun des quartiles. AXAROlite® a démontré une excellente précision diagnostique pour détecter une propreté adéquate définie par un score de KODA > 2,25 (AUROC = 0,85, IC à 95 % 0,79–0,92), avec un seuil optimal de 72 % d'images propres (sensibilité 86 %, spécificité 72 %). La propreté moyenne diminuait progressivement de la partie proximale à la partie distale de l'intestin grêle avec les deux méthodes (p = 0,001). Le score AXROlite® était indépendamment diminué chez les patients ayant une maladie active clinique et/ou biologique et un transit intestinal plus long. Le type de préparation reçue par les patients influençait de façon similaire la propreté intestinale mesurée par les deux méthodes.

Conclusion : Dans cette étude, AXAROlite® permettait une évaluation rapide, entièrement automatisée et précise de la propreté de l'intestin grêle chez les patients atteints de MC, comparable au score KODA. Le seuil de 79 % d'images propres pour identifier une préparation optimale initialement définie a été validée dans une cohorte indépendante de patients atteints de MC.

C.008

Extraction automatisée par intelligence artificielle de la classification de Montréal dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) à partir des comptes-rendus médicaux : application à la plateforme SUVIMIC

R. El Khier [1], D.E. Benrahla [1], C. Lescure [1], G. Groupe Paris Ibd-U [1], J. Kirchgesner [1]

(1) Paris.

Introduction : La classification de Montréal caractérise les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) selon trois dimensions : âge au diagnostic (A1-A3), localisation anatomique (L1-L3/E1-E3) et comportement évolutif (B1-B3 pour la maladie de Crohn)[1]. Sa documentation complète est essentielle pour la recherche mais sa saisie structurée reste lacunaire dans les données de vie réelle. L'objectif était de développer un système d'extraction automatique de ces trois paramètres depuis les comptes rendus médicaux de la plateforme SUVIMIC[2].

Matériels et Méthodes : SUVIMIC est une base de données de plus de 9500 patients atteints de MICI suivis prospectivement à l'AP-HP, incluant des données structurées et du texte générés à chaque visite. Deux extractions indépendantes et aléatoires ont été réalisées depuis SUVIMIC : 525 dossiers pour l'étape de développement/validation et 210 pour l'étape de test externe. Trois pipelines d'extraction ont été développés :

Date de diagnostic : approche hybride en deux étapes[3]. (1) détection exhaustive de toutes les dates dans le texte via EDS-NLP[4] ; (2) pour chaque date détectée, un modèle transformer (DrBERT)[5-6] la classifie en deux catégories : "date de diagnostic" (exemple "diagnostiqué en mai 2018) *versus* "autres dates" (examens, etc). L'âge au diagnostic (A1/A2/A3) est calculé à partir de la date de naissance.

Localisation : détection par dictionnaire enrichi de 28 classes anatomiques avec fuzzy-matching, suivie de classification par transformer (DrBERT)[5-6]. Cette seconde étape distingue les atteintes pathologiques réelles des mentions non pertinentes (noms d'examens comme "coloscopie totale" par exemple). Le phénotype L1-L3 et L4/p (Crohn) ou E1-E3 (RCH) est automatiquement mappé.

Phénotype : détection de mots-clés spécifiques (sténose pour B2 ; fistule/abcès/perforation pour B3) avec gestion des négations dans une fenêtre contextuelle de 5 mots avant le terme (ex: "pas de fistule", "non sténosant"). Filtrage des faux positifs par règles d'exclusion (exemple, contexte histologique type "abcès cryptique »). Le phénotype B1-B2-B3 est automatiquement mappé.

Résultats : Date de diagnostic : Le F1-score était de 0,80 sur les 210 documents testés. L'extension du contexte aux phrases adjacentes a résolu 43% des erreurs initiales où l'information diagnostique était fragmentée sur plusieurs phrases. La concordance était de 81% avec les données structurées de la base SUVIMIC.

Localisation : Les performances globales sur 1582 échantillons annotés sont : précision 0,81; rappel 0,81; F1-score 0,81. Sur 210 dossiers patients testés : concordance de 78% pour RCH (E1, 6%, n=13 cas; E2, 14%, n=29; E3, 30%, n=63); concordance de 74% pour Crohn (L1, 15%, n=32 cas ; L2, 7.5 %, n=16 cas ; L3, 36%, n=57)

Phénotype : le système a correctement identifié les comportements en filtrant efficacement les négations et contextes non pertinents. Les règles d'exclusion ont éliminé les faux positifs histologiques et extra-digestifs, permettant une classification fiable B1/B2/B3.

Discussion : L'approche hybride règles-transformers permet d'extraire simultanément les trois dimensions de Montréal avec des performances robustes. Le pipeline de date gère la complexité d'identifier la date diagnostique parmi les nombreuses dates présentes dans les comptes rendus, problème accentué par la fragmentation de l'information sur plusieurs phrases. L'extraction des localisations capture les formulations composées complexes (iléo-colique, ano-périnéale) tout en filtrant les mentions non pathologiques. La détection du phénotype combine efficacement mots-clés et analyse contextuelle pour différencier les complications réelles des descriptions histologiques ou négations.

Histoire de la maladie :

MC diagnostiquée en mars 2018 suite à des douleurs abdominales chroniques et une diarrhée persistante.

Coloscopie initiale de mars 2018 : ulcérations iléales sur 15 cm et atteinte colique droite avec aspect en pavés. Biopsies : granulomes épithélioïdes gigantocellulaires confirmant le diagnostic.

Évolution :

2018-2020 : Traitement par Imurel 150 mg avec rémission clinique partielle

Entéro-IRM de janvier 2021 : épaississement iléal terminal sur 20 cm avec sténose serrée responsable d'une dilatation d'amont de 4 cm. Atteinte du caeco-ascendant inflammatoire active.

Mars 2021 : Introduction d'Adalimumab en bithérapie

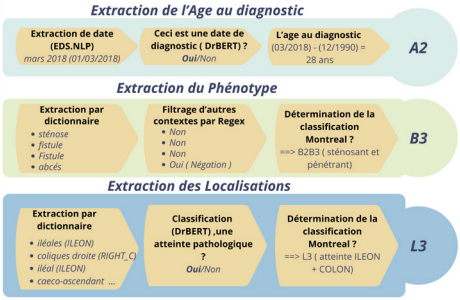
Septembre 2022 : Apparition d'une fistule iléo-sigmoïdienne sans collection à l'IRM

Novembre 2023 : Échec secondaire de l'Adalimumab (calprotectine 1240 µg/g)

Janvier 2024 : Switch vers Ustekinumab 90 mg/8 semaines

Dernière Entéro-IRM (15/02/2025) :

Persistance d'une atteinte iléale terminale sur 25 cm sténosante sans signe d'activité. Fistule iléo-sigmoïdienne stable sans caractère actif. Pas d'abcès. Atteinte du côlon droit en rémission endoscopique.



Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité d'extraire automatiquement l'ensemble des paramètres de la classification de Montréal depuis les comptes rendus cliniques. Les performances obtenues (F1≥0,80) ouvrent la voie à une caractérisation phénotypique systématique des cohortes MICI dans les entrepôts de données de santé et au développement d'outils pour la recherche clinique.

C.009

Lorsque les tests cognitifs ne suffisent pas : les enregistrements vocaux peuvent prédire l'encéphalopathie hépatique clinique à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique

L. Kheloufi [(1)], Y. Ibrahim [(1)], M. Chetouani [(1)], J.L. Zarader [(1)], N. Weiss [(1)], D. Thabut [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique clinique (EHC) est une complication neurologique grave de la cirrhose ayant des conséquences sur la qualité de vie et sur la survie. Les tests cognitifs actuels manquent souvent de précision pour identifier les patients à risque. L'analyse de la parole par l'utilisation d'algorithmes d'apprentissages est un domaine en plein essor dans le domaine du dépistage de pathologies neurologiques et plus récemment étudié pour le dépistage de l'encéphalopathie hépatique minime (EHM). Une précédente étude de notre équipe a su montrer qu'il existait des marqueurs acoustiques permettant un diagnostic de l'EHM, nous avons voulu vérifier si cette signature acoustique permettait de prédire les crises d'EHC.

Patients et Méthodes : Dans cette cohorte prospective, des patients cirrhotiques reçus en hôpital de jour chez lesquels on soupçonnait de l'EHM ont subi une évaluation multimodale (évaluation neuropsychologique, prélèvement sanguin avec ammoniémie, IRM avec spectroscopie, EEG) afin d'établir un diagnostic d'EHM sur la base d'un comité d'adjudication. Les enregistrements vocaux standardisés (lecture d'un court texte et ANT) ont été réalisés lors du bilan neuropsychologique et traités informatiquement par une équipe dédiée. Les patients ont été suivis pour l'apparition d'EHC après évaluation. Des algorithmes d'apprentissage automatique ont été développés spécifiquement pour cette étude sur la base de deux modèles : Random Forest (RF) et Gradient Boosting (GB). Les comparaisons des performances psychométriques ont permis de les comparer dans la prédiction d'EHC.

Résultats : Cinquante-sept patients ont été inclus (77 % d'hommes, âge médian 62 ans, MELD médian 13). Tous étaient atteints de cirrhose, les facteurs de risques étaient une consommation excessive d'alcool/facteurs métaboliques/infection virale pour 74/42/11 % des patients. 74% d'entre eux avaient des antécédents d'EHC. Après l'évaluation multimodale, 61% des patients ont eu un diagnostic d'EHM basé sur le comité d'adjudication. Au cours du suivi, 28 % ont développé de l'EHC. Ces patients présentaient lors de l'évaluation un MELD plus élevé (p = 0,005) mais pas de différence significative lors des tests cognitifs (PHES, p = 0,220 ; ANT, p = 0,244). Parmi les algorithmes testés, RF a obtenu les meilleurs résultats (sensibilité 0,53, spécificité 0,95). Il est important de noter que les patients identifiés comme « à risque » par l'algorithme présentaient une probabilité nettement plus élevée de développer de l'EHC (HR = 8,96, p = 0,001), surpassant les évaluations cognitives conventionnelles.

Conclusion : L'analyse de la parole par apprentissage automatique basée uniquement sur les caractéristiques vocales permet de détecter des signaux cliniquement significatifs de vulnérabilité à l'EHC, même lorsque la sensibilité est modérée. La forte valeur prédictive chez les patients classés positifs souligne le potentiel de cette approche en tant qu'outil de dépistage rapide et fiable. Avec des améliorations supplémentaires visant à renforcer la sensibilité, cette méthode pourrait considérablement améliorer la détection précoce des patients à risque d'EHC chez des patients cirrhotiques.

C.010

Les antécédents d'encéphalopathie hépatique clinique sont associés à des troubles de la mémoire et à une atrophie cérébrale indépendamment de la présence d'encéphalopathie hépatique minime chez des patients cirrhotiques

L. Kheloufi [1], I. Ansart-Grosjean [1], C. Modolo [1], P. Sultanik [1], S. Mouri [1], C. Bouzbib [1], M. Rudler [1], N. Weiss [1], D. Thabut [1]

(1) Paris.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) est une complication grave de la cirrhose du foie. L'EH minime (EHM) se caractérise par des troubles neurocognitifs subtils, tandis que l'EH clinique (EHC) est caractérisée par de la confusion, désorientation et peut entraîner le coma et la mort. Les conséquences à long terme sur le cerveau de l'EHC sont peu claires, bien que de la perte neuronale et des troubles mnésiques soient retrouvés chez des modèles animaux et des patients. L'objectif de cette étude était d'identifier l'impact de l'EHC sur les fonctions cognitives et la morphologie cérébrale chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective d'une cohorte prospective de patients reçus en hôpital de jour atteints de cirrhose (mars 2018-juin 2024) référés pour suspicion d'EHM. Une évaluation multimodale a été réalisée : consultations cliniques, bilan neuropsychologique, prise de sang avec ammoniémie, électroencéphalogramme (EEG), imagerie par résonance magnétique (IRM) avec spectroscopie. Le diagnostic d'EHM a été posé par un comité d'adjudication sur la base de l'évaluation multimodale. Les antécédents d' EHC ont été identifiés à partir du dossier médical, ainsi que l'apparition d'EHC après évaluation.

Résultats : 164 patients ont été inclus, l'âge médian était de 62 ans (55-67), 72 % étaient des hommes, les facteurs de risque de cirrhose étaient une consommation excessive d'alcool/métaboliques/infection virale pour 65/52/14 % d'entre eux. Le MELD médian était de 12 (9-15) et l'indice de Child Pugh de 8 (6-9). Dans l'ensemble, 75 % avaient des antécédents d'EHC et 66 % ont reçu un diagnostic de EHM. Les patients avec antécédents d'EHC ont obtenu de moins bons résultats à l'évaluation de la mémoire (RLRI-16, p = 0,042) et cette différence ne dépendait pas du diagnostic de EHM. Ils présentaient également une atrophie cérébrale plus importante à l'IRM (p = 0,015). Les patients avec antécédents d'EHC ont développé significativement plus d'EHC lors du suivi. Dans une analyse multivariée, l'atrophie cérébrale (HR = 5,01, p = 0,027) et les troubles de la mémoire (HR = 0,87, p = 0,008) étaient associés à la survenue d'EHC indépendamment des antécédents d'EHC ou du diagnostic d'EHM.

Conclusion : L'EHC semble être accompagnée de conséquences cérébrales à long terme indépendamment de la présence d'une EHM. Des troubles de la mémoire ainsi que l'atrophie cérébrale visible à l'IRM sont présents plus fréquemment chez les patients avec antécédents d'EHC. Ces résultats suggèrent soit que l'EHC peut avoir des conséquences irréversibles, soit que des anomalies préexistantes témoignant d'une réserve cérébrale diminuée favorisent la survenue d'une EHC.

C.011

Effets des agonistes PPAR sur le prurit et la qualité de vie des patients atteints de cholangite biliaire primitive : résultats d'une revue systématique avec méta-analyse

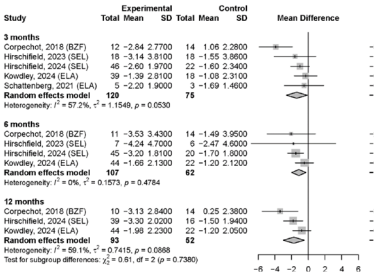
C. Corpechot [1], A. Martins [2], N. Khakoo [3], A. Rousseau [1], J. Reynolds [2], A. Kremer [4], M.H. Murad [5], S. Sultan [6], C. Levy [2]

(1) Paris ; (2) Miami, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Atlanta, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Zurich, SUISSE ; (5) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Minneapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le prurit est un symptôme fréquent et invalidant de la cholangite biliaire primitive (CBP), altérant de manière significative le sommeil, l'humeur et la qualité de vie (QDV) des patients. Les agonistes des récepteurs activés par les proliférateurs de peroxysomes (PPAR) sont des traitements de deuxième intention de la CBP prometteurs, indiqués en cas de réponse insuffisante à l'acide ursodésoxycholique (1-3). L'objectif de cette étude a été de réaliser une revue systématique avec méta-analyse des essais ayant évalué l'efficacité des agonistes PPAR sur le prurit et la QDV des patients atteints de CBP.

Patients et Méthodes : Nous avons procédé à une recherche systématique des essais randomisés contrôlés (ERC) contre placebo portant sur les agonistes PPAR dans la CBP. Les études retenues incluaient des patients présentant un prurit modéré à sévère, défini par une échelle d'évaluation numérique (EEN) ≥ 4 sur 10, et des critères de jugement validés concernant le prurit et la QDV. Les critères principaux étaient l'EEN et le score PBC-40. Une méta-analyse par paires a été réalisée. Les estimations groupées ont été calculées à l'aide d'un modèle à effets aléatoires et exprimées en différence moyenne (DM) avec intervalle de confiance (IC) à 95%.

Figure 1. Graphique en forêt à 3, 6 et 12 mois de la différence moyenne (intervalle de confiance à 95%) de l'échelle d'évaluation numérique du prurit entre les groupes Placebo et PPAR .



Résultats : Cinq ERC, évaluant trois agonistes PPAR (bézafibrate, élafibranor, séladelpar) et incluant 436 patients (274 sous agonistes PPAR; 162 sous placebo), répondaient aux critères d'éligibilité. Dans leur ensemble, les agonistes PPAR étaient associés à une réduction significative de l'EEN du prurit à 3 mois (DM=-1,38; IC 95%: -2,62 à -0,14), 6 mois (DM=-1,13; IC 95%: -1,98 à -0,27) et 12 mois (DM=-1,73; IC 95%: -3,00 à -0,46). A l'échelle individuelle, cet effet était principalement lié au bézafibrate et au séladelpar (Figure 1). En revanche, malgré l'amélioration de la composante « prurit » du questionnaire PBC-40 et du score 5D-itch, aucun impact significatif de ces traitements sur la QDV globale, estimée par le score PBC-40, n'était mis en évidence.

Conclusion : Cette étude confirme que les agonistes PPAR, en particulier le bézafibrate et le séladelpar, réduisent l'intensité du prurit évalué par EEN et améliorent de manière cohérente les autres mesures du prurit chez les patients atteints de CBP ayant un score de prurit initial modéré à sévère. Cependant, leurs effets bénéfiques sur la QDV globale demeurent incertains. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer dans les futurs essais cliniques de la CBP des critères de jugement validés centrés sur les symptômes et la QDV.

C.012

Réanalyse systématique des données de l'exome clinique dans les indications de maladies cholestatiques génétiques selon les préconisations EASL 2024 : résultats d'une étude observationnelle dans un centre référent tertiaire

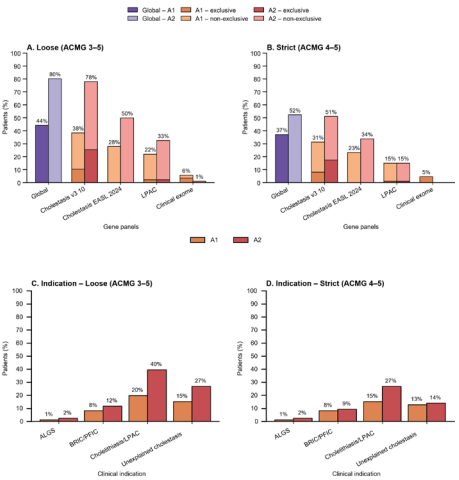
A. Oussalah [1], M. Silva Rodriguez [1], B. Goksen [1], V. Haghnejad [1], L. Aoura [1], C. Chery [1], M. Bensenane-Oussalah [1], F. Feillet [1], M. Bonneton [1], E. Guiot [1], J.L. Guéant [1], F. Namour [1], J.P. Bronowicki [1]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Les maladies cholestatiques génétiques constituent un ensemble hétérogène de pathologies monogéniques résultant d'altérations affectant la formation ou le flux biliaire, impliquant divers mécanismes tels que le transport canaliculaire, les jonctions serrées, le développement biliaire et la biosynthèse des acides biliaires. Le séquençage haut débit (NGS) représente la pierre angulaire du diagnostic de ces pathologies, bien que les algorithmes décisionnels demeurent insuffisamment standardisés. Les recommandations de la European Association for the Study of the Liver (EASL) 2024 préconisent l'utilisation systématique du NGS, incluant le séquençage par panel ou de l'exome, ainsi qu'une réanalyse périodique des données génomiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer le rendement diagnostique d'une réanalyse systématique des données NGS en comparant trois soft panels — Cholestasis v10.3, EASL 2024 et LPAC — chez des patients adressés pour suspicion de maladie cholestatique génétique.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective observationnelle sur des données standardisées recueillies de manière prospective. Tous les patients inclus, ou leur représentant légal lorsque nécessaire, ont donné un consentement éclairé pour l'analyse des caractéristiques génétiques. Cohorte enregistrée CNIL (n°1763197v0 ; comité d'éthique, 2020/264). Les données de séquençage issues de l'exome clinique (6699 gènes) de patients consécutifs adressés entre janvier 2021 et février 2025 ont été réanalysées. Trois soft panels ont été appliqués : Cholestasis v10.3 de PanelApp UK (78 gènes), EASL 2024 (18 gènes) et LPAC (8 gènes). L'analyse initiale (A1) a été considérée comme référence et comparée à la réanalyse (A2). La classification de la pathogénicité des variants a suivi les critères ACMG et les standards NGS-Diag. Le critère principal était la proportion de variants pathogènes ou probablement pathogènes (classes 4–5, NGS-Diag). Le critère secondaire incluait les variants de signification incertaine (classe 3).

Résultats : Au total, 86 patients ont été inclus (âge médian 35 ans, IQR 21–51 ; 63 % de femmes). Les principales indications étaient la cholélithiase suspecte de syndrome LPAC (50 %), la cholestase inexpliquée (34 %) et les suspicions de PFIC/BRIC (14 %). Globalement, la réanalyse a permis d'augmenter le rendement diagnostique allant de de 37 % à 52 % pour les variants de classe 4–5 NGS-diag (P = 0,01) et de 44 % à 80 % pour les classes 3–5 (P < 0,0001) (Figure 1). L'amélioration la plus marquée concernait le panel 'Cholestasis v10.3' (31 à 51 % ; P = 0,0002), suivi du panel 'EASL 2024' (23 % à 34 % ; P = 0,008), tandis que le panel LPAC restait stable (15 % ; P = 0,99). En analyse selon l'indication clinique, le rendement pour les formes associées à une cholélithiase ou un syndrome LPAC est passé de 15 % à 27 % (P = 0,02). Il n'y avait pas de variation significative pour les cholestases inexpliquées ou les formes PFIC/BRIC. En considérant les variants de classe 4–5 NGS-diag, dans l'analyse initiale (A1), les gènes majoritairement impliqués étaient JAG1 pour l'indication de syndrome d'Alagille (ALGS) (50 %), ABCB11 pour l'indication BRIC/PFIC (25 %), ABCB4 pour l'indication 'cholélithiases/LPAC' (18,6 %) et SERPINA1 pour l'indication 'cholestases inexpliquées' (10,3 %). Dans la réanalyse (A2), les gènes prédominants étaient JAG1, GBA et CFTR pour l'indication ALGS (50 % chacun), ABCB11 (25 %) et SERPINA1 (16,7 %) pour l'indication BRIC/PFIC, ABCB4 (18,6 %) et SERPINA1 (18,6 %) pour l'indication cholélithiases/LPAC, et SERPINA1 (17,2 %), LIPA (6,9 %) et CFTR (6,9 %) pour l'indication 'cholestases inexpliquées'.



Conclusion : La réanalyse systématique des données NGS dans les maladies cholestatiques génétiques améliore significativement le rendement diagnostique, notamment via le panel 'Cholestasis v10.3', qui couvre l'ensemble des résultats identifiés via le panel 'EASL 2024'. Ces résultats soutiennent l'intégration de la réanalyse périodique des données de l'exome clinique dans la pratique clinique de routine afin d'optimiser la détection des variants génétiques cliniquement pertinents.

C.013

Comment optimiser le diagnostic du syndrome LPAC en pratique courante : rôle des autres spécialités de l'hôpital

D. Zanditenas [1], E. Timsit [1], S. Sillou [1], A. Jemal [1]
(1) Bry-sur-Marne.

Introduction : Le LPAC syndrome est une cause rare de lithiase biliaire dont la prévalence décrite dans la littérature (2%) semble en décalage avec le petit nombre de cas observé en pratique clinique dans les hôpitaux de premier recours. Un travail avec les autres spécialités impliquées dans la prise en charge de la maladie lithiasique peut corriger ce sous diagnostic.

Patients et Méthodes : Un travail d'information et de formation quant au LPAC syndrome a été réalisé auprès des radiologues, des chirurgiens et des urgentistes de notre hôpital en 2013 et en 2019. Une procédure dédiée à ce diagnostic difficile a été mise en place (procédure « Echo LPAC expert »)
Pendant 10 ans (2013 – 2023), nous avons identifié de façon prospective tous les cas diagnostiqués de LPAC. Les critères diagnostiques étaient cliniques (critères de Rosmorduc) et radiologique (échographie experte).
Les données recueillies sont ciblées sur l'histoire des symptômes biliaires et les modalités ayant amené au diagnostic ainsi que l'évolution clinique sous traitement.

Résultats : Durant ces 10 ans, 54 cas de LPAC ont été diagnostiqués; soit 5,4 cas/an ; soit 1 cas tous les 2,3 mois.
Le nombre de cas diagnostiqué a été en constante progression, notamment après la dernière campagne d'information auprès des urgentistes et chirurgiens ainsi que le travail de formation des radiologues (2013 et 2021).
En regard des 2700 cholécystectomies réalisées en parallèle, nous confirons une prévalence du LPAC à 1.9% de toutes les manifestations lithiasiques symptomatiques
Les patients LPAC présentent des caractéristiques très identifiables : Femme (84%), maigre (BMI à 23), ayant débuté les manifestations biliaires avant 30 ans et ayant été, pour plus de la moitié, cholécystectomisées à 29 ans (+/- 3 ans).
Au moment du diagnostic, l'âge moyen était de 35 ans et la durée moyenne de l'errance diagnostic évaluée à 5,7ans avec une moyenne de 3,3 crises douloureuses par an.
Le diagnostic de LPAC a été évoqué par un urgentiste dans 42% des cas ; par un chirurgien dans 21% des cas et par un gastroentérologue dans uniquement 17% des cas.
Les manifestations amenant au diagnostic étaient une migration lithiasique ou une récidive de douleur biliaire (79%), une pancréatite (14%), une angiocholite (5%) ou une cholécystite (2%).
Dans 79 % des cas, une ou des échographies hépatiques avaient été réalisées et considérées comme normales. L'écho « LPAC experte », quant-à-elle, était positive dans 94% des cas.
Une fois le diagnostic posé, un traitement par AUDC a été mis en place permettant une réponse complète dans 79% des cas mais avec 21 % d'effets secondaires (diarrhée).
Dans les 7 cas d'arrêts intempestifs du traitement, une récidive des douleurs a été observé dans 71% des cas dans les 6 à 12 mois.

Conclusion : Le LPAC syndrome est très fréquent (2% des manifestations biliaires) et se présente dans 79 % des cas par une simple migration lithiasique qui doit systématiquement faire évoquer un LPAC.
Cette pathologie est sous diagnostiquée car méconnue des principaux médecins prenant en charge ces patients dont la douleur a disparue aux urgences et dont l'échographie est normale : les urgentistes.
Les chirurgiens informés doivent hésiter à proposer une cholécystectomie chez des patientes maigres de moins de 40 ans ; il faut leur apprendre à les faire explorer par un hépatologue motivé.
Une fois les cas potentiels identifiés, reste la confirmation diagnostique.
Celle-ci repose sur les radiologues qu'il faut sélectionner, former, motiver et entrainer régulièrement.
La procédure mise en place dans notre établissement a permis de porter notre taux de diagnostic et de prise en charge réelle aux niveaux des valeurs théoriques.

C.014

Hépatite chronique Delta : étude épidémiologique et clinique multicentrique régionale dans le nord-ouest de la France

S. Saouli [1], V. Canva [2], A. Heurgué [3], E. Nguyen-Khac [4], T. Dao [5], D. Lucidarme [6], J.F. Cadranel [7], T. Paupard [8], V. Lemee [1], C. Lemaitre [9], J. Adnet [5], H. Montialoux [1], A. Guigon [2], J. Verlynde [8], F. Dautrecque [10], G. Riachi [1]
(1) Rouen ; (2) Lille ; (3) Reims ; (4) Amiens ; (5) Caen ; (6) Lomme ; (7) Creil ; (8) Dunkerque ; (9) Le Havre ; (10) Lens.

Introduction : L'hépatite chronique Delta (VHD) est l'une des infections virales hépatiques les plus sévères, caractérisée par une progression rapide vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. En France, son épidémiologie reste mal connue. L'objectif de l'étude était de dresser un état des lieux de l'infection à VHD dans le nord ouest de la France.

Patients et Méthodes : Une étude multicentrique, rétrospective et descriptive, incluant tous les patients porteurs d'une sérologie Delta positive entre 2014 et 2025, issus de cinq CHU et de seize hôpitaux généraux. Les données démographiques, cliniques, virologiques, d'évaluation de la fibrose et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux

Résultats : Nous avons identifié 367 patients porteurs d'une sérologie Delta positive. Hommes = 63%, âge moyen = 36 ans. Origine géographique : Afrique sub saharienne = 37%, Europe de l'est = 16%, Europe de l'ouest = 12%, Asie = 12%, Maghreb et Moyen Orient = 5%. Le mode de transmission materno-foetal était retrouvé chez la majorité des patients nés en Afrique, en Asie et en Europe : 93%, 71% et 78% respectivement.
Sur 367 patients, les données virologiques et le score de fibrose étaient disponibles chez 308 et 213 patients respectivement. 53% avaient une charge virale Delta positive. Une coinfection par le virus de l'hépatite C et par le VIH était signalée chez 34 (9%) et 32 (9%) patients respectivement. Le score de fibrose était = F0-F1 chez 42%, F2 = 13%, F3 = 12% et F4 = 33%. Un carcinome hépatocellulaire était observé chez 24% des patients cirrhotiques et 19 % ont eu recours à la transplantation hépatique.
Un traitement anti viral a été mis en place chez 110 patients (38% parmi eux étaient au stade de cirrhose), principalement par PEG-interféron alpha avant 2020, puis par Bulevirtide associé ou non au PEG-INF après 2020. Les schémas thérapeutiques étaient hétérogènes, avec de fréquents changements de lignes thérapeutiques. Les réponses virologiques à S24 (baisse de 2 log de la charge virale ou charge virale indétectable) chez les patients traités par PEG-INF seul ou par BLV seul ou par PEG-BLV étaient de 39%, 42% et 48% respectivement.

Conclusion : Notre étude confirme la gravité de l'hépatite chronique Delta. La prise en charge reste très hétérogène en fonction des centres. On constate une insuffisance d'accès au traitement et un nombre important de patients en rupture de suivi. Un système de repérage et de rappel de ces patients est à mettre en place.

Remerciements, financements, autres :
Les virologues, hépato-gastro-entérologues, ARCs et secrétaires de tous les centres hospitaliers participants :
Amiens, Caen, Lille, Reims, Rouen, Arras, Béthune, Boulogne-sur-Mer, Calais, Creil, Dieppe, Dunkerque, Elbeuf, Le Havre, Lens, Lomme, Maubeuge, Roubaix, Saint-Omer, Tourcoing et Valenciennes.

C.015

Impact de l'exposition préalable à l'interféron sur l'efficacité d'un traitement à base de bulévirtide dans l'hépatite Delta chronique : analyse poolée des études de phases 2 et 3

T. Asselah [1], M. Buti [2], F. Zoulim [3], V. Chulanov [4], P. Lampertico [5], H. Wedemeyer [6], M.R. Brunetto [7], A. Streinu-Cercel [8], S. Lazar [8], T. Stepanova [4], V. Morozov [9], R.C. Mercier [10], A. Lichtman [10], D. Manuilov [10], S. Yalamanchili [10], M. Li [10], S. Aleman [11]

(1) Clichy ; (2) Barcelone, ESPAGNE ; (3) Lyon ; (4) Moscou, RUSSIE ; (5) Milan, ITALIE ; (6) Hanovre, ALLEMAGNE ; (7) Pise, ITALIE ; (8) Bucarest, ROUMANIE ; (9) Samara, RUSSIE ; (10) Foster City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (11) Stockholm, SUÈDE.

Introduction : Le virus de l'hépatite delta (VHD), qui est responsable de la forme la plus sévère des hépatites virales, nécessite une co-infection avec le virus de l'hépatite B pour sa réplication. Le Bulévirtide (BLV), un inhibiteur d'entrée du virus, est approuvé en Europe et dans d'autres régions pour le traitement de l'hépatite delta chronique (HDC). L'interféron pégylé (PegIFN) a été utilisé en dehors de l'autorisation de mise sur le marché pour l'HDC ; cependant, il demeure incertain si une exposition préalable à l'interféron (IFN) influence l'efficacité du traitement ultérieur par BLV. Dans cette étude, nous avons évalué l'impact d'un traitement antérieur par IFN sur la réponse au traitement par BLV chez des patients atteints d'HDC.

Patients et Méthodes : Une analyse poolée des données issues de l'étude de phase 2 MYR204 et de l'étude de phase 3 MYR301 a été réalisée. Les participants atteints d'hépatite delta chronique (HDC) sans exposition à l'interféron (IFN) dans les 6 mois précédant l'inclusion ont reçu soit une monothérapie par BLV à 2 ou 10 mg pendant 144 semaines (sem), soit une monothérapie par BLV à 10 mg pendant 96 sem, soit une association PegIFN et BLV à 2 ou 10 mg pendant 48 sem suivie d'une monothérapie par BLV à 2 ou 10 mg pendant 48 S, soit une monothérapie par PegIFN pendant 48 sem. Les données jusqu'à 48 semaines après la fin du traitement (Suivi 48 sem) sont présentées. L'ARN du VHD a été quantifié à l'aide du test RoboGene 2.0 (limite inférieure de quantification : 50 UI/mL, limite de détection : 6 UI/mL). Les critères de réponse virologiques et biochimiques évalués - l'ARN du VHD indétectable, la normalisation de l'alanine aminotransférase (ALAT) et la réponse combinée, définie comme l'ARN du VHD indétectable ou la diminution ≥2 log10 UI/mL par rapport à l'inclusion et la normalisation de l'ALAT - ont été comparés chez les participants avec ou sans exposition préalable à l'IFN.

Résultats : Au total, 323 participants ont été inclus ; 168 (52 %) avaient déjà reçu un traitement par IFN pour une durée moyenne (écart-type) de 22,9 (21,3) mois. Parmi les participants ayant reçu une monothérapie par BLV, les caractéristiques initiales étaient similaires entre ceux exposés ou non à l'IFN : proportion de cirrhose, 42 % *vs* 47 % ; rigidité hépatique moyenne, 14,0 *vs* 14,9 kPa ; taux d'ALAT, 105 *vs* 111 U/L ; et taux d'ARN du VHD, 5,1 *vs* 5,2 log10 UI/mL. Dans les groupes BLV + PegIFN, une exposition préalable à l'IFN était associée à une proportion plus élevée de cirrhose (45 % *vs* 22 %), une rigidité hépatique moyenne plus élevée (14,2 *vs* 11,0 kPa), des taux d'ALAT plus élevés (126 *vs* 93 U/L) et des taux d'ARN du VHD plus importants (5,4 *vs* 4,9 log10 UI/mL) au départ par rapport aux non-exposés. Dans les groupes de monothérapie BLV, l'exposition préalable à l'IFN n'a pas influencé les réponses virologiques et biochimiques durant le traitement ou lors du suivi post-traitement. Globalement, les taux de réponse pendant et après le traitement étaient plus élevés dans les groupes BLV + PegIFN (avec ou sans exposition préalable à l'IFN) comparativement aux groupes de monothérapie BLV correspondants. Les participants sans exposition préalable à l'IFN, traités par BLV 10 mg + PegIFN, ont présenté les taux de réponse les plus élevés dans tous les sous-groupes, avec des taux d'ARN du VHD indétectable à la fin du traitement et à 48 sem post-traitement atteignant respectivement 79 % et 63 % (Tableau).

Tableau. Résultats sur les critères virologiques et biochimiques évalués selon l'exposition préalable à l'IFN.

		BLV 2 mg 144 sem (n=49)		BLV 10 mg 96 sem (n=100)		BLV 10 mg 144 sem (n=50)		BLV 2 mg + PegIFN 96 sem (n=50)		BLV 10 mg + PegIFN 96 sem (n=50)		PegIFN 48 sem (n=24)	
Traitement antérieur par IFN		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
n		26	23	50	50	29	21	25	25	26	24	12	12
Réponse combinée, n (%)	Fin du ttt	16 (62)	12 (52)	23 (46)	29 (58)	14 (48)	13 (62)	15 (60)	15 (60)	19 (73)	19 (79)	2 (17)	1 (8)
	Suivi 24 sem	7 (27)	4 (17)	9 (18)	14 (28)	9 (31)	7 (33)	9 (36)	9 (36)	11 (42)	15 (63)	1 (8)	4 (33)
	Suivi 48 sem	6 (23)	5 (22)	7 (14)	11 (22)	7 (24)	3 (14)	8 (32)	8 (32)	7 (27)	16 (67)	4 (33)	4 (33)
Normalisation de l'ALT n (%)	Fin du ttt	16 (62)	13 (57)	27 (54)	32 (64)	16 (55)	14 (67)	16 (64)	16 (64)	19 (73)	19 (79)	4 (33)	1 (8)
	Suivi 24 sem	8 (31)	4 (17)	12 (24)	16 (32)	11 (38)	7 (33)	11 (44)	10 (40)	11 (42)	17 (71)	1 (8)	5 (42)
	Suivi 48 sem	7 (27)	6 (26)	9 (18)	14 (28)	9 (31)	5 (24)	10 (40)	9 (36)	7 (27)	16 (67)	5 (42)	5 (42)
ARN du VHD indétectable, n (%)	Fin du ttt	9 (35)	5 (22)	21 (42)	16 (32)	16 (55)	9 (43)	10 (40)	12 (48)	16 (62)	19 (79)	2 (17)	3 (25)
	Suivi 24 sem	5 (19)	4 (17)	7 (14)	8 (16)	10 (34)	3 (14)	7 (28)	9 (36)	8 (31)	15 (63)	2 (17)	2 (17)
	Suivi 48 sem	4 (15)	4 (17)	5 (10)	9 (18)	11 (38)	1 (5)	6 (24)	7 (28)	8 (31)	15 (63)	3 (25)	3 (25)

Les données manquantes étaient considérées comme des échecs.
ALT, alanine aminotransférase; BLV, bulevirtide; ttt, traitement; Suivi 24 sem, suivi 24 semaines après la fin du traitement; Suivi 48 sem = suivi 48 semaines après la fin du traitement; VHD, virus de l'hépatite Delta; IFN, interféron; PegIFN, interféron pégylé; sem, semaine.

Conclusion : Une exposition préalable à l'IFN n'altère pas négativement les résultats du traitement par BLV. L'association BLV 10 mg + PegIFN a permis d'obtenir les meilleures réponses virologiques, en particulier chez les patients n'ayant pas reçu d'IFN auparavant jusqu'à 48 sem post-traitement. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence en raison de la taille limitée de l'échantillon et des différences dans les caractéristiques initiales des participants dans certains sous-groupes.

C.016

Infection aiguë par le virus de l'hépatite A : vers une tendance à la recrudescence ?

S. El Amrani [1], S. Amazguiou [1], K. Nadiri [1], F.E. Bouamama [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1], I. Hanaa [1], O. Abdallah [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'infection aigue par le virus de l'hépatite A, est une infection hépatique à transmission oro-fécale d'évolution habituellement favorable,mais pouvant être grave engageant le pronostic vital. Malgré tous les efforts fournis, elle connaît une recrudescence récente soulignant l'importance du renforcement des conditions d'hygiène et d'assainissement. Cette étude vise à déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients atteints de VHA, identifier les facteurs pronostiques, et analyser les déterminants socio-économiques et environnementaux associés à cette recrudescence.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique menée sur une période de 16 mois s'étalant d'Avril 2024 à Aout 2025 incluant tous les patients présentant des IgM anti VHA positifs quel que soit leur âge et faisant l'objet d'une enquête épidémiologique systématique sur les données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives. La collecte des données a été faite à partir des dossiers médicaux, saisies et analysées par le logiciel SPSS 26. Les dossiers incomplets ont été exclus.

Résultats : Au total 51 patients ont été inclus, dont 26 étaient des femmes (51 %) et 25 des hommes (49 %), avec un sexe ratio(H/F) de 0.96. L'âge moyen était de 18 ans (2–67ans) avec une population adulte occupant 57 %(n=29) .Concernant les facteurs de transmission, la majorité des cas provenait du milieu urbain (94 %),avec un niveau socio-économique bas chez 72 % (n=36) ,74,5% des malades vivaient dans des conditions de promiscuité, et 51% des sujets étaient encore scolarisés. La plupart des cas consommaient de l'eau du robinet (84 %), 12% de l'eau des puits , et 3,9 % de l'eau minérale. La qualité de l'eau était jugée douteuse chez 53 % des patients, potable chez 35 % et non potable chez 12 %. Le système d'assainissement reposait principalement sur les égouts (94%), tandis que 6% utilisaient une fosse septique. Une hygiène personnelle défectueuse était notée chez 90 % des sujets, et 74,5 % consommaient régulièrement des produits de restauration rapide. Concernant les expositions,96% des sujets n'avaient pas de rapports sexuels oro-anales, 94 % sans notion de voyage récent,et 68,6 % n'étaient pas des cas contacts connus. Concernant les comorbidités, aucun patient ne présentait d'antécédent d'hépatopathie, ni d'infection par le VHB, VHC, VIH,ni de terrain d'immunodépression. Le signe clinique révélateur le plus fréquent était l'ictère retrouvé chez tous les malades, suivi par la fièvre chez 80%,l'asthénie chez 71%, et la douleur abdominale chez 59% des cas .La cytolyse hépatique était marquée avec des valeurs moyennes de 45 x la normale. L'hyperbilirubinémie était constante, avec une bilirubine totale moyenne de 86.2 mg/L (extrêmes : 30-407). Le taux de prothrombine était inférieur à 50 % chez 21.6% des malades.71% des sujets ont été hospitalisés (n=36) a avec une durée moyenne de séjour hospitalier de 4 jours .Sur le plan évolutif, 6 patients soit 12 % ont présenté une hépatite fulminante avec encéphalopathie hépatique, dont 4 sont décédés (mortalité globale 7,8 %). Tous les décès concernaient des enfants <15 ans .Par ailleurs, 47 patients soit 92% ont présenté une bonne évolution clinique et biologique. L'analyse des facteurs de gravité a montré une mortalité significativement plus élevée chez les sujets de moins de 15 ans (p = 0,019). L'encéphalopathie hépatique était fortement corrélée à la mortalité (p < 0,0001).Les cas décédés avaient un taux de prothrombine significativement plus bas (p = 0,031) et une bilirubine totale significativement plus élevée (p = 0,04).

Conclusion : La recrudescence de l'hépatite A, touchant principalement une population jeune et active, représente un enjeu de santé publique par ses formes graves et son coût élevé d'hospitalisation. Notre série met en évidence des facteurs de gravité (âge <15 ans, hyperbilirubinémie, TP bas, encéphalopathie hépatique) et souligne l'importance d'un meilleur assainissement,du renforcement des mesures de prévention, de la maitrise de l'urbanisation ainsi que de la lutte contre la promiscuité .

C.017

La maladie cœliaque : au-delà du tube digestif, l'impact sur la reproduction

M. Ahamam [1], M. Kadiri [1], F.Z. Chabib [1], M. Borahma [1], F.Z. Ajana [1], N. Lagdali [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie cœliaque, entéropathie auto-immune induite par le gluten, s'associe fréquemment à des endocrinopathies auto-immunes. Cette étude évalue leur prévalence et les facteurs de risque de leur survenue.

Patients et Méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective descriptive réalisée au service d'hépato-gastro-entérologie, incluant des patients atteints de maladie cœliaque et suivis sur une période de 30 ans (1995–2025).

Résultats : Parmi 344 patients atteints de maladie cœliaque, 95 présentaient des troubles de la reproduction, soit 27.6 %. Il s'agissait de 85 femmes et 10 hommes, avec un sex-ratio de 8.5 femmes pour 1 homme. L'âge moyen était de 33 ans (extrêmes : 13–62 ans)
Les troubles de la reproduction n'étaient jamais isolés, mais toujours associés à d'autres manifestations digestives ou extradigestives au moment du diagnostic. Ils se répartissaient comme suit : aménorrhée secondaire dans 19 cas (5,5 %), cycles irréguliers dans 16 cas (4,6%), retard pubertaire dans 12 cas (3,4 %), absence de développement des caractères sexuels secondaires dans 10 cas (2,9 %), fausses couches spontanées dans 9 cas (2,6 %), ménopause précoce dans 9 cas (2,6%), infertilité primaire dans 6 cas (1,7 %), ménométrorragies dans 5 cas (1,4%), aménorrhée primaire dans 5 cas (1,4 %), accouchements prématurés dans 3 cas (0,8 %) et mort fœtale in utero dans 1 cas.
Tous les patients ont bénéficié d'un régime sans gluten (RSG).L'évolution des troubles de la reproduction sous RSG a été favorable dans 37 cas (38,9 %), avec : normalisation des cycles dans 16 cas, reprise des cycles dans 11 cas, apparition des caractères sexuels secondaires dans 4 cas, retour de la fertilité dans 2 cas, apparition de cycles après aménorrhée primaire dans 2 cas, un accouchement à terme après fausses couches et un accouchement après un précédent accouchement prématuré.
Chez les 58 patients (61,1 %) ne présentant pas d'amélioration sous RSG, 42.7% présentaient une malabsorption persistante, 35.3% des anomalies histologiques sévères (Marsh 3b-3c, lymphocytose intraépithéliale) et 31 % une sérologie anti-transglutaminase positive, suggérant une activité auto-immune continue. Par ailleurs, 24.5 % présentaient des causes endocriniennes ou gynécologiques associées (thyroïdite auto-immune, hyperprolactinémie, anomalies ovariennes), et 4.5 % présentaient une MC réfractaire ou des complications rares.
Comparativement aux patients cœliaques sans troubles de reproduction, ceux affectés présentaient une malabsorption plus importante, un score histologique plus élevé, et une inflammation muqueuse plus marquée, suggérant que la sévérité de l'atteinte intestinale et la persistance de l'activité auto-immune sont des facteurs importants associés aux troubles reproductifs persistants malgré le régime sans gluten
L'analyse de corrélation a montré une association significative entre la sévérité histologique (score de Marsh ≥ 3b) et la présence de troubles de la reproduction (r = 0,42 ; p < 0,001), ainsi qu'entre la positivité persistante de la sérologie anti-transglutaminase et l'absence d'amélioration sous RSG (r = 0,36 ; p = 0,002).
En analyse multivariée par régression logistique, les facteurs indépendamment associés aux troubles de la reproduction étaient : la sévérité histologique (OR = 3,8 ; IC95% : 1,9–7,6 ; p = 0,001), la persistance d'une sérologie positive après 12 mois de RSG (OR = 2,9 ; IC95% : 1,4–6,0 ; p = 0,004), et la présence d'une endocrinopathie auto-immune associée (OR = 2,4 ; IC95% : 1,1–5,3 ; p = 0,03).
Ces résultats suggèrent que l'activité auto-immune persistante et la sévérité de l'atteinte muqueuse constituent des facteurs prédictifs majeurs de troubles reproductifs dans la maladie cœliaque.

Conclusion : Les troubles de la reproduction sont fréquents au cours de la maladie cœliaque. Leur prévalence atteignait 27,6 % dans notre série, avec une amélioration sous régime sans gluten dans près de 40 % des cas, soulignant l'intérêt du dépistage de la MC devant tout trouble de la reproduction inexpliqué

C.018

Résultats de l'essai randomisé de phase 2b CEC-004/CEL évaluant l'efficacité et la sécurité d'un inhibiteur de transglutaminase ZED1227 chez des patients cœliaques symptomatiques

C. Cellier [1], D. Schuppan [2], K. Lundin [3], J. Isola [4], P. Koskinen [5], J. Koskenpato [6], N. Gilchrist [7], S. Khater [1], X. Roblin [8], J. Branche [9], S. Schneider [10], T. Matysiak-Budnik [11], K. Hillen [12], R. Muller [12], R. Mohrbacher [12], M. Maki [4]

(1) Paris ; (2) Mainz, ALLEMAGNE ; (3) Oslo, NORVÈGE ; (4) Tampere, FINLANDE ; (5) Malmö, SUÈDE ; (6) Helsinki, FINLANDE ; (7) Christchurch, NOUVELLE-ZÉLANDE ; (8) Saint-Étienne ; (9) Lille ; (10) Nice ; (11) Nantes ; (12) Freiburg, ALLEMAGNE.

Introduction : La transglutaminase 2 (TG2) joue un rôle clé dans la pathogenèse de la maladie cœliaque (MC), ce qui a justifié le développement de l'inhibiteur oral de la TG2 ZED1227. Dans l'étude de phase IIa CEC-003/CEL chez des patients atteints de MC sous régime sans gluten (RSG), un traitement quotidien par ZED1227 avec un test de provocation au gluten (3 g/jour) pendant 6 semaines a entraîné une amélioration significative du rapport hauteur des villosités intestinales/profondeur des cryptes (VH:CrD) par rapport au placebo (1). Malgré l'observance d'un régime sans gluten, environ 50% des patients atteints de MC présentent des symptômes persistants, souvent associés à lésions variables d'atrophie villositaire. Les traitements potentiels de la MC devraient améliorer ces symptômes ainsi que le relief villositaire.

Patients et Méthodes : L'objectif de l'étude était de déterminer la dose et l'efficacité de ZED1227 chez des patients atteints de MC présentant des symptômes malgré un régime sans gluten. Il s'agit d'une étude de phase 2b, randomisée, contrôlée en double aveugle. Les patients inclus avaient une MC sous RSG depuis au moins un an et présentaient au moins un symptôme gastro-intestinal modéré ou sévère au cours du mois précédant l'inclusion. Tous les patients ont bénéficié d'une phase initiale de 5 semaines de placebo, suivie d'une endoscopie et d'une randomisation 1:1:1:1 des patients présentant un ratio VH:CrD < 2,5. Le traitement consistait en un placebo trois fois par jour ou un traitement par ZED1227 à la dose de 10 mg 3 fois par jour, 25 mg 3 fois par jour ou 50 mg une fois par jour pendant 12 semaines. Aucun test de provocation au gluten n'a été réalisé. Le critère d'évaluation principal était le taux de patients présentant à la fois une amélioration ≥ 0,4 du VH:CrD et une amélioration ≥ 15 % de l'un des deux scores de symptômes à la semaine 12.

Résultats : Au total, 397 patients ont été randomisés dans les 4 bras, dont 92,7 % ont terminé le traitement. Le critère d'évaluation principal a été atteint par 27,1 % des patients recevant 10 mg de ZED1227 3 fois par jour, 16,9 % dans le groupe 25 mg 3 fois par jour, 25,3 % dans le groupe 50 mg par jour et 19,3 % dans le groupe placebo, sans différence significative entre les bras de traitement et le placebo. La variation moyenne du rapport VH:CrD par rapport à la valeur initiale était de 0,21 pour 10 mg de ZED1227 3 fois par jour, 0,17 pour 25 mg 3 fois par jour et 0,26 pour 50 mg par jour contre 0,12 pour le placebo. Les variations intra-groupe entre la valeur initiale et la semaine 12 étaient statistiquement significatives dans chaque bras, tandis que la différence inter-groupes n'était significative que pour 50 mg de ZED1227 par jour par rapport au placebo ($p < 0,05$). De même, les variations moyennes du score clinique étaient de -0,96 avec 10 mg de ZED1227 trois fois par jour, de -0,95 avec 25 mg trois fois par jour, de -1,20 avec 50 mg une fois par jour et de -1,05 avec le placebo. Les améliorations dans chaque groupe étaient là encore statistiquement significatives, sans différence significative entre les groupes de traitement et le placebo. Aucune différence notable n'a été observée dans les taux d'événements indésirables entre les groupes de l'étude, et aucun évènement indésirable grave lié au médicament n'a été signalé.

Conclusion : L'étude CEC-004/CEL n'a pas atteint son critère d'évaluation principal, à savoir l'amélioration combinée de l'histologie et des symptômes. Cependant, les modifications du rapport VH:CrD obtenues avec 50 mg/j de ZED1227 étaient statistiquement supérieures à celles du placebo. L'amélioration observée dans le groupe placebo souligne la difficulté de la réalisation d'essai clinique dans la maladie cœliaque en l'absence de test de provocation au gluten. Le profil de tolérance favorable du ZED1227 a été confirmé.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements au groupe d'étude de CEC-004
Sponsor de l'essai: Dr. Falk Pharma GmbH
Cette recherche a été soutenue par Takeda

C.019

Rôle de l'acide ursodésoxycholique dans les altérations de l'homéostasie intestinale dans un modèle murin d'anorexie mentale

L. Houzard [1], V. Besnard [1], L. Langlois [2], M. Coeffier [1], J. Breton [1]

(1) Rouen ; (2) Paris.

Introduction : L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire ayant le plus haut taux de mortalité parmi les maladies psychiatriques. Selon les études, entre 56% et 97% des patients anorexiques présentent des troubles fonctionnels intestinaux, notamment un syndrome de l'intestin irritable (SII), qui aggravent la détresse du patient. Cette physiopathologie intestinale est caractérisée par une altération de l'homéostasie de l'épithélium, ainsi qu'à des perturbations de la composition du microbiote associée à une dérégulation du co-métabolisme « bactéries-hôtes ». Des corrélations entre les niveaux de certaines espèces bactériennes, certains métabolites fécaux (acides biliaires notamment) et les traits psychopathologiques des patients ont été récemment caractérisés. Plus spécifiquement, l'acide ursodésoxycholique (UDCA ; acide biliaire secondaire) est dérégulé dans les selles et le sang des patients AM. Les résultats antérieurs de l'unité ont montré que l'UDCA avait la capacité de moduler bénéfiquement la perméabilité paracellulaire, l'inflammation ainsi que le stress oxydant dans des modèles *in vitro* de cocultures cellulaires, dans un contexte inflammatoire. Cependant, le rôle spécifique de ce métabolite fécal dans l'apparition des dérégulations de l'homéostasie intestinale reste encore méconnu dans ce contexte pathologique.

Matériels et Méthodes : L'UDCA (120mg/kg) a été administré quotidiennement par gavage à des souris C57Bl/6 mâles (n=36) soumises au protocole activity-based anorexia (ABA) pendant 17 jours. La prise alimentaire ainsi que le poids corporel ont été mesurés quotidiennement. L'activité physique quotidienne des souris a été monitorée par un système d'enregistrement des roues d'activités. L'état anxio-dépressif des souris a été évalué par un test de formation de nids. L'abondance des taxons bactériens caecaux a été évaluée par qPCR. Des segments iléaux et coliques ont été prélevés afin d'étudier par RT-qPCR et WB l'expression de cibles précédemment citées, impliquées dans la perméabilité intestinale, l'inflammation, et le stress oxydant. Des cultures primaires de neurones issus des ganglions de la racine dorsale innervant l'intestin ont été réalisées. Ces cellules ont été exposées à différents molécules en présence ou non d'UDCA afin d'évaluer l'activation neuronale par imagerie calcique.

Résultats : L'administration d'UDCA entraine une diminution de l'activité physique totale chez la souris ABA. Malgré la présence de troubles anxio-dépressifs chez la souris ABA, aucune différence significative n'a été observée entre les animaux ABA et ABA+UDCA.
Concernant la composition du microbiote, on observe que le phylum Bacillota (anciennement Firmicutes) a tendance à être augmenté dans le groupe ABA+UDCA comparativement au groupe contrôle (CT)+UDCA. Le genre Lactobacillus est retrouvé significativement augmenté dans les groupes CT+UDCA et ABA *versus* le groupe CT, ainsi que chez les souris ABA+UDCA comparativement aux souris ABA.
Dans le tractus intestinal des souris ABA *versus* CT, la fonction de barrière est accentuée par une augmentation colique des niveaux d'ARNm de Tjp1 et Muc2. Dans l'iléon de ces souris, on retrouve également une altération des capacités anti-oxydantes (diminution de Pon1) et inflammatoires (diminution d'Il10, Tnfa et Il1b). Cependant, l'UDCA n'a pas montré d'effet significatif sur la normalisation de ces paramètres.
A l'instar des souris ABA, l'administration aigue d'UDCA entraine une diminution de l'excitabilité des neurones dans un contexte physiologique en présence d'histamine, d'isothiocyanate d'allyl ainsi que de capsaïcine.

Conclusion : Cette étude montre que la supplémentation en UDCA peut moduler la composition du microbiote intestinal dans un modèle préclinique d'anorexie mentale. De plus, nos données soulignent que cet acide biliaire secondaire ne semble pas modifier spécifiquement les paramètres intestinaux. Des expériences complémentaires devront être réalisées afin d'affirmer ces résultats.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail est soutenu par l'EDnBISE 497, la Fondation Charles Nicolle-Normandie, la bourse internationale de recherche QualityBonus (BQRI), ainsi que l'Agence Nationale de la Recherche (ANR).
Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

C.020

Insuffisance intestinale chronique au cours de la sclérodermie systémique : caractéristiques cliniques, devenir et facteurs pronostiques à partir d'une cohorte multicentrique française

J. Chabaud-Sassoulas [(1)], F. Joly [(2)], M.E. Truchetet [(1)], C. Bergoin [(3)], M. Barraud [(4)], C. Fontaine [(4)], C. Joubert [(5)], M. Vallée [(5)], A. Jirka [(6)], P. Fayemendy [(7)], R. Thibault [(8)], D. Seguy [(9)], N. Flori [(10)], E. Fontaine [(11)], F. Poullenot [(1)]

(1) Bordeaux ; (2) Clichy ; (3) Lyon ; (4) Marseille ; (5) Caen ; (6) Nantes ; (7) Limoges ; (8) Rennes ; (9) Lille ; (10) Montpellier ; (11) Grenoble.

Introduction : La sclérodermie systémique (SSc) est une maladie auto-immune rare provoquant des lésions microvasculaires et fibreuses de la peau et des organes internes. L'atteinte digestive touche plus de 80 % des patients mais son expression clinique est variable. Dans les formes les plus sévères, elle peut entraîner une insuffisance intestinale chronique (IIC) nécessitant une nutrition parentérale (NP). Les données sur le pronostic et les facteurs de survie des patients sclérodermiques avec IIC restent limités. Cette étude vise à décrire leurs caractéristiques et à identifier les facteurs associés à la mortalité.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique a été menée dans 11 centres français labellisés de nutrition parentérale à domicile (CLNPAD) entre 2017 et 2025. Les patients adultes atteints de SSc ou de syndrome de Sharp, répondant aux critères de l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) d'IIC et nécessitant une NP ou une hydratation intraveineuse prolongée ont été inclus. Les données cliniques, immunologiques et nutritionnelles ont été extraites des dossiers médicaux. La survie a été analysée selon Kaplan-Meier, et les facteurs de mortalité évalués par un modèle de Cox.

Résultats : Quatre-vingt-trois patients ont été inclus, majoritairement des femmes (83 %), d'âge médian 61 ans [52–69] au début de la NP. Les formes diffuses (45 %) et limitées (43 %) étaient équitablement représentées. Des anticorps antinucléaires étaient présents dans 86 % des cas (37 % anti-centromère, 14 % anti-topoisomérase I, 10 % anti-fibrillarine). Une atteinte pulmonaire était fréquente (DLCO médiane 50 % [35–59]). Des troubles du rythme cardiaque étaient observés chez 27 % des patients. Une myosite était présente dans 24 % des cas, et une atteinte hépatique dans 24 %, d'étiologies variées. Avant la NP, le poids médian était de 44 [39–49] kg (IMC 17,2 kg/m²) avec une perte pondérale moyenne de 24 %. Les carences en micronutriments étaient nombreuses, notamment en vitamine C (62 %) et en sélénium (41 %). La majorité recevait une NP standard (81 %) avec un volume hebdomadaire médian de 6 [4,5–7,5] L. Les infections sur cathéter concernaient 61 % des patients et une décompensation cardiaque post-NP s'est produite chez 18 %. Après un suivi médian de 5,5 [2,9–8,7] ans, 40 % des patients étaient décédés, principalement de causes digestives, nutritionnelles ou cardio-pulmonaires. La survie à un an et 5 ans était de 87 % et 55 %. En analyse multivariée, le sexe masculin était fortement associé à la mortalité (HR 4,49 ; IC90 % [2,37–8,53] ; p < 0,001). La myosite tendait à majorer le risque (HR 2,38 ; p = 0,056), tandis que la prise de poids sous NP était protectrice (HR 0,33 ; p = 0,009). La décompensation cardiaque sous NP augmentait nettement le risque de décès (HR 10,8 ; p = 0,002). L'âge, le volume de NP et la prise d'opioïdes n'étaient pas associés à la survie.

Discussion : Cette cohorte nationale est la première à décrire de façon détaillée les patients sclérodermiques présentant une IIC nécessitant une NP. Elle met en évidence un phénotype particulièrement sévère, souvent associé à une myosite et à une atteinte cardio-pulmonaire.
Malgré l'amélioration du statut nutritionnel, le pronostic reste réservé. Le gain pondéral sous NP apparaît comme un facteur déterminant de survie, alors que le sexe masculin et la décompensation cardiaque sont des facteurs de mauvais pronostic, justifiant un suivi cardiologique étroit. Ces résultats rejoignent ceux des études américaines (McMahan 2017 ; Dein 2019), qui identifiaient déjà le sexe masculin et la myosite comme facteurs de gravité digestive, mais sans analyse spécifique de la mortalité sous NP.

Conclusion : La SSc compliquée d'IIC représente un phénotype rare mais sévère. Dans cette cohorte multicentrique française, la survie médiane après mise sous NP est de 5,5 ans. Le sexe masculin et la décompensation cardiaque sont associés à un pronostic défavorable, tandis que la prise de poids sous NP constitue un facteur protecteur majeur. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et d'une surveillance rapprochée. Une étude comparative avec des patients sclérodermiques ne nécessitant pas de NP est désormais indispensable pour mieux comprendre les mécanismes menant à l'IIC dans cette population et identifier plus précocement les patients à risque d'évolution sévère.

C.021

Efficacité d'une supplémentation en vitamine D par voie parentérale chez des patients suivis pour une insuffisance intestinale chronique en échec du traitement oral

L. Ducrocq [(1)], F. Poullenot [(1)], E. Wilsius [(1)], M. Pidoux [(2)], C. Balde [(2)], N. Mehsen Cetre [(1)], M.E. Truchetet [(1)], G. Pellet [(1)]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : Le déficit en vitamine D est fréquent chez les patients atteints d'insuffisance intestinale chronique (IIC) et est difficile à corriger, même avec une supplémentation orale adaptée. Ce déficit favorise la survenue de complications osseuses regroupées sous le terme d'intestinal failure-associated metabolic bone disease. Selon les recommandations internationales, un taux de 25(OH)D supérieur à 30 ng/mL est souhaitable pour une santé osseuse optimale chez ces patients. L'administration de vitamine D 200 000 UI sous forme injectable permet de contourner les limites de la malabsorption.
L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact d'une supplémentation parentérale trimestrielle en vitamine D (200 000 UI) chez les patients atteints d'IIC avec déficit persistant malgré une supplémentation orale optimale.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique, menée dans un centre expert certifiée en nutrition parentérale. Ont été inclus les patients majeurs, suivis pour une IIC, présentant un déficit persistant en vitamine D (< 30 ng/mL). Le critère de jugement principal était la proportion de patients ayant atteint un taux de vitamine D ≥ 30 ng/mL après 12 mois de supplémentation. Nous avons également étudié l'évolution des taux de vitamine D au cours de l'étude, et l'impact sur la densité minérale osseuse.

Résultats : Entre février et juillet 2024, 27 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 60 ans, 15 (55,6%) étaient des femmes. Avant l'inclusion, les patients étaient supplémentés en moyenne par 9670 UI/jour de vitamine D. Vingt-quatre patients (88,9%) souffraient d'un syndrome du grêle court, 2 (7,4%) de dysmotilité intestinale, 2 (7,4%) de maladie de la muqueuse intestinale, 2 (7,4%) d'obstruction mécanique, et 1 (3,7%) de fistule intestinale ; 5 patients (18,5%) étaient sous Téduglutide. À l'inclusion, le taux moyen de vitamine D était de 19,85 +/- 6,3 ng/mL. Après 12 mois de supplémentation parentérale, 70,37 % des patients (19 sur 27) ont atteint un taux ≥30 ng/mL. Le taux moyen à 12 mois était de 37,50 +/- 12,0 ng/mL, soit une augmentation moyenne de 17,65 +/- 13,21 ng/mL (p= 10□□). L'élévation s'est déroulée majoritairement pendant les deux premiers mois de la supplémentation, avec une augmentation moyenne du taux entre M0 et M1 de 6,88 +/- 8,53 ng/mL, et entre M1 et m² de 5,54 +/- 9,93 ng/mL. A M3, 60% des patients avaient déjà dépassé le seuil de 30 ng/mL. En revanche, aucune amélioration significative de la DMO n'a été observée au terme des 12 mois.

Conclusion : Il s'agit de la première étude montrant l'efficacité d'une supplémentation parentérale trimestrielle de 200 000 UI de vitamine D pour corriger un déficit persistant chez les patients insuffisants intestinaux chroniques. Aucun bénéfice n'a été démontré sur la DMO sur la durée de l'étude. La réalisation d'une phase d'induction intensive, ou l'ajustement des fréquences d'induction sont des stratégies possibles qui pourrait permettre de renforcer l'efficacité de cette supplémentation.

C.022

La prise en charge en centre spécialisé améliore le pronostic de l'ischémie mésentérique aiguë : une étude nationale comparative et médico-économique à partir du SNDS

A. Nuzzo [(1)], K. Zarca [(2)], P. Bessonneau [(2)], P. Eloy [(2)], E. Ea [(2)], Y. Castier [(1)], I. Ben Abdallah [(2)], M. Ronot [(1)], I. Durand-Zaleski [(3)], O. Corcos [(1)]

(1) Clichy ; (2) Paris ; (3) Créteil.

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) demeure l'une des urgences abdominales les plus létales, ainsi que la première cause de grêle court et de recours à long terme à la nutrition parentérale à domicile. Malgré des avancées majeures en chirurgie vasculaire et digestive, le pronostic de l'IMA n'a que peu évolué depuis plusieurs décennies. Inspiré du modèle des stroke centers, une première unité de soins intensifs dédiée (Structure d'URgences Vasculaires Intestinales, SURVI) assurant une prise en charge multidisciplinaire 24h/24 et 7j/7 de l'IMA, a été créé en France en 2016. La présente étude propose la première évaluation comparative, à l'échelle nationale, de l'impact pronostique et médico-économique d'une telle organisation spécialisée. Des résultats préliminaires sur la survie globale ont été présentés aux JFHOD en 2023.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective a utilisé les données du Système National des Données de Santé (SNDS), couvrant 99 % de la population française. Tous les patients diagnostiqués avec une IMA (CIM-10 K550, associée à des actes digestifs et/ou vasculaires) entre 2016 et 2022 ont été inclus. Les patients pris en charge dans la SURVI (n = 1 076) ont été comparés à ceux traités dans 13 centres hospitalo-universitaires tertiaires disposant d'une expertise complète en chirurgie vasculaire et digestive (n = 8 776). L'ajustement par score de propension incluait l'âge, le sexe et l'indice de comorbidité de Charlson. La survie à 12 mois, les taux de résection intestinale et les coûts de santé ont été analysés.

Résultats : Au total, 9 852 patients atteints d'IMA ont été inclus entre 2016 et 2022, dont 1 076 pris en charge dans la SURVI et 8 776 dans les centres témoins. Les patients de la SURVI étaient plus jeunes (âge moyen 63,9 ans [Ecart-type ET: 15,1] *vs* 68,1 [14,8], p<0,001), avec une distribution de genre comparable (57 % de femmes dans les deux groupes) et un indice de Charlson plus faible (2,22 [2,60] *vs* 2,79 [2,93], p<0,001). La prise en charge en SURVI était associée à une survie significativement plus élevée à 12 mois (62 % [IC95 : 59–65]) par rapport aux centres témoins (50 % [49–52], p<0,001), avec un hazard ratio ajusté (HRa) de 0,69 [0,62–0,76]. Le risque de résection intestinale était également réduit (31 % [28–34] *vs* 39 % [37–40], HRa = 0,75 [0,66–0,84], p<0,001). La revascularisation était réalisée deux fois plus fréquemment en SURVI (23 % *vs* 12 %, p<0,001), avec un délai médian plus court (5,0 *vs* 6,2 jours, p<0,001). L'admission en réanimation était moins fréquente (42 % *vs* 53 %, p<0,001), avec une durée médiane de séjour plus courte (5,9 *vs* 7,2 jours, p<0,001). Sur le plan médico-économique, le ratio coût-efficacité incrémental (ICER) était de 33 894 € par année de vie gagnée (IC95 : 6 310–61 502 €), correspondant à une intervention hautement coût-efficace.

Discussion : Ces résultats apportent la première démonstration de haut niveau qu'un parcours de soins spécialisé et multimodal améliore significativement la survie et les résultats chirurgicaux de l'IMA. L'ampleur du bénéfice (+12 % de survie absolue à un an) et le profil médico-économique favorable soutiennent fortement la diffusion du modèle SURVI en France dasn chaque région. Au-delà du pronostic vital, cette approche pourrait également réduire les séquelles à long terme et la charge liée à l'insuffisance intestinale.

Conclusion : Cette étude nationale confirme que le modèle SURVI — combinant expertise vasculaire et digestive d'urgence au sein d'une structure dédiée — permet d'obtenir des résultats sans précédent dans la prise en charge de l'IMA. Ces données plaident en faveur d'un changement de paradigme organisationnel, positionnant les unités spécialisées comme un nouveau standard de soins de l'ischémie mésentérique en gastroentérologie.

C.023

Efficacité de l'héparine et de l'aspirine sur les phénomènes thrombo-inflammatoires au cours du syndrome d'ischémie-reperfusion mésentérique

T. Frau [1], D. François [2], S. Noceir [2], V. Arocas [2], M.C. Bouton [2], O. Corcos [1], Y. Boulaftali [2], A. Nuzzo [1]

(1) Clichy ; (2) Paris.

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une urgence vasculaire grave, résultant d'une interruption brutale du flux sanguin intestinal, d'origine artérielle ou veineuse. Souvent sous-diagnostiquée, cette pathologie est associée à un taux de mortalité élevé, pouvant dépasser 60 %. Si la prise en charge a été significativement améliorée par la mise en place de centres spécialisés permettant une revascularisation rapide, des lésions intestinales et des défaillances d'organe peuvent néanmoins apparaître secondairement à la reprise du flux sanguin avec une mortalité restant élevée a 30%. Ce phénomène est connu sous le nom de syndrome d'ischémie-reperfusion (IR).
Ce syndrome complexe résulte de l'action combinée d'espèces réactives de l'oxygène, de médiateurs inflammatoires et de phénomènes thrombogènes, conduisant à une aggravation des lésions initiales. À ce jour, peu de traitements se sont montrés efficaces pour limiter ces dommages spécifiques.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude, nous avons utilisé un modèle murin d'IR mésentérique induit par clampage de l'artère mésentérique supérieure pendant une heure après exposition du mésentère sous anesthésie générale, suivi d'une heure de reperfusion. Nous avons évalué l'effet de l'héparine, une molécule aux propriétés anticoagulantes et anti-inflammatoires reconnu en utilisant quatre groupes de souris : un groupe placebo et trois groupes recevant des doses croissantes d'héparine (0,1 ; 1 ; et 10 UI/g), chaque groupe comportant 8 souris. Dans un second temps nous avons étudié l'impact d'un traitement par aspirine, médicament utilisé pour ses fonctions anti aggrégantes et anti inflammatoire en utilisant le même modèle murin de clampage de l'artère mésentérique. Deux groupes ont été constitué recevant respectivement une dose de 1mg/kg et 10mg/kg d'aspirine comparé au groupe placébo (n=7 pour les deux groupes). Pour les six groupes de souris une évaluation *In vivo* par microscopie intravitale a été réalisée pour décrire et quantifier le flux sanguin microvasculaire au cours de l'ischémie et de la reperfusion. Des dosages plasmatiques ont été réalisés évaluant des marqueurs de l'inflammation et de la thrombose. Les lésions intestinales après une heure de reperfusion ont été quantifiées par une analyse de leur aspect macroscopique et par une quantification des lésions histologiques selon le Chiu score .

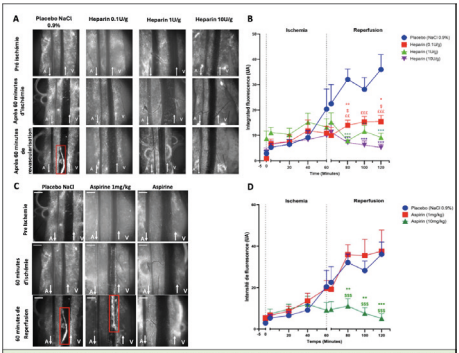


Figure 1: Effet des traitements par héparine et aspirine sur le recrutement cellulaire et la formation de thrombi veineux mésentérique au cours de l'IMA.
A. Image de microscopie intravitale illustrant l'adhésion des plaquettes et des leucocytes marqués à la rhodamine 6G dans les artérioles (A) et les veinules (V) dans le groupe placebo et les 3 groupes de souris traitées à l'héparine (0,1 ; 1 &. 10Ui/g). **B.** Fluorescence globale au niveau des veinules au cours de l'IR mésentérique, dans le groupe placebo et les 3 groupes de souris traitées à l'héparine (0,1 ; 1 & 10Ui/g). Souris n=8 pour chaque groupe. *p<0,05 ; **p<0,01 ;***p<0 ,001. * comparé au placebo ; $ comparé à l'héparine 1Ui/g ; £ comparé à l'héparine 10Ui/g. **C.** Image de microscopie intravitale illustrant l'adhésion des plaquettes et des leucocytes marqués à la rhodamine 6G dans les artérioles (A) et les veinules (V) dans le groupe placebo et les 2 groupes de souris traitées à l'aspirine (1 & 10mg/kg). **D.** Fluorescence globale au niveau des veinules mésentérique au cours de l'IR mésentérique, dans le groupe placebo et les 2 groupes de souris traitées à l'aspirine (1 & 10mg/kg). Souris n=8 pour chaque groupe. *p<0,5 ; **p<0,01 ;***p<0 ,001. * comparé au placebo ; $ comparé à l'aspirine 1mg/kg.

Résultats : L'analyse du mésentère des souris par microscopie intravitale a révélé une réduction significative du recrutement leucocytaire et plaquettaire ainsi qu'une diminution de la formation de thrombus dans le compartiment veineux chez les animaux traités par héparine et chez les souris traitées par aspirine à dose de 10mg/kg Figure). L'analyse plasmatique a montré une baisse des marqueurs pro-thrombotiques notamment la P selectine (p=0,019) et le complexe thrombine anti-thrombine (p=0,009), sans effet notable de l'héparine sur les marqueurs inflammatoires. Le traitement par aspirine était associé à une diminution plasmatique des marqueurs inflammatoires avec une diminution significative du taux de myélopéroxydase (MPO) (p=0,0418 et p=0,0262 respectivement à 1mg/kg et 10mg/kg d'aspirine) sans répercussion sur les marqueurs pro thrombotiques. Enfin, une amélioration macroscopique des segments intestinaux a été observée pour les deux traitements, bien qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée à l'analyse histologique.

Conclusion : Ces résultats suggèrent un effet protecteur de l'héparine et de l'aspirine sur les lésions liées à l'IR mésentérique via l'inhibition du recrutement leucocytaire et plaquettaire au niveau veineux. Ces résultats confirment l'intérêt de ces molécules utilisées en pratique clinique et leurs différents mécanismes d'action soutiennent l'intérêt de leur association. Des études complémentaires, associant l'héparine et l'aspirine à des molécules ciblant spécifiquement l'inflammation, pourraient représenter une piste thérapeutique prometteuse contre les lésions d'IR afin d'améliorer encore la mortalité encore trop élevée de l'ischémie mésentérique.

C.024

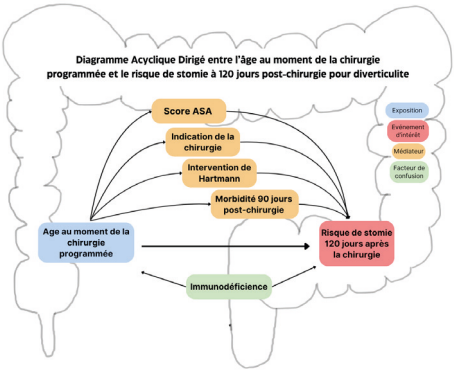
L'âge influence-t-il réellement le risque de stomie après une chirurgie programmée pour diverticulite ? Exploration du chemin causal par analyse de médiation

S. Wilson [(1)], L. Guittet [(1)], C. Sabbagh [(2)], O. Dejardin [(1)], A. Alves [(1)]
(1) Caen ; (2) Amiens.

Introduction : Si l'âge du patient et le nombre de poussées de diverticulite intervenaient dans la décision d'une colectomie prophylactique, les recommandations nationales de 2017 se basent sur une approche personnalisée. Après colectomie gauche élective, une stomie définitive peut être observée chez près de 4% des patients, impactant alors la qualité de vie. L'objectif de cette étude était de comprendre le chemin causal entre l'âge au moment de la colectomie élective et le risque de stomie 120 jours après la chirurgie, à l'aide d'une analyse de médiation.

Patients et Méthodes : Etaient inclus les patients opérés d'une colectomie gauche élective pour diverticulite entre 2010 et 2021 dans 41 établissements en France. L'exposition était l'âge au moment de la chirurgie programmée, découpé en 3 seuils (inférieur ou supérieur ou égal à 50, 60 et 75 ans) et l'évènement d'intérêt était le risque de stomie 120 jours après la chirurgie. L'identification des potentiels médiateurs a été réalisée par une revue de la littérature puis par des régressions logistiques entre les variables identifiées et disponibles et l'exposition ; puis entre ces variables et l'événement d'intérêt. Les variables ayant une association statistiquement significative avec l'exposition et l'événement d'intérêt étaient retenues pour l'analyse de médiation, qui a ensuite permis d'estimer les effets totaux, directs et indirects du chemin causal entre l'âge au moment de la chirurgie et le risque de stomie à 120 jours.

Résultats : Parmi les 4023 patients inclus, 1728 (41,1 %) étaient âgés de 60 ans ou plus au moment de la chirurgie. A 120 jours, une stomie était observée chez 269 patients (6,4%). Le statut immunodéficient du patient était inclus comme facteur de confusion, et le score ASA, l'indication de la chirurgie, la réalisation d'une intervention de Hartmann et la morbidité 90 jours post chirurgie ont été inclus comme médiateurs entre l'âge au moment de la chirurgie et le risque de stomie 120 jours post-chirurgie. Pour un seuil de 60 ans au moment de la chirurgie, l'effet total de l'âge au moment de la chirurgie était de 1,73 [1,38 ; 2,63]. L'effet direct de l'âge sur le risque de stomie à 120 jours n'était pas significatif (1,23 [0,97 ;1,51]). Les quatre médiateurs représentaient 64% de l'effet total. Individuellement, l'intervention de Hartmann était le principal médiateur avec un effet indirect de 1,20 [1,09 ;1,32], soit 41% de l'effet total. Le score ASA avait également un effet indirect significatif de 1,08 [1,04 ;1,14]. Les effets indirects de l'indication opératoire et de la morbidité postopératoire à J90 n'étaient pas significatifs.



Conclusion : L'âge au moment de la colectomie élective pour diverticulite n'influe pas directement sur le risque de stomie à 120 jours postopératoires. Les médiateurs principaux de cette relation sont le score ASA et la réalisation d'une intervention de Hartmann. Ces deux facteurs sont à prendre en compte dans la prise de décision partagée au moment de retenir l'indication opératoire. Notre étude complète la littérature sur la nécessité de prendre en compte d'autres facteurs que l'âge dans la décision d'un traitement chirurgical de la diverticulite.

Remerciements, financements, autres :
Nos remerciements aux membres du groupe de travail de l'Association Française de Chirurgie : GODET Camille, SABBAGH Charles, BEYER-BERJOT Laura, OUAISSI Mehdi, ZERBIB Philippe, BRIDOUX Valérie, MANCEAU Gilles, PANIS Yves, BUSCAIL Etienne, VENARA Aurélien, KHAOUDY Iman, GAILLARD Martin, VIENNET Manon, THOBIE Alexandre, MENAHEM Benjamin, EVENO Clarisse, BONNEL Catherine, MABRUT Jean-Yves, BADIC Bogdan, CHAUTARD Julien, EID Yassine, DUCHALAIS Emilie, LAKKIS Zaher, COTTE Eddy, LAFOREST Anaïs, DEFOURNEAUX Véronique, MAGGIORI Léon, REBIBO Lionel, NIKI Christou, TALAL Ali, MEGE Diane, BONNAMY Cécile, GERMAIN Adeline, MAUVAIS François, TRESALLET Christophe, ROUDIE Jean, LAURENT Alexis, TRILLING Bertrand, BERTRAND Martin, MASSALOU Damien, ROMAIN Benoit, TRANCHART Hadrien, PELLEGRIN Alexandra, DEJARDIN Olivier, ALVES Arnaud

C.025

Plénière

Cirrhoses en France : quelles disparités prendre en compte pour améliorer le pronostic ?

A. Baron [1], L. Tron [2], F. Balusson [3], V. Blary [2], V. Zannou [2], T. Decaens [2], E. Oger [3], C. Costentin [2]

(1) Villejuif ; (2) Grenoble ; (3) Rennes.

Introduction : Alors que les facteurs de risque de cirrhose (FDRc) sont bien établis et faciles à identifier, son diagnostic est souvent tardif, associé à un mauvais pronostic. Une meilleure connaissance de l'épidémiologie et des trajectoires de santé des patients ayant une maladie chronique du foie (MCF), en particulier aux stades avancés, est nécessaire pour optimiser la prise en charge. Mais de telles données sont rares en France. L'objectif de ce travail était de décrire l'épidémiologie de la cirrhose en France.

Patients et Méthodes : Dans une cohorte de MCF issue de l'échantillon représentatif à 2 % du Système National des Données de Santé (SNDS) entre 2015 et 2021, les cas incidents de cirrhose (CIC) étaient identifiés par les codes de diagnostics, actes ou traitements spécifiques de cirrhose et/ou de ses complications. Les caractéristiques de la MCF, les FDRc, les comorbidités et la prise en charge médicale ont été colligés ainsi que l'indice Fdep de défavorisation sociale de la commune de résidence. La survie globale (SG) a été étudiée à l'aide de modèles de Cox.

Résultats : Entre 2015 et 2021, 9967 CIC ont été identifiés : 65.0% d'hommes, 63.0 % de plus de 60 ans; 48.6% des patients étaient buveurs excessifs, 25.4% diabétiques et 21.5% obèses. Un FDRc ou une MCF étaient connus avant le diagnostic dans 46.5% et 19% des cas respectivement. 48.6% des cirrhoses étaient au moins liées à l'alcool (CirrAlc), 3.6% au moins virales, 18.2% uniquement métaboliques et 26.1 % de cause inconnue.
Sur la période étudiée, la part des cirrhoses liées aux hépatites virales a diminué de 5.1% à 3,2% et celles liées à l'alcool de 53,6% à 45,0%, au profit des formes métaboliques (CirrMet) passées de 13,8 % à 23.5% (p<0,001), parallèlement à la hausse des FDRc métaboliques.
Durant le suivi, 79.7 % des patients ont présenté au moins une complication (hors CPF). Les principales complications colligées étaient: l'insuffisance hépatique (incluant l'encéphalopathie hépatique) (40%), l'ascite (29%), le syndrome hépatorénal (4,3%) et l'encéphalopathie hépatique récidivante (3.6%). Un CPF survenait dans 13.9% des cas. Les cas de CirrMet avaient significativement moins d'hypertension portale, d'ascite et de CPF que les CirrAlc. La transplantation a concerné 1.26 % des sujets.
4401 décès ont été observés dans les 2 ans après le diagnostic de la cirrhose, soit une SG à 6, 12 et 24 mois de 64.4%, 61.5% et 55.8%. Une MCF de cause inconnue (HR 1.48 ; p<0.001), la survenue d'au moins une complication de cirrhose (hors CPF) (HR 2.19; p<0.001), la découverte d'un CPF concomitant à la cirrhose (HR=1.68; p<0.001), un score de Charlson plus élevé (HR 1.18; p<0.001) et le fait de résider dans une commune plus défavorisée (FdepQ4 *vs.* Q1 ; p=0.002; FdepQ5 *vs.* Q1 HR 1.21; p<0.001) étaient associés à une moins bonne SG en analyse multivariée ajustée sur l'âge et le sexe. D'autre part, une couverture sociale solidaire (C2S/CMU/AME ; HR 0.9; p=0.031) et la reconnaissance en ALD (HR 0.61 ; p<0.001) amélioraient la SG.
La cirrhose était diagnostiquée via une hospitalisation dans 87.4% des cas et via un décès (hospitalier ou non) dans 5.7% des cas. Les diagnostics via le décès étaient significativement plus fréquents chez les femmes, les CirrAlc, et en cas de Charlson élevé (régression logistique multivariée). Seuls 2.6% des patients avaient un suivi ambulatoire exclusif durant toute l'étude, lequel était associé, en analyse multivariée sur les 9400 patients non décédés au diagnostic, à un meilleur pronostic par rapport aux patients hospitalisés (HR 0.54 ; p=0.015).

Conclusion : L'épidémiologie de la cirrhose en France connaît une transition marquée par le recul des causes virales et liées à l'alcool au profit des causes métaboliques. Alors qu'un FDRc est identifié chez un malade sur deux, son diagnostic reste tardif, hospitalier et le pronostic sévère avec une survie de 55% à 2 ans justifiant de maintenir nos efforts en matière de prévention et de diagnostic précoce. Ce travail souligne que certaines populations sont particulièrement exposées à des parcours de soin défaillants (femmes, CirrAlc et résidents de communes défavorisées) et nécessitent une attention renforcée selon le principe d'universalisme proportionné.

C.026

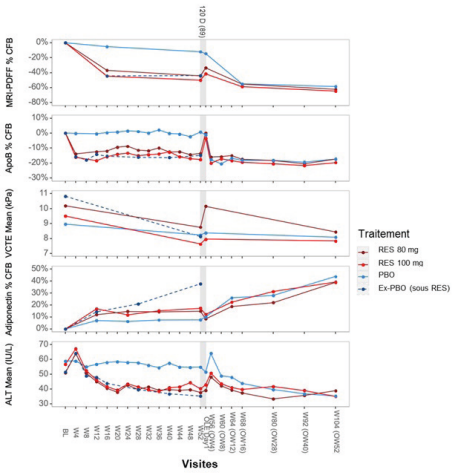
Plénière

Maintien de la réponse au resmetirom après deux ans de traitement chez les patients atteints de maladie stéatosique du foie associée à un dysfonctionnement métabolique (MAESTRO-NAFLD-OLE)

L. Castera [1], **P. Bardot** [2]
(1) Clichy ; (2) Châtenay-Malabry.

Introduction : Le resmetirom, un agoniste sélectif des récepteurs □ des hormones thyroïdiennes, est le premier traitement approuvé pour la stéatohépatite métabolique (MASH) avec fibrose modérée à avancée (F2-F3). L'objectif de cette analyse est d'évaluer la persistance des effets du resmetirom chez des patients atteints de maladie stéatosique du foie associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) après interruption de traitement dans le cadre d'une étude d'extension.

Patients et Méthodes : MAESTRO-NAFLD-1 (MN-1) (NCT04197479, décrit dans Nature Medicine volume 29, pages2919–2928) est un essai clinique de phase 3 randomisé en double aveugle incluant des patients avec une MASLD identifiés de manière non invasive incluant : 3 facteurs de risque métabolique, une VCTE ≥5,5 kPa, un CAP ≥280 dB/m, et une IRM-PDFF ≥8 %. 972 patients ont été randomisés 1:1:1 et ont reçu resmetirom 80 mg, resmetirom 100 mg, ou un placebo, une fois par jour par voie orale, pendant 52 semaines.
Après une interruption de traitement de 120 ±89 jours (moyenne, écart-type), 515 patients issus de MN-1 (n=168 issus du bras RES 80 mg ; 175 du bras RES 100 mg ; 172 du bras PBO) ont rejoint l'étude d'extension MAESTRO-NAFLD-OLE (MN-OLE, NCT04951219), pour un an supplémentaire. Les patients inclus dans MN-OLE ont reçu 80 mg ou 100 mg de resmetirom pendant les 12 premières semaines, puis 100 mg de la semaine 12 à la semaine 52.
Les données obtenues de l'inclusion jusqu'à 2 ans de traitement ont été analysées selon le groupe de traitement assigné dans MN-1 : l'efficacité a été évaluée après deux ans de traitement par resmetirom et après un an de traitement par resmetirom chez les patients sous placebo dans MN-1. Pour les patients sous placebo, les données à l'entrée de MN-1 ainsi que les données à l'entrée de MN-OLE ont été analysées.



Médiane pour l'IRM-PDFF et moyenne pour les autres paramètres ;
la ligne en pointillés est réinitialisée a partir de la première dose de RES.
La zone grisée correspond à la durée d'interruption de traitement entre MN-1 et MN-OLE, exprimée en moyenne (écart-type).
VCTE : pour les patients avec une VCTE initiale ≥ 7,2 kPa ;
ALAT : pour les patients avec des ALAT initiales ≥ 30 UI/L.

Résultats : À l'inclusion dans MN-1, la population évaluée à 2 ans (n=515) avait un âge moyen de 57 (11) ans ; 52 % étaient des femmes ; 29 % étaient hispaniques ; avaient un IMC de 35 (6) kg/m² ; 56 % avaient un diabète de type 2 ; 79 % une hypertension artérielle ; 77 % une dyslipidémie ; et une élasticité hépatique (Fibroscan) de 7,4 (4,7) kPa. Le traitement par resmetirom pendant une seconde année a entraîné une amélioration durable des biomarqueurs, suivants : les lipides (% diminution moyenne [écart-type] : LDL -15 % [2 %], ApoB -19 % [1 %], triglycérides -23 % [2 %]), les enzymes hépatiques (% variation moyenne [SE] : ALAT -25 % [3 %], ASAT -9 % [4 %], GGT -27 % [3 %] chez les patients avec ALAT≥30 UI à l'inclusion), la teneur en graisse hépatique (diminution médiane de l'IRM-PDFF de 63 %), et l'élasticité hépatique (-18 % (médiane) chez les patients avec VCTE≥7,2 kPa à l'inclusion). Les réponses étaient similaires chez les patients sous PBO de MN-1 ayant reçu resmetirom pendant un an. Une augmentation moyenne [écart-type] de l'adiponectine, un biomarqueur associé à la régression de la fibrose a été observée à un an (+16 % [2 %]) et à deux ans (+39 % [4 %]) de traitement. L'interruption de traitement entre la première et la deuxième année a entraîné une perte d'effet sur plusieurs de ces biomarqueurs, qui a été corrigée après la reprise du resmetirom. Le resmetirom a été bien toléré, et la réintroduction du traitement n'a généralement pas entraîné de réapparition d'effets indésirables gastro-intestinaux.

Conclusion : Dans un essai clinique de phase 3 de 52 semaines (extension de MN-1) (MN-OLE), mené chez des patients atteints de MASLD, deux ans de traitement par resmetirom améliorent durablement plusieurs biomarqueurs, incluant une diminution des lipides athérogènes, de la VCTE, de l'IRM-PDFF, ainsi que des améliorations des marqueurs de l'atteinte hépatique et de la fibrose.

C.027

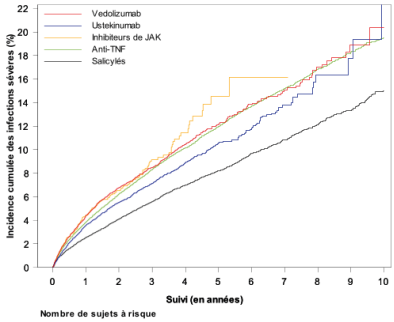
Plénière

Risque d'infection sévère chez les patients avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin exposés aux salicylés, aux anti-TNF, au vedolizumab, à l'ustekinumab ou aux inhibiteurs de JAK

A. Bertrand [(1)], A. Amiot [(1)], A. Martin [(1)], F. Carbonnel [(1)], A. Meyer [(1)]
(1) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : Les biothérapies et les inhibiteurs de JAK (JAKi) sont fréquemment utilisés pour traiter les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Malgré une mise à jour vaccinale et un bilan préthérapeutique, les infections sont fréquentes avec ces médicaments. Les données sur les biothérapies de deuxième génération et les JAKi sont parcellaires, parfois discordantes et sont fondées des échantillons limités de patients sélectionnés. Notre objectif était de comparer le risque d'infection sévère chez les patients atteints de MICI, selon leur exposition médicamenteuse.

Patients et Méthodes : A partir du Système National des Données de Santé, les patients atteints de MICI ayant initié un traitement par vedolizumab, ustekinumab, inhibiteur de JAK, anti-TNF ou salicylés entre 2014 et Juin 2024 ont été identifiés. Les patients atteints d'une immunodépression congénitale, infectés par le VIH, ou transplantés ont été exclus. Le suivi se terminait à la survenue d'une infection sévère, d'un arrêt ou d'un changement de traitement, à la date de fin de l'étude (décembre 2024) ou au décès. Le critère de jugement principal était la survenue d'une infection sévère définie par la nécessité d'une hospitalisation. L'association entre le traitement et le risque d'infection sévère était quantifiée par un modèle de Cox pondéré par l'inverse d'un score de propension (incluant âge, sexe, type de MICI, maladies inflammatoires extra-intestinales, comorbidités, statut de couverture maladie universelle complémentaire et des marqueurs de la sévérité de la MICI) et ajusté pour des variables dépendantes du temps (utilisation de corticoïdes, d'immunosuppresseurs associés et hospitalisation pour MICI).



Nombre de sujets à risque

Vedolizumab	27514	14963	8333	4964	2971	1844	1037	588	352	128	15
Ustekinumab	28054	16920	10158	6411	3770	2278	1254	492	132	54	19
Inhibiteurs de JAK	6439	2132	1002	567	284	103	17	2	0		
Anti-TNF	93444	64553	44319	31695	22806	16345	11505	7881	5204	3036	1270
Salicylés	153574	52183	28532	18851	13215	9494	6751	4679	3091	1914	894

Résultats : Au total, 309 025 traitements ont été initiés chez 219 229 patients, incluant 27 514 initiations de vedolizumab, 28 054 d'ustekinumab, 6439 d'inhibiteurs de JAK, 93 444 d'anti-TNF et 153 574 de salicylés. L'âge médian était de 41,0 ans [Q1-Q3 : 29,0-55,0], 52,0% étaient des femmes, 85,6% n'avaient pas de comorbidité et 45,3% avaient une maladie de Crohn. Au cours d'un suivi médian de 1,0 an [Q1-Q3 : 0,5-2,6], 15 081 infections sévères sont survenues. Le taux d'incidence d'infection sévère était de 21,9 pour 1000 personnes-années (IC95% : 21,3-22,5) pour les salicylés, 27,8 (IC95% : 27,1-28,4) pour les anti-TNF, de 33,0 (IC95% : 31,4-34,6) pour le vedolizumab, 26,6 (IC95% : 25,2-27,9) pour l'ustekinumab et 38,9 (IC95% : 34,3-43,5) pour les JAKi (Figure 1). Par rapport aux patients exposés aux salicylés, le hazard ratio ajusté (HRa) d'infections sévères était de 1,05 (IC95% : 0,98-1,11) pour les patients exposés à l'ustekinumab, de 1,29 (IC95% : 1,42-1,54) aux anti-TNF, de 1,38 (IC95% : 1,30-1,46) au vedolizumab, et de 1,63 (IC95% : 1,45-1,84) aux JAKi. Par rapport aux patients exposés aux anti-TNF, le HRa des infections sévères était de 0,81 (IC95% : 0,76-0,86) pour les patients exposés à l'ustekinumab, de 1,07 (IC95% : 1,01-1,13) pour le vedolizumab et de 1,27 (IC95% : 1,12-1,43) pour les JAKi. Les anti-TNF et le vedolizumab étaient particulièrement associés aux infections cutanées, ORL et neurologiques, les JAKi aux infections virales, notamment à herpès virus et les anti-TNF aux infections mycobactériennes. La prise concomitante de corticoïdes était associée à une augmentation du risque d'infection sévère de 2,06 (IC95 % : 1,98-2,14) et pour les thiopurines/méthotrexate, de 1,11 (IC95 % : 1,06-1,16). Les résultats étaient inchangés pour chaque type de MICI et dans les analyses de sous-groupes.

Conclusion : Comparativement aux anti-TNF, l'ustekinumab est associé à un risque plus faible d'infection sévère, le vedolizumab est associé à un risque similaire, et les JAKi sont associés à un risque plus élevé.

C.028

Plénière

Étude rétrospective observationnelle multicentrique en vraie vie et en population évaluant la procédure de gastro-entéro-anastomose endoscopique dans les syndromes d'obstruction gastrique

P. Montoya [1], B. Denis [2], T. Degand [3], M. Schaefer [4], A. Boinette [5], S. Scheer [6], P. Renard [6], J.B. Chevaux [4], P. Mayer [1], S. Koch [5], L. Héroin [1], F. Habersetzer [1], E. Siegel [7], I. Tchoumak [1], P. Claudé [8], J. Volet [6], M. François [4], C. Bazin [3], L. Vuitton [5], T. Deregnaucourt [5], M. Vinson [4], S. Bailly [4], P.Y. Christmann [1]

(1) Strasbourg ; (2) Colmar ; (3) Dijon ; (4) Nancy ; (5) Besançon ; (6) Reims ; (7) Haguenau ; (8) Mulhouse.

Introduction : Avec des taux de succès technique et clinique d'environ 94,0% et 89,9%, la gastro-entéro-anastomose (GEA) endoscopique s'est imposée dans l'arsenal thérapeutique du syndrome d'obstruction gastrique (1). Cependant, la quasi-totalité des études sont issues de centres experts et les données en population quasi-inexistantes, au point que les recommandations de l'ESGE réservent sa réalisation aux centres experts (2). L'objectif de ce travail était d'évaluer en vraie vie et sur l'ensemble de la population d'un territoire défini les taux de succès technique et clinique et de complications de la GEA endoscopique.

Patients et Méthodes : Etude observationnelle multicentrique rétrospective en vraie vie et en population dans 2 grandes régions (18 départements, 8,4 millions habitants). Tous les patients traités par GEA endoscopique pour syndrome d'obstruction gastrique (alimentation orale impossible ou uniquement liquide (Score de GOOS = 0 ou 1)) étaient inclus (syndrome occlusif grêle en aval exclus). Le succès technique était défini par une bonne position de la prothèse entre l'estomac et le duodéno-jéjunum, le succès clinique par la reprise d'une alimentation au moins mixée (score de GOOS ≥ 2). Les complications étaient classées selon leur score AGREE et leur délai d'apparition.

Résultats : Au total, 249 patients (âge moyen 70,1 ans ; 47,4% de femmes) ont bénéficié d'une GEA entre janvier 2020 et août 2025 : 73,5% dans 5 CHU, 22,9% dans 3 CHG et 3,6% dans 2 cliniques, par 22 opérateurs différents (1 à 37 gestes par opérateur). La date de 1ère GEA posée variait de janvier 2020 à août 2025 selon le centre. Les volumes annuels par centre et par opérateur variaient de 2 à 24, et de 1 à 13, respectivement. Les causes d'obstruction étaient : adénocarcinome du pancréas (59,7%), autre néoplasie (33,5%), pathologie bénigne (6,8%). La technique WEST était utilisée à 96,3% et la ponction directe sans remplissage préalable de l'anse à 3,7%. La durée moyenne de suivi était de 133 jours. Les taux de succès technique et clinique étaient de 94,3% et 85,9%, respectivement. Ces taux étaient respectivement de 93,2% et 86,8% en CHU et de 96,6% et 83,9% hors CHU. Le taux de succès technique des gestes hors CHU n'était pas inférieur à ceux réalisés en CHU (différence = 3,4%, IC 90% [-1,9% ; +8,6%]). Des complications étaient observées chez 26,6% des patients (13,6% AGREE 2 et 13% AGREE ≥ 3). Les complications en CHU et hors CHU étaient respectivement de 24,6% et de 31,0%. Une malposition de prothèse était observée dans 6,8% des cas gérée comme suit : repose de GEA (50%), pose d'une prothèse gastro-duodénale après retrait de la prothèse d'apposition (36%) et le retrait simple de la prothèse d'apposition (14%). La durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire était de 10 jours (médiane à 6 jours) et 3,7% des patients nécessitaient un séjour en réanimation ou en soins continus. La mortalité à 1 mois était de 19,4% (1,7% directement imputables à la procédure). La reprise de l'alimentation liquide survenait en moyenne à 1,25 jours et l'alimentation mixée à 3,78 jours après le geste. Un échec secondaire était observé chez 10,0% des patients, dans un délai moyen de 106 jours post GEA (14,3% ont bénéficié d'une nouvelle GEA endoscopique, 19,0% d'une GEA chirurgicale, 9,5% de résolution spontanée et 61,9% en fin de vie n'ont pas été traités). En analyse multivariée, la présence d'ascite était significativement associée à un moindre taux de succès clinique (OR = 0,17 ; p < 0,001) et à un risque accru d'échec secondaire (OR = 4,3 ; p=0,021) ; les autres variables, telles que localisation de la sténose, présence d'une carcinose péritonéale ou taille de la prothèse, n'étaient pas significatives. Un obstacle biliaire était observé dans 58,7% des cas, préalable (55,6%), synchrone (38,0%) ou ultérieur (6,4%) à la pose de GEA. Il était traité par CPRE (40,2%), cholédoco-bulbaire (21,5%), cholécysto-bulbaire (2,8%), hépatico-gastrostomie (18,7%), drainage radiologique percutané (15,9%) et chirurgie (0,9%). Un échec biliaire secondaire était observé dans 41,0% des cas (58,5% des CPRE, 47,8% des cholédoco-bulbaires, 33,3% des cholécysto-bulbaires, 15% des hépatico-gastrostomies et 23,5% des drainages radiologiques). Ces échecs biliaires secondaires étaient traités par CPRE (25%), cholédoco-bulbaire (12,5%), cholécysto-bulbaire (5%), hépatico-gastrostomie (40%), drainage radiologique (17,5%).

Conclusion : La GEA endoscopique, considérée initialement comme complexe, s'avère relativement simple pour des endoscopistes maîtrisant l'échoendoscopie thérapeutique et la CPRE. Avec des résultats et un profil de sécurité comparables en vraie vie et en population à ceux de la littérature, elle doit devenir le traitement de référence du syndrome d'obstruction gastrique, et être accessible à tous les patients sur l'ensemble du territoire national. Un volume annuel minimal par opérateur reste à définir.

C.029

Plénière

PANOVA-3 : efficacité, tolérance et qualité de vie des Tumor Treating Fields (TTFields) associés à la gemcitabine et au nab-paclitaxel dans le traitement de l'adénocarcinome canalaire pancréatique localement avancé (LA-PAC)

H. Senellart [1], T. Seufferlein [2], V. Picozzi [3], S. Chandana [4], B. Melichar [5], A. Kasi [6], J. Gang [7], J. Gallego [8], A. Bullock [9], H. Chun-Yi [10], L. Wyrwicz [11], E. Hitre [12], A. Osipov [13], C. de La Fouchardière , I. Ales [14], T. Dragovich [15], W.J. Lee [16], K. Feeney [17], P. Philip [18], M. Ueno [19], E. Van Cutsem [20], T. Macarulla [21], H. Babiker [15]

(1) Saint-Herblain ; (2) Ulm, ALLEMAGNE ; (3) Seattle, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Grand Rapids, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Olomouc, RÉPUBLIQUE TCHÈQUE ; (6) Kansas city, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Shanghai, CHINE ; (8) Elche, ESPAGNE ; (9) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Pékin, CHINE ; (11) Varsovie, POLOGNE ; (12) Budapest, HONGRIE ; (13) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (14) Málaga, ESPAGNE ; (15) Jacksonville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (16) Goyang, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (17) Murdoch, AUSTRALIE ; (18) Detroit, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (19) Yokohama, JAPON ; (20) Louvain, BELGIQUE ; (21) Barcelone, ESPAGNE.

Introduction : À ce jour, aucun essai clinique de phase 3 n'a démontré un bénéfice en survie globale (SG) chez les patients atteints d'un adénocarcinome pancréatique localement avancé (LA-PAC) inopérable. Les TTFields sont des champs électriques qui perturbent la division des cellules cancéreuses. Nous présentons les données finales de l'étude PANOVA-3 (NCT03377491), le plus grand essai de phase 3, randomisé en ouvert, mené à ce jour sur le LA-PAC inopérable, comparant les TTFields + gemcitabine/nab-paclitaxel (GnP) au GnP.

Patients et Méthodes : 571 adultes avec un LA-PAC nouvellement diagnostiqué inopérable ont été randomisés selon un rapport 1:1 pour recevoir soit des TTFields (150 kHz) + GnP, soit uniquement GnP. Le critère d'évaluation principal était la SG. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la survie sans progression, la survie sans progression locale et la survie sans douleur. La qualité de vie (QoL) a été évaluée à l'aide du questionnaire EORTC QLQ C-30 et du module PAN26. Une analyse post hoc de la SSP à distance et du recours aux antalgiques a été effectuée.

Résultats : 571 patients ont été randomisés. Les caractéristiques des patients à l'inclusion dans les deux groupes étaient équilibrées. Concernant les critères d'efficacité, une différence significative entre les deux groupes TTFields + GnP et GnP a été observée sur : la médiane de survie globale (16,2 *vs* 14,2 mois), la survie sans douleur (15,2 *vs* 9,1m) et la survie sans progression à distance (13,9 *vs* 11,5 m ; post hoc). Aucune différence n'a été observée en termes de SSP ou SSP locale. Aucun événement indésirable (EI) systémique associé aux TTFields n'a été observé. Les EI les plus fréquents liés au dispositif étaient de grade 1/2 : dermatite (27,7 %), éruption cutanée (17,5 %) et prurit (15,0 %) ; les grades 3 et 4 sont survenus chez 9,1 % et 0,4 % des patients, respectivement. Concernant la qualité de vie une différence significative a été observée entre TTFields + GnP et GnP sur : le délai médian avant aggravation de la douleur (10,1 *vs* 7,4 mois), la douleur pancréatique (14,7 *vs* 10,2 mois), l'état de général de santé (7,1 *vs* 5,7 mois), la prise d'antalgiques (6,9 *vs* 4,9 mois ; post hoc) et utilisation d'opioïdes (7,1 *vs* 5,4 mois ; post hoc), ainsi que toutes les échelles de symptômes digestifs à l'exception de l'indigestion. Aucune différence n'a été observée en matière d'insomnie et de fatigue.

Discussion : Il s'agit du plus grand essai de phase 3 réalisé exclusivement sur des patients ayant un LA-PAC inopérable et le premier à montrer un bénéfice significatif en termes de SG, d'amélioration de la douleur et de qualité de vie, sans effets indésirables systémiques additifs.

Conclusion : Le traitement par TTFields est un nouveau traitement standard potentiel pour le LA-PAC inopérable.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été financée par Novocure GmbH. Les auteurs tiennent à remercier les patients, leurs familles et leurs soignants, ainsi que tous les centres et investigateurs participants pour leur contribution essentielle à la réalisation de cette étude.

C.030

La lactatémie à J3 : un marqueur pronostique très performant dans les hépatites à Amanita phalloides

V. Coirier [(1)], M. Alharthi [(1)], I. Breteau [(2)], B. Giguet [(1)], E. Bardou-Jacquet [(1)], K. Pinceaux [(1)], S. L'hermite [(1)], T. Uguen [(1)], C. Jézéquel [(1)], F. Robin [(1)], A. Chebarro [(1)], H. Jeddou [(1)], E. Salamé [(2)], L. Elkrief [(2)], E. Levesque [(2)], P. Houssel-Debry [(1)], F. Artru [(1)]

(1) Rennes ; (2) Tours.

Introduction : L'intoxication par Amanita phalloides, rare mais principale cause d'hépatite aiguë fongique en Europe, évolue classiquement en deux phases : digestive puis hépatotoxique, pouvant aboutir à une insuffisance hépatique fulminante entre le 3e et le 10e jour. Les données pronostiques restent limitées et difficile d'interprétation en raison de petits effectifs (< 30 patients) et l'absence de prise en compte, comme point d'entrée dans la maladie de l'ingestion des champignon comme cela est fait pour les autres formes d'hépatite de phénotype hyper-aigü. Nous avons souhaité évaluer les critères pronostiques des hépatites aux champignons dans une large cohorte rétrospective d'une région a forte incidence prenant en compte le temps de l'ingestion et confirmer ceux ci dans une cohorte indépendante.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant tous adultes hospitalisés pour intoxication confirmée ou suspectée à A. phalloides depuis 2005. Données recueillies de J1 à J5 : paramètres biologiques, scores pronostiques (KCC, Clichy, Ganzert, Escudié), traitements (N-acétylcystéine (NAC), silibinine, MARS®, échange plasmatiques (EP)), et évolution à J28. Le critère de jugement principal était la survie sans transplantation à J28. Une cohorte d'hépatite aigue sévère issue d'un deuxième centre a servi de validation.

Résultats : 52 patients ont été inclus entre 2006 et 2024. L'age médian 65 ans ; 56 % d'hommes. 92% des patients ont développé une diarhée dans une médiane de 9h après ingestion. La présence d'amanitines était retrouvée dans 94% des cas. 96% des patients ont présenté une hépatite aigue sévère et 26,9 % une hépatite grave. Tous les patients ont reçu de la NAC, 90 % silibinine. 69 % des patients étaients admis en réanimation et 21 % ont bénéficiés d'une épuration rénale, 19 % EP, 27 % MARS®. A J28, 7,7 % ont été transplantés, 19,2% sont décédés. La survie sans TH à 28 jours était de 72,8 %. En analyse multivariée, le taux de lactate était le seul facteur indépendamment associé au critère principal au jour 2 (OR = 3,28 ; IC95 % : 1,37–7,83 ; p = 0,0001). à J3, le taux de lactate (OR = 2,59 ; IC95 % : 1,13–5,91 ; p = 0,0002) et le score MELD (OR = 1,25 ; IC95 % : 1,01–1,58 ; p = 0,01) étaient indépendamment associés au critère principal. A J4 de l'ingestion, les facteurs indépendamment associés au critère principal étaient le taux de lactate (OR = 1,47 ; IC95 % : 1,03–2,11 ; p = 0,008) et la créatinine (après transformation logarithmique : OR = 8,13 ; IC95 % : 1,01–65,72 ; p = 0,03). Les aires sous la courbe (AUC) du lactate a J2, J3 et J4 après l'ingestion étaient respectivement de 0,89 (0,67–0,97), 0,92 (0,74–0,95) et 0,93 (0,73–0,96). L'ajout du score MELD à J3 ou du taux de créatinine à J4 n''améliorait pas les performances pronostiques du lactate pris isolément. Un seuil de 3,2 mmol/L à J3 distinguait deux groupes pronostiques : TFS 93,6 % *vs* 0 % (p < 0,0001). Le score KCC-APAP (intégrant le lactate) présentait une performance similaire (AUC 0,96) mais non supérieure au lactate isolé. Les critères Clichy, Ganzert et Escudié étaient moins discriminants. Les patients sous MARS® ou PE présentaient une atteinte plus sévère mais aucune mortalité procédurale. La TFS à 28 jours était de 87 % sans MARS ou PE *vs* ~60 % avec (p = 0,22).
La cohorte de validation comprenait 18 patients. L'AUC du taux de lactatémie à J3 dans cette cohorte était de 0,91 (0,53-0,99). Le seuil de 3,2 mmol/l permettait de distinguer deux populations de pronostic différents: 87,5% (66-100) *vs*. 0% de survie sans transplantation à J28 (p=0.008).

Conclusion : Les données issues de cette large cohorte, confirmées par une cohorte de validation indépendante, identifient la lactatémie au troisième jour comme un outil simple, précoce et performant pour repérer les patients à risque de décès ou de transplantation après intoxication à Amanita phalloides. Ce marqueur, déjà validé comme critère pronostique dans les hépatites aiguës à évolution hyperaiguë telles que celles induites par le paracétamol, pourrait, s'il était utilisé de manière systématique, affiner les décisions de transfert et d'inscription en urgence de greffe.L'étude confirme également la fiabilité du modèle KCC-APAP dans ce contexte et souligne la nécessité de validations multicentriques prospectives. Enfin, notre travail ne permettait pas d'évaluer l'impact spécifique du recours aux dispositifs d'épuration extracorporelle (MARS® et échanges plasmatiques).

C.031

Expérience du TIPS dans les complications de la maladie vasculaire porto-sinusoïdale : étude multicentrique rétrospective

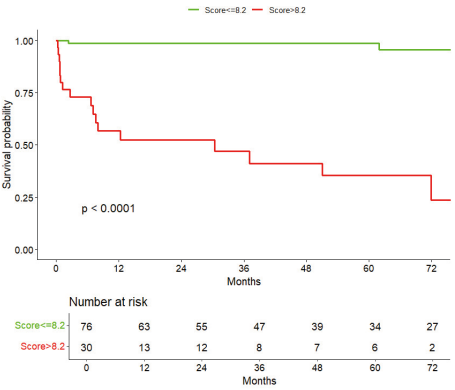
M. Vandois [1], M. Rudler [2], P.E. Rautou [3], L. Dubé [4], C. Bureau [5], L. Elkrief [6], N. Carbonell [2], P. Hermabessière [7], A. Samper [8], T. Antonini [9], J.C. Nault [10], I. Archambeaud [11], A. Abergel [12], M. Meszaros [13], G. Dahlqvist [14], J. Dumortier [9], A. Coilly [15], V. Rolle [16], G. Amaddeo [17], O. Goria [18], T. Gerster [19], M. Farrugia [20], A. Sayadi [3], C. Bouzbib [2], A. Plessier [3], F. Artru [4], H. Larrue [5], F. Dujardin [6], J.P. Cervoni [8], J. Gournay [11], R. Anty [20], D. Cazals-Hatem [3], M. Diouf [1], D. Thabut [2], E. Nguyen-Khac [1]

(1) Amiens ; (2) Paris ; (3) Clichy ; (4) Rennes ; (5) Toulouse ; (6) Tours ; (7) Bordeaux ; (8) Besançon ; (9) Lyon ; (10) Bobigny ; (11) Nantes ; (12) Clermont-Ferrand ; (13) Montpellier ; (14) Woluwe-Saint-Lambert, BELGIQUE ; (15) Villejuif ; (16) Poitiers ; (17) Créteil ; (18) Rouen ; (19) Dijon ; (20) Nice.

Introduction : La maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) peut évoluer vers une hypertension portale non-cirrhotique. En cas d'hémorragie digestive récidivante ou d'ascite réfractaire, la place du TIPS et le pronostic restent incertains. Nous rapportons l'expérience du TIPS chez des patients MVPS dans une étude multicentrique rétrospective.

Patients et Méthodes : 122 patients atteints de MVPS ayant reçu un TIPS dans 23 centres Français et Belge de 2010 à 2025 ont été rétrospectivement inclus, et comparés à 363 patients atteints de cirrhose ayant eu un TIPS pour les mêmes complications d'hémorragie récidivante, d'ascite réfractaire, ou autres indications. La survie globale et les survies sans récidives ont été comparées sans ajustement, puis ajustées avec un score de propension (critères d'âge, sexe, bilirubine, albumine, TP, indication du TIPS pour ascite, encéphalopathie hépatique, MELD et antécédents d'hémorragie sur HTP), puis en analyse de sensibilité excluant les indications préemptives du TIPS.

Résultats : Avant ajustement, les patients MVPS ou Cirrhoses étaient respectivement des hommes dans 66% *vs.* 83% (p<0.001), d'âge médian 57 *vs.* 58 ans (p=0.3), TP à 75% *vs.* 53% (p<0.001), albuminémie 33 *vs.* 28 G/L (p<0.001), bilirubinémie 14 *vs.* 33 mmol/L (p<0.001), et 73% d'affections extra hépatiques associées à la MVPS. Le TIPS était mis pour hémorragie, ascite ou autres indications respectivement dans 52%, 30% (4% mixte) et 13% (dont 82% en préemptif d'une chirurgie) pour les patients MVPS *vs.* 67%, 31% et 1.1% pour les patients Cirrhose (p<0.001). Avant ajustement le taux de mortalité globale était de 20% dans le groupe MVPS (suivi médian 54,8 mois) contre 41% dans le groupe cirrhose (suivi médian 31,5 mois) (p<0.001). Après ajustement, la survie globale était meilleure dans le groupe MVPS-TIPS (HR=0.42 (IC95% : 0.21-0.85), p=0.0159) avec des taux de survie à 1, 2 et 5 ans de 89, 87 et 84% et de 88, 76 et 49% dans le groupe cirrhose-TIPS, ainsi qu'en analyse de sensibilité (p=0,048). Après ajustement, la survie sans récidive hémorragique était meilleure dans le groupe MVPS-TIPS (HR=0.50 (IC95% : 0.26-0.94), p=0.032) avec des taux de survie à 1, 2 et 5 ans de 86, 82 et 75% *vs.* 81, 73 et 45% pour cirrhose-TIPS, mais il n'y avait plus de différence significative en analyse de sensibilité (p=0,06). Il n'y avait pas de différence entre les groupes MVPS et Cirrhose pour la survie ajustée sans récidive d'ascite (HR=0.60 (IC95% : 0.36-1.01), p=0,053) avec des taux de survie respectives à 1, 2 et 5 ans de 75, 70 et 63% *vs.* 79, 52 et 26%. Il n'y avait pas de différence de survie ajustée sans thrombose du TIPS (HR=0.72 (IC95% : 0.40-1.32), p=0.290) avec des taux de survie respectives à 1, 2 et 5 ans de 80, 73 et 67% *vs.* 86, 72 et 43%. Enfin il n'y avait pas de différence de survie ajustée sans encéphalopathie hépatique (HR=0.75 (IC95% : 0.46-1.24), p=0.262), avec des taux de survie respectives à 1, 2 et 5 ans de 68, 65 et 56% *vs.* 57, 49 et 47%. En analyse multivariée restreinte au groupe MVPS-TIPS pour hémorragie récidivante et ascite réfractaire, l'âge, l'albuminémie, la créatininémie et la présence d'une affection extra hépatique sévère étaient les facteurs indépendants associés à la survie post TIPS, permettant la construction d'un modèle pronostic après TIPS pour les patients MVPS-TIPS. Un score > 8,2 isole un groupe de patients MVPS post TIPS avec une survie significativement altérée (Figure), p<0.0001.



Conclusion : La survie globale des patients MVPS avec un TIPS mis en place pour hémorragie digestive récidivante ou ascite réfractaire est meilleure par rapport aux patients avec Cirrhose TIPS pour les mêmes motifs. Un modèle pronostic incluant 4 variables permet de prédire la survie post TIPS-MVPS.

Remerciements, financements, autres : Momar Diouf pour analyse statistique

C.032

Infections fongiques invasives chez les patients atteints de cirrhose : les (1,3)-β-D-glucanes, un marqueur à utiliser avec prudence

M. Merad [1], L.C. Ntandja-Wandji [1], S. Loridant [1], Y. Merad [2], E. Lemaitre [1], P. Mathurin [1], A. Louvet [1]
(1) Lille ; (2) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'infection chez le patient atteint de cirrhose est un facteur de risque de décompensation et de mortalité. Cette prédisposition à s'infecter est expliquée par la translocation digestive et par une atteinte de l'immunité innée et acquise en lien avec la cirrhose. Les infections fongiques invasives (IFIs) sont associées à une mortalité élevée mais restent peu documentées du fait de difficultés diagnostiques. Les critères EORTC, qui harmonisent la définition des infections fongiques, ne sont pas validés dans la population cirrhotique mais sont cependant utilisés par manque d'outils dédiés. Les marqueurs fongiques peuvent aider au diagnostic comme reflet indirect d'une IFI, mais leur pertinence dans la population cirrhotique reste à démontrer. La difficulté à identifier une infection fongique entraîne un risque de sous-estimation des IFIs ou de sur-exposition aux antifongiques. Cette étude rétrospective décrit la prévalence des IFIs dans un service d'hépato-gastro-entérologie et les performances diagnostiques des (1-3)-β-D-glucanes (BDG) chez les patients atteints de cirrhose.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective monocentrique menée en 2022 inclut des patients hospitalisés dans un service d'hépato-gastro-entérologie et ayant bénéficié d'au moins un prélèvement à visée mycologique. Parmi ces prélèvements, il pouvait s'agir d'hémocultures, de dosage des marqueurs fongiques, d'une culture à partir d'une biopsie, ou de PCR sur lavage broncho-alvéolaire. Pour chaque patient inclus, l'évènement suspect d'infection survenu au cours de l'hospitalisation est étudié et le diagnostic d'IFI est posé a posteriori en appliquant les critères EORTC. Les données cliniques et biologiques au moment de l'évènement suspect d'infection sont recueillies. La survie à 90 jours est analysée, ainsi que les performances diagnostiques des BDG.

Résultats : Cette étude inclut 499 patients ayant bénéficié d'au moins un prélèvement à visée mycologique, dont 269 patients atteints de cirrhose. On note que les patients avec cirrhose inclus dans l'étude présentent une cirrhose principalement décompensée avec la présence d'ascite chez 75,7% d'entre eux, et un MELD médian de 18,8. L'analyse de survie à 3 mois montre que la survie est plus faible chez les patients atteints de cirrhose (63,9% contre 88,3%, p<0,0001).
L'analyse des dossiers a permis d'identifier 20 cas d'IFIs prouvées ou probables parmi les patients atteints de cirrhose. Pour les patients cirrhotiques infectés, la survie est plus faible (40% contre 65,9% des patients non infectés, p=0,001), et la cirrhose est plus grave avec un MELD médian à 26,8.
Les BDG sont dosés chez 65,1% des patients atteints de cirrhose. Ils sont significativement plus élevés en cas d'IFIs. La performance diagnostique des BDG est plutôt mauvaise avec une aire sous la courbe ROC de 0.705. Pour le seuil habituel de 80pg/mL la sensibilité est de 57,9%, la spécificité de 74,7%, la valeur prédictive positive de 21,6% et la valeur prédictive négative (VPN) de 93,6%. Une augmentation du seuil des BDG à 300pg/mL permet d'obtenir de meilleures performances diagnostiques avec une meilleure spécificité à 97,5%. La valeur prédictive négative reste similaire à 93,3%, et montre que les BDG pourraient être utilisés pour exclure une IFI chez les patients atteints de cirrhose.
En se focalisant sur le groupe des patients sans IFI mais avec des BDG élevés (> 80pg/mL), on retrouve un MELD significativement plus élevé, suggérant que les BDG peuvent refléter la translocation digestive fongique.
L'analyse de la CRP montre qu'elle ne permet pas d'aider au diagnostic d'infection fongique dans la cirrhose.

Conclusion : Les IFIs dans la population cirrhotique sont rares mais mortelles. Leur prise en charge est limitée par des difficultés diagnostiques. Cette étude montre que les BDG sont élevés en cas d'IFI mais également en cas de cirrhose grave. La bonne VPN suggère que les BDG pourraient être utilisés pour exclure une IFI. De meilleures performances diagnostiques sont obtenues pour un seuil des BDG plus élevé que le seuil habituel, montrant l'intérêt d'études prospectives pour mieux définir le rôle des BDG dans l'algorithme diagnostique des IFIs dans la population cirrhotique.

C.033

Le microbiote intestinal des patients atteints de cirrhose sévère est modifié par la rifaximine et est associé à des modifications de la sévérité de la maladie : résultats de l'étude multicentrique ProPILA-Rifax

R. Ladeira [1], A. Biguenet [1], A. Meunier [1], M. Gonthier [1], A. Pitta [2], E. Bardou-Jacquet [3], A. Jolivet-Gougeon [3], M. Desmarets [1], T. Thévenot [1], D. Hocquet [1], B. Valot [1]
(1) Besançon ; (2) Reims ; (3) Rennes.

Introduction : La dysbiose intestinale est associée à la physiopathologie de la cirrhose et à ses complications. Le mécanisme d'action de la rifaximine (RFX) sur le microbiote intestinal reste mal connu. Le but de cette étude est de comparer l'effet de la RFX sur le microbiome intestinal à un placebo (PBO) et d'identifier des biomarqueurs microbiens associés à des changements de sévérité de la maladie, la survie, et l'incidence des infections spontanées du liquide d'ascite (ISLA) à partir des données de l'étude randomisée ProPILA-Rifax (NCT03069131) [1].

Patients et Méthodes : Ont été inclus 42 patients ayant une cirrhose sévère, traités pendant 12 mois par RFX (n=21) ou PBO (n=21). Des échantillons de selles ont été collectés à J1, M3, M6, M12, et M18. L'ADN microbien a été extrait et des bibliothèques ciblant le gène 16s rRNA ont été préparées puis amplifiées pour séquençage Illumina. Le profil longitudinal du microbiote a été caractérisé à partir des amplicons via un pipeline bioinformatique. La richesse, la diversité et la composition du microbiote ont été analysées à l'aide de modèles linéaires mixtes prenant en compte l'effet aléatoire inter-patient. Des biomarqueurs microbiens associés au score Child-Pugh ont été identifiés et utilisés pour stratifier les patients, à partir desquels des courbes de survie et des analyses d'incidence d'ISLA ont été générées.

Résultats : La prise de RFX était associée à une diminution de la richesse du microbiote intestinal par rapport au baseline au cours des périodes de suivi (P<0.001), alors qu'aucun changement n'a été observé dans le groupe PBO (P>0.05). La diversité du microbiote était modifiée au cours du suivi des patients du bras RFX (R^2=0.068 ; P=0.001), alors qu'aucun changement n'a été observé dans le groupe PBO (R^2=0.038 ; P=0.2). L'abondance relative d'espèces bactériennes (e.g., Ruminococcus bromii et Roseburia inulinivoran) diminuaient spécifiquement au cours du suivi dans le bras RFX. L'abondance relative de certaines espèces associées à la cirrhose diminuaient dans le bras RFX, comme *Escherichia coli* (P=0.002) et Veillonella parvula (P=0.005), à l'inverse des espèces Blautia obeum (P=0.03) et Fusicatenibacter saccharivorans (P=0.004), dont l'abondance relative augmentaient. Le traitement par RFX augmente la proportion des E. coli résistants à la rifampicine (P<0.001), sans qu'aucune résistance croisée à la ciprofloxacine et au céfotaxime n'ait été observée. Dans le modèle mixte évaluant l'association entre le score Child-Pugh et l'abondance relative des espèces bactériennes, plusieurs taxons du phylum Firmicutes (notamment Streptococcus spp. et Veillonella spp.) étaient positivement corrélés à la sévérité de la cirrhose. Les analyses de Cox stratifiées ont montré que les patients dont le microbiote était enrichi en E. coli ou V. parvula présentaient un risque accru de développer une ISLA. Les analyses de survie stratifiés montrent que les patients dont le microbiote est enrichi en B. obeum et Intestinomonas timonensis ont une survie globale plus élevée que ceux sous-exprimant ces bactéries (respectivement n=17, P=0.002 ; n=13, P=0.01).

Conclusion : La RFX diminue l'abondance relative d'espèces associées à la cirrhose et d'espèces commensales, sans avoir d'effet bénéfique sur la survie à 12 mois ou l'incidence des ISLA sur cette population de patients cirrhotiques sévères [1]. Dans cette cohorte, l'abondance relative intestinale d'E. coli est associé à une augmentation de l'incidence de l'ISLA, alors que celles de B. obeum et I. timonensis sont associés à une survie globale plus élevée. Ces résultats identifient des biomarqueurs du microbiote intestinal qui pourraient guider de nouvelles stratégies de prévention et de traitement de la cirrhose sévère, notamment par le développement de produits biothérapeutiques vivants.

Cette recherche a été financée dans le cadre du PHRC 2016 (PHRCN-16-0015).

C.034

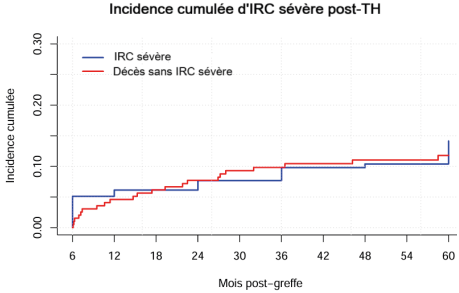
Incidence et facteurs associés à la survenue d'une insuffisance rénale chronique sévère après transplantation hépatique chez les malades transplantés en ACLF de grade 2 et 3

A. Augé [1], H. Barraud [1], P. Houssel-Debry [2], V. Coirier [2], I. Breteau [1], E. Bardou-Jacquet [2], A. Camino [1], C. Gayat [1], C. Fleurent [1], S. L'hermite [2], L. d'Alteroche [1], E. Levesque [1], P. Gatault [1], F. Artru [2], L. Elkrief [1]

(1) Tours ; (2) Rennes.

Introduction : L'Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) représente une indication croissante de transplantation hépatique (TH). Plus de la moitié des patients ayant une ACLF présente une défaillance rénale au moment de la TH. Si la survie des malades après TH en contexte d'ACLF sévère (grades 2 ou 3) dépasse 70% à 5 ans, les complications post-TH sont fréquentes, notamment cardiovasculaires et infectieuses. L'incidence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) après TH chez les patients transplantés en ACLF sévère n'a jamais été étudiée. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer chez les patients présentant une ACLF sévère, (i) l'incidence de l'IRC post-TH, (ii) les facteurs associés, et (iii) l'association entre l'IRC post-TH et la morbi-mortalité tardive.

Patients et Méthodes : Étude observationnelle, rétrospective et bicentrique, incluant tous les patients transplantés en ACLF sévère entre 2011 et 2021 dans les CHU de Tours et de Rennes. Le critère de jugement principal (CJP) était la survenue d'une IRC sévère au-delà de 6 mois post-TH (définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) ≤ 30 ml/min, la dialyse ou la transplantation rénale). Les patients ont été suivis jusqu'à 5 ans post-TH. Les analyses ont été réalisées en considérant le décès comme un évènement compétitif.



Résultats : 222 patients ont été inclus (127 en ACLF 2, 95 en ACLF 3). L'âge médian était de 57 ans, 72% étaient des hommes, 60% présentaient au moins un facteur de risque cardiovasculaire et 20% étaient atteints d'un diabète. A la TH, le score MELD médian était de 36 et 30 patients (13,5%) étaient sous épuration extra-rénale (EER). Vingt-six patients sont décédés dans les 6 mois suivant la TH. Parmi les 196 patients vivants à 6 mois post-TH et au cours d'un suivi médian de 60 mois, 25 (12,8%) ont développé une IRC sévère (60% ont été mis sous dialyse, 12% ont été transplantés d'un rein), et 22 (11,2%) sont décédés sans atteindre le CJP. Ainsi, l'incidence cumulée d'IRC sévère post-TH était de 5,6% à 1 an, 8,8% à 3 ans et 12,9% à 5 ans (Figure 1), sans différence significative entre les patients présentant une ACLF 2 et ceux présentant une ACLF 3 à la TH (p=0,87). En analyse univariée (modèle de Fine and Gray), l'âge à la TH, la présence d'un diabète, une cirrhose MASH, l'IMC, l'EER à la TH et la survenue de complications infectieuses et cardiovasculaires précoces étaient associés à un risque accru d'IRC sévère post-TH. En analyse multivariée, le diabète (Hazard Ratio (HR) 2,7, p=0,006), l'EER à la TH (HR 2,8, p=0,042) et l'induction par Basiliximab (HR 0,33, p=0,02) étaient indépendamment associés à la survenue d'une IRC sévère post-TH. L'IRC sévère post-TH était associée à une augmentation du risque de décès tardifs (HR 2,3, p=0,04), d'infections tardives (HR 2,2, p=0,006) et de complications cardiovasculaires majeures tardives (HR 7,7, p<0,001).

Conclusion : Dans cette étude rétrospective chez les patients transplantés en contexte d'ACLF sévère, l'incidence de l'IRC sévère était de 13% à 5 ans. Elle semble comparable à celle observée après TH en dehors du contexte d'ACLF. Le diabète, l'EER à la TH et l'induction au Basiliximab étaient indépendamment associés à l'IRC sévère post-TH. L'IRC sévère post-TH était associée à une morbidité accrue (notamment infectieuse et cardiovasculaire) ainsi qu'à une surmortalité. Ces résultats pourraient être utiles pour identifier précocement les patients à haut risque d'IRC sévère post-TH, et proposer des stratégies d'épargne rénale et des protocoles d'immunosuppression personnalisés.

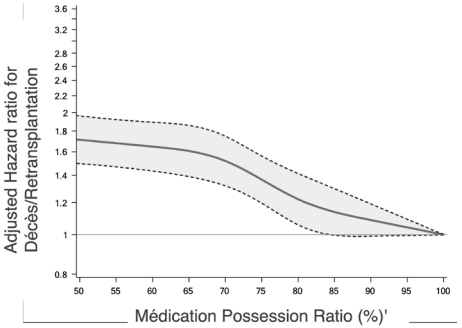
C.035

Observance des immunosuppresseurs et survie du greffon après transplantation hépatique : étude de cohorte nationale à partir du Système National des Données de Santé

I. Kounis [1], C. Feray [1], T. Breard [1], A. Kokar [1], A. Martin [2], I. Boytchev [2], E. Vibert [1], B. Roche [1], A. Coilly [1], A. Meyer [2]
(1) Villejuif ; (2) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : L'observance des immunosuppresseurs est un facteur majeur de morbi-mortalité après transplantation rénale. Les données sont plus limitées après transplantation hépatique (TH). Notre objectif était de décrire l'observance des immunosuppresseurs après TH et d'étudier son association avec la survie du greffon.

Patients et Méthodes : Étude de cohorte rétrospective à partir du Système National des Données de Santé (SNDS), incluant tous patients de plus de 15ans ayant eu une première TH entre 2010 et 2022. L'observance des immunosuppresseurs a été mesurée par le Medication Possession Ratio (MPR), calculé comme le nombre de jours sur 1an couvert par les délivrances d'immunosuppresseurs (quel qu'ils soient). Tous les 30 jours de suivi, le MPR était mis à jour en évaluant l'observance de l'année précédente. Les patients avec décès ou retransplantation ou sans suivi dans l'année suivant la TH ont donc été exclus pour avoir au moins 1an d'évaluation du MPR pour chaque patient. Le suivi débutait 1an après la TH et finissait lors d'un décès, d'une retransplantation hépatique ou au 31 décembre 2024. Le critère de jugement principal était la survie du greffon (critère composite incluant décès ou retransplantation). Les critères de jugement secondaires incluaient le décès, la retransplantation, le rejet du greffon, un cancer, une infection sévère et une insuffisance rénale chronique. Les modèles de Cox multivariés avec observance dépendante du temps (mise à jour tous les 30 jours pendant le suivi) ont été ajustés sur l'âge, le sexe, l'année de greffe, les comorbidités organiques et psychiatriques et l'étiologie de la maladie hépatique.



Résultats : Parmi 15 199 TH identifiées en France, 10 191 patients ont été analysés. La population était composée de 73,3% d'hommes, avec une médiane d'âge de 57,5ans [Q1-Q3 : 50,0-63,3], 93,5% avaient une cirrhose, 66,9% un abus d'alcool, 16,9% une hépatite C, 7,2% une hépatite B, et 44,5% un carcinome hépatocellulaire. La médiane du MPR était stable au cours du suivi post-TH : 90,7% [Q1-Q3 :86,9–93,2] à 1 an ; 90,9% [85,3–93,8] à 5 ans ; 90,7% [83,0–94,2] à 10 ans ; et 89,2 % [78,9–93,8] à 14 ans.
Durant un suivi médian de 6,8ans [Q1-Q3 : 4,0-9,8], 2489 décès, 222 retransplantations, 340 rejets, 3168 infections sévères, 922 insuffisances rénales chroniques, et 1636 cancers sont survenus. L'incidence de décès/retransplantation était de 4,6 pour 100 années-personnes, allant de 4,2 pour ceux ayant une observance >90% à 6,5 pour ceux ayant une observance <70%. Comparé aux patients ayant une observance >90%, le risque de de décès/retransplantation était augmenté de façon croissante chez ceux ayant une observance de 80-90% (HRa 1,14 ; IC95% 1,04–1,25), de 70–80% (HRa 1,35 ; IC95% 1,17–1,56) et <70% (HRa 1,64 ; IC95% 1,44–1,87) (p-tendance<0,001). Comparé aux patients ayant une observance >90%, une observance <70% était aussi associée au décès (HRa 1,60 ; IC95% 1,40–1,84 ; p-tendance<0,001), à une retransplantation hépatique (HRa 2,25 ; IC95% 1,49–3,38 ; p-tendance<0,001) et à un rejet du greffon (HRa 3,73 ; IC95% 2,73–5,10 ; p<0,001).
L'observance des immunosuppresseurs n'était pas associée au risque d'infection sévère (p-tendance=0,15) ni d'insuffisance rénale chronique (p-tendance=0,47). Cependant, comparé à une observance >90%, une observance de 70-80% était associée à une diminution du risque de cancer de novo (HR 0,76 ; IC95% 0,61–0,95 ; p-tendance=0,01).

Conclusion : Dans cette grande cohorte nationale de transplantés hépatiques, une mauvaise observance des immunosuppresseurs était associée à un risque augmenté de 64% de décès ou de retransplantation hépatique. Ces résultats soulignent l'importance d'une éducation thérapeutique adaptée et d'un dépistage de la mauvaise observance des immunosuppresseurs afin d'améliorer la survie des patients et celle de leur greffon. Dans le futur, il y auarait un intérêt d'un suivi en télémédecine pour améliorer l'observance.

C.036

La préhabilitation multimodale est faisable, sûre et efficace pour réduire la fragilité chez les patients atteints de cirrhose en attente d'une transplantation hépatique : une étude de faisabilité

A. Benmassaoud [1], C. Gillis [1], O. Geraci [1], M. Martel [1], Y. Afif [1], L. Lands [1], J. Barkun [1], T. Chen [1], L. Edgar [1], G. Sebastiani [1], F. Carli [1], A. Bessissow [1]

(1) Montréal, CANADA.

Introduction : La préhabilitation vise à optimiser la réserve physiologique avant une chirurgie majeure. Elle pourrait constituer une approche permettant de réduire la fragilité préopératoire chez les patients cirrhotiques en attente d'une greffe hépatique. Le but de cette étude était d'évaluer si une préhabilitation multimodale combinant entraînement physique, optimisation nutritionnelle et soutien psychologique est faisable, sûre et permet de réduire la fragilité chez les patients atteints de cirrhose en attente d'une greffe hépatique.

Patients et Méthodes : Notre essai clinique monocentrique de faisabilité à bras unique a recruté des adultes atteints de cirrhose et actifs sur la liste d'attente pour greffe hépatique. Les participants potentiels ont été exclus si leur score MELD était supérieur à 20, en cas de cytopénies significatives, greffe d'organes combinées, une retransplantation hépatique, ou d'incapacité à faire de l'exercice ou d'obtenir un consentement éclairé. Après inclusion, les participants ont pris part à un programme de préhabilitation multimodale supervisé et individualisé combinant: i) des séances d'entraînement physiques (aérobique et résistance); ii) optimisation nutritionelle; iii) et soutien psychologique. Le programme était divisé en deux temps: une période d'induction avec 3 séances d'exercice par semaine pendant 4 semaines suivi d'une période de maintient avec 1 séance à chaque 2 semaines pendant 5 mois. Nos avons évalué la faisabilité, la sureté et l'impact de notre intervention sur la fragilité et la qualité de la vie. L'objectif principale de faisabilité était de recruter 25 participants, d'avoir un taux d'adhérence supérieur à 70% et de ne pas perdre de vue plus de 10% des participants. Nous présentons ici les résultats de la phase d'induction.

Résultats : De Décembre 2021 à Mars 2025, 163 patients ont été évalués pour leur admissibilité, dont 107 ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Parmi les 56 patients admissibles, 28 (50 %) ont refusé de participer (la raison la plus fréquente évoquée étant liée à l'engagement requis par l'étude). Au total, 28 participants ont été assignés à l'intervention, dont 3 ont retiré leur consentement avant le début de l'étude. Finalement, 25 participants ont reçu l'intervention (âge moyen de 57,9 ± 9,4 ans, 20 % étaient des femmes, 48 % avaient une cirrhose d'origine alcoolique, 12 % un carcinome hépatocellulaire, 24 % avaient déjà eu un TIPSS, le score MELD moyen était de 11,6 ± 3,8, et 8 % étaient considérés comme fragiles selon le Liver Frailty Index (LFI)).Parmi les 25 participants, 16 (64 %) ont complété les 4 semaines du programme de préhabilitation. Aucun participant n'a été perdu de vue, mais 9 ont interrompu l'intervention (3 ont retiré leur consentement, 2 ont été transplantés, 2 ont développé un critère d'exclusion et 2 ont présenté un événement indésirable). Chez les participants ayant complété l'intervention, l'adhérence a été élevée, avec une moyenne de 11,7 séances sur 12 suivies par participant. Après 4 semaines, une réduction de la fragilité a été observée selon le LFI (pré: 3,63 ± 0,48 *vs* post: 3,39 ± 0,64; p=0,03). En considérant les 25 participants inclus, seuls 5 événements indésirables ont été rapportés, tous classés comme légers, dont un seul lié à l'intervention. En ce qui concerne la qualité de vie, le score total du Chronic Liver Disease Questionnaire tendait à s'améliorer (pré: 5,44 ± 1,05 *vs* post: 5,71 ± 0,81; p=0,07). L'acceptabilité globale de l'intervention, notée sur 5, est demeurée élevée (pré: 4,64 ± 0,50 *vs* post: 4,57 ± 0,51; p=1,00).

Conclusion : Notre étude montre que notre programme de préhabilitation multimodale, combinant entraînement physique, optimisation nutritionnelle et soutien psychologique, est faisable et présente un profil de sécurité acceptable. De plus, dans notre échantillon limité, le score de fragilité s'est amélioré. Des études à plus long terme sont nécessaires afin de mieux comprendre l'impact durable de la préhabilitation multimodale chez les patients en attente d'une transplantation hépatique.

Remerciements, financements, autres :
Fonds de Recherche du Quebec
Canadian Donation Transplantation and Research Program

C.037

Etude descriptive multicentrique sur la morbi-mortalité des patients transplantés hépatiques trois fois ou plus

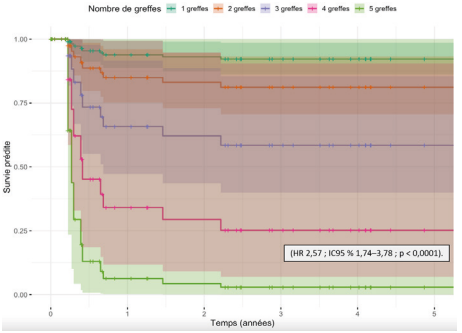
S. Faure [1], P. Bozon-Rivière [1], L. Meunier [1], M. Meszaros [1], J. Ursic Bedoya [1], B. Giguet [2], F. Conti [3], T. Antonini [4], C. Costentin [5], G. Lassailly [6], C. Francoz-Caudron [7], N. Kamar [8], J. Dumortier [4], G.P. Pageaux [1]

(1) Montpellier ; (2) Rennes ; (3) Paris ; (4) Lyon ; (5) Grenoble ; (6) Lille ; (7) Clichy ; (8) Toulouse.

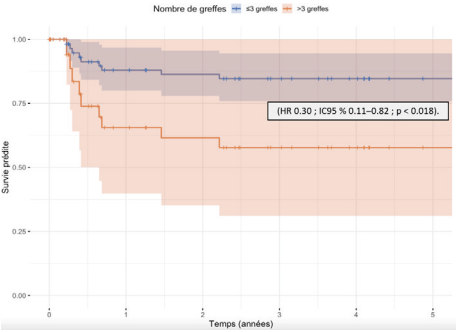
Introduction : La retransplantation hépatique (reTH) concerne environ 4 à 7% des patients, principalement en raison de dysfonction primaire, complications anastomotiques ou chirurgicales, récidive de la maladie initiale ou rejet chronique. En Europe, la survie à 5 ans chute à 49% après une 2ème TH et 43% après une 3ème TH, contre 75% après une 1ère TH. La pénurie de greffons soulève ainsi des enjeux éthiques majeurs. La plupart des données actuelles concernent l'ère de l'hépatite C ou des patients avec ≤ 3 TH. Dans ce contexte, l'objectif principal était de décrire la morbi-mortalité des patients avec ≥ 3 TH dont la dernière entre 2015 et 2022.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant 54 patients de 10 centres français. Les critères d'inclusion étaient les patients ayant bénéficié d'au moins 3 TH dont la dernière TH entre 2015 et 2022. Nous avons exclu les patients ayant eu une double transplantation foie-rein.

Résultats : Parmi les 54 patients ayant reçu 3 TH ou plus, 13 ont eu 4 TH, 4 ont eu 5 TH, 2 ont eu 6 TH et 1 patient a eu jusqu'à 7 TH. L'indication principale de la 1ère TH était la cholangite sclérosante primitive (CSP) (25.9%). La mortalité globale après 3 TH ou plus était de 44.4% à 1 an, 48.6% à 2 ans et 56.8% à 3 ans. La mortalité à 1 an après ≥ 3 TH était de 47.3 %, avec 62.5% des décès survenus dans les 3 premiers mois et seulement 4% au-delà d'un an, témoignant d'une mortalité précoce.



Les principales causes de mortalité après 3 TH étaient : défaillance multi-viscérale (34.4%), sepsis (18.7%), néoplasies (15.6%) et infarctus du myocarde (9.4%). La morbidité globale était élevée (87%), dominée par les complications infectieuses (77.8%), vasculaires (48%) et biliaires (24.1%). La comparaison entre patients transplantés strictement 3 fois (n=41) et >3 fois (n=13) a montré une prédominance féminine dans le groupe >3 TH (76.9 % *vs* 36.6 %, p=0.02) et une utilisation plus fréquente de la triple immunosuppression (Tacrolimus, MMF et corticoïdes) (30.8 % *vs* 7.3 %, p=0.049). Les autres paramètres cliniques et chirurgicaux (score MELD, IMC, âge du donneur, durée d'ischémie froide, transfusions) étaient comparables. Les indications de dernière TH ont tendance à différer avec plus de récidive de CSP et de cholangite ischémique dans le groupe >3 TH (30.8 % *vs* 9.8 % ; 34.1 % *vs* 7.7 % respectivement), sans atteindre de significativité statistique.



Chaque TH supplémentaire multipliait le risque de décès par 2.57 (HR 2.57 ; IC95 % 1.74–3.78 ; p<0.0001), et les patients >3 TH avaient un risque 3.3 fois plus élevé que ceux limités à 3 TH (HR 3.33 ; IC95 % 1.22–9.09 ; p= 0.018). Les intervalles entre greffes diminuaient progressivement, et un délai court entre la 2e et la 3e TH était associé à une mortalité accrue (p<0.001).

Conclusion : La morbi-mortalité augmente de manière cumulative avec chaque reTH. La prédominance des indications pour cholangite ischémique ou CSP souligne la complexité technique des reTH et le challenge médical chez ces patients immunodéprimés avec un risque septique, de rejet et de maladie dysimmunitaire. Ces données soulignent l'importance d'une sélection rigoureuse des patients, en particulier des « liver-eaters », dans un contexte de pénurie de greffons.

C.038

Déterminants du parcours de soins jusqu'à la transplantation hépatique chez les patients admis en réanimation ou aux urgences pour une décompensation aiguë de cirrhose

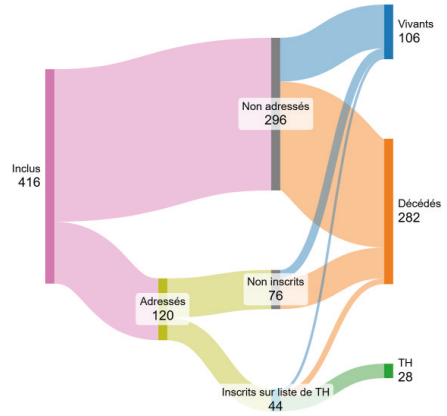
M. Delhomme [1], L. Moulis [1], F. Khemissa Akouz [2], A. Prost [3], M. Ramdani [4], S. Ferroudji [5], M. Meszaros [1], S. Faure [1], L. Meunier [1], H. Donnadieu [1], G.P. Pageaux [1], J. Ursic Bedoya [1]

(1) Montpellier ; (2) Perpignan ; (3) Nîmes ; (4) Béziers ; (5) Narbonne.

Introduction : La cirrhose décompensée est une maladie grave dont la transplantation hépatique (TH) est la seule option curative. En France, si l'allocation des greffons est rigoureusement encadrée une fois les patients inscrits sur liste d'attente, les étapes en amont sont moins bien définies. L'objectif de cette étude était d'évaluer la proportion de patients admis aux urgences ou en réanimation pour cirrhose décompensée ayant franchi les différentes étapes du parcours vers la greffe, et d'identifier les facteurs associés à un défaut d'aiguillage.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique dans cinq hôpitaux : un CHU avec programme de TH, un CHU sans programme de TH et 3 hôpitaux généraux. Les patients ont été identifiés via le codage PMSI sur une période de deux ans. Les données sociodémographiques et clinico-biologiques ont été recueillies. Les critères de jugement principaux étaient : l'orientation vers une équipe de TH, l'inscription sur liste d'attente de TH et la réalisation d'une transplantation.

Résultats : 1186 dossiers ont été évalués parmi lesquels 416 patients ont été inclus. L'âge médian à l'inclusion était de 59.1 ans, et le suivi médian de 27.6 mois. La population était majoritairement masculine (77.2 %) et atteinte de cirrhose liée à l'alcool (90 %). Un syndrome d'ACLF était présent chez 26.9% des patients (9.2 % grade 1, 10 % grade 2, 7.7 % grade 3). Concernant les critères de jugement principaux, 120 patients (28.8 %) ont été adressés à un centre de transplantation, 44 (10.5 %) ont été inscrits sur liste, et 28 (6.7 %) ont été transplantés. Parmi les 296 patients non adressés, 211 (71.2 %) sont décédés avec délai médian de 19.1 mois. Parmi ceux dont la cause de décès était connue, elle était en lien avec la cirrhose dans 76.1 % des cas. Il n'y avait pas de motif retrouvé au défaut d'adressage dans 46.6 % des cas, alors que l'absence de sevrage en alcool était mentionnée dans 15.4 % des cas. L'hospitalisation initiale en dehors du centre de TH, une distance élevée entre le domicile et le centre de TH et la consommation active d'alcool étaient significativement associées au défaut d'adressage. En revanche, une étiologie autre que l'alcool et le score de MELD (+9% pour chaque point de MELD supplémentaire) étaient associé à l'adressage.



Conclusion : Moins d'un patient sur trois hospitalisé pour une décompensation de cirrhose est orienté vers une équipe de TH. Ces résultats révèlent d'importantes pertes de chances en amont de l'inscription sur liste d'attente. L'analyse détaillée des facteurs liés à un défaut d'aiguillage sera présentée. Il apparaît nécessaire de mieux standardiser le repérage des candidats potentiels à la une TH pour en garantir un accès équitable.

JFHOD

JFHOD.COM

Vendredi

20 MARS

C.039

Impact de la gravité en dissection sous-muqueuse endoscopique colorectale à l'ère des stratégies de traction : résultats d'une large cohorte prospective multicentrique

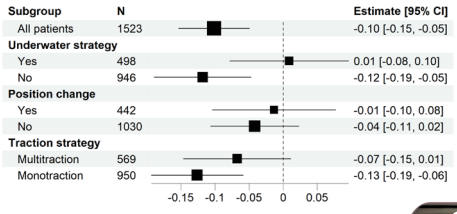
J. Grimaldi [1], E. De Cristofaro [2], F. Subtil [1], L.J. Masgnaux [3], J. Rivory [1], F. Rostain [1], A. Lupu [1], R. Legros [4], T. Wallenhorst [5], S. Leblanc [1], V. Lepilliez [1], F. Moll [1], M. Schaefer [6], J.B. Chevaux [6], X. Dray [3], T. Degand [7], B. Brieau [8], Y. Le Baleur [3], G. Vanbiervliet [9], E. Chabrun [10], A. Berger [11], P. Leclercq [12], L. Caillo [13], A. Debourdeau [13], H. Lepetit [4], P. Doumbe-Mandengue [3], G. Rahmi [3], L. Quénéhervé [14], L. Héroin [15], J. Jacques [4], M. Pioche [1]

(1) Lyon ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Paris ; (4) Limoges ; (5) Rennes ; (6) Nancy ; (7) Dijon ; (8) Nantes ; (9) Nice ; (10) Angers ; (11) Bordeaux ; (12) Liège, BELGIQUE ; (13) Nîmes ; (14) Brest ; (15) Strasbourg.

Introduction : Les stratégies de traction en dissection sous-muqueuse (DSM) sont en train de devenir un standard en DSM colo-rectale car elles offrent la possibilité de travailler avec une "deuxième main", ce que ne pouvaient pas faire les endoscopistes jusque là. Avant l'émergence des dispositifs de traction, l'utilisation d'une force de traction naturelle comme la gravité a longtemps été indispensable pour réaliser des procédures de DSM, et est encore largement utilisée. Toutefois, elle requiert des changements de position du patient à l'origine de pertes de temps per-opératoire, de complications respiratoires et de compression nerveuses, et enfin de troubles musculo-squelettiques chez les soignants. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la gravité sur les procédures de DSM assistées par traction, au sein d'une large cohorte prospective multicentrique.

Patients et Méthodes : Au sein d'une large cohorte internationale, multicentrique et prospective, nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une DSM colorectale assistée par traction entre juillet 2023 et mai 2025. Les lésions ont été classées selon leur gravité (favorable, intermédiaire, défavorable) en fonction de leur position par rapport à celle du liquide au sein de la lumière digestive au début de la dissection. Pour les analyses, le groupe gravité défavorable était comparé au groupe gravité intermédiaire et favorable. Le critère principal de jugement était la vitesse de dissection. Les critères secondaires incluaient les taux de résection R0 et monobloc, les taux de perforation et de saignements ainsi que les changements de position en cours de procédure. Des modèles de régression multivariée ont été ajustés sur la taille, le degré de fibrose, la localisation des lésions, ainsi que sur l'expertise de l'opérateur. Des analyses en sous-groupe ont été conduites selon la survenue ou non d'un changement de position, du type de dispositif de traction utilisé et de l'utilisation ou non de la stratégie de dissection underwater.

Résultats : Au sein de la cohorte comportant 3 738 procédures, 1 555 répondaient aux critères d'inclusion. Les caractéristiques des lésions et des opérateurs étaient comparables entre les groupes. La vitesse moyenne de dissection était de 36,4 mm²/min en cas de gravité défavorable versus 38,6 mm²/min en cas de gravité favorable ou intermédiaire. L'analyse ajustée a confirmé la non-infériorité de la vitesse de dissection dans le groupe « gravité défavorable » (β = –0,10 ; IC95% –0,15 à –0,06 ; p = 0,007), avec des taux similaires de résection R0 (91,1 % *vs* 91,1 %) et monobloc (97,9 % *vs* 98,7 %). Les taux de perforation (8,0 % *vs* 6,5 %) et d'hémorragie retardée (5,2 % *vs* 5,7 %) étaient comparables. En revanche, les changements de position per-procédure étaient plus fréquents en cas de gravité défavorable (OR = 3,85 ; p < 0,001).



Les analyses en sous-groupes ne montraient pas de différence de vitesse entre les deux groupes chez les patients n'ayant pas bénéficié de changement de position. Il existait une tendance à un effet différentiel de la gravité en fonction de l'utilisation ou non de la stratégie de dissection underwater : en underwater la vitesse de dissection était plus importante en gravité défavorable alors que sans underwater la vitesse de dissection était plus importante en gravité favorable.

Discussion : Il s'agit de la première étude évaluant l'impact de la gravité sur les procédures de DSM assistées par traction. Notre étude montre que la gravité n'impacte pas significativement l'efficacité et la sécurité des procédures de dissection, suggérant de ne pas changer systématiquement la position des patients. En effet, les changements de position sont chronophages et à risque de complications pour les patients et les soignants. Toutefois, la gravité semble avoir un impact, bien que faible, selon que l'on réalise la dissection sous underwater ou sous CO2, ce qui est concordant avec la récente étude de Nagata et al., portant toutefois sur des DSM colorectales sans traction. De fait, plutôt que de changer systématiquement la position des patients au début ou au cours de procédures, adapter sa stratégie de dissection en fonction de la gravité semble pertinent.

Conclusion : En conclusion, à l'ère de la DSM assistée par traction, la gravité n'impacte pas significativement l'efficacité et la sécurité des procédures de DSM colorectales.

C.040

Sécurité et efficacité de l'allongement des intervalles de surveillance après une ESD colorectale : une étude multicentrique internationale

J. Albouys [(1)], P. Brouzeng [(1)], P. Carrier [(1)], S. Geyl [(1)], R. Legros [(1)], V. Van der Voort [(1)], H. Lepetit [(1)], L. Alfarone [(2)], C. Hassan [(3)], D. Ramai [(4)], A. Qatomah [(4)], H. Aihara [(4)], J. Jacques [(1)]

(1) Limoges ; (2) Milan, ITALIE ; (3) Rome, ITALIE ;
(4) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les stratégies de surveillance après ESD demeurent hétérogènes, de nombreux centres privilégiant une coloscopie de surveillance précoce malgré de faibles taux de récidive après résection curative. Nous avons évalué la sécurité d'une coloscopie différée après une ESD colorectale R0 pour des lésions bénignes et identifié les facteurs de risque de néoplasie avancée métachrone

Matériels et Méthodes : Nous avons revu rétrospectivement 1 097 patients ayant bénéficié d'une ESD colorectale entre 2013 et 2021. Les caractéristiques cliniques, procédurales et histologiques ont été recueillies. Parmi les 778 patients disposant de données de surveillance, les résultats ont été comparés entre une coloscopie de surveillance (CS) précoce (< 12 mois) et une CS différée (> 24 mois). Les taux de récidive, de néoplasie avancée et de cancer colorectal ont été évalués. Les facteurs de risque de néoplasie avancée métachrone ont été analysés par régression logistique multivariée.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 74,3 ± 10,8 ans, et 54,1 % étaient des hommes. Les taux de résection en bloc et R0 étaient respectivement de 95,8 % et 83,3 %. Parmi les patients disposant de données de surveillance, 82,6 % ont eu une coloscopie de surveillance (CS) précoce et 17,4 % uniquement différée. La détection d'adénomes avancés lors de la première CS était faible et similaire entre les groupes précoce et différé (3,9 % *vs* 6,7 %, p = 0,167). Le taux global d'adénomes avancés métachrones était de 6,5 % (6,1 % *vs* 8,9 %, p = 0,25). Les quatre cancers colorectaux ont été détectés dans le groupe précoce ; aucun n'est survenu chez les patients ayant uniquement une CS différée. La récidive locale était rare (1,5 %) et aucune récidive tardive n'est survenue après une première CS normale. Le seul facteur prédictif indépendant de néoplasie avancée métachrone était le nombre de lésions synchrones lors de la colonoscopie initiale (OR 1,16 ; IC 95 % 1,07–1,27 ; p < 0,01)

Discussion : Notre étude apporte la preuve que la coloscopie de surveillance (CS) peut être différée en toute sécurité jusqu'à trois ans après une ESD colorectale R0 pour des lésions bénignes. Nous avons observé une faible incidence d'adénomes avancés métachrones (6,5 % au total) sans différence significative entre les stratégies de surveillance précoce et tardive. Plus important encore, les quatre cancers colorectaux ont été détectés dans le groupe précoce : trois étaient des lésions manquées identifiées lors de la première CS et un cancer probablement à croissance rapide diagnostiqué après deux examens négatifs. Aucun de ces cas n'était lié à une récidive sur le site de résection. Cela contraste avec la littérature, où environ 20 % des cancers intervalle sont rapportés comme issus de récidives locales. Ces résultats soulignent l'impact de l'ESD comme stratégie de résection la plus efficace pour obtenir des résultats de haute qualité dans les grandes lésions bénignes colorectales

Conclusion : La coloscopie de surveillance différée à 3 ans après une ESD colorectale R0 pour des lésions bénignes est sûre et efficace chez des patients sélectionnés. La multiplicité des lésions synchrones peut aider à la stratification du risque. L'allongement des intervalles de surveillance pourrait réduire les procédures inutiles et la charge pour le système de santé.

C.041

Reconnaissance immédiate et fermeture endoscopique des perforations duodénales : clé du succès thérapeutique. Expérience de 20 ans en centre expert

J.M. Gonzalez [(1)], E. Zekir [(1)], M. Gasmi [(1)], M. Barthet [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : La perforation duodénale est une complication rare mais grave de l'endoscopie digestive, associée à une morbidité et une mortalité significatives. Traditionnellement chirurgicale, sa prise en charge tend aujourd'hui vers des approches endoscopiques grâce au développement de dispositifs de fermeture avancés. Néanmoins, les données spécifiques aux perforations duodénales restent limitées et les facteurs pronostiques mal définis.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients ayant présenté une perforation duodénale iatrogène de type Stapfer I ou II au cours d'une endoscopie diagnostique ou thérapeutique, entre novembre 2004 et décembre 2023. Les données démographiques, cliniques, endoscopiques et évolutives ont été recueillies. Le critère principal était le succès clinique du traitement endoscopique, défini par la cicatrisation complète sans recours à la chirurgie. Les critères secondaires incluaient le succès technique initial, le succès clinique après une seule procédure et l'impact du délai de diagnostic (immédiat *vs* retardé) et du type d'endoscopie (diagnostique *vs* thérapeutique).

Résultats : Trente-cinq patients (âge moyen 65,5 ± 12,6 ans ; 51,4 % de femmes) ont été inclus. La perforation est survenue lors d'un ERCP (40 %), d'une EUS (31,4 %), d'une EGD (20 %) ou d'une duodénoscopie (8,6 %). Le mécanisme était lié à une manœuvre thérapeutique dans 68,6 % des cas, et la localisation la plus fréquente était le deuxième duodénum (62,9 %), dont 72,7 % périampullaires. La perforation a été identifiée en per-procédure dans 82,9 % des cas. Le succès technique initial du traitement endoscopique était de 90,3 %, atteignant 100 % après procédures itératives. Le succès clinique global a été obtenu dans 71,4 % des cas, dont 60 % après une seule séance, avec un délai médian de cicatrisation de 5 jours [2–107]. Une chirurgie de rattrapage a été nécessaire chez 28,6 % des patients. La mortalité globale était de 8,6 %. Le diagnostic immédiat était associé à de meilleurs résultats : succès clinique plus fréquent après une procédure (69,0 % *vs* 16,7 % ; p = 0,028), durée d'hospitalisation plus courte (12,0 ± 14,1 *vs* 79,2 ± 60,9 jours ; p = 0,001) et moins de recours en réanimation (10,3 % *vs* 50 % ; p = 0,049). Les perforations survenues lors d'endoscopies thérapeutiques nécessitaient davantage de procédures endoscopiques (3,3 *vs* 1,3 ; p = 0,048).

Conclusion : L'endoscopie permet une prise en charge efficace des perforations duodénales iatrogènes, avec un succès clinique dans plus de 70 % des cas et une réduction du recours à la chirurgie. La reconnaissance immédiate de la perforation constitue un facteur pronostique majeur, améliorant nettement l'évolution. Le développement de dispositifs de fermeture avancés renforce la place de l'approche endoscopique, mais des études comparatives sont nécessaires pour définir la stratégie optimale et le choix du matériel.

C.042

La gastro-entéro-anastomose sous échoendoscopie en traitement des obstructions digestives hautes bénignes : efficacité et sécurité à long terme

M. Philippart [(1)], M. Dalex [(1)], B. Keshavjee [(1)], E. Romailler [(1)], M. Marx [(1)], S. Godat [(1)]
(1) Lausanne, SUISSE.

Introduction : La gastro-entéro-anastomose guidée par échographie endoscopique (EUS-GEA) est une technique principalement utilisée pour les obstructions digestives hautes d'origine maligne. Son utilisation dans les indications bénignes est décrite, mais les données à long terme restent limitées. Cette étude rapporte notre expérience monocentrique sur les résultats cliniques et la sécurité de la GEA dans ces indications.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective incluant tous les patients adultes ayant bénéficié d'une EUS-GEA pour indication bénigne entre octobre 2021 et février 2025, avec un suivi >6 mois. Le critère principal était l'efficacité clinique évaluée par le score GOOSS (0 = pas d'apport oral, 1 = régime liquide, 2 = régime mixé, 3 = régime normal), définie comme une amélioration ≥2 points ou un score de 3 au dernier suivi. Les critères secondaires comprenaient le succès technique, le taux de complications immédiates et tardives, et la nécessité d'une réintervention endoscopique.

Résultats : Au total, 25 patients ont été inclus, dont 12 femmes (48%). L'âge moyen lors de la procédure est de 58 ans (+/- 16 ans). Les indications étaient : gastroparésie réfractaire (n=12, dont 10 post-G POEM), sténoses bénignes post-ulcère peptique (n=5), sténoses post-pancréatite aiguë (n=3) ou chronique (n=2), syndrome de la pince mésentérique (n=2) et twist duodénal postopératoire (n=1). Tous les patients ont bénéficié d'une EUS-GEA par mise en place d'une Hot Axios de 15 mm (1 patient) ou 20 mm (24 patients). La durée moyenne de la procédure est de 33 minutes. Le succès technique était de 100% et aucune complication immédiate n'a été rapportée. Le délai moyen de suivi était 21,9 mois, sans aucun décès (+/- 10,8 mois). L'efficacité clinique au dernier follow up est de 84% (chez 21 patients sur 25). Pour les quatre patients restants, deux patients n'ont pas noté d'amélioration du score de GOOSS, et les deux autres ont noté une amélioration de seulement 1 point. En ce qui concerne les complications à long terme, un patient a présenté après 10 mois une occlusion de la Hot Axios par envahissement par la muqueuse gastrique environnante, traitée par mise en place d'une Cold Axios au sein de la Hot Axios.
Initialement, la Hot Axios était retirée entre 6 et 12 mois pour éviter des complications à long terme, avec comme objectif que la fistule reste perméable afin d'éviter la récidive du symptôme obstructif. Dans ce contexte, la Hot Axios a été retirée chez 10 patients, après une durée moyenne de 9,5 mois (+/- 5,3 mois). Chez 5 de ces 10 patients, les symptômes obstructifs ont rapidement récidivé (<6 mois) et une nouvelle Hot Axios a dû être repositionnée. Nous avons donc adapté notre stratégie de prise en charge. En cas de cause réversible du syndrome occlusif haut (type pancréatite aiguë), la GEA était retirée entre 6 et 12 mois. Pour les autres patients, nous avons instauré le changement annuel des EUS-GEA vers des prothèses type Cold Axios de 15 mm de diamètre, moins coûteuse mais permettant de maintenir l'efficacité clinique.

Conclusion : La gastro entéro anastomose bénigne est un traitement sûr et efficace pour le traitement du syndrome d'obstruction digestif haut d'origine bénigne. Notre série de 25 patients, avec un suivi médian de 22 mois, est l'une des plus importantes publiées pour les EUS-GEA dans les indications bénignes. Nous proposons un algorithme de prise en charge : retrait de la GEA bénigne entre 6 et 12 mois en cas de cause réversible, ou remplacement annuel pour les causes non réversibles. Cette stratégie permet de maintenir l'efficacité clinique et de limiter les complications. La nécessité de garder une prothèse d'apposition au-delà de deux ans doit être encore être déterminée par de plus amples études en fonction des risques de récidives de fermeture des anastomoses.

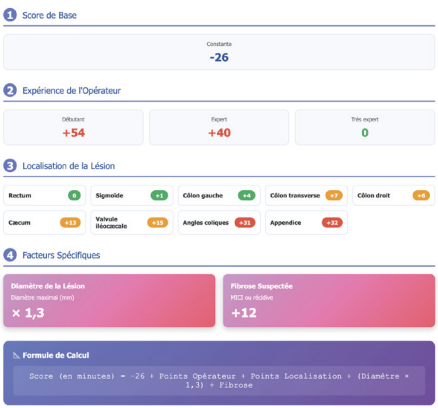
C.043

Prédiction pré-procédurale du temps opératoire en dissection sous-muqueuse colorectale

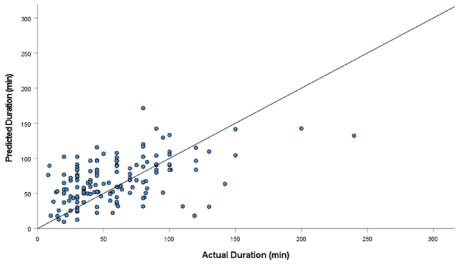
J. Grimaldi [(1)], E. De Cristofaro [(2)], L.J. Masgnaux [(3)], D. Giannarelli [(2)], F. Rostain [(1)], A. Lupu [(1)], P. Lafeuille [(1)], J. Rivory [(1)], J. Jacques [(4)], M. Pioche [(1)]
(1) Lyon ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Paris ; (4) Limoges.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) est la technique de référence pour la résection monobloc des lésions du côlon et du rectum, mais ele reste techniquement exigeante, avec des durées de procédure très variables en fonction des caractéristiques des lésions et de l'expertise des opérateurs. Cette grande variabilité des temps opératoires est à l'origine de problématiques d'organisation des programmes opératoires, ce qui a un impact sur la qualité de prise en charge des patients, la formation et les conditions de travail des soignants. Nous avons voulu développer un score prédictif du temps opératoire des DSM colo-rectales à partir des données pré-procédurales, puis de le valider dans une cohorte indépendante.

Patients et Méthodes : Afin de développer un modèle de prédiction, nous avons réalisé une analyse rétrospective de données prospectives de patients ayant bénéficié d'une DSM colorectale dans un centre francais. L'ensemble des patients ayant bénéficié d'une DSM colorectale sur l'année civile 2024 a été inclus pour développement du modèle (cohorte de dérivation). La relation entre la durée de l'ESD et les caractéristiques de base des patients et des opérateurs a été évaluée à l'aide d'un modèle linéaire généralisé, en considérant d'abord chaque facteur séparément (analyse univariée), puis en analyse multivariée. Le meilleur modèle a été sélectionné et validé sur la cohorte indépendante. Un score pondéré et un nomogramme ont ensuite été élaborés à partir des coefficients du modèle. Dans un second temps, ce score a été évalué sur une cohorte indépendante de patients correspondant aux DSM colorectales effectuées sur la période de janvier à mai 2025.



Résultats : Sur l'année 2024, 423 dissections colorectales ont été incluses dans la cohorte de dérivation. La durée médiane des procédures de cette cohorte était de 50 minutes (IQR 30–90). Les facteurs indépendants associés à la durée opératoire incluaient l'expérience de l'opérateur, la localisation de la lésion (angles coliques, appendice, cæcum, valvule iléo-cæcale), la taille de la lésion et la suspicion de fibrose (tous $p < 0,05$). Le modèle a montré une forte corrélation entre les durées prédites et observées ($R^2 = 0,52$). L'exactitude de classification était de 76,1 %, 82,2 % et 88,1 % pour les seuils de 60, 90 et 120 minutes, respectivement. Entre janvier et mai 2025, 148 dissections ont été incluses dans la cohorte de validation indépendante. La validation a confirmé de bonnes performances ($R^2 = 0,48$), avec une précision de 91,8 % pour discriminer les procédures ≥120 minutes.



Evaluation du score dans la cohorte de validation

Discussion : Si des scores de prédiction de temps opératoire en DSM ont déjà été développés dans la littérature, ils sont peu applicables en pratique clinique aujourd'hui car réalisés à partir de données de procédures effectuées avant l'ère de la traction, et souvent basés sur une estimation prenant en compte des paramètres peropératoire, ce qui ne permet pas de prédire avant le geste le temps opératoire.

Conclusion : Ce nouveau système de score prédictif, développé puis validé sur deux cohortes prospective indépendantes, permet d'estimer avec précision la durée des ESD colorectales, en particulier pour les procédures longues. Il pourrait faciliter la planification des interventions, optimiser la gestion des ressources et améliorer l'organisation des unités d'endoscopie.

C.044

Efficacité de la sleeve gastroplastie endoscopique (SGE) sur la perte de poids et l'amélioration des co-morbidités chez les personnes en situation d'obésité avec un suivi pendant 1 an

V. Costil [1], L. Karsenty [2], T. Manos [3]
(1) Paris ; (2) Neuilly-sur-Seine ; (3) Marseille.

Introduction : Notre étude prospective multicentrique a étudié l'innocuité et l'efficacité de la SGE sur la perte de poids à 1 an des personnes en situation d'obésité avec le système Overstitch SX. Le TBWL était de 16,01 % à 1 an et il y avait une amélioration des co-morbidités associées à l'obésité. Aucun effet secondaire de classe 3 n'a été observé.

Patients et Méthodes : La SGE consiste à réduire la taille du fundus de l'estomac sans incision. Le système Overstitch SX seconde version après le TM permet de réaliser des sutures endoscopiques transmurables .Cette procédure se rapproche de la plicature chirurgicale en tubulisant le fundus, reproduisant l'effet de la sleeve chirurgicale mais avec une meilleure tolérance.
Nos 3 centres experts ont inclus 123 patients ayant un âge moyen de 43 ans, un IMC moyen de 34 qui ont bénéficié d'une SGE avec le système Overstitch SX . Dans 1,6 %, il s'agissait d'une procédure REDO pour reprise de poids après sleeve gastrectomie.
Tous les patients bénéficiaient avant l'intervention d'une évaluation diététique et psychologique, d'un score de qualité de vie Baros, d'un bilan biologique, d'une échographie abdominale et d'une fibroscopie gastrique. La procédure durait en moyenne 67,15 minutes et nécessitait en moyenne 5,43 sutures.
L'hospitalisation était réalisée en ambulatoire ou sur 24 heures.
Les patients étaient revues en consultation avec l'opérateur. à 1 mois, 6 mois et un an et avait un suivi diététique mensuel et si besoin psychologique .

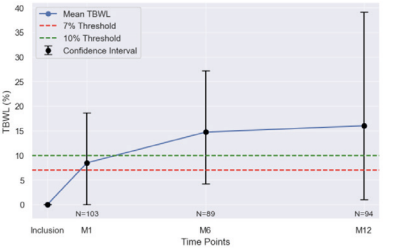


Figure 12 Graphique du pourcentage moyen de perte de poids corporel total en fonction des points dans le temps (N = nombre de patients disponibles pour le suivi)

Résultats : La perte de poids corporelle totale moyenne (%TBWL) était de 16,01 % à 12 mois. Une amélioration significative des co-morbidités associées, en particulier lorsque le %TBWL dépassait 7 %, ainsi qu'une amélioration du score BAROS de qualité de vie, étaient observées.
Les co-morbidités (diabète, hypertension artérielle, hypertriglycéridémie, apnée du sommeil, stéatose hépatique) associées à la situation d'obésité ont été améliorées avec la perte de poids pour les patients quit avaient un TBWL d'au moins 7 % .
Les effets secondaires, essentiellement des douleurs abdominales modérées ou des vomissements, avaient une durée moyenne de 3,4 jours. Il n'y a au aucun effets secondaires de niveau 3 (hémorragie, abcès, perforation).

Discussion : La gastroplastie endoscopique entraîne un ralentissement de la vidange gastrique et améliore la satiété en diminuant le taux sérique de ghréline. Elle diminue aussi la sensibilité à l'insuline.
Les guidelines publiées par l'American Society for Gastro-intestinal Endoscopy et l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (1) ont confirmé la caractère safe et l'efficacité de l'endosleeve sur la perte de poids en association à une modification du mode de vie chez les patients en situation

d'obésité ou de surpoids associée à une co-morbidité (1). La perte de poids à 1 an (TBWL = 16,01 %) dans notre étude est un peu supérieure à celle de l'étude prospective randomisée (2) qui retrouve 13,6 % pour l'étude Merit (2). Cela peut être du au coaching nutritionnel serré (1 fois / mois) et à la réalisation de la SGE avec le système SX qui permet de réaliser plus de sutures qu'avec la version TM et donc de mieux réduire la taille du fundus .Une étude prospective (3) a montré le maintien de la perte poids à 5 ans avec un suivi pour modifier le comportement alimentaire et reprendre une activité physique.

Conclusion : Notre étude prospective multicentrique confirme que la sleeve gastroplastie endoscopique avec le système Overstitch SX est une procédure safe et qu'elle est efficace sur la perte de poids et l'amélioration des co-morbidités associées à l'obésité en association à un suivi pour modifier son mode de vie.

Remerciements, financements, autres :
Etude réalisée sous l'égide de la SFED

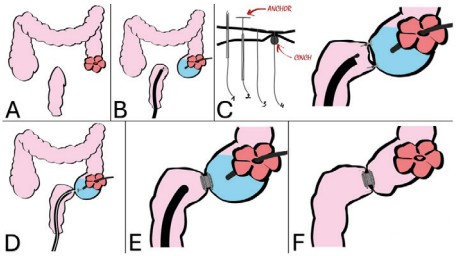
C.045

Etude préclinique de rétablissement de la continuité colorectale par prothèse d'apposition luminale après chirurgie de Hartmann

T. Guilmoteau [1], M. Schaefer [2], R. Legros [3], J. Albouys [3], A. Tailleur [3], A. Taibi [3], P.A. Ferrero [3], A. Schlachterman [4], J. Jacques [3]
(1) Clermont-Ferrand ; (2) Nancy ; (3) Limoges ;
(4) Philadelphie, ETATS-UNIS D'AMERIQUE.

Introduction : Le rétablissement de la continuité colorectale après chirurgie de Hartmann est une procédure associée à une morbidité importante et un taux de mortalité non négligeable. Malgré des progrès évidents en chirurgie, le taux de rétablissement reste faible, inférieur à 50%. Le développement de l'écho-endoscopie thérapeutique et des prothèses d'apposition luminale permet aujourd'hui d'envisager un rétablissement de la continuité colorectale par voie endoscopique.
L'objectif de cette étude était de démontrer la faisabilité d'un rétablissement de la continuité colorectale guidé par écho-endoscopie, à l'aide de prothèses d'apposition luminale de 20x10mm dans une population porcine ayant été opéré d'une chirurgie de Hartmann. Elle visait également à évaluer les performances d'un dispositif innovant de pexie endoscopique permettant de réaliser une approximation entre le colon d'amont et le moignon rectal, ainsi qu'à étudier l'évolution au long cours des anastomoses colorectales (sténose, fistule...).

Matériels et Méthodes : Une chirurgie de Hartmann était réalisée, suivie 15 jours plus tard d'un rétablissement de la continuité colorectale à l'aide de prothèses d'apposition luminale de 20x10mm. La stomie était fermée à la peau par un abord électif. Après amendement au protocole, les prothèses pouvaient être fixées à la paroi digestive à l'aide de clips TTS ou OTSC. Les prothèses étaient ensuite retirées 30, 45 ou 60 jours après la confection de l'anastomose. Un contrôle endoscopique était programmé à 1, 2 et 3 mois après l'ablation des prothèses. Si une sténose anastomotique était mise en évidence, il pouvait être proposé une dilatation endoscopique en cas de sténose infrachissable ou de symptômes digestifs. Tous les animaux étaient euthanasiés à M3 de la confection de l'anastomose pour analyse histologique des anastomoses. Le critère de jugement principal était le succès clinique, défini par la possibilité de franchir l'anastomose au coloscope adulte. Les résultats ont été analysés dans quatre populations différentes : en intention-de-traiter (ITT) (tous les animaux), per protocol (animaux avec succès technique), ITT modifié (fixation des prothèses), per protocole modifié (succès technique + fixation des prothèses).



Résultats : Quinze miniporcs de race Yucatan ont eu un rétablissement de la continuité colorectale par voie endoscopique à l'aide de prothèses d'apposition luminale. Le succès clinique a été obtenu chez 5 animaux (33.3%) dans la population ITT contre 62.5% (5/8 animaux) de la population per protocole modifiée. Le succès technique était de 86.7% (13/15 animaux). La durée moyenne de procédure était de 43 minutes, incluant le repérage de la meilleure fenêtre échographique, l'approximation du colon au rectum par un dispostif de pexie endoscopique introduit à travers une aiguille à ponction écho-endoscopique, le largage de la prothèse d'apposition luminale et éventuellement la fixation des prothèses à la paroi digestive par clips. L'utilisation du

dispositif de pexie endoscopique a permis de diminuer de près de 50% la distance colorectale avant et après approximation (23.3mm *vs* 12.2mm). Huit animaux (53.3%) ont présenté une complication associée à la procédure de rétablissement. Dans la population per protocole modifiée (n=8), 7 (87.5%) ont présenté une migration tardive de la prothèse et 1 (12.5%) a présenté une migration précoce (<72h). Une distance entre le colon et le rectum supérieure à 15mm après approximation était associée au risque de migration précoce des prothèses (p=0.045). L'absence de fixation des prothèses était associé à un taux de migration précoce plus important (n=4 (100%) *vs* n=1 (12.5%), p=0.01) ainsi qu'à l'échec clinique. Une distance colorectale post-approximation supérieure à 10mm était associée à la diminution du succès clinique (p=0.452). Dans la population per protocole modifiée (n=8), 4 animaux ont présenté une sténose anastomotique, avec un nombre moyen de 5 séances de dilatation par animal et un diamètre moyen de 18.5mm. Un animal a présenté une perforation per-dilatation associée à une péritonite stercorale, 1 animal a présenté une sténose réfractaire, les 2 autres animaux ont répondu favorablement au traitement endoscopique.

Conclusion : Le rétablissement de la continuité colorectale par voie endoscopique à l'aide de prothèses d'apposition luminale est techniquement faisable, mais reste actuellement limité par des migrations fréquentes, précoce ou tardive des prothèses, conduisant respectivement à une augmentation de la mortalité ou à l'apparition de sténoses anastomotiques. La distance après approximation colorectale apparaît comme un facteur clé de la réussite de la procédure. De la même manière, la fixation des prothèses par clip semble réduire le risque de migration précoce. Optimiser la stabilité des prothèses est donc crucial pour améliorer le succès clinique et envisager une application humaine future.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions la SFED pour son soutien financier à travers sa bourse de recherche.

C.046

L'hospitalisation est-elle indispensable après réalisation d'une dissection sous-muqueuse endoscopique ?

C. Yzet [1], M. Schaefer [2], R. Legros [3], J. Albouys [3], J.B. Chevaux [4], S. Leblanc [5], V. Lepilliez [5], T. Wallenhorst [6], J. Rivory [5], M. Barret [7], T. Degand [8], M. Camus-Duboc [7], J.B. Danset [7], A. Debourdeau [9], L. Caillo [9], L. Quénéhervé [10], M. Pioche [5], J. Jacques [3]
(1) Amiens ; (2) Nancy ; (3) Limoges ; (4) Vandœuvre-lès-Nancy ; (5) Lyon ; (6) Rennes ; (7) Paris ; (8) Dijon ; (9) Nîmes ; (10) Brest.

Introduction : Le nombre de dissections sous-muqueuses endoscopiques (DSM) colorectales augmente progressivement avec l'évolution des techniques et leur diffusion. Les complications hémorragiques et les perforations retardées sont peu fréquentes, ce qui pourrait permettre une prise en charge ambulatoire de ces patients. Cependant, peu de données existent concernant la faisabilité et la sécurité de la DSM en ambulatoire, en particulier pour les localisations colorectales. L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité et la sécurité de la DSM colorectale réalisée en ambulatoire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée à partir de la base de données prospective française de DSM. Les patients ayant bénéficié d'une DSM en ambulatoire ont été comparés à ceux ayant été hospitalisés après le geste, afin de déterminer les taux de complications survenues dans les 30 jours suivant l'intervention. Afin de rendre les groupes comparables, les patients ayant présenté une perforation per-endoscopique ont été exclus de l'analyse finale. Une analyse par score de propension a ensuite été réalisée pour augmenter la comparabilité des groupes.

Variable	Control N = 482	Treated / Exposed N = 245	p-Value
Survenue d'une complication dans les 30 jours post DSM Oui Non	28 (5.81%) 454 (94.19%) N = 482	9 (3.67%) 236 (96.33%) N = 245	0.289
Délai complication	5.68 (± 6.31) Range: (0.0 ; 21.0) N = 22	10.57 (± 11.86) Range: (0.0 ; 30.0) N = 7	0.208
Hémorragie post-procédure Oui Non	23 (4.79%) 457 (95.21%) N = 480	8 (3.32%) 233 (96.68%) N = 241	0.469
Perforation retardée Oui Non	2 (0.42%) 477 (99.58%) N = 479	1 (0.41%) 242 (99.59%) N = 243	>0.999
Chirurgie pour complication Oui Non	2 (0.42%) 475 (99.58%) N = 477	2 (0.82%) 241 (99.18%) N = 243	0.607
délai ré-hospitalisation	8.77 (± 7.19) Range: (1.0 ; 21.0) N = 13	4.6 (± 4.22) Range: (0.0 ; 10.0) N = 5	0.254
durée réhospitalisation	3.62 (± 5.11) Range: (1.0 ; 16.0) N = 13	6.5 (± 9.75) Range: (1.0 ; 26.0) N = 6	0.675
Transfusion Oui Non	2 (8.7%) 21 (91.3%) N = 23	3 (27.27%) 8 (72.73%) N = 11	0.3
Si transfusion, nombre de culot globulaire reçu	2.67 (± 2.52) Range: (0.0 ; 5.0) N = 3	3.0 (± 3.46) Range: (1.0 ; 7.0) N = 3	>0.999

Résultats : Au total, 2640 patients ont été inclus, dont 9,9 % ont bénéficié d'une DSM en ambulatoire. Ces patients étaient plus jeunes (67,7 *vs* 70,6 ans, p < 0,001), moins comorbides (anticoagulants : 6,5 % *vs* 13,8 %, p < 0,001 ; insuffisance rénale chronique : 1,5 % *vs* 4,6 %, p = 0,032), présentaient des lésions de plus petite taille (40 mm *vs* 50 mm, p < 0,001) et plus souvent localisées au niveau du rectum (53,6 % *vs* 29,4 %, p < 0,001). Le taux de résection en bloc dépassait 96 % dans les deux groupes, sans différence significative.
Parmi les patients sans perforation per-endoscopique

(2165 hospitalisés et 245 ambulatoires), la durée médiane d'hospitalisation post-DSM était de 1 jour (IQR 1–2). Les taux d'hémorragie post-DSM (3,2 % *vs* 6,5 %, p = 0,07), de perforation retardée (0,4 % *vs* 0,6 %, p = 1), de chirurgie pour complication (0,8 % *vs* 0,7 %, p = 0,7) et de ré-hospitalisation (2 % *vs* 4 %, p = 0,2) n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Le délai médian de survenue d'une complication, toutes complications confondues, était de 9 jours (IQR 5–9,5) chez les patients pris en charge en ambulatoire contre 2 jours (IQR 1–7) chez les patients hospitalisés (p = 0,08). Le taux de transfusion (1,2 % *vs* 1,5 %, p = 0,7) ainsi que le nombre médian de culots globulaires transfusés (1 [1–4] *vs* 2 [1–3], p = 1) ne différaient pas significativement entre les deux groupes.Après appariement sur un score de propension, aucune différence significative n'était observée en termes de complications et de délai de complication (Tableau 1). En analyse multivariée, la survenue d'une complication dans les 30 jours était associée à la taille de la lésion ≥ 50 mm (OR = 2,05 [1,45–2,89], p < 0,001) et à la prise d'anticoagulants (OR = 2,14 [1,46–3,15], p < 0,001).

Conclusion : La DSM colorectale réalisée en ambulatoire est une procédure faisable et sûre, ne présentant pas de sur-risque de complications. Les facteurs associés aux complications post-procédure sont principalement liés au risque hémorragique. Sous réserve d'une évaluation anesthésique adaptée, la majorité des patients semblent pouvoir bénéficier d'une prise en charge ambulatoire, les complications survenant majoritairement après 48 heures.

C.047

ALPAGA2 : analyse d'une cohorte multicentrique nationale de patients atteints de déficit en alpha-1-antitrypsine homo ou hétérozygote

J.F. Cadranel [(1)], A. Payancé [(2)], C. Bureau [(3)], I. Rosa [(4)], C. Lemaitre [(5)], P. Carrier [(6)], J. Cattelan [(7)], A. Deroux [(8)], A. Herissay [(9)], J. Ursic Bedoya [(10)], F. Ehrhard [(11)], C. Maurer [(12)], I. Ollivier-Hourmand [(13)], T. Thévenot [(14)], L. Parlati [(15)], A. Achemlal [(16)], D. Zanditenas [(17)], E. Nguyen-Khac [(18)], A. El Kharrazi [(1)], F. Durand [(2)], C. Mokhtari [(1)], V. Haghnejad [(19)], H. Zougmoré [(1)], P. Pulwermacher [(1)]

(1) Creil ; (2) Clichy ; (3) Toulouse ; (4) Créteil ; (5) Le Havre ; (6) Limoges ; (7) Haguenau ; (8) Grenoble ; (9) Quimper ; (10) Montpellier ; (11) Lorient ; (12) Montfermeil ; (13) Caen ; (14) Besançon ; (15) Paris ; (16) Rabat, MAROC ; (17) Bry-sur-Marne ; (18) Amiens ; (19) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Une étude récente (1) a montré que le déficit en alpha1antitrypsine (DAT) était sous-diagnostiqué dans le bilan d'évaluation de patients (pts) en attente de transplantation hépatique. Une étude non universitaire (2) a montré chez des praticiens exerçant en milieu non universitaires que le niveau de connaissances sur le déficit en alpha1antitrypsine était faible ou très faible et que le Fibroscan® était la méthode la plus utilisée dans l'évaluation de la fibrose chez ces patients. A la suite de ces deux études, une étude a été débutée en juin 2025 afin d'évaluer une cohorte de pts atteints de DAT homo ou hétérozygote et d'évaluer les facteurs associés à la fibrose hépatique.

Patients et Méthodes : Les éléments suivants ont été recueillis à partir d'un Google form pré-établi : âge, sexe du patient, patient suivi en hépatogastroentérologie ou en médecine interne, homo ou hétérozygote, taux d'alpha1antitrypsine, transaminases, bilirubine totale, albuminémie, TP, plaquettes, évaluation de la fibrose (Fibroscan®, ponction biopsie hépatique (PBH)), existence de comorbidités (diabète, HTA, dyslipidémie), consommation excessive d'alcool, traitement substitutif, patient en attente de transplantation ou transplanté. L'analyse a porté sur les facteurs associés à la fibrose significative (F3F4) et les différences (éventuelles) entre pts homo et hétérozygotes.

Résultats : 177 dossiers de pts anonymisés ont été étudiés (homme 63,5 %), âge 49,7 ans (15.8). 169 pts étaient suivis en hépatogastroentérologie (95.5%). 108 pts étaient homozygotes (61%). Le taux d'alpha1antitrypsine était de 0.58 (0.34), des ASAT à 35 (24), des ALAT à 43.5 (60). La bilirubine totale était de 13 µmol/l (11.2), l'albumine à 40,5 g (15.24) ; le TP à 94 % (16.9), les plaquettes à 233 giga/l (73.3). 150 pts étaient F0F2 (84%), 24 avaient une cirrhose (13.5%). 27 pts ont eu une PBH (37). La fibrose hépatique était évaluée chez 151 pts par Fibroscan® avec un résultat à 7 kPa (6) 1. 11 pts (6.25) étaient diabétiques de type 2, 20% (34) avaient une hypertension artérielle. 176 pts (15%) avaient une consommation chronique excessive d'alcool. 46 pts (26.1%) avaient un traitement substitutif. 4 pts étaient en attente de transplantation. 10 avaient été transplantés (13.6%). Il n'y avait pas de différence entre les pts homozygotes et hétérozygotes en dehors d'un taux plus bas d'AAT (p < 0.001). 42 pts étaient homozygotes recevaient un traitement substitutif *vs* 4 pts hétérozygotes (5.71%) (p < 0.001). Les pts homozygotes avaient été le plus souvent transplantés : 9 (8.40%) *vs* 1 (1.43%) (p = 0.05). Les facteurs associés à une fibrose F3F4 (28 pts) avaient des ASAT et des ALAT plus élevés (42.2 (56.1) *vs* 31 (16.1), p=0.005, ALAT 39,6 (61) *vs* 64.2 (55.1), p = 0.043, un TP plus bas 74.9 (18.4) *vs* 98.2 (13.4), p < 0.001), un taux d'élastométrie plus élevé : 19 et tendance à plus de diabète : 0.077 en cas de fibrose F3F4. La consommation chronique d'alcool présente chez 28.6% des pts ayant une fibrose extensive (8 *vs* 18, p =0.04). Les pts ayant une fibrose extensive étaient le plus souvent en attente de transplantation : 4 (2.27%) et/ou avaient été transplantés 10 (5.68%) *vs* 166 (94.3%) (p<0.001).

Conclusion : Dans cette cohorte multicentrique, la majorité des pts ayant un DAT ont une fibrose modérée. La fibrose hépatique est évaluée le plus souvent par Fibroscan®.

C.048

Déficit en alpha-1-antitrypsine sur le plan hépatique, modalités de suivi et survenue de complications en fonction du phénotype : une étude multicentrique rétrospective

C. Labraoui [1], A. Coilly [2], A. Louvet [3], S. Dharancy [3], O. Guillaud [4], H. Montialoux [1]
(1) Rouen ; (2) Villejuif ; (3) Lille ; (4) Lyon.

Introduction : Le déficit en alpha un antitrypsine (DAAT) est l'une des maladies génétiques les plus fréquentes en Europe pouvant causer notamment une atteinte pulmonaire et/ou hépatique. Il existe des centaines de mutations dont la plus connue est la mutation Z menant, lorsqu'exprimée à la forme homozygote, à un déficit sévère en AAT. Cette maladie, sous diagnostiquée sur le plan hépatique, peut par agrégation intrahépatique de la protéine malformée, mener à une cirrhose et ses complications notamment en cas de cofacteurs d'hépatopathie (alcool, syndrome métabolique, hépatite virale…) associés. A ce jour, il n'existe pas de recommandations précises quant aux modalités de suivi hépatique du DAAT (type de tests non invasifs, fréquence du suivi, notamment selon les différents phénotypes existants) ce qui pourrait changer le pronostic de cette maladie.
L'objectif principal de ce travail était d'étudier chez des patients atteints de DAAT, les modalités du suivi hépatique réalisé. Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer, en fonction du phénotype homozygote Pi*ZZ ou hétérozygote, la probabilité de survie sans cirrhose et les facteurs de risque d'en développer une ainsi que ses complications.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique française, rétrospective, descriptive. Nous avons inclus tous les patients présentant un phénotype de déficit en alpha-1-antitrypsine (homo- ou hétérozygote) dans quatre centres français de référence.

Résultats : 171 patients ont été inclus dont 84 homozygotes et 87 hétérozygotes. Il existait une différence significative dans les modalités de suivi entre les 4 centres. L'intervalle médian entre deux consultations était de 1 an. Les patients homozygotes bénéficiaient d'un suivi plus rapproché que les hétérozygotes. La plupart des patients dont la surveillance était poursuivie présentaient des cofacteurs d'hépatopathie. Ils bénéficiaient de la réalisation de tests non invasifs dont le plus fréquemment utilisé dans tous les centres était le Fibroscan®. L'utilisation des tests non invasifs sanguins était très hétérogène. Il y avait une différence significative d'élasticité entre homozygotes et hétérozygotes (5,8 *vs* 4, 9 %, p<0,01) sans que cette tendance ne soit retrouvée au niveau du FIB-4 ou du Fibrotest®. Les tests hépatiques étaient modérément perturbés (1.5N) et sans différence significative selon les phénotypes. 24 % des patients présentaient une stéatose à l'échographie et 24 % une dysmorphie au cours du suivi sans différence phénotypique et avec une association significative avec la consommation en alcool. 23/171 patients ont développé une hépatopathie, l'âge moyen de découverte était de 50 ans sans différence phénotypique et la probabilité de survie à 1 an sans hépatopathie chronique était de 91,79 % [95,25;85,99], et à 10 ans de 85,88% [76,60 ; 91,67]. Il n'y avait pas de différence significative retrouvée en fonction du phénotype. Il existait une association significative entre hépatopathie chronique et consommation excessive d'alcool en analyse uni et multivariée. Contrairement aux données de la littérature et probablement par manque de puissance, on ne retrouvait pas d'association avec le syndrome dysmétabolique.

Conclusion : Le dépistage et la prise en charge, notamment sur le plan hépatique, du DAAT sont un sujet d'actualité. La perspective nouvelle d'espoirs thérapeutiques solides sur le plan hépatique, rend nécessaire la réalisation de travaux prospectifs multicentriques complémentaires afin de préciser les conditions de suivi les plus adaptées pour ces patients, à moduler en fonction du phénotype et d'éventuels cofacteurs d'hépatopathie.

C.049

Prise en charge actuelle de l'hépatite alcoolique aiguë en France : résultats d'une cohorte prospective de 466 patients

J.F. Cadranel [1], T. Thévenot [2], A. Abergel [3], J. Ursic Bedoya [4], S. Mouri [5], A. Lannes [6], N. Reboux [7], N. Carbonell [5], M. Veno [8], M. Gelu-Simeon [9], F. Wartel [10], X. Causse [11], I. Ollivier-Hourmand [12], J.P. Richardet [13], V. Haghnejad [14], G. Macaigne [15], J. Cattelan [16], X. Amiot [5], A. Baron [17], M. Carlon [18], C. Barrault [13], F. Heluwaert [19], D.J. Ouizeman [20], Y.H. Lam [21], C. Lemaitre [22], M. Rudler [5], G.P. Pageaux [4], F. Durand [8], J.B. Nousbaum [7], A. Boruchowicz [10], J. Boursier [6], V. Leroy [13], J. Verlynde [23], H. Zougmoré [1], P. Pulwermacher [1]
(1) Creil ; (2) Besançon ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Montpellier ; (5) Paris ; (6) Angers ; (7) Brest ; (8) Clichy ; (9) Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) ; (10) Valenciennes ; (11) Orléans ; (12) Caen ; (13) Créteil ; (14) Vandœuvre-lès-Nancy ; (15) Montfermeil ; (16) Haguenau ; (17) Corbeil-Essonnes ; (18) Grasse ; (19) Annecy ; (20) Nice ; (21) Cholet ; (22) Le Havre ; (23) Dunkerque.

Introduction : Les buts de cette étude prospective multicentrique réalisée dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux universitaires et les services de médecine interne étaient de collecter les résultats d'une cohorte prospective de patients (pts) présentant une hépatite alcoolique aiguë (HAA), en se focalisant, en cas d'HAA sévère sur la place de la ponction biopsie transjugulaire du foie (PBH), du traitement par N-Acétyl-Cystéine (NAC), de la prolongation des corticoïdes (C) en cas de score de Lille intermédiaire à J7 et du transfert en centre de transplantation hépatique (CT).

Patients et Méthodes : D'octobre 2022 à mars 2024, un questionnaire Google pré-établi anonymisé à remplir pour chaque pt ayant une HAA a été envoyé aux services participants. La prévalence de l'HAA non sévère a été notée. Les pts présentant une HAA sévère font l'objet de cette analyse. Les éléments suivants étaient notés : âge, sexe, tests de fonction hépatique, comorbidités, évaluation de la gravité de l'HAA : score de Maddrey et de l'hépatopathie chronique : score de Pugh, score de MELD ; réalisation ou pas d'une PBH ; utilisation d'un traitement par C ou C-NAC ; poursuite de la C en cas de score de Lille intermédiaire à J7 ; critères de transfert en CT. Les résultats ont été exprimés en moyenne ± écart type ; une analyse multivariée a été réalisée.

Résultats : 108 pts présentaient une HAA non sévère (25 %). 358 présentant une HHA sévère font l'objet de cette analyse. 266 (64.3%) étaient issus d'un CHU. Âge moyen 54 ans (10). H 246 (74.2%). TP moyen 37 % (12.3). Créatinine 95 (46.3). Bilirubine totale 224 (146). Albumine 26 g (5.4). ASAT (UI/l) 142 (120). 38 pts étaient diabétiques (11%). 57 avaient une ascite (73.4%), 141 une encéphalopathie (40.1%). Le score de Maddrey était à 68.5 (45.4). 86.4 % des pts étaient stade C de Pugh. Score moyen de MELD 25.4 (6.34). 82.1% ont eu une PBH (215). La PBH était beaucoup plus souvent réalisée en CHU qu'en CHG (215 (82.1) *vs* 56 (51), p < 0.01). Il n'existait pas de différence entre les pts ayant eu ou non une PBH. Il n'existait pas de différence concernant la gravité de l'HAA entre les pts suivis en CHU ou en CHG (62.5 CHG, (28.7) (*vs* 70.7 (50.1), p = 0.07). 53 pts (43%) avaient une infection documentée. Le traitement antibiotique était institué pendant 3 à 5 jours avant le début des C sans différence entre CHU et CHG. Il n'y avait pas de différence concernant l'utilisation de la NAC entre CHU et CHG. 69 pts (19.2 %) ont reçu un traitement par NAC-C. Le TP de ces pts était plus bas 33.4 (11.6), *vs* 37.5 (12), p = 0.01. 87 pts (24.3%) ont eu un transfert en CT. Le transfert en CT était beaucoup plus important chez les pts suivis en CHU : 78 (30%) *vs* 9 (10%), p<0.001 ; en cas de score de MELD élevé (1.01 [1 à 1.01, p = 0.0013], de score de Child-Pugh C (3.75 [1.45-13.1, p = 0.001]. Le transfert en CT était également plus important en cas d'arrêt des C en cas de score intermédiaire à J7 : 4.70 [2.27-10.6, p < 0.01] ; en revanche les pts ayant reçu de la NAC ont été moins souvent transférés (9.52%, 23%) [0.36-0.15, 0.75, p < 0.02].

En analyse multivariée, le transfert en CT était moins important en cas de traitement par NAC-C (0.14 [0.04-0.5, p = 0.003]) et plus important en cas d'arrêt des C à J7 en cas de score intermédiaire (3.58 [1.27-10, p = 0.015]).

Conclusion : Les résultats de cette étude prospective multicentrique menée en vie réelle montre que la PBH n'est pas réalisée dans 25% de suspicion d'HAA sévère. Ces résultats confirment les données d'une enquête de pratique récente réalisée chez 457 médecins répondants concernant la PBH, l'utilisation de la NAC et la poursuite de traitement C en cas de score de Lille intermédiaire à 7. Les résultats de cette étude suggèrent que des études complémentaires prospectives multicentriques doivent être réalisées pour évaluer l'intérêt de la PBH systématique, l'association NAC/C, la prolongation en cas de score de Lille intermédiaire des C pour diminuer le transfert en centre de transplantation hépatique.

C.050

Caractéristiques cliniques en vie réelle, parcours de soins et consommation de ressources de santé chez les patients atteints de stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (MASH) en France : une enquête transversale

L. Castera [1], K. Yestle [2], M. Daumont [3], M. Intorcia, H. Wallinger [4], R. Storm [4], E. Quiñones [4]

(1) Clichy ; (2) Conshohocken, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Zoug, SUISSE ; (4) Bollington, ROYAUME-UNI.

Introduction : L'étude a pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques, le parcours de soins et la consommation de ressources de santé des patients atteints de stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (MASH) en France, et d'évaluer le besoin de nouveaux traitements dans cette population afin de prévenir la progression de la maladie.

Patients et Méthodes : Cette analyse a utilisé les données du programme Adelphi Real World MASH Disease Specific Programme™, une enquête transversale menée entre janvier et mai 2024 auprès de médecins et de leurs patients atteints de MASH en France. Les médecins ont fourni des informations sur les caractéristiques démographiques, cliniques et la consommation de ressources de santé des patients. Les patients ont été répartis selon le stade de fibrose indiqué par le médecin au moment de la collecte des données (F0-F1, F2-F3 et F4) et comparés à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman (Rho) et du test de Kruskal-Wallis.

Résultats : Au total, 74 médecins ont fourni des données pour 698 patients atteints de MASH. Pour les stades F0-F1 (n=240), F2-F3 (n=369) et F4 (n=89), l'âge moyen±ET était respectivement de 54,6±11,1 ans ; 56,6±11,4 ans et 64,9±10,0 ans ; la proportion de femmes était de 50,8 %, 40,9 % et 41,6 % ; l'indice de masse corporelle était de 32,1±8,5 kg/m², 32,2±6,3 kg/m² et 34,5±9,6 kg/m². À mesure que la sévérité de la fibrose augmentait, les patients présentaient davantage de symptômes au moment du diagnostic (r=0,12, p<0,01) et lors de la collecte des données (r=0,21, p<0,0001).

Tableau: Caractéristiques cliniques des patients atteints de MASH avec fibrose F0-F1, F2-F3 et F4

	F0-F1	F2-F3	F4	Rho	Valeur p
Total, n	**240**	**369**	**89**		
Age des patients	**240**	**369**	**89**	**0,23**	**<0,0001**
Moyenne (écart-type)	54,6 (11,1)	56,6 (11,4)	64,9 (10,0)		
Sexe des patients	**240**	**369**	**89**		**0,0471**
Homme, n (%)	118 (49,2)	218 (59,1)	52 (58,4)		
IMC des patients (kg/m²)	**238**	**368**	**88**	**0,11**	**0,0053**
Moyenne (écart-type)	31,5 (30,9)	32,0 (31,3)	33,9 (32,5)		
Symptômes au moment du diagnostic, n	**232**	**356**	**84**	**0,12**	**0,0014**
Moyenne (écart-type)	1,7 (1,6)	1,6 (1,9)	3,1 (3,4)		
Les 3 principaux signes/symptômes au moment du diagnostic, n	**232**	**356**	**8**		
Fatigue, n (%)	112 (48,3)	175 (49,2)	36 (42,9)		0,5812
Troubles du sommeil, n (%)	53 (22,8)	91 (25,6)	24 (28,6)		0,5476
Faiblesse générale, n (%)	38 (16,4)	64 (18,0)	18 (21,4)		0,5834
Symptômes au moment de la collecte des données, n	**236**	**364**	**88**	**0,21**	**<0,001**
Moyenne (écart-type)	1,6 (1,8)	2,2 (2,3)	3,7 (3,4)		
Les 3 principaux signes/symptômes au moment de la collecte des données, n	**236**	**364**	**8**		
Fatigue, n (%)	129 (54,7)	215 (59,1)	54 (61,4)		0,4386
Troubles du sommeil, n (%)	66 (28,0)	113 (31,0)	38 (43,2)		0,0309
Faiblesse générale, n (%)	48 (20,3)	90 (24,7)	29 (33,0)		0,06
Les 3 principaux tests pour déterminer le stade de fibrose au moment du diagnostic, n	**212**	**340**	**8**		
VCTE, n (%)	82 (38,7)	155 (45,6)	49 (59,8)		0,0048
FIB-4, n (%)	101 (47,6)	120 (35,3)	16 (19,5)		<0,0001
Échographie, n (%)	65 (30,7)	105 (30,9)	19 (23,2)		0,3797
CCI, n	**230**	**362**	**87**	**0,82**	**<0,0001**
Moyenne (écart-type)	2,1 (0,5)	4,3 (0,7)	4,4 (0,9)		
Risque cardiovasculaire perçu par le médecin, n	**233**	**355**	**8**	**0,25**	**<0,0001**
Très faible, n (%)	18 (7,7)	6 (1,7)	1 (1,3)		
Faible, n (%)	61 (26,2)	48 (13,5)	9 (11,3)		
Modéré, n (%)	84 (36,1)	147 (41,4)	23 (28,8)		
Élevé, n (%)	58 (24,9)	113 (31,8)	28 (35,0)		
Très élevé, n (%)	12 (5,2)	41 (11,6)	19 (23,8)		
Antécédents de MACE à 3 composantes, n	**230**	**362**	**87**		**0,0005**
Non, n (%)	225 (97,8)	331 (92,0)	75 (86,2)		
Oui, n (%)	5 (2,2)	29 (8,0)	12 (13,8)		
Risque de CHC signalé par le médecin, n	**232**	**348**	**77**	**0,43**	**<0,0001**
Risque très faible, n (%)	56 (24,1)	38 (10,9)	2 (2,6)		
Risque faible, n (%)	102 (44,0)	100 (28,7)	10 (13,0)		
Risque modéré, n (%)	68 (29,3)	146 (42,0)	15 (19,5)		

Abréviations : FIB-4: index de fibrose-4 ; stade F, stade de fibrose ; VCTE, élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée ; CCI, indice de comorbidité de Charlson ; CV, cardiovasculaire ; CHC, carcinome hépatocellulaire ; MACE, événement cardiovasculaire indésirable majeur ; MASH, stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique

Au cours des 2 années précédant la collecte des données, les patients F0-F1, F2-F3 et F4 avaient respectivement 2,0±1,1 ; 2,3±1,8 et 4,0±5,2 bilans hépatiques composites (r=0,12, p<0,05), 2,0±1,2 ; 2,0±1,2 et 2,7±1,9 examens d'imagerie (r=0,12, p<0,01), et 3,0±1,8 ; 3,3±2,6 et 5,7±7,1 bilans sanguins pour évaluer leur MASH. L'indice de comorbidité de Charlson (r=0,82), le risque cardiovasculaire (r=0,25), les antécédents d'événements cardiovasculaires majeurs et le

risque de carcinome hépatocellulaire (r=0,43) augmentaient également avec la sévérité de la fibrose (tous p<0,001).
Dans les 12 mois précédant la collecte des données, avec l'aggravation de la fibrose, les patients avaient davantage de consultations avec des hépato-gastroentérologues (moyenne±ET : 2,0±1,5 ; 2,4±1,2 ; 3,0±2,5), plus d'hospitalisations liées à la MASH (0,0±0,3 ; 0,1±0,3 ; 0,5±1,1 ; r=0,24), davantage de comorbidités liées à la MASH (0,1±0,3 ; 0,2±0,6 ; 0,3±1,0 ; r=0,10) et plus de jours passés à l'hôpital (2,7±4,0 ; 4,1±7,7 ; 6,7±6,6 nuits ; r=0,30 ; F0-F1, F2-F3 et F4 respectivement ; tous p<0,05).
Le nombre de traitements prescrits spécifiquement pour cibler la MASH augmentait également avec la sévérité de la fibrose (0,6±1,1 ; 0,7±1,2 ; 1,2±1,7 ; r=0,08, p<0,05), tout comme le nombre de patients considérés par les médecins comme candidats potentiels à une nouvelle thérapie pour la MASH (p<0,001).

Conclusion : L'augmentation progressive du fardeau clinique et économique avec la sévérité de la fibrose souligne le besoin urgent de thérapies ciblées capables de prévenir les atteintes hépatiques et leurs complications.

C.051

Pertinence de la répétition du FIB-4 en cas de FIB-4 bas ou intermédiaire : évaluation des recommandations EASL-EASD-EASO

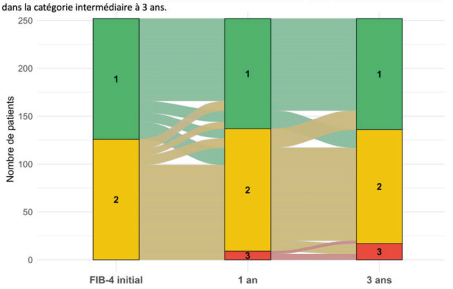
Y. Chouik [1], C. Terrien [2], D. Guemon [1], E. Disse [1], B. Segrestin [1], M. Levrero [1], P. Hermabessière [3], A. Delamarre [3], C. Caussy [1]
(1) Lyon ; (2) Bordeaux ; (3) Pessac.

Introduction : Les recommandations conjointes EASL–EASD–EASO [1] ont récemment proposé une stratégie diagnostique pour le dépistage de la fibrose avancée (FA) liée à la MASLD.Chez les patients présentant un FIB-4 intermédiaire, deux stratégies sont proposées : i) une orientation immédiate vers un hépatologue pour la réalisation d'un test non invasif (TNI) de seconde ligne ; ii) ou une répétition du FIB-4 à 1 an, après optimisation de la prise en charge des comorbidités métaboliques. Chez les patients ayant un FIB-4 initial bas, une répétition tous les 1 à 3 ans est préconisée, sans données existantes justifiant cette stratégie. L'objectif de notre étude était donc d'évaluer la pertinence de ces recommandations chez les patients avec FIB-4 bas ou intermédiaire.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été menée dans deux centres tertiaires, incluant les patients suivis pour MASLD entre 2018 et 2022 et avec FIB-4 bas (< 1,30) ou intermédiaire (1,30-2,67). Les critères d'inclusion étaient l'accès à une valeur d'élastométrie (LSM) contemporaine au FIB-4 initial, et au moins une nouvelle valeur du FIB-4 au cours du suivi. Le diagnostic de FA reposait sur un critère composite séquentiel, comportant i) la biopsie hépatique en 1ère intention si disponible, ii) l'élastoRM, et iii) la LSM≥8,0kPa.

Résultats : Au total, 625 patients ont été inclus (306 avec FIB-4 bas et 319 avec FIB-4 intermédiaire). L'âge médian était de 58,4ans (51,0–66,4) et l'IMC de 34,0kg/m² (30,8–39,0). Un diabète de type 2 était présent chez 70,7% des patients. Le FIB-4 initial était de 1,31 (0,95–1,74), et la LSM de 6,9 kPa (5,5–9,4). 35,7% des patients présentaient un risque élevé de FA.

Figure. Évolution des catégories de FIB-4 à 1 et 3 ans (diagramme de Sankey). Les résultats sont présentés chez les patients disposant des 3 valeurs disponibles (n=252). 21,3% (n=42/197) des patients avec FIB-4 initial bas changent de catégorie (bas→ intermédiaire) à 1 an. Chez les patients avec FIB-4 intermédiaire initial, 17,9% changent de catégorie, vers la catégorie « FIB-4 haut » (7,6%, n=14/184) ou « FIB-4 bas » (10,3%, n=19/184). Cet effet est transitoire chez 36,8% (n=7/19) de ces derniers, revenant dans la catégorie intermédiaire à 3 ans.



Après 3 ans de suivi, le FIB-4 restait stable (1,32 [1,01–1,92]) avec une perte de poids médiane de –1,1% (–5,0 à +3,0).
La répétition du FIB-4 à 1 et 3 ans chez les patients avec un score bas initial, identifie 21,3% et 22,4% de changement vers la catégorie intermédiaire, respectivement, et aucun changement vers la catégorie à haut risque (>2,67). Parmi les patients changeant de catégorie, 28,6% et 37,9% présentaient respectivement une LSM contemporaine ≥ 8,0 kPa. La valeur prédictive négative pour la détection du risque de FA n'était pas améliorée par la répétition du FIB-4 (76,8% initialement, 71,6% à 1 an et 75,3% à 3 ans).
Dans l'ensemble de la cohorte, une augmentation de catégorie du FIB-4 a été observée chez 13,8%, 18,5% et 25,2% des patients à 1, 3 et 5 ans. Les facteurs prédictifs indépendants d'une progression à 3 ans étaient l'âge initial (OR=1,06 ; IC95% : 1,03–1,08 ; p<0,001), l'HTA (OR=1,98 ; IC95% : 1,12–3,99 ; p=0,019), et des valeurs élevées initiales des autres TNI (Fibrotest®, NFS, et LSM). A l'inverse, l'introduction d'un

agoniste GLP-1 (GLP1-RA) au cours du suivi était associée à un risque plus faible d'élévation du FIB-4 (OR=0,18 ; IC95% : 0,04–0,70 ; p=0,015), alors que la perte de poids et la variation de l'HbA1c n'étaient pas significativement associées.
La répétition du FIB-4 chez les patients avec un score intermédiaire initial montre que 77.2% restent stables à 1 an et 68.5% à 3 ans. Une régression du FIB-4 (intermédiaire→bas) a été observée chez 16,3% des patients à 1 an, 16,8% à 3 ans et 6,8% à 5 ans. Les facteurs associés à cette diminution étaient un IMC initial plus élevé (OR=1,08 ; IC95% : 1,01–1,15 ; p=0,032), un pourcentage de perte de poids à 1 an plus important (OR=1,07 ; IC95%: 1,01–1,13 ; p=0,029) et l'introduction d'un GLP1-RA pendant la 1ère année (OR=4,39 ; IC95% : 1,16–16,57 ; p=0,029). En analyse multivariée, seule l'introduction du GLP1-RA demeurait un facteur indépendant d'amélioration du FIB-4 à 1 an.

Conclusion : Chez la grande majorité des patients atteints de MASLD, le FIB-4 demeure stable sur une période de 3 ans. La répétition du FIB-4, lorsqu'il est bas initialement, n'améliore pas sa performance diagnostique pour détecter les faux négatifs, mais pourrait contribuer à identifier progressivement de nouveaux cas de FA. En cas de FIB-4 intermédiaire, la perte de poids et le traitement par GLP1-RA sont associés à une normalisation du FIB-4 à 1 an, mais cet effet est transitoire et observé chez peu de patients. Ces données suggèrent la réalisation en systématique d'un TNI de seconde ligne chez les patients avec un FIB-4 intermédiaire, afin de prévenir l'inertie thérapeutique.

C.052

Valeur pronostique du FIB-4 « glissant » chez les patients diabétiques de type 2 : étude multicentrique

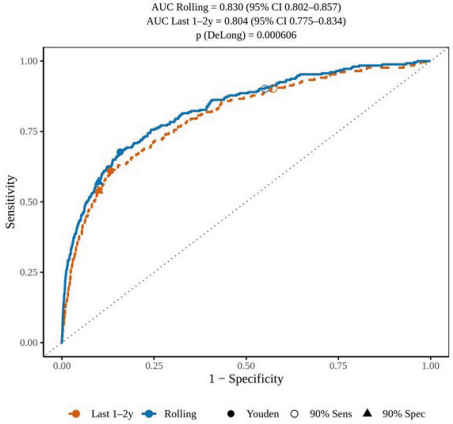
L. Parlati [1], C. Mouliade [1], A. Vallet-Pichard [1], M. Collier [1], J. Boursier [2], P. Sogni [1], E. Tsochatzis [3], P. Nahon [4], V. Mallet [1]

(1) Paris ; (2) Angers ; (3) Londres, ROYAUME-UNI ; (4) Bobigny.

Introduction : Le FIB-4 est recommandé pour identifier les patients métaboliques à risque de complications hépatiques, mais une mesure isolée peut sous-estimer le risque cumulatif de progression. Nous avons évalué la valeur pronostique d'un FIB-4 « glissant », défini comme l'aire sous la courbe des valeurs sériées annualisée, calculée entre le premier FIB-4 (ancre) et le dernier FIB-4 disponible.

Patients et Méthodes : Nous avons sélectionné, au sein d'une cohorte longitudinale de patients atteints de diabète de type 2 suivis dans 36 CHU de l'AP-HP entre 2017 et 2023, ceux avec au moins deux mesures de FIB-4, dont une réalisée ≥1 an avant la censure. Le critère principal était la survenue d'une décompensation hépatique ou d'un carcinome hépatocellulaire. Les associations ont été étudiées à l'aide de modèles de Cox dépendants du temps univariés et multivariés, avec validation externe par le c-index. Une analyse de sensibilité a comparé le FIB-4 glissant au dernier FIB-4 mesuré 1–2 ans avant la censure, à l'aide de courbes ROC et du test de DeLong.

Résultats : Parmi 77.368 patients inclus (âge médian 66,8 ans ; 56,7 % d'hommes ; 3,4 % avec trouble d'usage d'alcool ; 1,6 % avec un autre facteur de risque hépatique identifié), 377 événements hépatiques, dont 166 CHC, sont survenus au cours de 288.608 patients-années. Le c-index du FIB-4 ancré était de 0,784 (0,741–0,827), celui du FIB-4 glissant de 0,854 (0,819–0,889), le modèle combiné de 0,849 (0,814–0,885) et le modèle multivarié ajusté de 0,860 (0,819–0,900). En analyse ROC, le FIB-4 glissant (AUC 0,830 [0,802–0,857]) surclassait significativement le dernier FIB-4 mesuré 1–2 ans avant la censure (AUC 0,804 [0,775–0,834], p < 0,001) (Figure).



Conclusion : Chez les patients atteints de diabète de type 2, le FIB-4 glissant, en intégrant le risque cumulatif, améliore la prédiction des complications hépatiques par rapport à une mesure ponctuelle.

C.053

Les patients traités par sémaglutide dans l'essai de phase 3 ESSENCE (partie 1) présentent une plus grande concordance de l'amélioration des tests non invasifs par rapport au placebo

L. Castera [1]

(1) Clichy.

Introduction : Dans cette analyse secondaire de l'essai ESSENCE (NCT04822181) (partie 1), la réponse au traitement à 72 semaines par sémaglutide 2.4 mg une fois par semaine *versus* placebo a été évaluée à l'aide de l'histologie et des tests non invasifs (TNI) chez des patients ayant une MASH et une fibrose de stade 2 ou 3.

Patients et Méthodes : Parmi les 800 premiers patients randomisés, les résultats de l'histologie et des TNI pour la réponse au traitement à 72 semaines étaient disponibles chez 394 patients pour l'activité de la maladie et chez 494 pour la fibrose. Les critères de réponse pour l'activité étaient : la résolution histologique de la MASH sans aggravation de la fibrose, la diminution des ALAT (≥ 25 % par rapport à la valeur initiale), ou l'amélioration du score FAST (≥ 0,22 points par rapport à la valeur initiale). Les critères de réponse pour la fibrose étaient : l'amélioration histologique de la fibrose hépatique sans aggravation de la MASH, la diminution de l'élasticité hépatique par VCTE (LSM≥ 30 % par rapport à la valeur initiale), ou la diminution du score ELF (≥ 0,5 unité par rapport à la valeur initiale).

Résultats : Si l'on considère l'activité de la maladie, 90,3 % des patients du groupe sémaglutide (n = 269) ont présenté au moins un critère de réponse au traitement *vs* 59,2 % du placebo (n = 125) ; 45,7 % des patients du groupe sémaglutide *vs* 10,4 % dans le groupe placebo ont présenté tous les critères de réponse (ALAT, FAST et histologie) ; 75,8 % des patients dans le groupe sémaglutide ont obtenu une amélioration des d'ALAT *vs* 37,6 % pour le placebo ; 75,1 % des patients du groupe sémaglutide *vs* 30,4 % dans le groupe placebo avaient deux des critères de réponse et 62,5 % *vs* 20,0 % étaient concordants pour l'amélioration des ALAT et du score FAST.
Si l'on considère la fibrose, 84,3 % des patients dans le groupe sémaglutide (n = 332) *vs* 54,9 % dans le groupe placebo (n = 162) ont présenté au moins un des critères de réponse au traitement. Au total, 16,0 % des patients du groupe sémaglutide *vs* 5,6 % pour le placebo ont répondu à tous les critères de réponse (ELF, LSM-VCTE et histologie) ; 53,6 % des patients dans le groupe sémaglutide *vs* 30,9 % dans le placebo avaient une diminution de la LSM-VCTE ; 53,9 % des patients du groupe sémaglutide *vs* 19,2 % dans le groupe placebo avaient deux des critères de réponse et 37,7 % *vs* 10,5 % étaient concordants pour l'amélioration du score ELF et de la LSM-VCTE.

Discussion : Une proportion plus importante de patients ayant reçu du sémaglutide a répondu aux définitions histologiques et non-invasives de la réponse au traitement par rapport au placebo.

Conclusion : Cela suggère que l'utilisation des tests non invasifs pour la réponse au traitement permet de capturer un plus grand nombre de patients que l'histologie seule. L'étude se poursuit afin de valider les bénéfices cliniques à long terme.

Remerciements, financements, autres :
ESSENCE group of authors

C.054

Développement des algorithmes de détection de la MASLD avancée à l'ère de l'IA

P. Calès [1], **G. Pennisi** [2], **S.J. Song** [3], **S. Petta** [2], **W.V.W.S. Wong** [3], **A. Delamarre** [4], **C. Costentin** [5], **J. Boursier** [1]

(1) Angers ; (2) Palerme, ITALIE ; (3) Hong Kong, CHINE ; (4) Pessac ; (5) Grenoble.

Introduction : L'AASLD (2023) et l'EASL (2024) recommandent des algorithmes (algo) séquentiels de détection de la MASLD avancée dans la population à risque par tests non invasifs (TNI) d'abord par un test sanguin simple (TSS): FIB-4 puis, dans sa zone grise (ZG), une mesure de l'élasticité hépatique (LSM). Cependant, FIB-4 est de sensibilité perfectible et moins performant que de récents TSS générés par IA. Nous avons évalué la performance des algo recommandés et la possibilité de les améliorer notamment par les TSS générés par IA.

Patients et Méthodes : 2059 patients avec MASLD (5 centres, 3 pays) étaient répartis en groupe de dérivation ou de validation. Les TNI étaient, dans les algo originaux: FIB-4 puis LSM (Fibroscan), dans les nouveaux algo incluant les TSS par IA au lieu de FIB-4: FIB-9 (JHep 2025) et FIB-4.4 utilisant respectivement 9 et 4 marqueurs sanguins usuels. FIB-4.4 inclut TP en plus des 3 marqueurs sanguins de FIB-4. Le critère de jugement était la fibrose avancée (Kleiner F3+F4). La performance des algo était mesurée par 4 indicateurs: précision (bien classés) soit globale soit celle des TNI en zone affirmative hors ZG (=VPN+VPP donc adaptée au diagnostic individuel), sensibilité, taux de ZG et de recours à LSM. Les indices diagnostiques étaient calculés en intention de diagnostic ou de dépistage selon que la ZG était considérée mal ou bien classée, respectivement. Ces 2 calculs sont nécessaires car l'intention de dépister inclut un biais d'optimisme favorisant les algo avec ZG la plus large. L'objectif EASL est des indices diagnostiques ≥80%. Tous les algo incluaient 2 étapes et une segmentation ternaire avec fibrose avancée exclue ou non (zone affirmative) en dehors de la ZG. Les seuils des TNI étaient ceux recommandés ou dérivés en groupe de dérivation. L'algo EASL classe les LSM <8kPa dans la ZG mais la majorité des patients n'avaient pas de fibrose avancée. Nous avons donc créé un algo EASL modifié où ces patients étaient classés en fibrose avancée exclue. Ainsi, l'analyse principale incluait 12 algo (EASL: 8, AASLD: 4) identifiés par le nom suivant: société savante, original ou modifié, TSS utilisé, seuil de TSS recommandé ou dérivé, e.g. EASL modifié FIB-4 dérivé. Enfin, nous avons apporté 2 autres améliorations: 1) en utilisant un score multivarié prédictif de précision de LSM (LSM prédit) pour améliorer sa segmentation, 2) en combinant les algo ayant la sensibilité ou spécificité la plus élevée (algo mixte). Ces améliorations induisaient 4 nouveaux algo.

Tableau. Indicateurs des algorithmes selon le but fixé (groupe de validation).

INTENTION / type algo	Objectif privilégié	Algorithme	Critère de choix		Zone grise (%)	Recours LSM (%)
			Indice diagnostique	Valeur (%)		
DIAGNOSTIC						
Algorithmes originaux						
	Précision population	EASL FIB-4 recommandé	Précision globale	70.6	9.8	28.7
	Précision population	AASLD FIB-4 recommandé	Précision globale	74.0	10.7	34.3
Nouveaux algorithmes						
Algorithme simple						
	Précision population	EASL modifié FIB-4.4	Précision globale	82.2	0.0	26.1
	Précision individuelle	AASLD FIB-4.4	Précision des TNI	84.5	9.5	26.1
Algorithme combiné						
	Précision individuelle	EASL mixte FIB-4 FIB-4.4*	Précision des TNI	87.7	20.1	47.5
DÉPISTAGE (nouveaux algorithmes)						
Algorithme simple						
	Sensibilité	EASL original FIB-4 dérivé	Sensibilité	80.5	18.8	41.2
	Précision population	EASL modifié FIB-4.4 LSM prédit	Précision globale	86.8	4.4	26.1
Algorithme combiné						
	Se et Spe	EASL mixte FIB-4 FIB-4.4*	Index de Youden	75.5	34.6	44.7
	Précision population		Précision globale	90.3		

* EASL original FIB-4 dérivé & EASL modifié FIB-4.4 LSM prédit (avec 2 versions)

Résultats : Les résultats (tableau) sont donnés pour les 16 algo obtenus dans le groupe de validation (1321 patients). Aucun des algo originaux n'atteignait les objectifs de précision ou sensibilité ≥80%. Parmi les nouveaux algo, 5 avaient un des indices diagnostiques maximum. En intention diagnostique de population, la précision globale la plus élevée était de 82.2% pour EASL modifié FIB-4.4 dérivé (p≤0.002 *vs* autres algo) grâce à une ZG à 0% avec le recours LSM le plus bas (26.1%). En intention diagnostique individuelle, la précision des TNI la plus élevée était de 87.7% pour EASL mixte mais au prix de ZG (20.1%) et recours LSM (47.5%) élevés. Un meilleur compromis était observé pour AASLD FIB-4.4. En intention de dépistage (donc de population), un 2e algo EASL mixte atteignait une précision globale de 90.3% mais au prix de ZG (34.6%) et recours LSM (44.7%) élevés. Un meilleur compromis était observé pour EASL modifié FIB-4.4 LSM prédit avec précision globale de 86.8%, ZG à 4.4% et recours LSM le plus faible (26.1%). Seul l'algo EASL original FIB-4 dérivé atteignait une sensibilité >80% en intention de dépistage mais au prix de ZG (18.8%) et recours LSM (41.2%) élevés.

Conclusion : Les algorithmes AASLD et EASL originaux recommandés n'atteignent pas les objectifs de sensibilité ou précision ≥80% pour la MASLD avancée. Ces objectifs sont atteints grâce à des modifications des algorithmes: nouveau TSS, segmentation adaptée de LSM ou combinaison. En pratique, le choix de l'algorithme dépend du but fixé (tableau). Cependant, dans le but sans biais d'optimisme (en intention diagnostique), le meilleur algorithme est indubitablement celui de l'EASL modifié avec FIB-4 remplacé par FIB-4.4 (TSS généré par IA). Il procure une précision globale maximale de 82.2% sans zone grise et avec recours minimal à LSM donc de coût doublement amoindri.

C.055

Etude rétrospective multicentrique de la concordance inter-observateur des critères histopathologiques prédictifs de métastase ganglionnaire et de récidive dans les adénocarcinomes colorectaux pT1 réséqués par dissection sous-muqueuse

L. Schueffenecker [(1)], J. Jacques [(1)], A. Charissoux [(1)], A. Guyot [(1)], A. Chaunavel [(1)], R. Legros [(1)], J. Albouys [(1)], T. Fenouil [(2)], V. Hervieu [(2)], M. Pioche [(2)], P. Chalabreysse [(2)], S. Leblanc [(2)], V. Lepilliez [(2)], A. Berger [(3)], A. Rullier [(3)], N. Blétard [(4)], P. Leclercq [(4)], C. Bossard [(5)], B. Brieau [(5)], S. Henno [(6)], T. Wallenhorst [(6)], G. Rahmi [(7)], C. Lagorce-Pages [(7)], G. Gauchotte [(8)], M. Schaefer [(8)], L. Martin [(9)], T. Degand [(9)], E. Lavoine [(10)], E. Chabrun [(11)], B. Terris [(7)], M. Barret [(7)], F. Corre [(7)]

(1) Limoges ; (2) Lyon ; (3) Bordeaux ; (4) Liège, BELGIQUE ; (5) Nantes ; (6) Rennes ; (7) Paris ; (8) Nancy ; (9) Dijon ; (10) Les Ponts-de-Cé ; (11) Angers.

Introduction : La concordance interobservateur des critères histopathologiques prédictifs de métastases ganglionnaires et de récidive locale dans les adénocarcinomes colorectaux pT1 est essentielle pour orienter la décision de reprise chirurgicale après dissection sous-muqueuse endoscopique.

Patients et Méthodes : Une étude multicentrique rétrospective a inclus 221 cas consécutifs issus de dix centres français et belges. Trois lecteurs ont interprété chaque cas : L1 (pathologiste initial), L2 (junior) et L3 (référence experte, issue d'une relecture conjointe entre un lecteur junior et un pathologiste expert pour les cas discordants identifiés par L2). L'accord interobservateur L1–L3 constituait l'objectif principal, et L1–L2 le premier objectif secondaire. Les autres objectifs secondaires consistaient à évaluer la variabilité inter-centre dans la distribution des critères histologiques, analyser les taux de discordances par centre, évaluer l'impact clinique réel (cas où le désaccord aurait pu modifier l'indication théorique de chirurgie complémentaire), et enfin analyser la progression du lecteur 2 au cours des relectures.

Résultats : L'accord interobservateur L1–L3 sur les cas discordants entre L1 et L2 était quasi parfait pour l'ensemble des critères étudiés (kappa : 0,833–0,974). L'accord L1–L2 variait de 0,800 à 0,907, avec comme critère le plus reproductible la hauteur d'invasion sous-muqueuse (0,907) et le moins reproductible le bourgeonnement tumoral (0,800). Parmi les 49 cas discordants identifiés par L2 (22,2 %), 21 (42,9 %) ont été confirmés lors de la relecture du pathologiste expert. Ces 21 cas ont conduit à une modification théorique de l'indication chirurgicale pour 7 patients (3,2 % de la cohorte totale). Une proportion significativement plus élevée de diagnostics était observée dans un centre pratiquant l'immunohistochimie systématique. Le taux de confirmation par le pathologiste expert augmentait progressivement, passant de 18–20 % lors des premières relectures à plus de 80 % pour les derniers centres. Les variations inter-centres étaient notables, avec des taux de discordances confirmées compris entre 0 % et 100 %.

Conclusion : Ces résultats confirment la forte concordance entre pathologistes expérimentés et la bonne performance d'un pathologiste junior après apprentissage progressif. Ils soutiennent la relecture collégiale des cancers colorectaux pT1 réséqués par dissection sous-muqueuse, en particulier pour les cas à la limite de l'indication opératoire. Une double lecture intra-centre des pT1 pourrait être indiquée en cas d'unique critère histologique justifiant une chirurgie complémentaire ou en cas de discordance majeure entre la prédiction endoscopique et le diagnostic histologique. En cas de désaccord persistant, une relecture dans un centre expert devrait être envisagée afin d'éviter tout sur- ou sous-traitement des patients.

C.056

Optimisation du dépistage des fusions dans le cancer colorectal : stratégie séquentielle basée sur le 3'RNA-seq

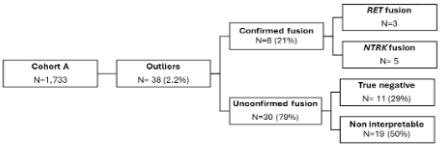
C. Gallois [1], F. Sullo [1], H. Blons [1], S. Garinet [1], M. Sroussi [1], C. Lepage [2], J. Taïeb [1], P. Laurent-Puig [1]

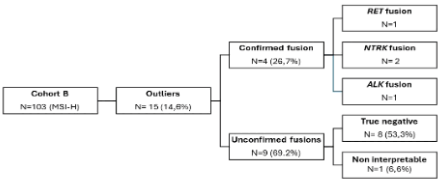
(1) Paris ; (2) Dijon.

Introduction : Les fusions, bien que rares dans le cancer colorectal métastatique (CCRm) (≈1 %), constituent des altérations moléculaires potentiellement actionnables, notamment les fusions impliquant NTRK1/2/3, RET, FGFR1/2/3, ALK et ROS13. Cependant, le dépistage systématique par méthodes ciblées reste coûteux. L'objectif de cette étude était d'évaluer une stratégie diagnostique séquentielle, fondée sur un criblage initial par séquençage 3'RNAseq pour identifier les tumeurs à expression aberrante, suivi d'une confirmation par anchored multiplex PCR (amPCR).

Matériels et Méthodes : Deux cohortes indépendantes ont été analysées : la Cohorte A composée de 1733 patients atteints d'un CCR de stade III issus de l'essai PETACC-8; la Cohorte B composée de 110 patients atteints d'un CCRm dMMR/MSI-H traités par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI). Le niveau d'expression des gènes RET, NTRK1–3, ALK, ROS1 et FGFR2 a été analysé par 3'RNA-seq. Dans la Cohorte A, les patients présentant une expression au-delà du 99,75e percentile étaient considérés comme « outliers » et testés par amPCR (panel Archer FusionPlex). Dans la cohorte B, nous avons appliqué les valeurs seuils absolues dérivées de la cohorte A ; pour ROS1 et NTRK2, en l'absence d'échantillons dépassant ces seuils dans la cohorte A, un seuil au 98,5e percentile a été utilisé.

Résultats : Dans la cohorte A, l'analyse du niveau d'expression des gènes RET, NTRK1–3, ALK, ROS1 et FGFR2, mesuré par 3'RNA-seq, a permis d'identifier 38 tumeurs (2,2 %) présentant une surexpression anormale (« outliers »). Parmi celles-ci, 8 patients (21 %) avaient une fusion confirmée par amPCR : 3 fusions RET et 5 fusions NTRK1. 19 échantillons (50 %) étaient non interprétables et 11 (29 %) se sont révélés négatifs. Le taux de vrais positifs atteignait 50 % pour RET et 83,3 % pour NTRK1. Les partenaires identifiés étaient NCOA4, TFG et SLC12A2 pour RET, ainsi que LMNA et SCYL3 pour NTRK1. Parmi les 3 fusions RET, 2 survenaient dans des tumeurs pMMR/MSS et 1 dans une tumeur dMMR/MSI-H, tandis que toutes les fusions NTRK1 étaient observées dans des tumeurs dMMR/MSI-H. Les patients porteurs de fusion présentaient exclusivement des tumeurs RAS/BRAF de type sauvage, étaient plus fréquemment dMMR/MSI-H par rapport aux patients sans fusion (75 % *vs* 9,1 % ; p = 0,006). Les profils transcriptomiques étaient majoritairement classés CMS1 (6/8 ; p = 0,004).





Dans la cohorte B, comprenant 103 échantillons analysables de CCRm dMMR/MSI-H, 15 tumeurs (14,6 %) présentaient une expression aberrante d'au moins un des gènes d'intérêt. Parmi elles, 4 (26,7 %) présentaient une fusion confirmée : 1 fusion RET, 2 fusions NTRK1 et 1 fusion ALK. Un échantillon n'était pas interprétable et 8 (53,3 %) étaient négatifs. Les partenaires de fusion identifiés étaient RRBP1 pour RET, TPM3 pour NTRK1 et STRN pour ALK. Les patients avec fusion étaient majoritairement des femmes (75 %), avec une tumeur du colon droit (75 %), RAS sauvages (75 %) et tous BRAF sauvages. Fait notable, l'ensemble de ces patients a présenté une réponse prolongée aux inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI).

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité et la pertinence d'une stratégie diagnostique séquentielle combinant le 3'RNA-seq et l'anchored multiplex PCR (amPCR) pour la détection des fusions dans le CCR. Les fusions identifiées étaient majoritairement observées dans des tumeurs dMMR/MSI-H et RAS/BRAF sauvages. Dans la plupart des cas, ces altérations étaient mutuellement exclusives des mutations de RAS et BRAF, à l'exception d'un cas MSI-H porteur d'une mutation RAS. Pour ces très rares patients pMMR/MSS ou RAS mutés avec une fusion, cette méthode de screening « large » permettrait de pourvoir les identifier afin qu'ils bénéficent également de la thérapie ciblée.

C.057

Facteurs prédictifs de toxicité sévère à 3 mois et de mortalité à 36 mois chez les sujets âgés traités par chimiothérapie pour un cancer colorectal (CCR) : une analyse poolée de 3 essais contrôlés randomisés et 3 cohortes prospectives

M. Remond [1], O. Boussari [2], C. Martinez-Tapia [3], E. Paillaud [1], R. Boulahssass [4], P. Soubeyran [5], S. Turk [3], M. Bringuier [6], C. Bellera [5], S. Lavau-Denes [7], J. Cretin [8], C. Locher [9], J. Martin-Babau [10], S. Kirscher [11], L. Evesque [4], S. Mebarki [1], D. Gonzalez [2], K. Le Malicot [2], F. Canoui-Poitrine [3], T. Aparicio [1]

(1) Paris ; (2) Dijon ; (3) Créteil ; (4) Nice ; (5) Bordeaux ; (6) Saint-Cloud ; (7) Limoges ; (8) Alès ; (9) Meaux ; (10) Plérin ; (11) Avignon.

Introduction : Les sujets âgés de plus de 70ans représentent 50% des cas incidents de cancer colorectal (CCR). Par rapport aux sujets plus jeunes, les patients âgés reçoivent moins souvent une chimiothérapie adjuvante, et moins souvent une bi-chimiothérapie, par peur du risque de toxicités pouvant altérer leur autonomie. Par conséquent, prédire le risque de toxicités est crucial pour guider les décisions de traitement et optimiser le suivi des patients.
Cette étude avait pour objectif principal d'identifier des prédicteurs du risque de toxicité sévère à 3 mois chez les patients âgés traités par chimiothérapie pour un CCR. L'objectif secondaire était l'identification de facteurs prédictifs de mortalité à 36 mois.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une analyse combinée de 3 cohortes prospectives (ELCAPA, ONCOG, PACA-EST) et 3 essais contrôlés randomisés (FFCD 2001-02, PRODIGE 20, PRODIGE 34) consacrés au CCR du sujet âgé. Ces études incluaient des patients de ≥75 ans traités par chimiothérapie pour un CCR, dans un contexte adjuvant ou métastatique. Les toxicités sévères étaient définies comme toute toxicité de grade ≥3 selon CTCAE (version 5.0 ou antérieure). Les facteurs associés au risque de toxicité sévère ont été analysés par régression logistique multivariée. Un modèle de Cox multivarié a permis d'identifier des facteurs prédictifs de mortalité.

Modèle prédictif du risque de toxicité sévère (AUC = 0.70)			
	OR	**IC 95%**	**p-value**
SEXE* ETAT COGNITIF			
Référence = Homme ; Non altéré	1		
Femme ; Non altéré	1.78	1.24, 2.55	0.002
Homme ; Altéré	2.13	1.25, 3.61	0.005
Femme ; Altéré	1.53	0.91, 2.56	0.107
ALBUMINE*CHIMIOTHERAPIE			
Référence = K (g/L) ; Monochimiothérapie	1		
K-5 (g/L) ; Monochimiothérapie	1.41	1.14, 1.75	0.001
K (g/L) ; Bichimiothérapie	3.46	2.53, 4.75	<0.001
K -5 (g/L) ; Bichimiothérapie	3.11	2.14, 4.51	<0.001
CLAIRANCE CREATININE (-10mL/min)	1.10	1.01, 1.20	0.038

Résultats : 777 patients ont été inclus (533 issus d'essais, 244 de cohortes), avec un âge médian de 80.3 ans. 48.4% des patients avaient une maladie métastatique, et 45.0% recevaient une bi-chimiothérapie; 20.6% avaient un état général altéré (défini par un score ECOG-PS>2), 20.8% avaient une perte d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne (définie par un ADL<5) et 45.9% pour les activités instrumentales (définie par un IADL <8). Par rapport aux essais cliniques, les patients de cohortes étaient plus à risque de présenter un ECOG-PS, ADL ou IADL altéré.
En cours de chimiothérapie adjuvante, des toxicités sévères étaient rapportées chez 23% et 39% des patients dans les cohortes et les essais, respectivement. Pour les patients métastatiques, cette proportion était de 26% dans les cohortes et 51% dans les essais. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants associés au risque de toxicité sévère étaient: le sexe féminin, les troubles cognitifs chez les hommes, un taux d'albumine faible, la bi-chimiothérapie (par rapport à la mono-chimiothérapie), un débit de filtration glomérulaire (DFG) abaissé, et le type d'étude (essai *versus* cohorte). Un modèle combinant les 5 premiers paramètres prédisait le risque de toxicité sévère avec une aire sous la courbe ROC (AUC) de 0.70.
Les facteurs indépendants associés à la mortalité à 36 mois étaient: un score IADL altéré (<8), une baisse du taux d'hémoglobine, une augmentation du taux de polynucléaires neutrophiles, le stade métastatique, et la mono-chimiothérapie (*versus* bi-chimiothérapie). Un modèle combinant ces facteurs avait un index de concordance (C-index) de 0.77.

Conclusion : En combinant les données individuelles issues de 6 essais thérapeutiques et cohortes consacrés aux patients de ≥75 ans avec CCR, nous avons identifié des facteurs cliniques (gériatriques et oncologiques) et des facteurs biologiques associés au risque de toxicité sévère à 3 mois et de mortalité à 36 mois. Ces résultats pourront constituer une aide à la décision thérapeutique. Ils pourraient aussi permettre de moduler l'intensité de la surveillance pendant le traitement en fonction des facteurs de risque.

Remerciements, financements, autres :
Financement : INCa.

C.058

Projet CFI-PREDICT : prédiction de l'intervalle libre de traitement (ILT) après traitement d'induction du cancer colorectal métastatique (CCRm). Une méta-analyse sur données individuelles

M. Muller [1], G. Bol [2], M. Raeisi [3], K. Le Malicot [4], S. Hegewisch-Becker [5], D. Fisher [6], Q. Shi [7], B. Chibaudel [3], M. Koopman [2], M. Tim [8], H. Wasan [6], D. Arnold [9], K. Punt [2], J.M. Phelip [10], T. André [3], R. Adams [11], T. Aparicio [3]

(1) Nancy ; (2) Utrecht, PAYS-BAS ; (3) Paris ; (4) Dijon ; (5) Eppendorf, ALLEMAGNE ; (6) Londres, ROYAUME-UNI ; (7) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Liverpool, ROYAUME-UNI ; (9) Hambourg, ALLEMAGNE ; (10) Saint-Étienne ; (11) Cardiff, ROYAUME-UNI.

Introduction : Dans le cadre du cancer colorectal métastatique non résécable (CCRm), les stratégies d'entretien après traitement d'induction (chimiothérapie ± thérapie ciblée) sont encore en cours d'évaluation. Une option en cas de bon contrôle tumoral est la proposition d'une interruption thérapeutique. Ainsi, identifier des facteurs prédictifs d'un intervalle libre de traitement (ILT) court ou long après traitement d'induction est nécessaire afin de i) guider au mieux la stratégie thérapeutique et ii) renseigner les patients dans une démarche de décision médicale partagée.

Patients et Méthodes : CFI-PREDICT est une méta-analyse sur données individuelles effectuée dans le but de déterminer des facteurs prédictifs d'un ILT court (<3 mois), intermédiaire (3 à 6 mois) ou long (≥6 à 12 mois) après traitement d'induction du CCRm. Cette étude, menée à partir des données issues de 6 essais internationaux, a évalué la stratégie d'entretien après traitement d'induction (observation *vs.* poursuite de chimiothérapie± thérapie ciblée). Afin d'évaluer la valeur pronostique des variables pour l'ILT, une régression logistique ordinale a été utilisée pour les analyses univariée et multivariée. Dans ces modèles, la catégorie « ILT court » a servi de référence. Les variables qui présentaient une valeur p<0,15 dans l'analyse univariée ont été retenues pour être incluses dans le modèle multivarié (ajusté pour tenir compte des effets de l'étude et d'autres facteurs pertinents). Les variables qui présentaient une valeur p<0,10 dans le modèle multivarié ont été considérées comme potentiellement significatives.
Un score pronostique a été développé à partir de la somme pondérée des coefficients des variables significatives du modèle multivarié final, chaque facteur indépendant contribuant proportionnellement à son poids dans le modèle. Les patients ont ensuite été classés en trois groupes de risque (classe 1 à 3 = risques faible/intermédiaire/élevé d'avoir un ILT long). Pour évaluer l'association entre le score pronostique et la survie globale (SG), des courbes de survie de Kaplan-Meier ont été générées pour chaque groupe, puis comparées à l'aide du test du log-rank. Une régression de Cox à risques proportionnels a été utilisée pour estimer les hazard ratio (HR) et les intervalles de confiance à 95% (IC95%), en ajustant les effets de l'étude.

Résultats : Au total, 1188 patients ont été inclus : 66% hommes, 89% < 75 ans, 96% ECOG PS 0-1 et 64% de tumeurs latéralisées à gauche. Dans l'ensemble de la population, l'ILT médian était de 3,67 mois. L'ILT était court/intermédiaire/long dans respectivement 34%/42,5%/23,5% des cas. Le modèle logistique multivarié (incluant âge, sexe, état général, localisation tumorale, nombre/sites métastatiques, taux de plaquettes/leucocytes/neutrophiles) a montré une association en faveur d'un ILT long pour les hommes (HR : 1,35, IC95% [1,03 ; 1,78], p=0,030), la localisation tumorale gauche (HR 1,40, IC95% [1,03 ; 1,90], p=0,031), la résection de la tumeur primitive (HR 1,36, IC95% [1,04 ; 1,78], p=0,024), un site métastatique unique (HR 2,62, IC95% [1,57 ; 4,41], p<0,001) et l'absence de thrombocytose (< 400 G/L) (HR 1,43, IC95% [1,01 ; 2,02], p=0,046).
Pour le score pronostique, 3 classes ont été créées allant de la classe 1 (0 ≤ score ≤ 1.571) à la classe 3 (2.181 ≤ score ≤ 3). La médiane de SG était de 19,9 mois dans la classe 1 et de 23,8 mois dans la classe 3. Dans le modèle stratifié de Cox (ajusté pour les effets de l'essai), les patients de la classe 2 présentaient un risque de décès significativement plus faible que ceux de la classe 1 (HR 0,71, IC95% : 0,61-0,83, valeur p< 0,001). De même, la classe 3 était associée à une SG progressivement meilleure par rapport à la classe 1 (HR 0,58, IC95% : 0,47-0,71, valeur p<0,001).

Conclusion : CFI-PREDICT est la première méta-analyse réalisée sur données individuelles qui évalue l'ILT après traitement d'induction pour le CCRm. Ces résultats, issus de données simples et accessibles en pratique clinique, peuvent aider les oncologues à guider la stratégie thérapeutique. Le score CFI-PREDICT permet d'identifier les patients à qui une pause thérapeutique pourrait être proposée après une chimiothérapie d'induction (classe 3 ; 2.181 ≤ score ≤ 3).

Remerciements, financements, autres :
Bourse FARE du SNFGE

C.059

Régorafénib plus irinotécan *versus* régorafénib seul dans le traitement du cancer colorectal métastatique en échec des traitements standards chez les patients porteurs du génotype cyclin D1 A/A(870) : résultats de l'essai randomisé de phase III NEXT-REGIRI

E. Samalin [1], A. Lièvre [2], O. Bouché [3], C. Coutzac [4], L. Evesque [5], M. Dos Santos [6], J. Taïeb [7], V. Boige [8], D. Botsen [3], F. Khemissa Akouz [9], L. Clavel [4], P. Chalbos [1], R. Tanos [1], L. Nguyen [1], E. Lopez-Crapez [1]

(1) Montpellier ; (2) Rennes ; (3) Reims ; (4) Lyon ;
(5) Nice ; (6) Caen ; (7) Paris ; (8) Villejuif ; (9) Perpignan.

Introduction : Le régorafénib (REG), inhibiteur de tyrosine kinase, est considéré comme un traitement de référence du cancer colorectal métastatique (CCRm) après échec des chimiothérapies standards. L'essai randomisé de phase II NEXIRI 2- PRODIGE 27 avait montré une activité antitumorale prometteuse de l'association sorafénib-irinotécan chez les patients porteurs du génotype cyclin D1 A/A(870), contrairement au sorafénib seul (1). NEXT-REGIRI, essai randomisé de phase III, a évalué l'efficacité de l'association regorafénib-irinotécan (REGIRI) *vs.* REG chez ces patients.

Patients et Méthodes : Cet essai multicentrique randomisé (1 :1) comparait REGIRI *vs.* REG. Les critères d'éligibilité étaient : CCRm mesurable, non résécable, confirmé histologiquement, échec des traitements standards (hors trifluridine/tipiracil), génotype cyclin D1 A/A(870). Le bras REGIRI associait REG (160 mg/j per os, jours 2-8 et 16-22) et irinotécan (120–180 mg/m², IV, jours 1 et 15) (cycle de 28 jours). Le bras contrôle recevait le REG en monotherapie(160 mg/j per os, jours 1-21, cycle de 28 jours). Le critère de jugement principal était la survie globale (SG). Les critères secondaires incluaient la survie sans progression (SSP), le taux de contrôle de la maladie (TCM), le taux de réponse objective (TRO), le temps jusqu'à détérioration de l'état général selon le score de performance de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG ≥2), et la tolérance.

Résultats : Entre septembre 2019 et mars 2024, 377 patients ont été sélectionnés, dont 66 (17,5%) porteurs du génotype cyclin D A/A (870), randomisés. L'âge médian était de 64 ans (37-78), 54,5 % étaient des hommes et 62 % avaient un score ECOG de 1. Les métastases étaient principalement hépatiques (79 %), 71% des tumeurs primitives étaient situées à gauche et 56% des patients avaient un statut RAS sauvage. Tous avaient antérieurement été traités par irinotécan, oxaliplatine et fluoropyrimidines, 88% avaient reçu un anti-angiogénique et 44%, un anti-EGFR.
Après un suivi médian de 31,9 mois, la SG médiane était de 7,3 mois dans le bras REGIRI *vs.* 7,0 mois dans le bras REG (HR = 1,18 ; IC à 95 % : 0,70-1,98, p = 0,533). La SSP médiane était de 3,6 *vs.* 1,9 mois (HR = 0,67 ; IC à 95 % : 0,40-1,11 ; p = 0,110), et le temps jusqu'à détérioration de l'état général était de 4,6 *vs.* 2,1 mois (HR = 0,61 ; IC à 95 % : 0,26- 1,42 ; p = 0,243) dans les bras REGIRI et REG, respectivement. Le TCM était significativement supérieur dans le bras REGIRI (74,1 % (n = 20) comparé au bras REG (27,6 %, n = 8) (p = 0,001). En analyse uni- et multivariée, un ECOG 1 était associé à une diminution significative de la SG (p = 0,002), tandis qu'une tendance favorable était observée pour les tumeurs primitives gauche (HR = 0,56 ; IC à 95 % : 0,31-1,02 ; p = 0,057).
Les principales toxicités de grade ≥ 3 comprenaient diarrhée (15,2 % *vs.* 9,4 %), hypertension (3 % *vs.*12,5 %), syndrome main-pied (0 % *vs.* 6,3 %), asthénie (3 % *vs.* 12,5 %) et neutropénie (6,1 % *vs.* 0 %) dans les bras REGIRI *vs.* REG, respectivement.

Conclusion : Bien que le critère principal de SG n'ait pas été atteint, REGIRI a significativement amélioré le TCM et montré une tendance favorable sur la SSP, avec un profil de tolérance acceptable. Ces résultats suggèrent un intérêt clinique potentiel de l'association regorafénib-irinotécan chez les patients atteints de CCRm porteurs du génotype cyclin D1 A/A(870).

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions sincèrement tous les patients ayant participé à cette étude ainsi que l'ensemble du personnel médical pour leur précieuse contribution. Nous exprimons notre gratitude à Mme Nadia Bensmail pour la supervision de la pharmacovigilance et Mme Fanny Salasc, Ph.D., pour le soutien éditorial. L'étude a été soutenue par Bayer et financée par la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé (PHRCI-16-78).

C.060

De la biologie aux patients : une signature de 8 gènes et le phénotype mucineux pour guider l'ajout d'un anti-CTLA-4 au traitement anti-PD-1 dans le cancer colorectal métastatique MSI

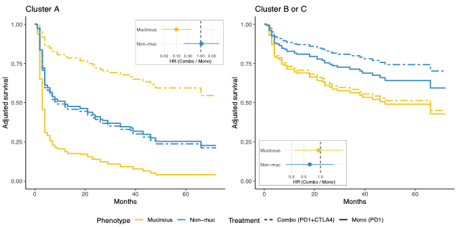
C. Gallois [1], M. Ambrosini [2], A. Lecanu [1], D. Tougeron [3], R. Guimbaud [4], T. Mazard [5], E. Alouani [4], J. Selves [4], A. Gandini [1], S. Mouillet-Richard [1], J.F. Emile [6], J. Taïeb [1], P. Laurent-Puig [1]

(1) Paris ; (2) Milan, ITALIE ; (3) Poitiers ; (4) Toulouse ; (5) Montpellier ; (6) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique (CCRm) avec instabilité des microsatellites (MSI), le traitement standard en première ligne repose sur le pembrolizumab (anti-PD-1), selon les résultats de l'essai Keynote-177. Cependant, les données récentes de l'essai de phase III CheckMate-8HW montrent une supériorité de la combinaison nivolumab (anti-PD-1) + ipilimumab (anti-CTLA-4), devenant le futur standard. Cette bithérapie est cependant plus toxique, rendant nécessaire l'identification de patients susceptibles d'en bénéficier réellement.
Nous avons précédemment défini trois profils transcriptomiques (clusters A, B, C) associés à la survie sans progression (SSP) sous immunothérapie chez ces patients, aves le cluster A (« Stromal high – Proliferation low ») associé à la SSP la plus courte (1). Cette étude vise à développer un outil combinant signature génique et phénotype mucineux pour prédire le bénéfice de l'ajout d'un anti-CTLA-4 à un anti-PD-1 chez ces patients.

Patients et Méthodes : Deux cohortes rétrospective indépendantes ont été analysées, une cohorte italienne (=cohorte d'entrainement, N=103) et une cohorte française (=cohorte de validation IMMUNODIG-MSI, N=87). Elles incluaient toutes deux des patients avec un CCRm MSI naïfs d'immunothérapie, ayant reçu un anti-PD(L)-1 seul ou en combinaison avec un anti-CTLA-4 ou un anti-LAG3. Tous les patients avaient été opérés de la tumeur primitive avant le début de l'immunothérapie, et les analyses transcriptomiques par 3'RNAseq ont été faites sur cette pièce opératoire, à partir de tissu FFPE. Le phénotype mucineux a été quantifié par relecture de toutes les lames HE par un anatomopathologiste sous forme d'une fraction mucineuse allant de 0 à 1. La composante mucineuse était définie par cette fraction >0,10.
Afin de généraliser nos résultats, un classificateur transcriptomique pour prédire l'appartenance à un des 3 clusters (k-Top Scoring Pairs, k-TSP) a été entraîné sur la cohorte d'entrainement et validé sur la cohorte de validation.
Les analyses de SSP ont utilisé des modèles de Cox, ajustés sur le nombre de sites métastatiques, le NLR (neutrophil-to-lymphocyte ratio) et la ligne de traitement.

Résultats : Le classificateur du cluster développé s'est basé sur 8 gènes et a été validé sur la cohorte de validation avec une précision équilibrée de 68,1 % (sensibilité : 45,5 %, spécificité : 90,7 %). Le cluster A était enrichi en tumeurs mucineuses et associé à une SSP plus courte dans les 2 cohortes.
Pour analyser l'effet du traitement, nous avons ensuite poolé les 2 cohortes après exclusion des patients traités par anti-PDL1 ou avec un ECOG-PS≥2 (afin de réduire l'hétérogénéité), pour un total de 163 patients analysés, dont 111 traités par anti-PD-1 ± anti-LAG-3 (groupe « Mono ») et 52 par anti-PD-1 + anti-CTLA-4 (groupe « Combo »). Une stratification à 4 groupes a été définie croisant le cluster transcriptomique (A *vs* B/C) donné par le classificateur avec la présence d'une composante mucineuse ou non.
Les patients du groupe Cluster A + composante mucineuse (N=25, 15,3%) tirait un bénéfice net de la Combo par rapport à la Mono avec une SSP ajustée à 24 mois de 72,2 % (IC 95 %, 65,5–79,4) contre 13,8 % (7,5–21,3) respectivement (HR = 0,10 IC 95 % : 0,02–0,39 ; p < 0,001). Aucun avantage significatif de la Combo n'a été observé dans les 3 autres sous-groupes, bien qu'une tendance non significative en faveur de la Combo ait été notée dans le groupe cluster B/C | non mucineux (85,7 % [IC 95 %, 73,7–99,7 %] contre 72,1 % [IC 95 %, 59,2–87,7 %] ; HR = 0,64 ; IC 95 % : 0,23–1,74 ; p = 0,382).



Conclusion : Une signature de 8 gènes combinée à la présence de la composante mucineuse permet d'identifier un sous-groupe de patients tirant un bénéfice préférentiel de la combinaison anti-PD-1 + anti-CTLA-4. Cette classification, facilement applicable en pratique clinique, mérite une validation prospective pour guider le choix du traitement chez les patients atteints de CCRm MSI-H/dMMR.

C.061

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). Résultats finaux de l'étude PANIRINOX-UCGI28

T. Mazard [1], B. Pastor [1], F. Ghiringhelli [2], L. Nguyen [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], L.J. Palmieri [11], D. Sefrioui [12], S. Boudia [5], V. Pezzella [5], E. Pisareva [1], C. Sanchez [1], A. Kudriavtsev [1], S. Nougaret [1], O. Bouché [4], A. Thierry [1]

(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 : L'étude PANIRINOX a évalué le taux de réponse complète (RC) obtenu avec P plus FOLFIRINOX (bras A) ou mFOLFOX6 (bras B) chez des patients atteints de CCRm non résécables RAS/BRAF V600E non mutés (aucune mutation ou mutation avec fréquence allélique (MAF) ≤ 0,5 %) sur l'ADN circulant. Les résultats non publiés de la strate (str) 1 (limité au foie) et les résultats actualisés de la strate 2 (non limité au foie) sont présentés.

Patients et Méthodes : Les patients ont été randomisés (2:1) dans les bras A/B dans les deux str. Le critère d'évaluation principal était le taux de RC évalué selon les critères RECIST 1.1 (revue centralisée) mais aussi la normalisation de l'ACE (si applicable). Le design statistique reposait surmodèle en une étape de Fleming avec risque unilatéral a=5 %, b=10 % ; H0/H1 = 20/35 % (str1) et 3/12 % (str2) ; au moins 20 (str1) et 4 (str2) succès dans le bras A). Les critères d'évaluation secondaires compreneaient la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG). Des analyses exploratoires ont évalué la corrélation entre les paramètres d'ADNcir à l'inclusion/sous traitement et la réponse et la survie des patients.

Résultats : D'octobre 2017 à août 2023, 74/34 (str1) et 78/33 (str2) patients ont été randomisés dans les bras A/B. Les principales caractéristiques des pts étaient bien équilibrés entre les bras (str1/str2) : âge médian 60/63 ans ; PS 0 58/57 % ; tumeur primitive colique gauche 85/78 %. Les principales toxicités de grade ≥ 3 liés au traitement (bras A/B) étaient : diarrhée 34,2/11,9 %, neuropathie périphérique 18,8/19,4 %. Le devenir des 78 patients présentant une mutation RAS/BRAF V600E avec MAF ≤ 0,5 % à l'inclusion ne différait pas de ceux des patients chez lesquels aucune mutation n'était détectée. La plupart des patients testés (79%, 127 /160) en fin de traitement ne présentaient pas de mutation RAS et/ou BRAF V600E dans leur ADN circulant.

Le tableau présente la RC, le TRO, la SSP et la SG chez les patients évaluables.

Suivi median >35 mois	Strate 1		Strate 2	
	Bras A (N=66)	Bras B (N=34)	Bras A (N=65)	Bras B (N=27)
Réponse Complète (nombre) [%] [95% CI]	18 27.3 [17.0; 39.6]	8 23.5 [10.7; 41.2]	5 7.7 [2.5; 17.0]	2 7.4 [0.9; 24.3]
Taux de réponse objective (%)	90.9	91.2	75.4	77.8
SSP médiane (mois) [95% CI]	10.7 [9.7; 12.7]	11.2 [9.3; 12.6]	9.1 [8.1; 11.7]	9.0 [7.5; 11.9]
SG médiane (mois) [95% CI]	NR [33.7; NR]	NR [28.2; NR]	34.7 [26.4; NR]	25.9 [17.8; NR]

Conclusion : Il s'agit de la première étude interventionnelle utilisant l'analyse de l'ADN circulant pour sélectionner les patients en première ligne. Les deux bras ont obtenu un taux de réponse élevé dans les deux strates et l'étude n'a atteint son objectif principal que dans la strate 2. Par conséquent, nos données ne soutiennent pas l'usage d'une tri-CT avec un anti-EGFR en L1 chez les patients atteints d'un CCRm non résécable RAS/BRAF V600E non muté en ADN circulant. Les patients présentant des mutations RAS/BRAF V600E avec une faible fréquence allélique, détectées par notre méthode, pourraient quand même bénéficier de l'ajout d'un anti-EGFR.

C.062

Association entre les agonistes des récepteurs du GLP-1 et la survie chez des patients diabétiques de type 2 atteints d'un cancer colorectal : étude de cohorte de population

T. Lecomte [1], A. Dosda [1], G. Fauchier [1], P.H. Ducluzeau [1], L. Fauchier [1]

(1) Tours.

Introduction : Les agonistes du récepteur du glucagon-like peptide-1 (GLP-1RA) sont devenus une classe thérapeutique majeure dans le traitement de l'obésité et du diabète de type 2 (DT2). Des données précliniques montrent que le GLP-1RA a des effets anti-tumoraux. Des données rétrospectives menées chez des patients atteints de DT2 suggèrent que le traitement par GLP-1RA était associé à une diminution de l'incidence des cancers liés à l'obésité, dont le cancer colorectal (CCR). Ces résultats suggèrent que le GLP-1RA pourrait avoir un impact non seulement sur le risque de cancer, mais aussi sur sa progression. Cependant, on ignore si la prise GLP-1RA après un diagnostic de CCR peut améliorer la survie des patients. Notre hypothèse est que la prescription de GLP-1RA pourrait réduire la mortalité chez les patients DT2 atteints d'un CCR. Afin de l'explorer, nous avons mené une étude de cohorte rétrospective à l'aide d'une base de données en santé.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective menée au sein d'une large base de données de santé mondiale (TriNetX) incluant plus de 150 millions de patients à travers le monde. Ont été sélectionnés les patients âgés d'au moins 18 ans, atteints de CCR et de DT2, traités par GLP-1RA ou autres antidiabétiques non insuliniques entre janvier 2010 et janvier 2025. Les cohortes (GLP-1RA *vs* non GLP-1RA) ont été équilibrées par appariement selon un score de propension sur les caractéristiques démographiques, les co-morbidités et des traitements associés. Les principaux critères de jugement étaient la survenue des événements suivants : décès, infarctus du myocarde, AVC ischémique, hospitalisation pour insuffisance cardiaque, survenue de cancers non digestifs et d'un cancer métastatique. Les risques relatifs ont été estimés par modèles de Cox.

Résultats : Au total, 839 patients sous GLP-1RA ont été comparés à 4858 « témoins » et après appariement, 751 patients dans chaque groupe ont été analysés. Les caractéristiques de base étaient comparables en termes d'âge, de sexe et de co-morbidités. Avec un suivi moyen de 2,4 +/- 1,7 années à partir du diagnostic de CCR, un traitement par GLP-1RA chez les patients pris en charge pour un CCR était associée significativement à une réduction du risque de décès toutes causes (HR 0,59 [0,45-0,77], p=0,0001) et du risque de cancer métastatique (HR 0,61 [0,41-0,90], p=0,01), comparativement au groupe de patients DT2 non traités par GLP-1RA. Il n'a pas été observé de différence significative concernant les risques d'infarctus, d'AVC ischémique, d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou d'autres événements composites. Le risque d'apparition de cancer non digestif était également significativement réduit (HR 0,75 [0,60-0,94], p=0,01).

Critère	GLP-1RA + (n=751)	GLP-1RA - (n=751)	HR (IC95)	p
Décès toutes causes	86 (4,42/an)	153 (6,03/an)	0,59 (0,45-0,77)	0,0001
Cancer métastatique	39 (1,54/an)	65 (2,59/an)	0,61 (0,41-0,90)	0,01
Cancer non digestif	133 (6,68/an)	172 (7,78/an)	0,75 (0,60-0,94)	0,01
Infarctus / AVC / Ins Cardiaque				NS/NS/NS/NS

Conclusion : Les résultats de cette étude suggèrent le bénéfice potentiel des agonistes du récepteur du GLP-1 sur le pronostic du CCR associé à une diminution de l'incidence

d'autres cancers chez les patients DT2 atteints d'un CCR, sans augmentation du risque cardiovasculaire.

Remerciements, financements, autres :
TriNetX, aucun financement spécifique

C.063

Plénière

Performances pronostiques de l'élasticité hépatique et splénique chez des patients atteints de maladie vasculaire porto-sinusoïdale

L. Moga [(1)], M. Barbe [(2)], L. Elkrief [(3)], V. Paradis [(1)], M. Meszaros [(4)], A. Payancé [(1)], L. Castera [(1)], F. Durand [(1)], A. Plessier [(1)], P.E. Rautou [(1)]
(1) Clichy ; (2) Paris ; (3) Tours ; (4) Montpellier.

Introduction : Chez les patients atteints de cirrhose, l'élasticité hépatique et l'élasticité splénique reflètent la sévérité de l'hypertension portale, et donc le risque de décompensation hépatique. Chez les patients atteints de maladie vasculaire porto-sinusoïdale, l'élasticité hépatique est généralement basse, alors que l'élasticité splénique est associée à la présence de varices à haut risque de rupture. L'objectif de cette étude était d'évaluer les performances pronostiques de l'élasticité hépatique et splénique chez les patients atteints de maladie vasculaire porto-sinusoïdale.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective, nous avons inclus des patients atteints de maladie vasculaire porto-sinusoïdale prouvée histologiquement, avec au moins un signe d'hypertension portale, qui ont eu au moins une mesure d'élasticité hépatique ou splénique par élastographie impulsionnelle par FibroScan®. La population a été divisée en une cohorte de dérivation issue d'un centre français, et une cohorte de validation faite de patients provenant de 20 centres du réseau VALDIG. Les données cliniques, biologiques, endoscopiques, d'imagerie, d'élastométrie à l'inclusion, ainsi que la survenue d'événements hépatiques (hémorragie digestive par hypertension portale, décompensation oedémato-ascitique, encéphalopathie hépatique, transplantation hépatique ou décès de cause hépatique) au cours du suivi ont été recueillies. Nous avons analysé la survie sans événement hépatique à l'aide d'un modèle de Cox.

Résultats : Nous avons inclus 203 patients dans la cohorte de dérivation, dont 55 % d'hommes, avec un âge médian de 54 ans. Tous avaient au moins une mesure d'élasticité hépatique, et 176 d'entre eux au moins une mesure d'élasticité splénique. L'élasticité hépatique médiane initiale était de 7,6 kPa ; l'élasticité splénique médiane de 43,5 kPa. Quarante-huit patients (24 %) ont présenté au moins un événement hépatique dans les cinq ans suivant le premier FibroScan®. Dans la cohorte de validation, constituée de 383 patients avec des caractéristiques similaires, 24 % des patients ont présenté un événement hépatique à 5 ans. En analyses univariées, l'élasticité hépatique et l'élasticité splénique étaient associées à la survenue d'un événement hépatique à 5 ans dans les deux cohortes, tout comme l'âge, le fait d'avoir une affection hématologique ou prothrombotique associée, l'antécédent de décompensation hépatique ou la décompensation à baseline, la bilirubinémie totale, l'albuminémie, le score LSPS (Liver stiffness – spleen diameter to platelet ratio) et les varices à haut risque de saignement. En analyse multivariée, seuls trois paramètres restaient indépendamment associés à la survenue d'un événement hépatique à 5 ans dans les deux cohortes : l'âge, l'élasticité hépatique et l'élasticité splénique. Nous avons ensuite testé des seuils d'élasticité. Dans la cohorte de dérivation, seuls 4,7 % des patients avec une élasticité hépatique < 10 kPa associée à une élasticité splénique ≤ 40 kPa présentaient un événement hépatique dans les 5 ans, contre 21 % des patients avec une élasticité hépatique < 10 kPa associée à une élasticité splénique > 40 kPa ou une élasticité hépatique ≥ 10 kPa associée à une élasticité splénique ≤ 40 kPa, et 58 % des patients avec une élasticité hépatique ≥ 10 kPa associée à une élasticité splénique > 40 kPa (Figure 1A). Les résultats étaient similaires dans la cohorte de validation : un événement hépatique se produisait dans les 5 ans chez 4 % des patients avec une élasticité hépatique < 10 kPa associée à une élasticité splénique ≤ 40 kPa, contre 20 % des patients avec une élasticité hépatique < 10 kPa associée à une élasticité splénique > 40 kPa ou une élasticité hépatique ≥ 10 kPa associée à une élasticité splénique ≤ 40 kPa, et 46 % des patients avec une élasticité hépatique ≥ 10 kPa associée à une élasticité splénique > 40 kPa (Figure 1B).

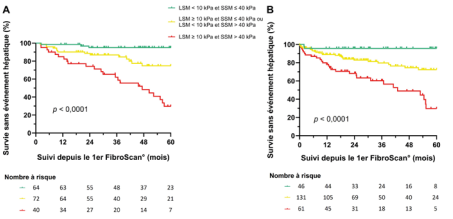


Figure 1. Risque cumulé d'événement hépatique selon les valeurs d'élasticité hépatique et splénique initiales mesurées par FibroScan®.
A. Cohorte de dérivation. B. Cohorte de validation.
Abréviations : LSM : élasticité hépatique mesurée par FibroScan® ; SSM : élasticité splénique mesurée par FibroScan®.

Conclusion : Cette étude rassemblant 586 patients atteints de maladie vasculaire porto-sinusoïdale montre que la mesure de l'élasticité hépatique et splénique par FibroScan® permet d'identifier différents niveaux de risque de décompensation à 5 ans. Le rythme de surveillance de ces patients pourrait ainsi être adapté en fonction de leur risque.

C.064

Plénière

Essai randomisé contrôlé évaluant l'efficacité de l'ustekinumab contre placebo dans la maladie de Crohn ano-périnéale fistulisante : résultats à 12 semaines

P. Wils [1], S. Nancey [2], E. Messmer [3], A. Bourreille [4], A. Buisson [5], L. Caillo [6], L. Vuitton [7], R. Altwegg [8], X. Hébuterne [9], O. Ernst [1], P. Meunier [10], V. Laurent [11], D. Laharie [12], E. Vicaut [13], L. Peyrin-Biroulet [11]

(1) Lille ; (2) Lyon ; (3) Roubaix ; (4) Nantes ;
(5) Clermont-Ferrand ; (6) Nîmes ; (7) Besançon ;
(8) Montpellier ; (9) Nice ; (10) Liège, BELGIQUE ;
(11) Nancy ; (12) Bordeaux ; (13) Paris.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) ano-périnéale fistulisante reste un défi thérapeutique majeur. A ce jour, seuls l'infliximab et plus récemment le filgotinib ont été évalués par des essais randomisés contrôlés. L'étude USTAP (NCT04496063) est un essai randomisé contrôlé contre placebo qui vise à évaluer l'efficacité et la sécurité de l'ustekinumab (UST) chez des patients atteints de MC avec fistules ano-périnéales actives.

Patients et Méthodes : Cet essai multicentrique en double aveugle contre placebo a recruté entre avril 2020 et juin 2024 des patients adultes atteints de MC avec au moins une fistule ano-périnéale active définie par la présence d'un écoulement. Les patients éligibles présentant un écoulement persistant ont été randomisés selon un rapport 1:1, après curetage et mise en place d'un séton si nécessaire, et l'introduction d'une antibiothérapie (ciprofloxacine et métronidazole, 4 semaines), pour recevoir de l'UST (6 mg/kg par voie intraveineuse, puis 90 mg par voie sous-cutanée à la semaine 8, puis toutes les 8 semaines) ou un placebo. Les corticoïdes étaient autorisés durant l'induction avec une diminution progressive standardisée. Le retrait du séton était prévu à la semaine 6. Le critère d'évaluation principal était la rémission combinée, clinique (définie par l'absence d'écoulement de tous les orifices externes) et radiologique (définie par l'absence d'abcès > 2 cm confirmé par IRM avec lecture centralisée en aveugle (1)) à la semaine 12. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la rémission clinique, la rémission radiologique, la variation des scores d'activité de la maladie (CDAI, PDAI), l'Inflammatory Bowel Disease-Disability Index (IBD-DI) et la tolérance. Les critères d'évaluation ont été examinés de manière indépendante par un comité d'adjudication en aveugle. La randomisation a été stratifiée selon l'exposition antérieure aux anti-TNF et selon le centre. La taille de l'échantillon prévue était de 73 patients par groupe afin de détecter une différence de 20 % dans les taux de rémission (puissance de 80 %, alpha de 5 %). En raison de difficulté de recrutement, l'étude a été interrompue en juin 2024 après la randomisation de 32 patients, sans levée de l'aveugle. Les patients ont ensuite été suivis jusqu'à la semaine 48.

Critères d'évaluation à 12 semaines	Total (n=32)	Placebo (n=16)*	UST (n=16)	OR (IC 95%)
Critère d'évaluation principal, n (%)				
Rémission combinée	14 (44%)	4 (25%)	10 (62%)	5.1 [1.07-24.4]
Critères d'évaluation secondaires, n (%)				
Rémission clinique (Absence d'écoulement sur 100% des orifices fistuleux)	16 (50%)	5 (31%)	11 (69%)	0.27 [0.06-1.17]
Rémission radiologique (absence de collection >2 cm à l'IRM après lecture centralisée en aveugle)	26 (81.2%)	12 (75%)	14 (87.5%)	2.7 [0.34-21.1]
Absence d'abcès en IRM	22 (69%)	11 (69%)	11 (68%)	1.51 [0.3-7.46]
*2 patients ont interrompu l'étude à la semaine 6 dans le groupe placebo				

Résultats : Trente-trois patients ont accepté de participer et 32 patients (femmes : 41 % ; âge médian : 42 ans) ont finalement été randomisés (UST : 16 ; placebo : 16) dans 10 centres français. Soixante-dix pour cent avaient déjà été exposés à des anti-TNF et 23 % étaient en échec d'au moins deux anti-TNF. A l'inclusion, 78 % présentaient une fistule active et 22 % en présentaient deux ; 25 % présentaient un abcès associé. A l'inclusion, le score MAGNIFI-CD médian était à 15 et le score Van Assche médian était à 10. À la semaine 12, une rémission combinée a été obtenue chez 62 % des patients du groupe UST contre 25 % dans le groupe placebo (tableau). Une rémission clinique a été observée [illegible]69 % des patients du groupe UST contre 31 % dans [illegible]pe placebo et les taux de rémission radiologique [illegible]e 87,5 % dans le groupe UST et de 75 % dans le

groupe placebo. Dans le groupe UST, la variation moyenne du CDAI, du PDAI et de l'IBD-DI entre le début de l'étude et la semaine 12 était de -56,3, -2,2 et -4,9 (contre -9,8, -1,6 et +4,9 dans le groupe placebo, respectivement). Les événements indésirables (EI) et les événements indésirables graves (EIG) étaient similaires dans les deux groupes de traitement : 23 EI (62 %) sont survenus dans le groupe placebo et 14 EI (38 %) dans le groupe UST. Six EIG ont été signalés au total, dont deux événements gastro-intestinaux, une lithiase rénale, et un abcès anal. Deux patients du groupe placebo ont interrompu l'étude à la semaine 6 en raison d'EIG (un abcès anal et un abcès péri-iléal).

Conclusion : Dans cette étude, incluant une majorité de patients en échec des anti-TNF, le bénéfice clinique à court terme observé avec l'UST soutient son utilisation dans le traitement de la MC périnéale fistulisante.

C.065

Plénière

Faut-il encore réaliser des biopsies systématiques au cours du suivi de l'endobrachyœsophage ? Une étude prospective multicentrique comparative en tandem

L. Quénéhervé [1], A. Berger [2], M. Schaefer [3], M. Barret [4], I. Archambeaud [5], I. Tchoumak [6], R. Arnachellum [1], F. Cholet [1], T. Wallenhorst [7], D. Karsenti [4], G. Vanbiervliet [8], R. Olivier [9], C. Yzet [10], C. Ratajczak [1], M. Marguerite [5], J.B. Hardouin [5], E. Coron [5]

(1) Brest ; (2) Bordeaux ; (3) Nancy ; (4) Paris ; (5) Nantes ; (6) Strasbourg ; (7) Rennes ; (8) Nice ; (9) Poitiers ; (10) Amiens.

Introduction : L'endobrachyœsophage (EBO) est une pathologie pré-néoplasique qui prédispose au développement de la dysplasie, de bas grade (DBG), de haut grade (DHG) puis de l'adénocarcinome de l'œsophage (ADK). Les recommandations de suivi des patients ayant un EBO connu comprennent des biopsies ciblées sur les lésions visibles et des biopsies étagées systématiques (protocole de Seattle) au cours d'un examen soigneux en lumière blanche et en chromoendoscopie. Le développement des endoscopes haute résolution permettant de repérer des lésions très discrètes, se pose la question de se limiter aux biopsies ciblées, d'autant que les biopsies étagées qui prennent du temps ne sont pas toujours réalisées par les gastroentérologues.
L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la surveillance de l'EBO en endoscopie haute résolution associée à de la chromoendoscopie électronique sur la détection de la DHG et de l'ADK par rapport au protocole de Seattle.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective comparative en tandem dans 11 centres français. Les critères d'inclusion étaient les suivants : patient adulte avec un EBO long non dysplasique ou un EBO dysplasique en muqueuse plane ayant une endoscopie programmée dans l'un des centres participants entre mai 2022 et décembre 2024, ayant donné son accord de participation à l'étude. Les principaux critères d'exclusion étaient un EBO déjà traité, un ADK connu et un trouble de l'hémostase. L'EBO était examiné successivement en lumière blanche et en chromoendoscopie par 2 opérateurs experts en aveugle puis des biopsies ciblées étaient réalisées sur les lésions repérées par l'un, l'autre ou les 2 opérateurs. Enfin des biopsies systématiques quadrantiques étaient réalisées. Les performances diagnostiques des 3 modalités (lumière blanche, chromoendoscopie et Seattle) étaient ensuite comparées.

Résultats : 110 patients ont été inclus dans l'étude et 95 (âge moyen 67 ans, 86% d'hommes) ont pu être analysés. L'EBO mesurait en moyenne 6 cm et, avant la procédure, l'EBO était considéré comme non-dysplasique, en DBG, en DHG et indéterminé chez 16%, 53%, 29% et 2% des patients, respectivement. Après la procédure, l'EBO était au maximum non-dysplasique, en DBG, en DHG et en ADK chez 35%, 37%, 16% et 13% des patients respectivement. La chromoendoscopie électronique avec biopsies ciblées (20/27) ne mettait pas en évidence significativement plus de lésions de DHG et d'ADK que l'association de la lumière blanche et des biopsies systématiques (25/27). La sensibilité par patient pour le diagnostic de DHG et d'ADK confondus de l'examen en lumière blanche, de la chromoendoscopie électronique et de l'association des 2 était de 81%, 74% et de 89%, respectivement. La DHG n'était retrouvée que sur les biopsies systématiques chez 3 patients sur 15. L'ADK était toujours retrouvé par l'association de la lumière blanche et de la chromoendoscopie électronique. La DBG n'était retrouvée que sur les biopsies systématiques chez 15 patients sur 35.

Conclusion : Même chez des gastroentérologues experts, les biopsies systématiques quadrantiques gardent un intérêt pour repérer la DHG malgré une très bonne sensibilité de l'association de lumière blanche et chromoendoscopie. Elles restent indispensables pour le dépistage de la DBG. Le protocole de Seattle demeure une composante importante du suivi de l'EBO, associé à un examen soigneux de la paroi en lumière blanche et chromoendoscopie permettant de réaliser des biopsies ciblées.

C.066

Plénière

Évaluation systématique des besoins et recours à la transplantation de microbiote fécal en centres tertiaires français sur 5 ans : une sous-utilisation associée à une perte de chance pour les patients atteints d'infection à *Clostridioides difficile*

C. Brasseur [1], F. Ader [1], T. Briot [1], M. Guillet [1], S. Gaujard [1], G. Boschetti [1], S. Nancey [1], H. Ghesquières [1], P. Seve [1], J.C. Saurin [1], N. Khanafer [1], S. Lemoine [1], O. Dumitrescu [1], N. Benech [1]

(1) Lyon.

Introduction : La transplantation de microbiote fécal (TMF) constitue le traitement le plus efficace des infections multi-récidivantes à *Clostridioides difficile* (ICD) (1). Elle peut également être envisagée dans les formes sévères réfractaires ou dès la première récidive chez les patients à haut risque (1) (2). Cependant, les besoins réels en TMF demeurent insuffisamment définis. Nous avons cherché à estimer le nombre de patients éligibles à la TMF dans des centres hospitaliers universitaires français au cours des 5 dernières années.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique cas-témoins incluant tous les adultes (≥ 18 ans) ayant présenté au moins un épisode d'ICD confirmé microbiologiquement entre le 11 novembre 2018 et le 30 mai 2023 dans 12 hôpitaux universitaires en France identifiés à partir du laboratoire de microbiologie des hôpitaux. Les données cliniques et microbiologiques ont été extraites des dossiers médicaux électroniques et des bases de données de microbiologie. Les variables recueillies incluaient l'âge, le sexe et les principaux facteurs de risque d'ICD: immunodépression, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, traitement par inhibiteurs de la pompe à protons, insuffisance rénale chronique ou dialyse, hospitalisation récente (≤ 3 mois) ou institutionnalisation. Pour chaque épisode d'ICD, étaient documentés : le traitement antibiotique spécifique, la durée et la sévérité des symptômes, la présence d'une récidive, une antibiothérapie concomitante, l'indication et la réalisation éventuelle d'une TMF et son efficacité, ainsi que toute co-infection digestive identifiée. Un décès était considéré lié à l'ICD s'il survenait au cours d'un épisode sévère ou en cas d'hospitalisation prolongée ou de complication attribuable à l'ICD, après revue du dossier par deux médecins indépendants Les facteurs de risque de récidive et de complications liées à l'ICD ont été évalués par analyses univariées (test de Fisher) et régressions logistiques multivariées.

Résultats : Un total de 1 573 patients ont été inclus. La TMF était recommandée pour 106 patients (6,7 %) présentant des ICD multi-récidivantes, mais seulement 29 d'entre eux (27,4 %) l'ont effectivement reçue, malgré sa disponibilité auprès des centres. En tenant compte des autres indications proposées, 180 patients (11,4 %) étaient éligibles, dont 46 (2,9 %) avec une ICD sévère réfractaire et 134 (8,5 %) présentant une seule récidive associée à un épisode actuel ou antérieur d'ICD sévère non réfractaire. Cette dernière situation était indépendamment associée à la mortalité liée à l'ICD (OR 22,0 ; IC 95 % 11,97–42,38) lors de la première récidive. Parmi les 254 patients présentant une indication potentielle mais n'ayant pas bénéficié de TMF, 32 (12,6 %) sont décédés de l'ICD et 88 (34,6 %) ont présenté une récidive. En comparaison, parmi les 32 patients traités par TMF, seul 1 (3,1 %) est décédé et 4 (12,5 %) ont récidivé.

Conclusion : La TMF demeure nettement sous-utilisée chez les patients présentant des ICD multi-récidivantes, malgré son bénéfice thérapeutique bien établi. Une meilleure sensibilisation des cliniciens et une intégration renforcée de la TMF dans les parcours de soins sont nécessaires pour améliorer le pronostic, en particulier à la lumière des indications élargies récemment proposées pour les patients atteints d'ICD.

C.067

Programme combiné d'éducation nutritionnelle et d'activité physique pour patients avec MICI en rémission : effets sur la fatigue, la qualité de vie et les biomarqueurs métaboliques

N. Bouhdoud [1], A. Sadik [1], F. Machayi [1], H. Aouroud [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 : Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en rémission clinique prolongée continuent souvent de présenter une fatigue persistante et une qualité de vie altérée. Ces symptômes peuvent être associés à des anomalies métaboliques subcliniques, telles qu'une inflammation résiduelle ou des déséquilibres du profil lipidique. Bien que l'éducation nutritionnelle et l'activité physique aient montré des bénéfices dans d'autres populations chroniques, leur impact combiné chez les patients avec MICI en rémission prolongée reste peu étudié. La mise en œuvre de telles interventions pourrait offrir des stratégies non pharmacologiques efficaces pour améliorer le bien-être et la santé globale des patients. Cette étude visait à évaluer l'effet d'un programme structuré combinant éducation nutritionnelle et activité physique sur la fatigue et la qualité de vie des patients avec MICI en rémission prolongée. Les objectifs secondaires étaient d'analyser l'impact de ce programme sur des biomarqueurs métaboliques et inflammatoires pertinents, de prendre en compte l'effet du traitement médicamenteux (immunosuppresseurs et biothérapies anti-TNF) et d'évaluer la satisfaction des participants via un questionnaire et une réunion finale entre patients.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, randomisée et contrôlée incluant 60 patients adultes atteints de MICI (maladie de Crohn ou RCH) en rémission clinique et biologique depuis au moins neuf mois. Les participants ont été répartis en deux groupes : le groupe intervention a suivi un programme de 12 semaines combinant des séances hebdomadaires d'éducation nutritionnelle individualisée et des séances d'activité physique supervisée 2 à 3 fois par semaine, comprenant renforcement musculaire et endurance modérée. Le groupe contrôle a bénéficié d'un suivi standard sans intervention spécifique. Les paramètres évalués avant et après intervention comprenaient la fatigue (FACIT-F), la qualité de vie spécifique aux MICI (IBDQ) et des biomarqueurs pertinents : CRP, albumine, ferritine et profil lipidique complet (cholestérol total, LDL, HDL, triglycérides). Vers la fin de l'étude, un questionnaire de satisfaction a été administré aux participants pour évaluer leur perception et acceptabilité du programme, et une réunion finale a été organisée entre les deux groupes afin de favoriser l'échange d'expériences et la discussion sur les bénéfices perçus. Les analyses statistiques ont comparé les paramètres intra- et intergroupes, avec ajustement pour l'âge, le type de MICI et les traitements médicamenteux.

Résultats : Sur les 60 patients inclus, 57 ont complété l'étude (28 dans le groupe intervention, 29 dans le groupe contrôle). Parmi eux, 35 patients étaient traités par immunosuppresseurs (principalement azathioprine) et 22 patients recevaient une biothérapie par anti-TNF, répartis de manière équilibrée entre les groupes. Après 12 semaines, le groupe intervention a montré une réduction significative de la fatigue, avec un score FACIT-F passant de 31 ± 6 à 43 ± 5 ($p < 0,001$), tandis que le groupe contrôle ne présentait pas de changement notable. La qualité de vie, évaluée par l'IBDQ, s'est améliorée de manière significative dans le groupe intervention (156 ± 17 à 180 ± 14, $p < 0,001$), sans variation dans le groupe contrôle. Les biomarqueurs ont montré des améliorations uniquement dans le groupe intervention : diminution de la CRP (5,4 ± 2,0 à 3,1 ± 1,4 mg/L, $p = 0,002$), augmentation de l'albumine (38,2 ± 3,1 à 41,5 ± 2,8 g/L, $p = 0,001$), amélioration de la ferritine (86 ± 22 à 102 ± 25 µg/L, $p = 0,03$), augmentation du HDL (1,1 ± 0,2 à 1,3 ± 0,2 mmol/L, $p = 0,01$) et diminution des triglycérides (1,7 ± 0,6 à 1,4 ± 0,5 mmol/L, $p = 0,04$). Des analyses stratifiées ont montré que les bénéfices étaient présents chez les patients sous immunosuppresseurs comme chez ceux sous anti-TNF, sans différence significative entre traitements. Des corrélations

significatives ont été observées entre l'amélioration du score FACIT-F et la diminution de la CRP (r = 0,50, p = 0,004), ainsi qu'entre l'augmentation du HDL et l'amélioration de la qualité de vie (r = 0,45, p = 0,008). Le questionnaire de satisfaction a montré que 93 % des patients du groupe intervention étaient très satisfaits, citant une meilleure motivation et compréhension de leur condition. La réunion finale entre les deux groupes a permis un échange d'expériences très positif, renforçant la dimension participative et collaborative de l'intervention

Conclusion : Un programme combiné d'éducation nutritionnelle et d'activité physique chez les patients avec MICI en rémission prolongée améliore significativement la fatigue, la qualité de vie et plusieurs biomarqueurs pertinents, tout en étant très bien accepté par les patients. L'intégration de moments d'échange et de discussion entre participants ajoute une dimension qualitative enrichissante, suggérant que ces interventions pourraient devenir une référence dans la prise en charge globale des MICI, avec un impact concret sur le bien-être et la santé métabolique.

C.068

Peut-on modifier l'évolution de la maladie de Crohn grâce à un traitement précoce par adalimumab ?

B. Caron [1], E. Jeanbert [1], F. Poullenot [2], Y. Bouhnik [3], L. Vuitton [4], C. Reenaers [5], S. Nancey [6], P. Blanc [7], X. Roblin [8], S. Viennot [9], M. Fumery [10], A.L. Pelletier [9], A. Bourreille [11], C. Gilletta de Saint-Joseph [12], J. Filippi [13], M. Nachury [14], G. Bouguen [15], M. Simon [9], L. Caillo [16], A. Buisson [17], L. Plastaras [18], V. Abitbol [9], A. Aubourg [19], M. Boualit [20], D. Laharie [2], L. Peyrin-Biroulet [1]

(1) Nancy ; (2) Bordeaux ; (3) Neuilly-sur-Seine ; (4) Besançon ; (5) Liège, BELGIQUE ; (6) Lyon ; (7) Montpellier ; (8) Saint-Étienne ; (9) Paris ; (10) Amiens ; (11) Nantes ; (12) Toulouse ; (13) Cagnes-sur-Mer ; (14) Lille ; (15) Rennes ; (16) Nîmes ; (17) Clermont-Ferrand ; (18) Colmar ; (19) Tours ; (20) Valenciennes.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie invalidante et destructrice. Une intervention thérapeutique précoce associée à une surveillance serrée pourrait être le meilleur moyen d'obtenir une rémission profonde et de prévenir la progression de la maladie. On ignore si un traitement anti-TNF peut être interrompu une fois la rémission profonde obtenue. L'objectif principal était d'évaluer le taux de rémission profonde un an après l'arrêt d'un traitement de 12 mois par adalimumab chez des patients adultes atteints d'une MC récemment diagnostiquée qui avaient été mis en rémission clinique et biologique à 6 mois puis en rémission profonde à 12 mois après l'induction du traitement.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective multicentrique incluant des patients avec une MC luminale diagnostiquée depuis moins de 24 mois qui étaient naïfs de traitement avancé. Le critère d'évaluation principal de l'étude était le pourcentage de patients présentant une rémission profonde (rémission clinique, biologique et endoscopique) un an après l'arrêt d'un traitement de 12 mois par adalimumab sans intervention thérapeutique (c'est-à-dire sans chirurgie, sans récidive clinique, sans nécessité d'autre traitement lié à la MC, sans optimisation de l'adalimumab) ET qui étaient déjà en rémission clinique (CDAI < 150) et en rémission biologique (CRP < 5 mg/L et calprotectine fécale < 250 µg/g) à 6 mois. La récidive clinique était définie comme un CDAI > 220 ou une augmentation du CDAI entre deux visites consécutives > 70.

Résultats : Au total, 171 patients ont été inclus et ont reçu un traitement par adalimumab entre mars 2015 et mars 2019. La durée médiane de la maladie était de 4 [2-9] mois. La localisation de la MC était iléale (42,7 %, 73/171), colique (12,3 %, 21/171) et iléo-colique (44,4 %, 76/171). Vingt-et-un patients (12,3 %) présentaient une maladie ano périnéale. La majorité des patients présentaient un phénotype inflammatoire (71,3 %, 122/171). À l'inclusion, le taux médian de CRP était de 9,0 [3,0-24,0] mg/L, et la calprotectine fécale était de 440,5 [159,0-838,0] µg/g.
Au total, 38/171 (22,2 %) des patients ont obtenu une rémission profonde 12 mois après le début du traitement par adalimumab. Parmi eux, 31 patients ont interrompu l'adalimumab et 7 l'ont poursuivi. Douze mois plus tard, c'est à dire 24 mois après l'inclusion, 7/31 (22,6 %) patients sont restés en rémission profonde après l'arrêt du traitement, soit 4,1 % (7/171) des patients de l'ensemble de la cohorte. Le délai médian entre l'arrêt de l'adalimumab et la première rechute clinique était de 14 mois. Aucun facteur prédictif associé à la perte de la rémission profonde au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement n'a été identifié.

Conclusion : Cette étude de cohorte est la première à évaluer l'arrêt d'un traitement avancé dans la MC récemment diagnostiquée après l'obtention d'une rémission profonde. Deux patients sur dix atteints de MC précoce et naïfs de traitement biologique ont obtenu une rémission profonde à un an avec l'adalimumab. Parmi ces patients, environ un quart ont maintenu une rémission profonde un an près arrêt du traitement, ce qui représente 4 % de cette cohorte. Ces résultats démontrent que le traitement par anti-TNF doit être maintenu à long terme, y compris chez les patients atteints de MC récemment diagnostiquée.

C.069

Comparaison de l'efficacité de l'infliximab sous-cutané en monothérapie ou en combinaison avec un immunosuppresseur chez les patients atteints de maladie de Crohn : analyse intermédiaire de l'étude de non-infériorité REMONO-CD

A. Buisson [1], C. Le Berre [2], G. Le Cosquer [3], M. Nachury [4], R. Altwegg [5], G. Boschetti [6], B. Caron [7], M. Uzzan [8], L. Vuitton [9], L. Guillo [10], X. Treton [11], S. Nancey [6], M. Serrero [10], M. Fumery [12], L. Peyrin-Biroulet [7], C. Gilletta de Saint-Joseph [3], B. Pereira [1]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Nantes ; (3) Toulouse ; (4) Lille ; (5) Montpellier ; (6) Lyon ; (7) Nancy ; (8) Créteil ; (9) Besançon ; (10) Marseille ; (11) Neuilly-sur-Seine ; (12) Amiens.

Introduction : L'infliximab est un des traitements les plus efficaces de la maladie de Crohn (MC). Alors que les études SONIC et PANTS ont démontré la supériorité de l'infliximab intra-veineux (IV) lorsqu'il est utilisé en association avec un immunosuppresseur à la fois à court et à long termes, le profil pharmacologique prometteur de sa forme sous-cutanée (SC) pourrait remettre en question ce dogme.
L'objectif de l'étude était de démontrer la non-infériorité de l'infliximab SC en monothérapie par rapport à la combothérapie (association infliximab SC avec un immunosuppresseur) chez les patients atteints de MC.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude multicentrique (22 centres) rétrospective ayant inclus consécutivement tous les patients atteints de MC ≥18 ans, avec une maladie symptomatique selon les PRO-2 (sous-score de douleur abdominal > 1 ou nombre de selles >3) ayant démarré de l'infliximab SC après un schéma d'induction IV de 2 ou 3 perfusions à 5mg/kg selon un schéma S0 (semaine 0) -S2 ± S6 puis relai par 120 mg toutes les 2 semaines à partir de S6 ou S10.
Le critère de jugement principal était la rémission clinique (sous-score de douleur abdominal ≤ 1 ou nombre de selles ≤ 3) sans corticoïde (CFREM) à la semaine 12 (S12) avec comme unité statistique le mois et non le patient. Le résultat est exprimé en pourcentage de mois (période de 4 semaines) passé en CFREM. La borne inférieure de non-infériorité a été définie à priori comme de 10 % selon les recommandations de l'IOIBD. Ainsi, pour conclure à la non-infériorité, l'intervalle de confiance de la différence de pourcentage de mois passé en CFREM entre les 2 bras ne doit pas croiser 10%.
Le calcul d'effectif réalisé à priori, basé sur un pourcentage de mois passé en CFREM estimé de 55 % chez les patients en combothérapie, avec une puissance de 90 % et un intervalle de confiance unilatéral (étude de non-infériorité) de 95 %, anticipant un déséquilibre entre les groupes, indiquait que 2160 mois étaient nécessaires, soit 210 patients. Nous présentons, ici, les résultats d'une analyse intermédiaire.
Les critères de jugement secondaires concernent le patient comme unité statistique. Il s'agissait de la CFREM à S12, S24 et S48, et des délais avant hospitalisation, chirurgie ou progression de la destruction intestinale ainsi que les effets secondaires.
Toutes les comparaisons ont été réalisées à l'aide de score de propension ajustées sur le sexe, l'âge, le tabagisme, la durée d'évolution de la maladie, la localisation de la maladie, l'exposition antérieure à au moins une biothérapie, un échec primaire antérieur aux anti-TNF, la sévérité clinique.

Résultats : A ce jour, 130 patients (1213 mois) ont été inclus avec un ratio de 4 pour 1 entre le bras combothérapie et monothérapie. La population des 2 bras était comparable (mono *vs* combothérapie) notamment en termes de sexe féminin (61,5 % *vs* 50,5 %), d'âge moyen (43,4 *vs* 37,0 ans), de tabagisme actif 28,0 % *vs* 31,6 %), d'IMC moyen (24,7 *vs* 23,5 kg/m²), de localisation iléale (32,0 % *vs* 34 %), de phénotype B2/B3 (40,0% *vs* 53,8 %), d'ATCD de LAP (12,5 % *vs* 12,6%), d'exposition antérieure aux thiopurines (44,0 % *vs* 39,4 %), de patients bio-naïfs (36,0 % *vs* 45,2 %), d'échec primaire à un anti-TNF (23,1% *vs* 17,7 %) de sévérité des symptômes ou de niveau médian de calprotectine (849 *vs* 807 µg/g). Le délai avant optimisation de l'infliximab SC était comparable entre les bras (HR = 1.49 [0.69-3,23]). Dans le bras combothérapie, le délai médian avant arrêt de l'immunosuppresseur était de 12,4 mois [6,6 – 21,3].
Après analyse basée sur score de propension incluant 1213 mois, les pourcentages de mois passés en rémission durant la première année étaient de 62,1 % et 59,5 % sous mono et combothérapie, respectivement, soit une différence absolue de 2,6 % [borne inférieure = - 3,1 % et borne supérieure = 8,3 %] confirmant la non-infériorité de la monothérapie.
Aucune différence significative n'était observée entre mono et combothérapie en termes de CFREM à S12 (52,2% *vs* 61,2% ; p = 0,31), S24 (54,6 % *vs* 65,0 % ; p = 0,37) et S48 (55,0 % *vs* 59,2 % ; p = 0,73). De la même façon, après un suivi médian de 19,4 mois, la monothérapie n'était pas associée à un risque plus important de progression de la destruction intestinale (HR = 0,34 [0,04-2,66]), de résection intestinale (HR = 0,46 [0,06-3,66]) ou d'hospitalisation (HR = 1,40 [0,51-3,86]).
Les données de sécurité ainsi que les analyses pour essayer d'identifier un sous-groupe dans lequel la combothérapie serait plus efficace sont en cours.
Les résultats sur toute la population de l'étude seront disponibles pour le congrès.

Conclusion : Dans cette étude multicentrique de vie réelle, l'infliximab SC en monothérapie semblait non inférieur à la combothérapie à court et à long terme.

C.070

Persistance du védolizumab après relais sous-cutané dans les MICI : résultats de la cohorte nationale DOPER

M. Hupé [1], N. Mathieu [2], A. Amiot [3], P. Seksik [4], M. Charkaoui [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], A. Bourreille [7], M. Serrero [8], Y. Bouhnik [9], M. Nachury [10], X. Roblin [11], S. Nancey [12], V. Abitbol [4], J.M. Gornet [4], C. Montuclard [13], X. Hébuterne [14], T. Paupard [15], C. Rouillon [16], M. Kaassis [17], P. Andrau [18], M. Amil [19], L. Peyrin-Biroulet [20], E. Vicaut [4], D. Laharie [21]

(1) Grenoble ; (2) Échirolles ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Paris ; (5) Dijon ; (6) Toulouse ; (7) Nantes ; (8) Marseille ; (9) Neuilly-sur-Seine ; (10) Lille ; (11) Saint-Étienne ; (12) Lyon ; (13) Valence ; (14) Nice ; (15) Dunkerque ; (16) Caen ; (17) Cholet ; (18) Tarbes ; (19) La-Roche ; (20) Nancy ; (21) Bordeaux.

Introduction : Le védolizumab (VDZ) est disponible par voie sous-cutané depuis 2021 pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de cette étude était d'évaluer la persistance, l'efficacité et la tolérance du VDZ sous-cutané (VDZ-SC) en relai du VDZ intra-veineux (VDZ-IV).

Patients et Méthodes : Tous les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) ou de maladie de Crohn (MC) en rémission clinique depuis au moins trois mois qui passaient du VDZ-IV au VDZ-SC, ont été inclus consécutivement dans cette cohorte prospective multicentrique nationale entre février 2022 et avril 2024. La date d'inclusion correspondait à la date de la première injection de VDZ-SC. La rémission clinique était définie par un score de Mayo partiel ≤2 dans la RCH et un Harvey Bradshaw index ≤4 dans la MC. Les traitements concomitants (5-aminosalycilés, immunosuppresseurs) étaient autorisés à posologie stable, alors que les autres thérapies avancées étaient prohibées pendant la durée de l'étude, qui était de 12 mois après le relai. Le VDZ-SC était débuté à 108 mg toutes les deux semaines. Le critère de jugement principal était la persistance du VDZ-SC à la semaine 54 (S54). La survenue d'une chirurgie, d'une corticothérapie prolongée (> 14 jours) ou répétée et, la perte de vue étaient considérés comme des échecs thérapeutiques.

Résultats : Au total, 337 patients ont été analysés sur les 348 inclus, après exclusion de 10 patients avec une maladie active et un avec une infection active au moment de l'inclusion : 246 patients (73%) avaient une RCH (durée médiane de la maladie : 7 ans [intervalle interquartile : 4-17]), 91 (27%) une MC (13 ans [8-19]). Les patients avec une RCH avaient reçu du VDZ-IV pendant une durée médiane de 1,4 ans [0,4-3,4], contre 3,1 [1,4-6,0] dans la MC. Dans la population totale, 205 patients (62%) recevaient le VDZ-IV à posologie standard (300 mg toutes les 8 semaines) avant le relai.
À S54, la persistance du VDZ-SC était de 84 % [intervalle de confiance à 95% : 80-88], sans différence significative entre RCH et MC (p = 0,36). Pendant la période d'étude, 32 patients (10%) ont eu une optimisation (majoritairement à 108 mg toutes les semaines) du VDZ-SC : 22 (9%) RCH et 10 (11%) MC. Parmi eux, 17 (53%) était sous VDZ-IV optimisé avant le relai. Six patients optimisés (19%) ont finalement stoppé le traitement en raison d'une perte de réponse malgré l'optimisation et deux (6%) ont repris du VDZ-IV.
En termes de tolérance, 183 patients (54%) ont rapporté au moins un évènement indésirable, les plus fréquents étaient les réactions au point d'injection (16%) et les infections (13%). Dix-neuf évènements indésirables graves ont été rapportés, dont un seul était potentiellement lié au traitement : il s'agissait d'une diarrhée aiguë ayant entrainé une hospitalisation, sans germe identifié et ne menant pas à un arrêt de traitement.
Au total, le retour au VDZ-IV (switch-back) a concerné 16 (5%) patients, (13 RCH, 3 MC). Quatre mois après le retour à l'IV, 12/16 (75%) étaient encore sous VDZ-IV. Le motif de retour à l'IV était une réaction à l'injection pour huit patients, des troubles digestifs chez quatre patients, d'autres effets indésirables chez trois patients et une perte de réponse pour un patient.

Conclusion : Dans cette cohorte multicentrique, la persistance du védolizumab SC à un an du relai chez les patients porteurs d'une MICI était de 84%, avec un profil de tolérance favorable. Le résultat des dosages pharmacocinétiques sera prochainement disponible.

Remerciements, financements, autres :
Support financier : Takeda

C.071

Fistules ano-périnéales complexes de la maladie de Crohn : IRM périnéale initiale. Facteurs prédictifs de rémission radiologique et impact sur le pronostic clinique

A. Ghamougui [1], S. Laabidi [1], D. Gouiaa [1], S. Chtioui [1], N. Ben Mustapha [1], M. Serghini [1], A. Laabidi [1], M. Fekih [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La rémission profonde dans la maladie de Crohn (MC) fistulisante périnéale complexe se définit par l'obtention simultanée d'une rémission clinique et radiologique. Considérée comme l'objectif thérapeutique ultime, elle nécessite une évaluation rigoureuse. L'IRM périnéale constitue la méthode de référence pour l'exploration des atteintes périnéales complexes.
L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs IRM initiaux prédictifs de rémission radiologique et d'en évaluer l'impact sur l'évolution clinique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients atteints de MC avec fistules ano-périnéales complexes, traités par anti-TNF-α avec obtention d'une rémission clinique. Tous ont bénéficié d'une IRM périnéale initiale avant traitement et d'une évaluation clinique standardisée. L'analyse radiologique comportait : le nombre et le type de trajets fistuleux (classification de Parks), la présence et la taille des collections pelviennes, les trajets en fer à cheval (encerclant plus de 75 % de la circonférence anale) et l'épaississement pariétal rectal. Le score IRM de Van Assche a été calculé. Une IRM périnéale de contrôle était réalisée uniquement après rémission clinique afin d'évaluer la rémission radiologique.

Résultats : Sur 105 patients, 80 ont été inclus (rapport H/F = 1,33 ; âge moyen : 32,4 ans). Le nombre moyen de trajets fistuleux était de 1,7 (1–6), les formes trans-sphinctériennes représentant 65 % des cas. Les sous-types spécifiques comprenaient 8 trajets ano-vulvaires (9,5 %), 5 fistules recto-vaginales (6 %) et 2 trajets ano-rectaux scrotaux (2,4 %). Des collections pelviennes ont été observées chez 14 patients (16,7 %), de taille moyenne 23,8 mm. Des trajets en fer à cheval étaient présents chez 19 patients (22,6 %) et un épaississement rectal > 3 mm chez 49 (58,3 %). Le score moyen de Van Assche était de 14,9. Tous ont bénéficié d'une mise en place de séton ; 88,1 % ont reçu de l'infliximab et 11,9 % de l'adalimumab.La rémission clinique a été obtenue après un délai moyen de 5,8 mois, tandis que la rémission radiologique n'a concerné que 24 patients (28,6 %). La présence de trajets en fer à cheval (p = 0,013) et un score de Van Assche > 14 (p = 0,027) étaient significativement associés à l'échec de la rémission radiologique. Ces deux facteurs sont restés indépendants à l'analyse multivariée. Parmi les patients ayant atteint une rémission radiologique, 13 ont présenté une rechute après un suivi moyen de 65,8 mois. Les taux de survie sans récidive étaient significativement meilleurs chez ces patients : 81,3 % à 1 an, 62,7 % à 3 ans et 50,1 % à 5 ans, contre respectivement 62,2 %, 35,8 % et 23,2 % chez ceux en rémission clinique seule.

Conclusion : Une rémission profonde a été obtenue chez environ un tiers des patients atteints d'une forme périnéale fistulisante complexe de la MC après rémission clinique. La présence de fistules en fer à cheval et un score de Van Assche > 14 prédisent l'échec de l'obtention de la rémission radiologique et sont associés à un pronostic défavorable à long terme. Ces résultats appuient la classification « Top-Class », qui considère ces formes comme non éligibles à une réparation curative, orientant plutôt la prise en charge vers le contrôle symptomatique.

C.072

Efficacité de l'upadacitinib au cours de la maladie de Crohn ano-périnéale : étude de cohorte multicentrique

N. Richard [1], P. Seksik [2], R. Altwegg [3], M. Nachury [4], D. Laharie [5], S. Nancey [6], B. Coffin [7], A.L. Pelletier [2], M. Uzzan [8], A. Amiot [9], M. Amil [10], L. Vuitton [11], M. Fumery [12], A. Bozon [3]
(1) Rouen ; (2) Paris ; (3) Montpellier ; (4) Lille ;
(5) Bordeaux ; (6) Lyon ; (7) Colombes ; (8) Créteil ;
(9) Le Kremlin-Bicêtre ; (10) La-Roche ; (11) Besançon ;
(12) Amiens.

Introduction : L'upadacitinib a démontré son efficacité en traitement d'induction et d'entretien de la maladie de Crohn (MC) luminale (1). Selon une analyse post-hoc des essais randomisés de phase 3, l'upadacitinib a également montré un bénéfice dans le traitement de la MC anopérinéale fistulisante (2). L'efficacité de cette molécule n'a jamais été évaluée en vie réelle.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs atteints d'une MC anopérinéale active (lésions primaires et/ou secondaires) traités par upadacitinib dans 13 centres français entre septembre 2022 et août 2025, étaient inclus dans une cohorte rétrospective. La rémission clinique (absence d'écoulement spontané ou provoqué en cas de fistules et cicatrisation des ulcérations et/ou fissures anales, sans ajout de nouveau traitement), la réponse clinique (diminution d'au moins 50 % des écoulements fistuleux ou de 50% des ulcères/fissures) et la réponse/rémission en IRM étaient évaluées. L'arrêt de l'upadacitinib, l'introduction d'une nouvelle thérapie avancée et la nécessité d'une nouvelle chirurgie anopérinéale était considérés comme un échec du traitement. De même, les patients perdus de vue étaient considérés comme en échec du traitement.

Résultats : Cinquante-neuf patients ont été inclus : 43/59 (73 %) avec une atteinte fistulisante et 16/59 (27 %) avec des lésions primaires isolées (ulcérations anales). L'âge médian était de 38 ans (écart inter-quartile [29-47]), 29 (49 %) étaient des hommes et 11 (19 %) des fumeurs actifs. Tous avaient déjà été exposés à au moins deux biothérapies (médiane : 4 [3-5]) et 40 (68 %) avaient un antécédent de chirurgie périnéale, dont 34/43 (79 %) dans le sous-groupe des patients avec une maladie fistulisante. Chez les patients atteints de MC anopérinéale fistulisante, la rémission clinique à 3, 6 et 12 mois était atteinte respectivement chez 5/43 (12 %), 11/43 (26%) et 11/43 (26%) patients tandis que la réponse clinique étaient obtenues chez 27/43 (63%), 21/43 (49%) et 13/43 (30%) (Figure 1). À 12 mois, la réponse en IRM était observée chez 9/14 (64 %) patients et la rémission chez 1/14 (7 %) patients atteints d'une forme fistulisante. Parmi les patients atteints d'ulcérations anales isolées, la rémission complète des ulcères a été notée chez les 4/16 (25%) à 12 mois (Figure 1). Aucun paramètre n'a été identifié en analyse univariée comme associé à la rémission clinique à 12 mois.

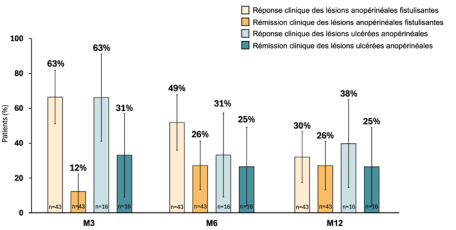


Figure 1: Réponse clinique au traitement par upadacitinib de la maladie de Crohn anopérinéale réfractaire dans une cohorte multicentrique à 3, 6 et 12 mois

Seize événements indésirables (EI) étaient rapportés chez 14 patients (27 %), dont 3 (5 %) EI graves, correspondant à trois exacerbations de la MC. À 12 mois, 10 patients (17%) ont été opérés d'un drainage périnéal et 16 (27 %) patients ont arrêté l'upadacitinib, tous pour manque d'efficacité.

Conclusion : Dans cette cohorte de vraie vie de patients atteints d'une maladie de Crohn anopérinéale réfractaire, un traitement par upadacitinib permettait d'obtenir une rémission clinique de la MC anopérinéale chez un quart des patients.

C.073

Suppurations périnéales chroniques après amputation abdomino-périnéale avec stomie définitive pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

N. Grellier [1], P. McLellan [1], A. Challine [1], Y. Spaes [1], L. Maggiori [1], J. Kirchgesner [1], C. Bresteau [2], M. Draullette [1], A. Amiot [3], M. Uzzan [4], A. Bourrier [1], C. Debove [1], T. Bazin [2], Y. Panis [5], A. Meyer [3], A. Nuzzo [2], N. Chafai [1], F. Carbonnel [3], I. Nion-Larmurier [1], H. Sokol [1], Y. Parc [1], J. Lefèvre [1], P. Seksik [1]

(1) Paris ; (2) Clichy ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Créteil ; (5) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : L'amputation abdomino-périnéale (AAP) avec stomie définitive est considérée comme un traitement de dernier recours dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Malgré le retrait de tout tissus digestif périnéal, certains patients présenteront des suppurations périnéales pouvant devenir chronique. L'objectif de notre étude était de décrire et caractériser les patients atteints de MICI présentant des suppurations périnéales chroniques après une AAP avec stomie définitive.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique a été menée dans 4 centres tertiaires en France. Les patients ayant eu une AAP entre 2014 et 2024 pour MICI active ou MICI associée à un cancer colorectal ou anal ont été inclus. Les patients sans suivi post-opératoire à au moins 1 mois (M1), 6 mois (M6) et 12 mois (M12) ont été exclus. Le critère de jugement principal était la proportion de patients présentant des suppurations périnéales chroniques 12 mois après la chirurgie. Les critères de jugement secondaires étaient les taux de cicatrisation à M1, M6 et M12; le recours à une thérapie avancée pour la MICI après l'AAP et le délai médian de cicatrisation. Un modèle de régression logistique multiple a été utilisé pour déterminer les facteurs associés à la survenue de suppurations périnéales chroniques 12 mois après la chirurgie.

Résultats : Dans nos 4 centres tertiaires, 115 patients atteints de MICI ont eu une AAP avec iléostomie définitive entre 2014 et 2024. Au total, 103 patients ont été inclus et 12 exclus par manque de suivi dans l'année suivant la chirurgie. La médiane d'âge au moment de la chirurgie était de 47 ans (IQR 37-58), 58,3% étaient des femmes et 15,5% avaient un tabagisme actif. Quatre-vingt-un patients (78,6%) avaient une maladie de Crohn (MC) et 22 (21,4%) une rectocolite hémorragique (RCH). Les indications de l'AAP étaient une maladie périnéale active pour 31,1% des patients, 20,4% pour dysfonction de réservoir iléal, 18,4% pour une maladie luminale active, 17,5% pour une maladie luminale associée à une périnéale active et 11,7% pour un cancer colorectal ou anal. La durée médiane d'évolution de la maladie au moment de la chirurgie était de 20 ans (IQR 13-30). 61,2% des patients étaient en échec d'au moins 2 thérapies avancées. La durée médiane de suivi après la chirurgie était de 3,8 ans (2,2-6,5). Le taux de cicatrisation à M1 était de 55,3%, à M6 72,8% et à M12 79,6%. Le délai médian de cicatrisation était de 3 mois (1-7). Au total, 19 patients (18,4%) ont présenté des suppurations périnéales chroniques 12 mois après la chirurgie. Trente-huit patients (36,9%) ont eu recours à une thérapie avancée après l'AAP, 17 patients (16,5%) de façon préventive le mois suivant la chirurgie, 16 patients (15,5%) de façon réactive du fait d'une récidive luminale ou périnéale et 5 patients (4,9%) pour une maladie extra-digestive. Sept patients (6,8%) ont nécessité une thérapie avancée pour suppuration périnéale chronique, parmi eux, seul 2 patients (28,6%) ont cicatrisé leur périnée à 1 an de la thérapie avancée. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de suppurations périnéales chroniques 12 mois après la chirurgie étaient le sexe féminin (OR=5,7 IC95% 1,8-25,7; p=0,003) et une maladie de Verneuil au moment de la chirurgie (OR=13,5 IC95% 1,63-282 ; (p=0,02). En analyse multivariée seul le sexe féminin était statistiquement significatif (aOR=4,88 IC95% 1,47-22,2 ; p=0,008).

Conclusion : La majorité des patients atteints de MICI opérés par AAP avec stomie définitive présentent une cicatrisation périnéale complète dans l'année suivant la chirurgie. Cependant, près de 20 % développent des suppurations périnéales chroniques persistantes. Le sexe féminin et la maladie de Verneuil semblent associés à ce risque. Ces suppurations, complexes et multifactorielles, nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire entre chirurgiens, gastroentérologues et dermatologues.

C.074

Efficacité clinique, biologique et transmurale du risankizumab chez les patients atteints de maladie de Crohn : résultats de l'étude multicentrique prospective SKYNETICS

Q. Domas [(1)], M. Serrero [(2)], K. Mathieu [(1)], T. Ferrari [(3)], D. M'Baye [(1)], J. Huet [(1)], M. Hupé [(3)], C. Yzet [(4)], M. Fumery [(4)], B. Pereira [(1)], A. Buisson [(1)]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Marseille ; (3) Grenoble ; (4) Amiens.

Introduction : Le risankizumab a récemment démontré son efficacité clinique et endoscopique dans des populations restreintes des essais contrôlées randomisées.
L'objectif de l'étude SKYNETICS était d'évaluer, en vie réelle, la cinétique d'efficacité clinique, biologique et transmurale du risankizumab chez les patients atteints de maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Dans cette étude académique multicentrique prospective, étaient inclus des patients atteints de maladie de Crohn adulte (≥ 18 ans), et ayant démarré du risankizumab dans la pratique quotidienne pour une maladie symptomatique selon les PRO-2 avec une preuve objective d'inflammation en échographie.
Les patients démarraient le risankizumab à la dose de 600 mg en IV aux semaines 0, 4 et 8 puis 360 mg toutes les 8 semaines (à partir de S12) via un injecteur corporel. Une évaluation clinique et biologique étaient prévues à chacune de ces visites. Une échographie était réalisée à S0, S4 et S12 pour évaluer la cinétique de réponse transmurale. Les patients étaient ensuite suivis au long cours.
Le critère de jugement principal était la réponse transmurale définie comme une baisse IBUS-SAS de 25 % à S4 et S12. Des définitions alternatives de rémission transmurales avec le score BUSS ou l'us-C-score ont également été évaluées à S4 et S12. Les critères de jugement secondaires étaient la réponse clinique et la rémission clinique selon les PRO-2 (S4, S8, S12), la réponse biochimique (variation de calprotectine fécale), la rémission transmurale (normalisation de l'échographie) (S4 et S12).
Les critères de jugement secondaire concernant le suivi à long terme étaient la survie sans arrêt de traitement, hospitalisation, progression de la destruction intestinale et la chirurgie.

Résultats : Au total, 94 patients ont été inclus avec un âge moyen de 42,9 ± 15,0 ans, 57,7 % de femmes, 45,9 % de fumeurs actifs, un IMC médian de 21,8 [19,1-25,8]. La classification de Montréal était la suivante pour la localisation (L1 = 40,5 %/ L2 = 11,4 %/ L3 = 48,1 %), le phénotype (B1 = 28,9 %/ B2 = 42,1 %/ B3 = 28,9 %), et l'ATCD de LAP (36,7 %). Parmi eux, 44,9 % des patients avaient déjà nécessité une résection intestinale.
Au total, 72,4 % des patients avaient déjà reçu de l'infliximab, 80,3 % de l'adalimumab, 39,7 % du vedolizumab, 75,9 % de l'ustekinumab, 22,8 % de l'upadacitinib. Le nombre de classe de thérapies avancées antérieures étaient de 1 chez 27,8 %, 2 chez 31,6 %, 3 chez 16,4 %, et 4 chez 19,0 % des patients inclus.
A l'inclusion, seuls 3,9 % recevaient des corticoïdes et aucun un immunosuppresseur associé.
La médiane du nombre de selles à l'inclusion était de 4 [2,5-5] et 46,0 % des patients avaient des douleurs modérées ou sévères (PRO-2). Le niveau médian de CRP était de 2,9 [1,0-6,4] et celui de calprotectine fécale de 269 [91-679] µg/g.
Une réponse clinique et une rémission clinique était observée respectivement chez 57,7 % et 33,9 % à S4, chez 70,1 % et 33,3 % à S8, et chez 79,2 % et 38,0 % des patients à S12.
Le taux médian de calprotectine était de 269, 192, 200 et 135 µg/g, respectivement, à S0, S4, S8 et S12.
Le taux de réponse transmurale était de 27,3 % à S4 et 28,5 % à S12 selon le score IBUS-SAS, de 9,1 % à S4 et 14,3 % à S12 selon le score BUSS, et de de 52,3 % à S4 et 54,3 % à S12 selon l'us-C-score.
Le taux de cicatrisation transmurale était de 8,5 % à S12.
La réponse transmurale segmentaire n'était pas différente entre les segments iléaux et les segments recto-coliques quel que soit le score utilisé.
Les facteurs prédictifs de réponse et les données à long terme seront disponibles pour le congrès.

Conclusion : Dans cette étude prospective multicentrique incluant des patients atteints de maladie de Crohn non sélectionnés et préalablement exposés à au moins un anti-TNF, le risankizumab permettait d'atteindre une efficacité clinique, biologique et transmurale dès les premières semaines, confirmant l'intérêt d'un tel traitement dans cette situation.

C.075

De l'incertitude au consensus : le NGS peut-il homogénéiser la prise en charge des TIPMP des canaux secondaires ?

M. Remy [1], J. Albouys [2], D. Birnbaum [1], S. Gaujoux [3], A.L. Védie [4], J.M. Gonzalez [1], D. Lorenzo [1]
(1) Marseille ; (2) Limoges ; (3) Paris ; (4) Clichy.

Introduction : La prise en charge des TIPMP des canaux secondaires (TIPMP-CS) reste complexe. Les recommandations internationales s'appuient sur des critères cliniques/biologiques/radiologiques indirects de dysplasie de haut grade (DHG) ou cancer sur pièce, classés en signes à haut risque (HRS) et signes d'inquiétude (WF). Un HRS impose généralement une chirurgie, tandis que, pour les WF, la décision est moins tranchée. Les nomogrammes disponibles n'intègrent pas tous les paramètres et laissent persister une incertitude. Le NGS (séquençage à haut débit) détectant des mutations à haut risque (TP53, SMAD4, etc.) a émergé récemment (Nikiforova 2023 ; Paniccia 2023) et pourrait fournir un signal moléculaire binaire utile à la décision chirurgicale.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude nationale sur vignettes cliniques, auprès de gastroentérologues et chirurgiens pancréatiques. Deux vignettes simples servaient de filtre de familiarité avec les recommandations sur les TIPMP-CS. Quatre vignettes de TIPMP-CS avec décision thérapeutique complexe (2 à 4 WF; localisations tête/queue) ont été évaluées avant NGS puis après NGS (mutation à haut risque présente/absente). Le critère principal de jugement était le changement de prise en charge dans le sens concordant au NGS (NGS+ : surveillance→chirurgie / NGS− : chirurgie→surveillance). Les critères secondaires étaient la variation de la confiance décisionnelle (échelle de Likert), l'accord inter-praticiens (Kappa), et l'évaluation des facteurs décisionnels liés au praticien.

Résultats : Parmi 130 praticiens ayant complété les 4 vignettes complexes, la divulgation du NGS modifiait significativement la stratégie dans toutes les vignettes (McNemar, p<0,001). Dans le modèle mixte, les indications opératoires post-NGS diminuaient en cas de NGS− (OR 0,30 ;IC95 [0,16–0,57]) et augmentaient fortement en cas de NGS+ (OR 76,51 ;IC95 [26,47–221,13]). Ainsi, la probabilité d'indiquer une chirurgie passait de 20 % à 7 % après un NGS négatif, et de 42 % à 94 % après un NGS positif.
La confiance du praticien dans sa décision augmentait significativement après résultat du NGS (NGS- et NGS+) (OR des cotes proportionnelles : 4,66, IC95 [3,62–6,02], p<0,0001). L'accord inter-praticiens bondissait de κ=0,044 (IC95 [0,033–0,055]) pré-NGS—autrement dit, quasiment le niveau du hasard—à κ=0,590 (IC95 [0,580–0,601]) post-NGS. Avant NGS, les praticiens plus âgés tendaient davantage à surveiller ; après NGS, les caractéristiques des praticiens n'expliquaient plus les choix finaux.

Conclusion : Dans des scénarios TIPMP-CS avec décision thérapeutique complexe, le NGS réoriente la prise en charge dans le sens attendu (NGS+ → chirurgie ; NGS− → surveillance). Le NGS renforce la confiance des praticiens dans leur décision et réduit l'hétérogénéité de décision entre praticiens. Ces résultats indiquent que les cliniciens sont prêts à intégrer le NGS comme outil clair d'aide à la décision chirurgicale des TIPMP-CS. Décider avec le NGS est acceptable pour les cliniciens ; validons-le maintenant en vraie vie.

C.076

Radiofréquence guidée sous échoendoscopie pour le traitement des TIPMP avec worrisome features : résultats d'une étude avec suivi de plus de 4 ans

M. Barthet [1], D. Lorenzo [1], J. Barras [1], M. Gasmi [1], J.M. Gonzalez [1]
(1) Marseille.

Introduction : Les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses pancréatiques du canal secondaire (BD-IPMN) présentent un potentiel de transformation maligne. La chirurgie est recommandée en présence de stigmates de haut risque (HRS) ou de plusieurs critères de gravité (WF), mais elle expose à une morbidité et une mortalité significative, alors que plus de la moitié des pièces opératoires ne montrent qu'une dysplasie de bas grade. L'ablation par radiofréquence sous échoendoscopie (EUS-RFA) a récemment émergé comme alternative mini-invasive, mais les données de suivi prolongé demeurent très limitées.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective d'une base de données prospective incluant tous les patients traités par EUS-RFA pour BD-IPMN porteurs de WF et/ou HRS entre 2015 et 2024. N'étaient inclus que les patients jugés inopérables ou refusant la chirurgie. Les critères d'évaluation étaient : succès technique, sécurité, contrôle local (disparition des WF/HRS et absence de cancer sur la lésion traitée), réponse radiologique et évolution pancréatique globale.

Résultats : Cinquante patients (62 procédures, 58 lésions) ont été traités. Le suivi moyen était de 4,1 ± 2,8 ans après RFA et de 9 ans depuis le diagnostic de la lésion concernée. Le succès technique a été obtenu dans 100 % des cas. Les événements indésirables concernaient 27 % des procédures, principalement des douleurs abdominales mineures ; 8 % correspondaient à une pancréatite aiguë, sans mortalité liée au geste. Le contrôle local a été atteint dans 98 % des lésions : 17 % ont disparu radiologiquement et 86 % ont diminué de taille. Aucune progression vers un adénocarcinome n'a été observée sur les lésions traitées. Le contrôle global de la maladie pancréatique était maintenu chez 80 % des patients ; 4 (8 %) ont développé un cancer pancréatique à distance de la lésion ablatée. Les lésions de petite taille et avec moins de WF étaient associées à un meilleur pronostic.

Conclusion : L'EUS-RFA des BD-IPMN porteurs de WF/HRS est faisable, sûre et procure un contrôle local durable, sans progression cancéreuse sur les lésions traitées. Cette technique mini-invasive constitue une option thérapeutique prometteuse pour les patients fragiles non candidats à la chirurgie. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour confirmer son efficacité oncologique à long terme et préciser les critères de sélection optimaux.

C.077

De l'imagerie à la prévention : l'apport de l'IRM dans la prédiction des complications de CPRE

A. Kahwagi [(1)], P. Wehbe [(1)], H. Mohamed Ali [(1)], M. Njeim [(1)], A. Bechara [(1)], C. Doueihy [(1)], B. Younes [(1)], E. Mahfouz [(1)], J. Amara [(1)], K. Honein [(1)], R. Slim [(1)], C. Yaghi [(1)]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : La canulation difficile lors d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) constitue un facteur majeur de morbidité, notamment par la survenue de pancréatite post-CPRE. Une évaluation pré-procédurale précise du risque est donc cruciale pour adapter la stratégie d'accès biliaire et la prophylaxie. En pratique, la cholangio-IRM est fréquemment réalisée avant la CPRE, notamment en cas de doute diagnostique. Au-delà de son intérêt diagnostic, elle pourrait fournir des marqueurs anatomiques prédictifs de difficulté technique, encore peu étudiés.

Patients et Méthodes : L'objectif principal était d'identifier, à partir de l'IRM, des facteurs anatomiques prédictifs de canulation difficile et d'élaborer un modèle prédictif non invasif. Ont été inclus 121 patients ayant bénéficié d'une IRM hépatobiliaire injectée suivie d'une CPRE. Selon les dernières recommendations, une canulation était définie comme difficile en présence d'un des critères suivants : >5 contacts papillaire, durée >5 min ou ≥1 canulation/opacification pancréatique non intentionnelle. Les variables IRM analysées compreanient le diamètre du cholédoque distal, l'angle cholédocho-duodénal (CD) et la présence/taille d'un diverticule périampullaire (PAD). Une régression logistique multivariée avec régularisation LASSO a été réalisée. Les seuils discriminants ont été déterminés par analyse ROC.

Résultats : Un diamètre distal réduit du cholédoque était un facteur indépendant de canulation difficile (OR = 0,87 ; IC95% : 0,80–0,95 ; p = 0,001). Un angle CD étroit augmentait significativement le risque de canulation pancréatique non intentionnelle (OR = 0,97 ; IC95% : 0,95–0,99 ; p = 0,0003), tandis que la présence/taille du PAD n'était pas associée à la difficulté (p > 0,4). L'analyse ROC identifiait un diamètre cholédochien <5,5 mm comme seuil optimal pour la difficulté globale (AUC = 0,61 ; sensibilité 66,7 % ; spécificité 52,2 %) et un angle CD <32,5° pour prédire les canulations pancréatiques non intentionnelles (AUC = 0,65 ; spécificité 89,9 %).

Conclusion : La morphologie bilio-duodénale évaluée par IRM influence directement la difficulté de canulation, en particulier le diamètre cholédochien distal et l'angle CD, confirmant les observations de Lee et al. Grâce à sa résolution supérieure pour l'étude des voies biliaires, l'IRM est considérée comme plus fiable que le scanner dans l'évaluation pré-procédurale. L'IRM pourrait ainsi devenir un outil de stratification pré-procédurale fiable, permettant d'anticiper la complexité de la CPRE, d'ajuster la stratégie d'accès (guide précoce, sphinctérotomie anticipée...) et d'optimiser la prévention de la pancréatite post-CPRE.

C.078

Évaluation du risque hémorragique après CPRE chez les patients cirrhotiques : analyse rétrospective sur cinq ans

N. Goujdami [(1)], O. Nacir [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) constitue une procédure essentielle dans la prise en charge des affections pancréatobiliaires. Cependant, la sécurité de la CPRE chez les patients atteints de cirrhose hépatique (CH) reste sujette à débat, notamment en ce qui concerne le risque hémorragique et les autres événements indésirables.
L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux de complications de la CPRE chez les patients cirrhotiques comparativement aux patients non cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique étendue sur 5 ans entre Janvier 2019 et Décembre 2024, colligeant 64 patients cirrhotiques présentant des calculs de la voie biliaire principale ayant bénéficié d'une CPRE. Ils ont été comparés à 128 témoins non cirrhotiques appariés selon l'âge et le sexe. Les paramètres cliniques, les interventions endoscopiques et les profils de complications ont été examinés. La sévérité de la maladie hépatique a été classée selon le score de Child-Pugh. Toutes les procédures ont été réalisées au centre hospitalier universitaire de Marrakech, un département des soins de 3ème ligne faisant référence pour l'ensemble des hôpitaux régionaux et provinciaux par des endoscopistes expérimentés.
La collecte des données a été faite à partir les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux des patients, le système informatisé «Hosix» pour les données morphologiques et anatomopathiologiques, et la collaboration du personnel médical et paramédical du service de gastroentérologie. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.
Le recueil des données sociodémographiques, cliniques et paracliniques a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.

Résultats : Parmi les 64 patients cirrhotiques inclus dans l'étude, 30 (46,9 %) étaient classés Child-Pugh A, 20 (31,3 %) Child-Pugh B et 14 (21,8 %) Child-Pugh C. Une cirrhose décompensée était observée chez 38 patients (59,4 %). La sphinctérotomie endoscopique a été réalisée plus fréquemment chez les patients non cirrhotiques (76,6 % contre 56,3 %, p = 0,025), tandis que la dilatation au ballonet était plus souvent effectuée chez les cirrhotiques (43,8 % contre 25,0 %, p = 0,017). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant l'incidence de la pancréatite post-CPRE, de la cholangite ou de la perforation. En revanche, le taux global d'hémorragie post-procédure était significativement plus élevé chez les cirrhotiques comparativement aux témoins (17,2 % contre 5,5 %, p = 0,014), avec une prédominance des saignements immédiats (12,5 % contre 3,9 %, p = 0,022). Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre le risque de saignement et la classification de Child-Pugh ou le statut de décompensation hépatique.

Conclusion : Les patients cirrhotiques subissant une CPRE présentent un risque significativement accru d'hémorragie, en particulier de saignement immédiat, comparativement aux patients non cirrhotiques.Ces résultats soulignent la nécessité d'une évaluation individualisée du risque et de stratégies préventives adaptées chez les patients cirrhotiques candidats à une CPRE.

C.079

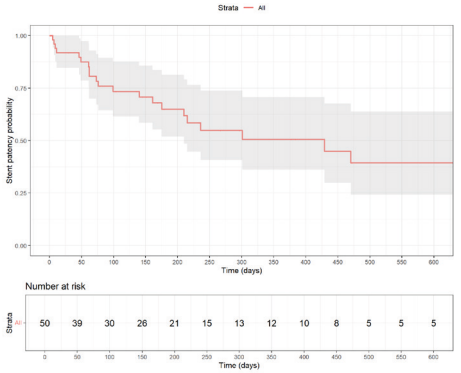
EUS-HGS après échec de l'ERCP dans l'obstruction biliaire distale maligne sans sténose duodénale : efficacité, sécurité, impact oncologique et perméabilité biliaire

F. Martini [(1)], J.P. Ratone [(1)], S. Hoibian [(1)], V. Garbay [(1)], A. Assaf [(1)], M. Beaussac [(1)], M. Poiraud [(1)], Y. Dahel [(1)], F. Caillol [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : Après échec de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (ERCP), le drainage biliaire sous échoendoscopie (EUS-BD) est recommandé lorsqu'une expertise locale est disponible [1]. La littérature disponible est encore limitée à des séries hétérogènes, où les étiologies et niveaux d'obstruction sont agrégés [2,3]; aucune étude ne se concentre spécifiquement sur l'EUS-hépaticogastrostomie (HGS) pour les obstructions biliaires malignes distales (dMBO) après échec d'ERCP, en l'absence de sténose duodénale et avec papille en place.

Patients et Méthodes : Cohorte rétrospective monocentrique, consécutive (2011–2024). Les critères d'inclusion étaient une dMBO après échec d'ERCP, en l'absence de sténose duodénale connue. Les critères d'exclusion comprenaient tout envahissement duodénal avec ou sans sténose, une anatomie chirurgicalement altérée, ou un envahissement papillaire. Les données recueillies étaient : le succès technique et clinique (J14) ; la morbidité (≤30 j, AGREE) et mortalité ; la perméabilité biliaire utilisant un modèle de Kaplan–Meier (KM) et un modèle à risques concurrents de Fine–Gray (décès concurrent) ; la reprise d'un traitement systémique a été évaluée à un jalon pré-spécifié de 61 jours, restreinte aux survivants, ; la survie globale estimée selon KM ; des modèles uni- et multivariés (logistique, Cox, Fine–Gray, Firth) ont été appliqués. Analyse sans imputation (R 4.3.2).



Résultats : Pendant la période d'étude, 769 EUS-HGS ont été réalisées dans le centre ; 51 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge médian était de 78 ans (IQR 68–85) et 58 % étaient des femmes. L'étiologie sous-jacente était un adénocarcinome pancréatique (86 %), une tumeur ampullaire (6 %) et un cholangiocarcinome (6 %). La maladie était métastatique chez 48 % des patients au moment de la procédure. EUS-HGS a privilégié la mise en place transhépatogastrique d'un SEMS partiellement couvert (PC) Niti-S GIOBOR (34/50, 68 %). Des montages combinés ont été utilisés selon la situation anatomique : PC-SEMS + SEMS totalement couvert (FC) interne (7/50, 14 %), PC-SEMS + stent plastique coaxial (5/50, 10 %), tandis que les FC-SEMS seuls (2/50, 4 %) ou FC-SEMS + plastique coaxial (2/50, 4 %) étaient plus rares. Le succès technique a été obtenu chez 50/51 patients (98 %) et le succès clinique à J14 chez 46/50 (92 %) %). La bilirubine totale médiane diminuait de 15,4 à 2,3 mg/dL (-81 %). La durée médiane d'hospitalisation était de 3 jours.
La morbidité liée à la procédure (≤30 j) était de 8 % (4/50) : une cholangite traitée médicalement, une hémobilie légère, et deux dysfonctions de stent traitées endoscopiquement. La mortalité à 30 jours était de 10 % (5/50), dont 4 % (2/50) liée à la procédure (dysfonctions de stent compliquées de cholangite) et 6 % (3/50) non liée. Les décès non liés étaient dus à une hémorragie digestive par érosion tumorale de l'artère gastroduodénale, une pancréatite aiguë sévère après échec d'ERCP, et un choc septique d'origine rénale sur envahissement tumoral de l'uretère. Les événements précoces globaux (morbidité + toutes mortalités ≤30 jours) atteignaient ainsi 18 % (9/50).
À 61 jours, 40/42 survivants avaient repris un traitement systémique (91 %), sans différence significative entre les sous-groupes (succès clinique, maladie métastatique au moment de la procédure, bilirubine initiale, classe de stent). La perméabilité biliaire selon KM était de 92 %, 76 % et 65 % à 30, 90 et 180 jours, respectivement, avec une médiane de 429 jours. En analyse de risques concurrents, l'incidence cumulée de dysfonction atteignait 8 %, 23 % et 35 % à 30, 90 et 180 jours, la majorité des patients étant décédés avant toute dysfonction (≈45 % à 180 jours). Quatre dysfonctions précoces (≤30 j : deux migrations, deux obstructions) ont été observées. Au total, 21/50 patients ont présenté une dysfonction, dont 17 tardives (>30 j), principalement par obstruction. Les modèles multivariés n'identifiaient pas de facteurs prédictifs indépendants du succès clinique, des événements précoces liés à l'EUS-HGS ni de la dysfonction, y compris après ajustement pour la classe de stent et la période de réalisation.
La survie médiane globale était de 283 jours, avec des probabilités de survie de 76 %, 60 % et 39 % à 90, 180 et 365 jours, respectivement, sans différence significative selon le statut métastatique.

Critère	Résultat
Efficacité	Succès technique 50/51 (=98 %) Succès clinique à J14 46/50 (=92 %)
Sécurité	Événements liés à l'HGS ≤30 j : 6/50 (12 %), dont 2 décès - Morbidité : 4/50 (8%) - Mortalité : 2/50 (4%) Événements précoces globaux (incl. non liés) : 9/50 (18 %) - Mortalité : 3/50 (6%)
Patence (KM)	30/90/180 j: 92 % / 76 % / 65 % - Médiane 429 j
Risques concurrents (CIF)	Dysfonction cumulée 30/90/180 j : ~8 % / ~23 % / ~35 % Décès sans dysfonction à 180 j : ~45 %
Reprise à J61 (landmark, survivants)	40/42 (91 %)
Survie globale (KM)	90/180/365 j: 76 % / 60 % / 39 % - Médiane 283 j

Conclusion : Dans une cohorte homogène de patients en échec d'ERCP, sans envhaissement duodénale ni anatomie altérée, l'EUS-HGS a démontré une efficacité élevée (98 % de succès technique, 92 % de succès clinique), une sécurité acceptable (12 % d'événements liés à la procédure ≤30 jours) et une perméabilité biliaire durable (médiane de 429 jours). La reprise majoritaire d'un traitement systémique au jalon de 61 jours souligne la préservation du parcours oncologique. Ces résultats soutiennent, dans un centre expérimenté, une stratégie de sauvetage EUS-first après échec d'ERCP et justifient une validation prospective.

C.080

Résultats et facteurs pronostics du drainage biliaire par anastomose cholécysto-digestive guidée par échoendoscopie en cas de sténose duodénale. Une étude rétrospective multicentrique : GALLBLADEUS 3

I. Dalmon [1], J.F. Bourgaux [2], J. Privat [3], M. Schaefer [4], R. Gérard [5], P. Mayer [6], M. Camus-Duboc [7], A. Benezech [8], F. Moryoussef [9], B. Napoléon [10], S. Leblanc [10], C. Loras Alastruey [11], S. Bazaga [12], J. Gornals [13], L. Caillo [2], A. Debourdeau [2]

(1) Montpellier ; (2) Nîmes ; (3) Vichy ; (4) Nancy ; (5) Lille ; (6) Strasbourg ; (7) Paris ; (8) Avignon ; (9) Poissy ; (10) Lyon ; (11) Terrassa, ESPAGNE ; (12) Granollers, ESPAGNE ; (13) Barcelone, ESPAGNE.

Introduction : Le drainage biliaire par voie vésiculaire guidé par écho-endoscopie (EUS-GBD) s'est imposé comme une alternative au drainage biliaire conventionnel dans les obstructions malignes distales, en particulier lorsque l'accès par CPRE ou trans-duodénal n'est pas réalisable.Cependant, les données restent limitées chez les patients présentant une sténose duodénale associée.L'objectif de cette étude était d'évaluer la perméabilité biliaire et les facteurs pronostiques du drainage EUS-GBD dans ce contexte spécifique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique dans 13 centres tertiaires en France et en Espagne, incluant les patients présentant une obstruction biliaire distale maligne associée à une sténose duodénale et traités par EUS-GBD entre 2018 et 2024.Le critère de jugement principal était la perméabilité biliaire sans réintervention.Les critères secondaires incluaient le succès technique et clinique, les événements indésirables, la survie globale et l'impact de la modalité de traitement de la sténose duodénale sur la perméabilité biliaire.Les événements indésirables ont été classés selon les critères AGREE.

Résultats : 76 patients ont été inclus (52,3 % d'hommes ; âge médian 70,8 ans).La majorité présentait un adénocarcinome pancréatique (73,7 %) et une maladie avancée (92,1 %).Les taux de succès technique et clinique du drainage EUS-GBD étaient respectivement de 100 % et 84,6 %.Les taux de perméabilité biliaire à 3, 6 et 12 mois étaient de 89,7 %, 82,2 % et 71,9 %, sans différence significative selon la modalité de traitement de la sténose duodénale (p = 0,08).Des événements indésirables précoces et retardés sont survenus respectivement chez 6,5 % et 15,8 % des patients.La survie globale médiane était de 5 mois, et 55 % des patients ont pu reprendre une chimiothérapie après le drainage.

Conclusion : Le drainage biliaire par voie vésiculaire guidé par écho-endoscopie (EUS-GBD) est une option sûre et efficace pour traiter les obstructions biliaires distales malignes chez les patients présentant une sténose duodénale.La perméabilité biliaire et le succès clinique sont maintenus quelle que soit la stratégie de traitement de la sténose duodénal, soutenant l'EUS-GBD comme une alternative précieuse dans les centres experts pour la prise en charge des obstructions bilio-duodénales complexes.

C.081

Traitement endoscopique de la sténose biliaire anastomotique après transplantation hépatique : comparaison rétrospective multicentrique des prothèses métalliques couvertes transpapillaires et intraductales

T. Gerster [1], V. Daire [1], P.J. Silete [1], C. Bazin [1], M. Latournerie [1], C. Vanlemmens [2], A. Doussot [2], B. Heyd [2], C. Binquet [1], A. Minello-Franza [1], L. Vuitton [2], A. Boinette [2], S. Koch [2], T. Degand [1]

(1) Dijon ; (2) Besançon.

Introduction : La transplantation hépatique est le traitement de référence de l'insuffisance hépatique irréversible, mais les complications biliaires persistent, avec une prévalence estimée entre 10 et 20%. Les sténoses anastomotiques cholédoco-cholédociennes, constituent la complication la plus fréquente et impactent fortement la survie des patients. Le traitement endoscopique par prothèses plastiques multiples est efficace mais contraignant par la répétition des interventions. Les prothèses métalliques couvertes en particulier, transpapillaires (FCSEMS), réduisent le nombre d'intervention mais présentent des limites, notamment un risque de migration et de pancréatite aiguë. Un nouveau modèle de prothèse, intraductale (IDSEMS), a été conçu pour améliorer la sécurité et l'efficacité du traitement. L'objectif de ce travail est de comparer directement les prothèses transpapillaires et intraductales dans la prise en charge des sténoses biliaires anastomotiques post-transplantation hépatique.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective bicentrique menée dans deux centres Hospitalo-Universitaire, entre 2010 et 2024, incluant des patients greffés hépatique compliqués d'une sténose anastomotique traitée par pose d'une prothèse métallique couverte soit transpapillaire soit intraductale. Le critère principal était la résolution globale de sténose. Les critères secondaires portaient sur le succès à 1 an, la résolution immédiate, la récidive, le nombre de procédure, la durée d'hospitalisation et les complications. L'analyse statistique reposait sur des tests comparatifs et des courbes de Kaplan-Meir, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Au total, 61 patients ont été inclus, dont 30 traités par FCSEMS et 31 par IDSEMS. Le taux de résolution de sténose était élevé dans les deux groupes, respectivement de 76,7% et 89,7% sans différence significative (p = 0,299). Pour les critères de jugements secondaires, le succès à un an atteignait 86,2% avec les IDSEMS contre 70,0% avec les FCSEMS (p = 0,209). La résolution immédiate était plus importante avec les IDSEMS (48,3% *vs* 36,7%) sans différence (p = 0,435). Le délai de calibrage était similaire entre les deux groupes (médiane de 232,5 jours IDSEMS *vs* 203,0 jours FCSEMS, p = 0,992). Le nombre médian de procédures (2 IDSEMS et 3 FCSEMS, p = 0,817) et la durée totale d'hospitalisation (11 *vs* 12 jours, p = 0,567) étaient similaires La récidive survenait moins souvent et plus tardivement avec les IDESMS en comparaison aux FCSEMS (respectivement 19,2% avec un délai médian de 301 jours *vs* 27,3% avec délai de 164 jours) sans atteinte la significativité. En termes de complications, les IDSEMS présentaient beaucoup moins de migrations (6,5% *vs* 26,7%, p = 0,041) et de pancréatites aigues post-CPRE (6,5% *vs* 33,3%, p = 0,011).

Discussion : Notre étude montre un taux de succès de calibrage élevé dans les deux groupes, sans différence significative. Le taux de pancréatite aiguë et de migration étaient significativement plus faibles avec les prothèses IDSEMS. Les limites résident dans le caractère rétrospectif et la taille réduite de l'échantillon, limitant la puissance statistique.

Conclusion : Il s'agit de la première étude rétrospective comparant les deux modèles de prothèses métalliques couvertes. Elle montre une efficacité similaire entre les prothèses intraductales et transpapillaires dans le traitement des sténoses biliaires anastomotiques. Néanmoins, il existe une nette tendance favorable des prothèses IDSEMS dans la résolution globale de sténose mais également en termes de récidive. Elles semblent également mieux tolérées, avec moins de migrations et de pancréatites, et constituent une

alternative prometteuse. La réalisation d'études prospectives et multicentriques apparaît indispensable pour confirmer ces observations.

C.082

Cholécysto-entérostomie : la révolution dans le traitement de la pathologie biliaire chez les seniors non opérables

F. Ben Farhat [(1)], M. Clément [(1)], A. Le Goffic [(1)], A. Irigoyen [(1)], Y. Bensalah [(1)], F. Chinoune [(1)], P. Mercky [(1)], C. Sibertin-Blanc [(1)], P. Ah-Soune [(1)]

(1) Toulon.

Introduction : Le drainage de la vésicule biliaire sous echoendoscopie par les prothèses d'apposition luminale fait partie de l'arsenal thérapeutique des cholécystites aigues chez les patients non opérables. Cette technique présente des taux de succès technique et clinique très élevés. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'anastomose cholecystoentérale dans un premier temps puis de retirer la prothèse dans un second temps afin de prévenir les complications type migration ou obstruction de stent chez les patients contre-indiqués à la chirurgie vésiculaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique ayant inclus tous les patients avec pathologie biliaire et une contre-indication opératoire, traités par drainage sous échoendoscopie de la vésicule biliaire. L'étude a commencé en septembre 2024 et elle est toujours en cours. Les critères d'exclusion étaient les patients porteurs de néoplasies biliopancréatiques. L'étude s'est déroulée en deux parties : mise en place de la prothèse d'apposition luminale Axios® de 15mm puis 2 mois après les patients ont été convoqués pour le retrait de la prothèse. Tous les patients ont eu un suivi régulier avec téléconsultation tous les trois mois après la deuxième intervention

Résultats : 39 patients ont été colligés dans l'étude. 3 n'ont pas été inclus en raison de non faisabilité technique du geste (vésicule scléro-atrophique). Pour les 36 patients inclus, l'âge moyen était de 87,8ans [73-99]. Le score CAHRLSON moyen était de 5,64. 15 patients étaient sous traitement anticoagulant (arrêté 48h avant le geste). 12 patients avaient un antécédent de cholécystite dont un après drainage percutané. 27 patients avaient une cholécystite aigue associée à une pancréatite chez 7 patients et angiocholite chez 16 patients. 4 patients avaient une pancréatite isolée et 6 patients avaient une angiocholite. Selon la classification de Tokyo, 17 patients avaient une cholécystite de grade 1, 7 patients de grade 2 et 3 de grade 3. Ils ont tous été mis sous traitement antibiotique. 32 patients ont eu une prothèse d'apposition luminal de 15mm par voie transduodénale et 4 par voie transgastrique. 5 patients avaient une vésicule scléro-atrophique et ont bénéficié d'une injection intra-vésiculaire de sérum physiologique à l'aide d'une aiguille de 19G avec un volume moyen de 20cc permettant la réalisation du drainage. 19 patients avaient des calculs dans la voie biliaire principale et ont bénéficié d'une CPRE. Le temps opératoire moyen était de 28,9min [11-80min]. Le succès technique était de 100% et le succès clinique était de 97%. Un décès chez une patiente de 85ans ayant une cholécystite grade 3 est survenu au bloc opératoire 5min après le largage de la prothèse sur sepsis sévère. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours. Parmi les patients inclus, 16 ont eu une 2ème intervention avec retrait de la prothèse en ambulatoire (étude en cours 12 patients en attente de retrait). Une clairance complète de la vésicule biliaire a été notée chez 13 patients. 3 avaient des calculs résiduels : 2 ont été retirés par la DORMIA et un gros calcul traité par lithotritie au laser. Au moment du retrait, 4 patients avaient des ulcères au contact de la prothèse, 2 patients avaient une prothèse bouchée par des débris alimentaires et un début de migration de la prothèse en intra-vésiculaire a été noté chez un patient. La durée moyenne de suivi est de 4,5 mois [1-12mois]. 3 décès ont été rapportés à 2mois, 3 mois et 6 mois de la première intervention sans rapport avec la pathologie biliaire. Aucune complication sur le long terme n'a été notée. Nous n'avons pas noté non plus de récidive d'évènement biliaire.

Conclusion : Selon les résultats préliminaires de notre étude, l'anastomose cholecystoentérale est le traitement idéal de la pathologie biliaire, chez les patients contre-indiqués à la chirurgie avec un taux de succès élevé permettant d'assurer une bonne clairance vésiculaire et de prévenir les récidives à long terme.

C.083

Carcinome hépatocellulaire avancé chez les patients avec cirrhose Child-Pugh B traité par atézolizumab-bevacizumab : résultats oncologiques à long terme et stratification pronostique

A.V. Odent [1], C. Campani [2], M. Bouattour [3], Y. Touchefeu [4], V. Delhoume [4], O. Rosmorduc [2], A. Pascale [2], A. Jihyun [2], H. Regnault [5], D. Thabut [2], G. Amaddeo [5], M. Ningarhari [6], I. Ollivier-Hourmand [7], C. Métivier [7], M. Ronot [3], L.C. Ntandja-Wandji [6], V. Ozenne [2], S. Sidali [3], F. Marra [8], C. Hollande [2], N. Ganne-Carrié [1], P. Nahon [1], J.M. Péron [9], M. Lequoy [2], R. Sharma [10], M. Allaire [2], J.H. Shim [11], J.C. Nault [1]

(1) Bobigny ; (2) Paris ; (3) Clichy ; (4) Nantes ;
(5) Créteil ; (6) Lille ; (7) Caen ; (8) Florence, ITALIE ;
(9) Toulouse ; (10) Londres, ROYAUME-UNI ; (11) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE.

Introduction : L'association Atezolizumab/Bevacizumab est le traitement systémique de référence en première ligne chez les patients avec carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé et avec une fonction hépatique préservée (Child Pugh A). Le but de cette étude est de mettre en évidence chez les patients avec cirrhose Child Pugh B, exclus de la majorité des essais cliniques, un sous-groupe qui bénéficierait du traitement par Atezolizumab/Bevacizumab en 1ére ligne d'un CHC avancé.

Matériels et Méthodes : Entre juillet 2020 et décembre 2024, les patients atteints d'un CHC non résécable diagnostiqué et traité en 1ére ligne par Atezolizumab/Bevacizumab ont été inclus dans une étude rétrospective multicentrique internationale réalisée dans 13 centres universitaires en France, Italie, Angleterre et Corée du Sud. Les variables cliniques et biologiques ainsi que les caractéristiques tumorales ont été recueillies au début du traitement par Atezolizumab/Bevacizumab. Ses variables ont été corrélées avec la réponse radiologique, la survie sans progression et la survie globale, à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier, du test du log-rank, ainsi que de l'analyse uni/multivariée à l'aide du modèle de Cox et de la régression logistique.

Résultats : Un total de 1509 patients avec CHC traité en 1ére ligne par Atezolizumab/Bevacizumab a été inclus. Parmi eux, 251 patients (17%) avaient une cirrhose Child Pugh B, 895 (59%) une cirrhose Child Pugh A et 363 (24%) étaient non cirrhotiques. Comparés aux Child-Pugh A, les patients Child-Pugh B étaient plus jeunes, avaient davantage de cirrhoses d'origine alcoolique ou virales B, ainsi que des tumeurs plus volumineuses avec plus fréquemment une thrombose porte tumorale. Chez les patients Child Pugh B, 72% était classés B7, 21% B8 et 7% B9 tandis que 72% des patients étaient ALBI grade 2 et 28% ALBI grade 3. Les patients avec une cirrhose Child Pugh B avaient une survie globale médiane (8 mois, P<0.0001) et une survie sans progression médiane (5,2 mois, P<0.001) plus courte que ceux avec une cirrhose Child Pugh A (survie globale médiane de 17 mois, survie sans progression médiane de 8,6 mois). 21% des patients Child Pugh B étaient vivants à 2 ans et 12% à 3 ans *versus* 38% à deux ans et 25% à 3 ans pour les Child Pugh A. A la première évaluation radiologique, le taux de progression radiologique était plus élevé chez les Child Pugh B (44%) comparé au Child Pugh A (30%, P=0.0002) tandis que le taux de réponse radiologique était statistiquement non différent (19% pour les Child Pugh A *versus* 14% pour les Child Pugh B). A la première évaluation radiologique à 12 semaines, 28% des patients étaient Child Pugh A, 46% étaient toujours Child Pugh B et 25% étaient Child Pugh C.
En analyse multivariée, la survie globale des patients Child-Pugh B était diminuée en présence de métastases extra-hépatiques (HR :1,53 ; 95%IC 1,12-2,08 ; p=0,007) et d'un grade ALBI 3 (HR :1,58 ; 95%IC 1,12-1,23 ; p=0,009). Pour la survie sans progression, seule la présence de métastases extra-hépatiques était associée à une différence significative (HR 1,56 ; 95% IC 1,14-2,13 ; p=0,005). L'élaboration d'un score pronostique en trois catégories, (1) ALBI grade 2 SANS métastases (2) ALBI grade 3 OU métastases, et (3) ALBI 3 AVEC métastases, a mis en évidence une différence de pronostic : la survie médiane était de 11 mois dans le groupe de bon pronostic, 7,5 mois dans le groupe de pronostic intermédiaire et 4 mois dans le groupe de mauvais pronostic (P<0.0001). Des résultats identiques étaient observés sur la survie sans progression (P<0.0001). Tous les patients du groupe de mauvais pronostic avaient progressé dans l'année et étaient décédés dans les deux ans.

Conclusion : Chez les patients Child-Pugh B, la survie globale et la survie sans progression sont significativement inférieures à celle des patients Child-Pugh A ou non cirrhotiques avec néanmoins une proportion significative de patients toujours vivant à 2 ans. La combinaison du score ALBI et du statut métastatique permet de définir un score pronostique simple, capable de stratifier le pronostic en trois groupes distincts. La combinaison d'un grade ALBI 3 avec des métastases identifie un groupe de très mauvais pronostic chez lequel le traitement systémique parait futile.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements au Paris Liver Cancer Group

C.084

Mieux prédire la décompensation hépatique sous immunothérapie pour CHC avancé qu'avec les scores Child-Pugh et ALBI : développement et validation d'un score pronostique, un travail multicentrique international

M. Ningarhari [1], E. Cailliau [1], L. Bruges [1], J.C. Nault [2], N. Ganne-Carrié [2], P. Nahon [2], C. Campani [3], F. Marra [4], A. Mastro [4], D. Thabut [3], S. Mouri [3], M. Wagner [3], M. Lequoy [3], V. Ozenne [3], G. Amaddeo [5], H. Regnault [5], M.S. Franzè [5], M. Bouattour [6], M. Ronot [6], C. Hollande [3], G. Lassailly [1], E. Lemaitre [1], L.C. Ntandja-Wandji [1], S. Cattan [1], S. Dharancy [1], A. Louvet [1], P. Mathurin [1], A. Duhamel [1], M. Allaire [3]

(1) Lille ; (2) Bobigny ; (3) Paris ; (4) Florence, ITALIE ; (5) Créteil ; (6) Clichy.

Introduction : La décompensation hépatique est un évènement fréquent chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé traités par immunothérapie, impactant significativement la survie des patients indépendamment de la réponse tumorale. Les scores de références actuels Child-Pugh (CPS) et ALBI présentent toutefois des limites intrinsèques restreignant leur valeur prédictive.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective de cohortes maintenues prospectivement de patients traités par Atezolizumab-Bevacizumab (A/B). Les principaux critères d'inclusions étaient un CHC avancé et l'absence de décompensation clinique initiale. Les données ont été censurées à 2 ans. Le critère de jugement principal était la survenue d'un évènement de décompensation (ED) clinique (ascite et/ou hémorragie par hypertension portale (HTP) et/ou encéphalopathie et/ou ictère) jusqu'à 28 jours après la fin du traitement. Un score prédictif d'ED a été construit à l'aide d'un modèle multivarié de Fine & Gray, considérant le décès et la fin du traitement (+28jours) comme évènements compétitifs. Parmi 12 variables candidates prédéfinies, une sélection descendante pas à pas a été appliquée (n=448) puis le score validé dans une cohorte externe (n=346). Les données manquantes ont été imputées par « fully conditional spécification » (m=20). Les estimations du modèle obtenues dans chaque ensemble de données ont été combinées à l'aide des règles de Rubin. La calibration et la performance discriminante du score ont été évaluées, et comparées au CPS et ALBI par le c de Harrell adapté aux risques concurrents. L'association avec la survie globale (SG) a été testée par un modèle à risques proportionnels de Cox.

Résultats : Dans la cohorte de développement (cirrhose 79%, BCLC-C 73%, Child B 14%, ALBI 2/3 67%, varices œsophagiennes (VO) de grade 2/3 25%, épanchement intrapéritonéal radiologique 17%) exposée à l'A/B sur une durée médiane de traitement de 7,6 mois (IQR : 3,3-16,6)), un ED est survenu chez 133 patients (incidence cumulée à 2 ans : 30,4%). Le score final retenait 5 variables, avec les sous Hazard-ratios (sHR) correspondant : le grade ALBI (sHR = 2,00 [intervalle de confiance à 95% : 1,25-3,21] pour 2 *vs* 1 ; sHR = 2,77 [IC95% : 1,30-5,87] pour 3 *vs* 1), VO de grade 2/3 (sHR = 2,46 [IC95% : 1,62-3,73]), antécédent de décompensation (sHR = 1,53 [IC95% : 1,04-2,26]), épanchement intrapéritonéal radiologique (sHR = 2,02 [IC95% : 1,37-2,97]), et le taux de plaquettes en log(G/l) (sHR pour l'augmentation de 1 unité : 0,62 [IC95% : 0,45-0,85]). Le modèle obtenait un c de Harrell médian à 0,75 (min-max sur les 20 : 0,74-0,76) *vs*. 0,57 pour le CPS (A ou B) *vs*. 0,62 pour l'ALBI. La médiane de SG était de 15,2 mois [IQR : 7,1-Non atteint]. Le score était significativement associé à la SG (HR 1,48 [IC95% : 1,26-1,74] par point, p<0,001). Les patients ont été stratifiés en 3 groupes de risque, associés à un taux croissant d'arrêt de traitement pour décompensation sans progression tumorale (5%, 25% et 38% des arrêts) et de décès par décompensation sans progression tumorale (5%, 20% et 30% des patients décédés). Dans la cohorte de validation externe, le c de Harrell médian atteignait 0,70 (min-max : 0,69-0,70), et la pente de calibration 0,81 (min-max : 0,78-0,83), proche de l'idéal (1).

Conclusion : Un score intégrant l'ALBI, des marqueurs d'HTP et l'antécédent de décompensation permet de prédire plus efficacement la décompensation sous immunothérapie que le CPS ou l'ALBI seuls. Il est également associé à la SG, à l'arrêt de traitement et au décès lié à une décompensation sans progression tumorale.

C.085

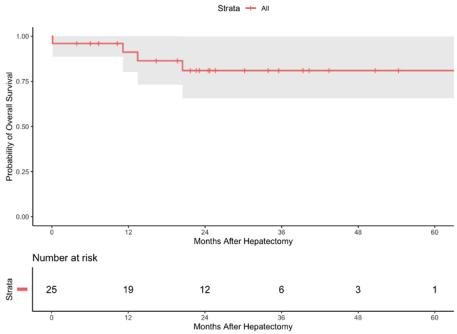
Chirurgie de conversion après immunothérapie dans le carcinome hépatocellulaire : étude rétrospective multicentrique française

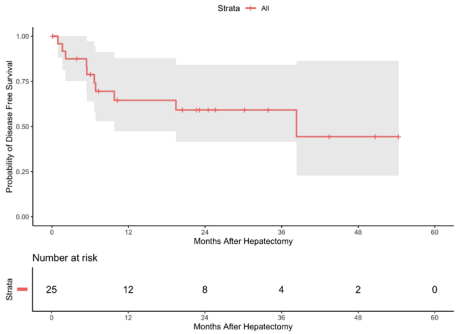
S. Kouadou [1], M.S. Franzè [1], R. Rhaiem [2], H. Regnault [1], M. Bouattour [3], M. Ningarhari [4], C. Hollande [5], C. Hobeika [3], M. Allaire [5], S. Mouri [5], C. Lim [5], J.C. Nault [6], C. Campani [5], N. Ganne-Carrié [6], A. Heurgué [2], P. Zimmermann [2], C. Laurent [7], J.F. Blanc [7], B. Lapuyade [8], G. Millet [4], V. Gnemmi [4], M. Lequoy [5], V. Ozenne [5], F. Paye [5], V. Leroy [1], D. Sommacale [1], R. Brustia [1], G. Amaddeo [1]

(1) Créteil ; (2) Reims ; (3) Clichy ; (4) Lille ; (5) Paris ; (6) Bobigny ; (7) Bordeaux ; (8) Pessac.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est souvent diagnostiqué à un stade avancé, ne permettant pas une résection d'emblée. L'immunothérapie a profondément modifié la prise en charge des CHC non résécables, offrant des taux de réponse tumorale élevés et ouvrant la voie à des stratégies de chirurgie de conversion. Néanmoins, les données multicentriques évaluant la sécurité périopératoire et la survie après résection dans ce contexte demeurent limitées.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique incluant 8 centres hospitalo-universitaires français a été menée entre 2019 et 2024. Les patients initialement non résécables, traités par immunothérapie et secondairement opérés après obtention d'une réponse tumorale radiologique, ont été inclus. Les critères principaux d'évaluation étaient la survie globale (OS) et la survie sans récidive (DFS). Les variables secondaires incluaient la morbidité postopératoire (Clavien ≥ III), la mortalité à 90 jours et la réponse pathologique.





Résultats : Vingt-cinq patients ont été inclus (84 % d'hommes, âge moyen 59 ans, BMI moyen 25,6 kg/m²). Avant traitement, 56 % étaient classés BCLC C (VP4 n.2, VP3 n.5 et VP2 n.6, métastases ganglionnaires n.2) et 8 % Child B7. La taille moyenne du plus grand nodule était de 87 mm (57-101) et le nombre moyen de nodules de 3,5. Tous ont reçu en moyenne 11 (6-18) cures d'immunothérapie avant chirurgie. Une réponse objective partielle a été montré chez tous les patients avec réduction de taille de la lésion plus grande en 76% des cas. Après immunothérapie, 35% des patients étaient classés BCLC A et 39% BCLC C et la fonction hépatique restait conservée chez tous les patients sauf un (Child Pugh B7). Une hépatectomie droite a été réalisée chez 14 patients (56%). Le taux global de complications majeures (Clavien ≥ III) était de 16 %, sans mortalité à 90 jours. La durée médiane de séjour hospitalier était de 7 jours (2,6 jours en réanimation). L'analyse pathologique a montré une nécrose de la tumeur à 100% en 9 cas (36%).
La survie globale estimée était de 96 % à 3 mois, 91 % à 12 mois, 81 % à 24 mois, et se maintenait à 81 % à 60 mois (Figure 1). La survie sans récidive atteignait 100 % à 3 mois, 95 % à 12 mois, 75 % à 24 mois, 58 % à 36 mois, et 39 % à 60 mois (Figure 2).

Conclusion : La chirurgie de conversion après traitement systémique par immunothérapie est réalisable et sûre dans des centres expérimentés, avec des taux de complications faibles et une survie à 2 ans importante. Ces résultats suggèrent le potentiel curatif de la résection hépatique après immunothérapie combinée et justifient une évaluation comparative à plus large échelle.

C.086

Comparaison après appariement par score de propension de l'efficacité de l'ablation percutanée et de la radiothérapie stéréotaxique dans le traitement du carcinome hépatocellulaire

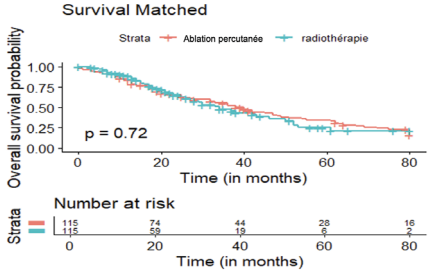
J. Ventre [1], M.C. Masson [1], T. Guilmoteau [1], M.A. Ossedat [1], J. Moreau [1], B. Magnin [1], B. Buchard [1], C. Gaume [1], E. Buc [1], C. Hordonneau [1], B. Gleyzolle [1], A. Abergel [1], L. Muti [1]

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient majoritairement sur un foie d'hépatopathie chronique (environ 80 % des cas) et plus rarement sur un foie sain. Son incidence en France est en augmentation constante, notamment en raison de la progression des stéatopathies métaboliques et de l'amélioration des méthodes diagnostiques.
Actuellement dans les recommandations Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) de 2022, l'ablation percutanée est indiquée chez des patients ayant un CHC de stade précoce soit BCLC 0/A, au contraire la radiothérapie stéréotaxique n'est pas mentionnée dans ces recommandations.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et bicentrique. Nous avons inclus au total 344 lésions entre janvier 2013 et janvier 2023, réparties en 175 lésions dans le groupe AP et 169 lésions dans le groupe SBRT.
Les critères de jugement de l'étude incluaient la survie sans récidive locale, la survie sans récidive, la survie globale et le profil de tolérance.
Un score de propension a été utilisé pour ajuster les déséquilibres entre les deux groupes, avec pour méthode une pondération en IPTW (pondération inverse de la probabilité de traitement) et un appariement par les plus proches voisins, en ratio 1:1, permettant d'obtenir 90 lésions dans chaque groupe.

Résultats : En analyse de survie, après appariement par score de propension, la survie sans récidive locale était meilleure dans le groupe SBRT (p = 0,0043).
En revanche, il n'existait pas de différence significative concernant la survie sans récidive (p=0,09 ; médiane de survie de 54 mois dans le groupe AP *vs* 34 mois dans le groupe SBRT) ni la survie globale (p = 0,72 ; médiane de survie 40 mois dans le groupe AP *vs* 34 mois dans le groupe SBRT).
Enfin, le profil de tolérance était globalement comparable entre les deux groupes, avec une majorité d'événements indésirables de bas grade dans les deux groupes. Un seul décès a été recensé dans l'ensemble de la cohorte, survenu dans le groupe SBRT.



Conclusion : Dans notre étude, après appariement par score de propension, la radiothérapie stéréotaxique offre un meilleur contrôle local tumoral, mais avec une survie globale et survie sans récidive comparable à l'ablation percutanée.
La SBRT semble constituer une alternative particulièrement intéressante en cas de difficultés techniques ou de contre-indication à l'ablation percutanée.
Elle s'impose donc comme une option thérapeutique solide, mais la prédominance d'études rétrospectives justifie la mise en place d'essais randomisés afin de définir clairement sa place dans la stratégie thérapeutique du CHC.

C.087

Étude prospective de validation de l'impact pronostique des variations de l'ADN circulant chez les patients traités par chimio-embolisation pour un carcinome hépatocellulaire

C. Tamisier [1], A. Grancher [1], V. Verdier [2], L. Beaussire [1], D. Sefrioui [1], M. Garnier [1], S. Ghomadi [1], C. Savoye-Collet [1], M. Dutherage [1], V. Vernon [1], N. Sarafan-Vasseur [1], L. Schwarz [1], P. Michel [1], F. Di Fiore [1]

(1) Rouen ; (2) Elbeuf.

Introduction : La chimio-embolisation lipiodolée (CEL) est un traitement locorégional standard dans le carcinome hépatocellulaire (CHC) multinodulaire non résécable (stade BCLC B). Dans un précédent travail, nous avons identifié des seuils spécifiques de variations de l'ADN tumoral circulant (ΔADNtc) et de l'ADN libre circulant (ΔADNc) associés à l'efficacité de la CEL (1). L'objectif a été de confirmer sur une cohorte prospective indépendante l'impact des ΔADNc et ΔADNtc préalablement identifiés.

Matériels et Méthodes : Deux cohortes prospectives ont été constituées entre avril 2019 et avril 2024 pour recueillir des échantillons sanguins à l'inclusion (J-1), au 2ème jour (J+2) et à 1 mois (M+1) de la CEL. Les caractéristiques initiales, les données de l'évaluation par imagerie à M+1 et les données de suivi ont été recueillies. Sur la base de nos résultats antérieurs, les seuils de variations de l'ADN circulant identifiés entre J-1 et M+1 et associés au risque de progression étaient (i) la survenue de toute augmentation de l'ADNtc (i.e. ΔADNtc>0%), (ii) une augmentation d'au moins 31,4 % de l'ADNc (i.e. ΔADNc>31,4 %), (iii) ou leur combinaison (ΔADNtc>0% et ΔADNc>31,4%). L'ADNc a été quantifié par méthode fluorométrique (Twinkle LB970 microplate fluorometer) et l'ADNtc a été détecté par PCR digitale (Qx200® ddPCR system) ciblant les deux mutations principales du promoteur de TERT (-124 G>A et -146 G>A). L'objectif principal était de confirmer l'association entre le statut à M+1 et le ΔADNtc > ou £0%. Les objectifs secondaires étaient l'étude de la survie sans progression (SSP) en fonction du ΔADNtc, ainsi que du statut à M+1 et de la SSP entre les patients avec une combinaison péjorative (ΔADNtc>0% et ΔADNc>31,4%) *versus* ceux avec une variation favorable (ΔADNtc≤0% et/ou ΔADNc≤31,4%).

Résultats : Au total, 77 patients ont été inclus, correspondant à 93 CEL. Parmi eux, 42/77 (54,5 %) ont reçu une première CEL. La détection de l'ADNtc à J-1 était positive chez 43/77 (55,8 %). Globalement, une augmentation de l'ADNc et de l'ADNtc était observée entre J-1 et J+2, suivie d'une diminution à M+1 (concentrations médianes de 14,5, 64,2 et 16,5 ng/mL pour l'ADNc, p<0,001, respectivement, et 0,18, 2,2 et 0,18 % de fraction allélique variante pour l'ADNtc, p<0,001). La présence d'une augmentation de l'ADNtc (ΔADNtc>0%) était significativement associée à la progression à M+1 avec un taux de progression de 37% en cas de ΔADNtc>0% *versus* 14 % en cas de ΔADNtc≤0% (p = 0,03). La combinaison des ΔADNtc et ΔADNc était également associée au statut à M+1 avec un taux de progression de 55 % en cas de variation défavorable (ΔADNtc>0% et ΔADNc>31,4) *versus* 15 % en cas de cinétique favorable (ΔADNtc≤0% et/ou ΔADNc≤31,4%) (p=0,008). La SSP était également diminuée avec une médiane de SSP respectivement de 1,4 mois *versus* 6,3 mois entre les 2 groupes de combinaisons (p = 0,017).

Conclusion : Nos résultats confirment que les variations de l'ADN tumoral circulant selon des seuils définis sont associés au pronostic des patients traités par CEL pour un CHC. Des études complémentaires basées sur les ΔADNtc et ΔADNc identifiés dans notre travail pourraient permettre l'évaluation de nouvelles séquences thérapeutiques basées sur la CEL.

C.088

Cancers primitifs du foie en France : indicateurs épidémiologiques (incidence, prévalence et mortalité) entre 2015 et 2021

V. Zannou [1], L. Tron [1], F. Balusson [2], A. Baron [3], V. Blary [1], S. Bailly [1], E. Oger [2], T. Decaens [1], C. Costentin [1]

(1) Grenoble ; (2) Rennes ; (3) Villejuif.

Introduction : Les données de référence françaises sur l'incidence et la survie proviennent du réseau français des registres des cancers (Francim), mais ne distinguent pas le carcinome hépatocellulaire (CHC) du cholangiocarcinome intra-hépatique (CCIH) et ne couvrent pas l'ensemble du territoire. Bien que ces registres permettent des estimations nationales extrapolées grâce à des méthodes statistiques robustes, il est pertinent de les confronter à d'autres sources de données représentatives. L'objectif de notre étude était de décrire l'incidence, la prévalence et la mortalité par CPF, selon le type (CHC et CCIH), entre 2015 et 2021, dans une cohorte française représentative

Patients et Méthodes : Les cas de CPF (sans restriction d'âge) ont été repérés par la présence d'un code CIM-10 C22 (CPF), C22.0 (CHC) ou C22.1 (CCIH) dans une cohorte de maladies chronique du foie issue de l'échantillon représentatif à 2 % du Système National des Données de Santé (SNDS) entre 2015 et 2021. Les taux annuels d'incidence, de prévalence et de mortalité par CPF ont été calculés en global et pour les sous-types CHC et CCIH en utilisant la population totale de l'ESND comme référence, avec une stratification selon l'âge, le sexe, l'indice de déprivation sociale de la commune de résidence du patient (FDep). Par extrapolation, le nombre de cas incidents, prévalents et de décès liés au CPF ont ensuite été estimés pour l'ensemble de la population nationale française.

Résultats : En 2021, l'incidence du CPF était de 33/100000PA chez les hommes (H) et 15,4/100000PA chez les femmes (F) (soit 10765 nouveaux cas chez les H et 5357 chez les F en France) *vs* 28,9/100000PA et 13,9/100000PA respectivement en 2015. Les taux d'incidence augmentaient nettement avec l'âge, culminant à 157,6/100000PA (H) et 63,3/100000PA (F) après 75 ans. La prévalence du CPF en 2021 était de 104,8/100000 PA chez les H et 43/100000PA chez les F (soit 34185 cas chez les H et 14959 chez les F en France), avec une augmentation significative par rapport à 2015 ($p<0.001$). Les taux de prévalence variaient fortement en fonction de l'âge atteignant 474,5/100000PA chez les H et 158,7/100000PA chez les F pour les 75 ans et plus en 2021. La mortalité par CPF en 2021 était de 17,3/100000PA chez les H et 6,7/100000PA chez les F (soit 5643 décès chez les H et 2330 chez les F en France) *vs*. 13,8/100000PA et 5,4/100000PA respectivement en 2015. Les taux de mortalité par CPF variaient fortement en fonction de l'âge atteignant 93/100000PA chez les H et 39,9/100000PA chez les F pour les plus de 75 ans en 2021.
En 2021, l'incidence du CHC était de 20,4/100000PA chez les H et 4,5/100000PA chez les F (soit 6654 nouveaux cas chez les H et 1575 chez les F en France), la prévalence était de 67,7/100000PA chez les H et 14,6/100000PA chez les F (soit 22083 cas chez les H et 5079 chez les F en France) et la mortalité était de 8,1/100000PA chez les H et 2/100000PA chez les F(soit 2662 décès chez les H et 696 chez les F). En 2021, l'incidence du CCIH était de 5,12/100000PA (soit 3451 nouveaux cas), la prévalence était de 10,4/100000PA (soit 7010 cas) et la mortalité était de 4,3/100000PA (soit 2898 décès) (pas de différence marquée entre hommes/femmes). La prévalence était significativement plus élevée en 2021 *vs* 2015 pour les 2 sous types. Incidence, prévalence et mortalité augmentaient avec l'âge et ceci de manière plus marquée chez les patients atteints de CCIH. Par ailleurs, les taux d'incidence, de prévalence et de mortalité semblaient plus élevés dans les communes les plus défavorisées selon le Fdep (Q5 *vs* Q1) pour le CHC et mais pas pour le CCIH.

Conclusion : Cette étude basée sur une cohorte représentative de patients atteints de cancers primitifs du foie en France complète les données épidémiologiques Francim sur les CPF avec des données de prévalence et des données stratifiées sur le sous-type CHC/CCIH et souligne la nécessité de mieux comprendre les disparités hommes/femmes et socio-territoriales afin de les prévenir. Les prochaines analyses incluront des taux standardisés sur l'âge (population mondiale de référence) pour permettre des comparaisons internationales et affiner l'évaluation des disparités régionales en France.

C.089

La procalcitonine sérique : un nouveau biomarqueur tumoral pour le diagnostic et le suivi du carcinome hépatocellulaire fibrolamellaire

J.C. Nault [1], C. Campani [2], T. Hirsch [2], T. Neuman [3], W. Arif [3], S. Imbeaud [2], M. Baretti [3], M. Ziol [1], S. Sidali [4], P. Roger [4], M. Allaire [2], M. Bouattour [4], F. Marra [5], B. Fresneau [2], N. Llarch [6], J.M. Péron [7], R. Gerolami [8], E. Nguyen-Khac [9], P. Nahon [1], N. Ganne-Carrié [1], J. Calderaro [10], A. Beaufrère [4], V. Paradis [4], C. Guettier [11], A. Sutton [1], M. Yarchoan [3], J. Zucman-Rossi [2]

(1) Bobigny ; (2) Paris ; (3) Baltimore, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Clichy ; (5) Florence, ITALIE ; (6) Barcelone, ESPAGNE ; (7) Toulouse ; (8) Marseille ; (9) Amiens ; (10) Créteil ; (11) Villejuif.

Introduction : Le carcinome fibrolamellaire (CFL) est un cancer primitif rare développé sur foie sain qui touche principalement les jeunes patients présentant des taux normaux de biomarqueurs tumoraux sanguins connus (alpha-foetoprotéine et CA19-9).
L'observation d'une procalcitonine (PCT) sérique fortement élevée chez un patient nous a conduits à étudier le rôle potentiel de la PCT comme biomarqueur dans une cohorte plus large de CFL.

Matériels et Méthodes : Nous avons mesuré les concentrations sériques de PCT dans 34 échantillons provenant de 18 patients atteints de CFL métastatiques, ainsi que chez 64 patients présentant un carcinome hépatocellulaire (CHC), 24 patients atteints de cholangiocarcinome (CCA) et 20 patients atteints de cirrhose sans CHC venant d'une cohorte européenne et une cohorte américaine.
Par RNAsequencing, nous avons analysé l'expression du gène CALCA, codant pour la PCT, dans 27 CFL, 331 CHC, 39 CCA, 71 hépatoblastomes, 34 adénomes hépatocellulaires et 55 échantillons de foie non tumoral. Une analyse par transcriptomique spatiale a été réalisée sur trois CFL, et une analyse par immunohistochimie de la PCT a été effectuée sur 13 CFL et 34 autres cancers hépatiques primitifs ou secondaires.

Résultats : La valeur médiane de la PCT sérique était significativement élevée chez 8 patients avec CFL (55,2 µg/l) comparée à celle des patients atteints de CHC (0,14 µg/l), de CCA (0,16 µg/l) et de cirrhose (0,11 µg/l; P = 0,0005) dans la cohorte européenne. Ces résultats ont été validés indépendamment dans une cohorte américaine de 10 patients avec CFL comparés à des CHC et CCA (P = 0,0002). Dans l'ensemble de ces cohortes, une élévation de la PCT sérique a été observée chez 83 % des cas de CFL contre 3 % des patients avec CHC et de CCA (P < 0,0001).
Chez quatre patients suivis longitudinalement, les variations des taux de PCT étaient corrélées à la réponse radiologique, la stabilité et la progression selon les critères RECIST 1.1. En tant qu'exemple, le taux de La PCT sérique a augmenté de 51 µg/l (102 fois la limite supérieure de la normale) à 581 µg/l (1 162 fois la limite supérieure de la normale) après progression tumorale sous immunothérapie.
Le séquençage ARN a montré une surexpression significative du gène CALCA, codant pour la PCT, dans les CFL par rapport aux autres tumeurs hépatiques primitives (P < 0,0001) avec un AUC pour le diagnostic du carcinome hépatocellulaire fibrolamellaire (FLC) de 1 par rapport à l'hyperplasie nodulaire focale, aux adénomes hépatocellulaires et aux hépatoblastomes, de 0,975 par rapport au CCA et de 0,994 par rapport au CHC, soulignant sa très grande sensibilité et spécificité pour le diagnostic de ce cancer primitif rare du foie. Une analyse par transcriptomique spatiale de 3 CFL a localisé l'expression de CALCA spécifiquement aux niveaux des cellules tumorales portant le gène de fusion DNAJB1-PRKACA. Une analyse par immunohistochimie a confirmé une surexpression de la PCT dans les cellules tumorales dans 77 % des CFL, mais pas dans les autres cancers primitifs et secondaires du foie (P<0.0001).

Conclusion : La procalcitonine est un biomarqueur sensible et spécifique du CFL, tant au niveau sérique qu'au niveau tumoral, avec une utilité potentielle pour le diagnostic et le suivi de la réponse au traitement.

C.090

Dé-escalade thérapeutique dans le CHC avancé en réponse complète prolongé sous immunothérapie : première expérience française

T. Rocca [1], B. Brusset [1], J. Ghelfi [1], C. Odru [1], G. Roth [1], Y. Teyssier [1], L. Bordy [1], C. Costentin [1], T. Decaens [1]

(1) Grenoble.

Introduction : L'immunothérapie a transformé la prise en charge du CHC avancé. En cas d'obtention d'une réponse partielle prolongée (RPp) ou complète prolongée (RCp), définie par une durée de plus de 6 mois, il est recommandé dans d'autres cancers de dé-escalader le traitement. Une pause thérapeutique a été systématiquement proposée à nos patients en cas de RCp.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective mono centrique au CHU Grenoble Alpes. Ont été inclus, tous les patients adultes avec un CHC traité par immunothérapie de 1ère ligne (IT1) entre janvier 2020 et août 2024. Afin de réduire les biais de sélection et de mémorisation inhérents à une étude rétrospective, la liste des patients a été constituée à partir des prescriptions du service de pharmacie. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été extraites des dossiers médicaux. La réponse tumorale a été évaluée selon les critères mRECIST. La meilleure réponse a été renseignée. La réponse radiologique était confirmée par une relecture indépendante.

Résultats : Parmi les 96 patients inclus, la survie globale était de 15,2 mois (IC95% 11,9 ; 17,9), avec une survie sans progression de 7,9 mois (IC95% 3,3 ; 14,0). L'immunothérapie effectuée était : une association anti-PD-L1 et anti-VEGF (n=65 ; 68%), une association d'anti-PD1/PD-L1 et anti-CTLA4 (n=19 ; 20%), ou une association expérimentale (n=12 ; 12%). Une réponse objective (RO) a été observée chez 36 patients (37,5%) : 17 patients (17,7%) ont présenté une RC et 19 patients (19,8%) une RP. Parmi les patients en RP, la survie globale médiane était de 25,3 mois (IC95% 10,2 ; 28,1) et la survie sans progression de 10,7 mois (7,7 – 19,7). Chez les patients en RC, la survie globale médiane était de 31,7 mois (IC95% 13,0 ; 45,2) avec une médiane de survie sans progression de 16,1 mois (IC95% 11,9 ; 28,0).
En cas de réponse complète, celle-ci a été prolongée (≥6 mois) chez 13 patients dont la médiane de survie globale était de 36,5 mois (IC95% 28,1 ; 49,7) avec une médiane de survie sans progression de 24,5 mois (IC95% 15,4 ; 28,1). Une dé-escalade thérapeutique a été proposée à ces 13 patients en RCp (5 patients ayant en plus un évènement indésirable ou intercurrent motivant la pause et 8 dont la seule raison de la pause était la RCp). Avec un délai de suivi de 23 mois, 8 patients sont toujours sans progression et n'ont pas repris de traitement, 5 ont nécessité une reprise de traitement (2 traités par chimioembolisation et 3 par reprise de l'IT1).

Conclusion : Dans une population sélectionnée de centre tertiaire une pause thérapeutique a pu être effectuée chez 13 (13,5%) patients sans reprise évolutive chez 8 (61,5%) d'entre eux avec un suivi médian de 23 mois. Ces résultats doivent être confirmés dans une étude prospective randomisée de dé-escalade thérapeutique selon la profondeur de la réponse radiologique prolongée.

C.091

Dépistage de lésions (pré)néoplasiques de l'intestin grêle par vidéocapsule dans le syndrome de Lynch. L'étude iCARE4Lynch

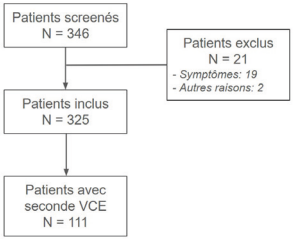
A. Becq [1], M. Jeay [1], J. Grimaldi [2], E. Cauchin [3], M. Dhooge [1], M. Antoine [1], P. Cortegoso Valdivia [4], F. de Castelbajac [1], L. Deutsch [5], J. Egea Valenzuela [6], L. Elli [7], B. González-Suárez [8], V. Macedo Da Silva [9], M. Pennazio [10], M.E. Riccioni [11], A. Dardenne [1], G. Perrod [1], J.C. Saurin [2], X. Dray [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Nantes ; (4) Parme, ITALIE ; (5) Tel-Aviv, ISRAËL ; (6) Murcia, ESPAGNE ; (7) Milan, ITALIE ; (8) Barcelone, ESPAGNE ; (9) Guimares, PORTUGAL ; (10) Turin, ITALIE ; (11) Rome, ITALIE.

Introduction : Le syndrome de Lynch (SL) est une prédisposition génétique autosomique dominante favorisant l'émergence de multiples cancers, dont l'adénocarcinome de l'intestin grêle bien que rare. Il n'y a pas de recommandation formelle quant à la nécessité d'un dépistage. Depuis les années 2000, la vidéocapsule endoscopique (VCE) est devenue une méthode de référence de l'exploration de l'intestin grêle. Certains centres proposent des VCE de dépistage aux patients avec SL. La rentabilité diagnostique et thérapeutique de cette attitude est mal documentée. L'objectif de cette étude est d'estimer la rentabilité diagnostique d'une première VCE (index) pour le dépistage des lésions (pré) néoplasiques de l'intestin grêle chez des patients atteints de SL.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte multicentrique Européenne. Les patients porteurs d'un variant pathogène de gène réparateur des mésappariements de l'ADN, asymptomatiques, dépistés par VCE pour recherche de lésion (pré)néoplasique suspectée ont été inclus. Les données ont été collectées entre janvier 2000 et décembre 2024. Le critère de jugement principal était la rentabilité diagnostique lors d'une VCE index c'est-à-dire la proportion de patients avec diagnostic de lésion(s) (pré)néoplasique (s). Les critères de jugement secondaires étaient la rentabilité diagnostique lors des VCE de suivi, les événements indésirables, les performances techniques, l'âge au diagnostic des lésions, l'impact de la VCE dans la prise en charge, la fréquence des lésions selon le type de variant pathogène.

Figure 1



Résultats : Au 1er octobre 2025, un total de 346 patients ont été screenés dans l'étude dont 21 (6.1%) exclus en raison de symptômes (Figure 1). Un total de 325 patients a été inclus pour analyse. L'âge moyen était de 51.0 (+/- 11.2) années, et 146 patients (45%) étaient des hommes. Les variants génétiques identifiés étaient MLH1 (94, 29.2%), MSH2 (144, 44.5%), MSH6 (66, 20.5%), PMS2 (21, 6.5%), et EPCAM (0, 0%). 218 (63.0%) patients avaient un antécédent personnel de cancer du spectre SL et 289 (83.5%) avaient un antécédent familial au premier degré d'adénocarcinome de l'intestin grêle. La VCE était ingérée dans 324 (99.8%) des cas. L'examen de l'intestin grêle était complet chez 325 (100%) patients. Le taux de propreté était adéquat dans 287 (88.2%) des cas. En termes d'effets indésirables, étaient notés une fausse route chez 0 (0%) patients, une rétention chez 2 (0.4%) patients avec nécessité d'extraction (endoscopique ou chirurgicale) chez 1 (0.2%) patient.
La rentabilité diagnostique de la VCE index était de 7.1% soit 23 patients chez qui une lésion (pré)néoplasique a été identifiée, dont 4 adénocarcinomes. L'âge moyen au diagnostic de lésions (pré)néoplasiques était de 64 (+/- 11.7) ans. Parmi les 302 patients avec VCE normale, 111 en ont eu une seconde, après un délai moyen de 3.8 années (+/- 1.9). La rentabilité diagnostique était alors de 8.1% soit 9 patients, dont aucun adénocarcinome. L'âge moyen au diagnostic de lésions (pré)néoplasiques était de 56 (+/- 9.5) ans.
Cette série est de loin la plus large sur le sujet, cependant les données sont encore parcellaires et non consolidées à l'heure de la réaction de ce resumé. Les données complètes seront présentées en congrès.

Conclusion : Dans cette étude multicentrique Européenne incluant 325 patients avec un SL, la première VCE de l'intestin grêle réalisée à visée de dépistage avait un rendement diagnostique de 7.1%. Celui d'une seconde VCE après un délai 3.8 années était de 8.1%. Le taux d'effets indésirables était de 0.4%. Ces résultats suggèrent que la VCE de dépistage a toute sa place chez les patients avec SL.

C.092

Prise en charge endoscopique des lésions de dysplasie gastrique dans la polypose adénomateuse familiale (PAF) : résultats d'une large cohorte prospective

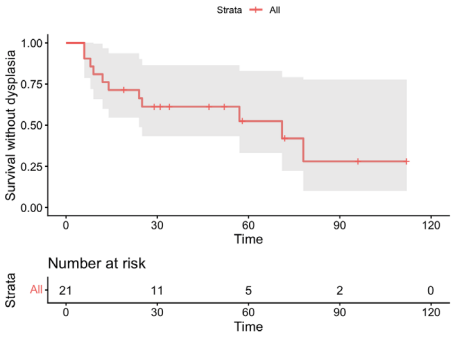
J. Grimaldi [1], E. De Cristofaro [2], M. Figueiredo Ferreira [3], F. Rostain [1], A. Lupu [1], J. Rivory [1], L. Calavas [1], M. Pioche [1], J.C. Saurin [1]

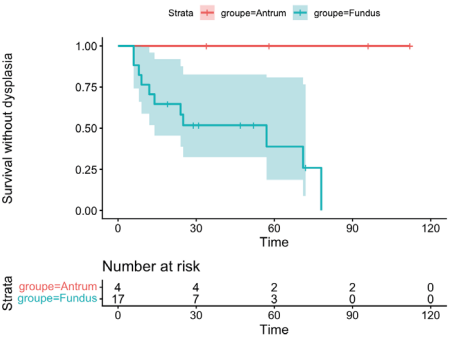
(1) Lyon ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : La polypose adénomateuse familiale (PAF) est une pathologie autosomique dominante responsable d'une polypose colorectale à risque très élevé de cancer colorectal. Une prise en charge désormais standardisée par coloctomie prophylactique et surveillance endoscopique a considérablement améliorée la problématique de la prévention du cancer-colorectal chez ces patients, si bien que le principal défi chez ces patients réside dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des atteintes plus rares de la PAF, au premier rang desquelles le risque de cancer gastrique.
Nous avons récemment décrit, avec d'autres, les aspects endoscopiques des lésions de dysplasie gastrique chez les patients atteints de PAF dans les cohortes de patients occidentaux. Les deux aspects prédominants sont d'une part des lésions planes blanchâtres du fundus recouvrant les polypes glandulo-kystiques, et d'autre part des lésions nodulaires antrales.
Toutefois, à ce jour aucune étude n'a évalué les résutats du traitement endoscopique de ces lésions de dysplasie gastrique. Nous avons donc voulu évaluer l'efficacité et la morbidité des procédures de résection endoscopiques de ces lésions, au sein d'une large cohorte prospective.

Patients et Méthodes : Au sein d'une large cohorte prospective de patients porteurs de PAF (NCT01987518), nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique de lésion de dysplasie gastrique entre 2015 et 2025. Les critères de jugements d'efficacité évalués étaient le taux de résection monobloc et R0, tandis que la morbidité était évaluée par le taux de perforations.
Des analyses de survie ont été conduites afin d'évaluer la récidive de nouvelles lésions dysplasiques au cours du suivi, ainsi que la survenue d'un cancer ou d'une indication de gastrectomie. Des analyses de sous-groupe comparant la localisation antrale et fundique des lésions ont été réalisées.

Résultats : Au sein des 230 patients de la cohorte, 28 cas de résections endoscopiques ont été mises en évidence chez 22 patients. Les patients étaient porteurs d'une polyose glandulo-kystique dans 82% des cas et aucun n'était infecté par *Helicobacter Pylori*. En terme de localisation, 85% des lésions étaient fundiques tandis que 15% étaient antrales. Les lésions étaient principalement réséquées par dissection sous-muqueuse (DSM) (46%), contre 7% par DSM hybride, 18% par mucosectomie à l'anse chaude et 28% à l'anse froide. Le grand axe moyen des lésions était de 41mm.
Le taux de résection monobloc était de 57%, et celui de R0 de 53%. Le taux de perforation était de 10%. Au sein du groupe DSM, le taux de résection monobloc était de 92% pou 7% de perforations.





Au cours du suivi, plus de la moitié des patients ont présenté un nouveau cas de dysplasie (52%), avec une durée médiane de survenue de 71 mois. Le suivi moyen des patients était de 52 mois. Par ailleurs, 2 patients (9%) ont nécessité une prise en charge chirurgicale par gastrectomie au cours du suivi, motivées par une charge lésionnelle trop imporante pour relever d'une prise en charge endoscopique. Un seul cas d'adénocarcinome a été mis en évidence au cours du suivi, sur analyse de pièce de gastrectomie (intramuqueux, chirurgie curative). Les analyses en sous-groupe n'ont pas mis en évidence de récidive parmi les lésions antrales, contre 65% par les lésions fundiques, avec une médiane de 57 mois.

Discussion : Bien que plusieurs études se soient interessées à l'aspect diagnostique des lésions de dysplasie gastrique chez les patients atteints de PAF, il s'agit de la première étude évaluant l'efficacité du traitement endoscopique de ces lésions. Notre cohorte est à notre connaissance la plus large en Occident à suivre les lésions gastriques dysplasiques en contexte de PAF. La prise en charge endoscopique semble efficace et sûre, permettant dans les rares cas où elle est indiquée d'adresser à temps les patients pour une prise en charge chirurgicale. Néanmoins, les taux de récidive importants au cours du suivi suggèrent une prise en compte particulière de ces lésions dans les modalités de surveillance endoscopique du tractus digestif haut, jusque là guidées exclusivement par le score de Spigelman qui reflète seulement l'importance des lésions duodénales.

Conclusion : La prise en charge endoscopique des lésions de dysplasie gastrique chez les patients atteints de PAF semble efficace et sûre au sein d'une large cohorte prospective, et soulève la question d'une optimisation des stratégies de surveillance endoscopique de ces patients à haut risque.

C.093

Cancers œso-gastro-duodénaux post-gastroscopie : première étude française

S. Vuola [(1)], L. Plastaras [(1)], I.A. Amaritei [(1)], P. André [(1)], M. Bolliet [(1)], J. Bottlaender [(1)], M. Clavel [(1)], R. Darrius [(1)], J. Faller [(1)], P. Montet [(1)], B. Denis [(1)]

(1) Colmar.

Introduction : La gastroscopie (G) est l'examen endoscopique le plus pratiqué et le moins évalué (1). Pourtant, 10,7% des patients chez qui on diagnostique un cancer œso-gastro-duodénal (OGD) ont eu une G négative dans les 3 ans qui précèdent (2). Une telle évaluation n'a jamais été réalisée en France. Buts : évaluer le taux de cancers OGD post G d'un service d'endoscopie digestive et leurs facteurs associés.

Patients et Méthodes : Evaluation rétrospective des cancers OGD post G observés entre janvier 2020 et avril 2025 dans un centre hospitalier général et de leurs facteurs associés colligés par une enquête prospective portant sur toutes les G réalisées entre juin et septembre 2025.

Résultats : Au cours de l'enquête rétrospective, 14.683 G étaient réalisées par 17 endoscopistes (âge médian 64,0 ans ; IQR 49,9-74,4 ; hommes 52,7%). Sur cette période de 5 ans et 4 mois, un cancer OGD a été diagnostiqué chez 137 patients (âge moyen 70,0 ans, hommes 73,7%). Leur localisation était : œsophage n=57 (41,6%) ; cardia n=30 (21,9%) ; estomac n=42 (30,7%) ; duodénum n=8 (5,8%). Leur type histologique était : adénocarcinome (n=88) ; linite (n=10) ; carcinome épidermoïde (n=30) ; tumeur stromale (n=2) ; tumeur neuro-endocrine (n=2) ; carcinome indifférencié (n=1). Dix patients, soit 7,3 %, avaient bénéficié d'une G négative au service dans les 3 ans qui précédaient le diagnostic (âge moyen 76,3 ans, hommes 60%). La localisation des cancers post G était : œsophage (n=5, tiers supérieur n=3, tiers inférieur n=2), cardia (n=0) ; corps gastrique (n=2) ; duodénum (n=3). Le taux de cancers post G variait de 0% (0/35) pour le cardia à 4,8% (2/42) pour l'estomac et 8,8% (5/57) pour l'œsophage. Leur type histologique était : adénocarcinome (n=7) ; carcinome épidermoïde (n=2) ; carcinome neuro-endocrine (n=1). Quatre cancers étaient de stade 1 ou localisé, 3 localement avancés et 3 métastatiques. Le délai moyen entre G négative et G diagnostique était de 372 jours (médiane 345,5 jours, extrêmes 50 – 1021). Sept opérateurs réalisaient les G négatives : 3 seniors (ancienneté ≥5 ans) pour 2 cas chacun, 1 seul junior pour 1 cas. Six des G négatives étaient réalisées en ambulatoire sans caractère d'urgence et 8 sans sédation. La G négative était normale dans 7 cas, relevait de la surveillance d'un ulcère gastrique considéré comme cicatrisé mais non re-biopsié dans 1 cas, décrivait un estomac opéré selon Polya d'aspect normal sans biopsie de l'anastomose gastro-jéjunale, et relevait d'une surveillance régulière d'un adénome tubulo-villeux en dysplasie de bas grade du bulbe duodénal dont la résection avait été contre-indiquée par un expert universitaire. Les 2 autres cancers duodénaux étaient l'un de D2 précédé d'une CPRE pour calculs, l'autre de D3 précédé d'une G avec mauvaise tolérance rapportée dans le compte-rendu. L'analyse des causes probables faisait évoquer une lésion manquée dans 7 cas, l'absence de biopsie dans 2 cas et un délai préconisé de surveillance trop tardif dans 1 cas. La moitié (5) des cancers OGD post G était considérée comme évitable. Au cours de l'enquête prospective, 830 G étaient réalisées par 10 endoscopistes, 4 seniors et 6 juniors (50 à 115 G par endoscopiste) (âge moyen 59,5 ans ; 49,2% hommes). La G était réalisée sous sédation dans 32,0% des cas. Un naso-gastroscope était utilisé dans 81,4% des G sans sédation. La durée moyenne des G, biopsies comprises, était de 5,7 minutes (médiane 5,3 ; IQR 4,4-6,4)(6,1 avec sédation, 5,6 sans). Elle variait de 4,8 à 7,9 minutes selon l'endoscopiste. Seuls 3 endoscopistes dépassaient la moyenne de 7 minutes. Seules 19,1% des G duraient ≥7 minutes. La proportion de G avec biopsies était de 75,3%, de 62,5% à 89,5% selon l'endoscopiste (médiane 84,0%, 3 endoscopistes <75%).

Conclusion : Cette étude, la 1ère jamais réalisée en France, rapporte une prévalence de 7,3% de cancers OGD post G, pour moitié œsophagiens, sans aucun cardia ni adénocarcinome sur œsophage de Barrett. La moitié d'entre eux était considérée comme évitable. Deux facteurs favorisants étaient relevés : 1) une durée moyenne d'examen inférieure aux 7 minutes recommandées chez la plupart des endoscopistes : le temps d'exploration de l'œsophage est probablement trop court et doit être prolongé ; 2) un taux suboptimal de biopsies chez une minorité d'endoscopistes.

C.094

De la détection à la décision : impact du guidage par recommandations sur les performances de l'intelligence artificielle en endoscopie digestive haute (EDH)

P. Wehbe [(1)], A. Kahwagi [(1)], S. El Helou [(1)], R. Alawieh [(1)], E. Mahfouz [(1)], J. Amara [(1)], K. Honein [(1)], R. Slim [(1)], C. Yaghi [(1)]

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) s'impose progressivement en endoscopie digestive haute (EDH), où elle a démontré son intérêt dans la détection précoce des lésions gastriques et œsophagiennes (1). Toutefois, leur intégration dans le raisonnement clinique et la formulation de recommandations personnalisées n'ont pas encore été évaluées. Les travaux récents suggèrent que les prochaines générations d'IA devraient dépasser le cadre purement visuel pour tendre vers une interprétation contextuelle des résultats endoscopiques, en s'appuyant sur des architectures hybrides combinant vision artificielle et grands modèles de langage (LLMs) capables d'aligner l'analyse sur les recommandations issues des lignes directrices (2). Dans ce contexte, notre étude explore, pour la première fois, la capacité de ChatGPT et DeepSeek à interpréter des rapports d'EDH et à générer des recommandations de suivi ou de traitement avant et après intégration d'un cadre décisionnel standardisé fondé des référentiels internationaux.

Patients et Méthodes : Une étude comparative a été menée sur 95 comptes rendus d'EDH, ainsi que sur des comptes rendus anatomopathologiques, afin d'évaluer les performances d'interprétation de ChatGPT 5.0 et DeepSeek, avant et après application des directives de l'American Gastroenterological Association (AGA), de l'American College of Gastroenterology (ACG), de l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) et de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).
Chaque rapport a été analysé par les deux modèles dans deux conditions indépendantes : sans lignes directrices, puis avec intégration structurée, réalisée dans une session distincte afin d'éviter tout biais contextuel. Les critères principaux étaient la précision et la complétude de l'interprétation. Une notation binaire (1 = correct / 0 = incorrect) a été utilisée. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R en appliquant le test de McNemar avec correction de continuité.Le seuil de signification statistique a été fixé à p<0,05.

Résultats : Avant l'intégration des lignes directrices, les performances des deux modèles étaient similaires, avec une précision identique de 57,9 %, tandis que la complétude atteignait respectivement 41,1 % pour ChatGPT et 46,3 % pour DeepSeek (p < 0,05).Les erreurs récurrentes concernaient un abus de surveillance inappropriée, notamment pour les polypes glandulokystiques sporadiques non dysplasiques et les métaplasies intestinales focales antrales, exposant à un risque potentiel de gestes iatrogènes.
Après intégration des lignes directrices, une amélioration significative des performances a été observée pour les deux modèles(p < 0,001) : ChatGPT atteignait une précision de 97,9 % et une complétude de 95,8 %, tandis que DeepSeek présentait une précision de 81,1 % et une complétude de 72,6 % . ChatGPT demeurait significativement supérieur à DeepSeek sur l'ensemble des paramètres (p < 0,001), et la majorité des erreurs systématiques initiales ont été corrigées après intégration des recommandations.

Conclusion : Sans guidage, les modèles d'IA présentent des limites majeures, avec une tendance à l'abus de surveillance méconnaissant les risques liés aux procédures non indiquées. Les performances initiales comparables de DeepSeek (gratuit) et ChatGPT 5.0 (payant) suggèrent que l'accès commercial ne garantit pas une meilleure fiabilité sans intégration de référentiels validés, d'où le biais généré quand un malade consulte lui-même ses propres résultats. L'ajout de lignes directrices transforme radicalement la précision et la cohérence des résultats, avec une nette supériorité post-guidage de ChatGPT. Cette approche pourrait, à terme, aider les praticiens à standardiser leurs décisions et à renforcer la sécurité et la qualité du parcours endoscopique.

C.095

Impact des conditions d'utilisation de l'intelligence artificielle en coloscopie : analyse prospective en vie réelle du dépistage sur un territoire de santé

J. Bartoletti [(1)], M. Morvan [(1)], R. Arnachellum [(1)], N. David [(1)], M. Canevet [(1)], C. Noel [(1)], J. Jézéquel [(1)], L. Quénéhervé [(1)]

(1) Brest.

Introduction : La prévention de l'adénocarcinome colorectal repose principalement sur la détection et la résection des lésions pré cancéreuses (adénomes et lésions festonnées) lors d'une coloscopie. L'implémentation en endoscopie digestive de solutions d'intelligence artificielle (IA) vise à améliorer les performances de détection. Or dans la littérature, celles-ci dépendent de nombreux facteurs liés au patient, à l'opérateur et au contexte de réalisation. De plus si l'IA semble permettre de réséquer plus de lésions, l'amélioration de la détection pour les lésions significatives est plus discutée. L'objectif principal de ce travail était d'analyser l'impact de l'IA sur la mise en évidence de polypes de 10mm et plus.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée dans un CHU entre janvier et décembre 2024. Les données des coloscopies réalisées dans les centres étaient collectées par les opérateurs à l'aide de questionnaires, l'inclusion de l'examen dans l'étude ainsi que le choix d'utiliser ou non l'IA étaient laissés à la discrétion des opérateurs. Les caractéristiques des patients et des procédures et les indicateurs de qualité ont été recueillis via des questionnaires dédiés. La perception de l'opérateur vis à vis de l'IA était également recueillie. Une analyse des facteurs associés à la résection de polypes ≥10mm a été réalisée après appariement par score de propension sur l'âge, le sexe des patients et l'expérience de l'opérateur après exclusion des lésions connues et des coloscopies pour maladie inflammatoire chronique intestinale.
Le protocole a reçu l'accord du comité d'éthique local.

Résultats : Au total, 547 coloscopies (âge médian 63 ans, 57% d'hommes) dont avec 290 avec IA et 257 sans IA ont été analysées. Les indications des coloscopies différaient significativement entre les groupes avec plus de coloscopies de suivi (32% contre 17%) ou pour test immunologique fécal positif (8% contre 4%) et moins de lésions connues (14% contre 4%) dans le groupe IA par rapport au groupe sans IA (p<0,01).
Les coloscopies avec IA étaient plus souvent réalisées par des endoscopistes expérimentés, le matin, chez des patients en décubitus latéral. Le nombre total de polypes réséqués et la détection de polypes ≥10 mm n'étaient pas différents entres les groupe IA et sans IA. En revanche, les durées totales (20 *vs* 25 min) et de retrait (10 *vs* 13 min, p<0,05) étaient significativement plus courtes avec IA.
Après appariement des patients, le taux de coloscopies réséquant au moins un polype ≥10mm n'était pas significativement différent entre les groupes IA et sans IA pour (20,7 et 20,6%).
En analyse multivariée les facteurs associés à la mise en évidence d'un polype ≥10mm étaient un opérateur assistant ou chef de clinique par rapport à un opérateur interne (OR 0,04 ; p=0,004), l'absence de musique en salle (OR 0,2 ; p=0,013), une coloscopie de dépistage par rapport à une coloscopie pour symptôme (OR 0,08 ; p<0,001) et un temps de retrait allongé (OR 14,7 ; p<0,001). L'utilisation de l'IA n'avait pas d'impact sur la mise en évidence d'un polype ≥10mm.
La perception opérateur des 290 procédures avec IA montrait que 88,3 % des endoscopistes estimaient que l'IA ne faisait ni gagner ni perdre de temps. Les interruptions du système étaient rares (2,1 %). L'IA aurait permis de détecter un polype non vu par l'opérateur dans 5,2 % des cas, et a manqué un polype vu par l'opérateur dans 7,6 %.

Conclusion : Dans cette étude prospective en conditions réelles, l'IA n'améliorait pas les performances de détection des lésions significatives. Les performances restaient surtout conditionnées par des facteurs propres au patient et à l'opérateur. Dans la pratique courante il existe de

nombreux facteurs confondants ce qui diffère des conditions expérimentales très contrôlées des essais randomisés.

Remerciements, financements, autres :
Aucun financement.

C.096

Évaluation de la prise en charge endoscopique des lésions pré-néoplasiques épidermoïdes du canal anal

T. Lambin [(1)], V. Lepilliez [(1)], M.A. Guillaumot [(1)], A. Garros [(1)], P. Artru [(1)], J. Desrame [(1)], B. Napoléon [(1)], S. Leblanc [(1)]
(1) Lyon.

Introduction : Le carcinome épidermoïde (CE) du canal anal, bien que rare, voit son incidence augmenter. Le CE se développe à partir de lésions dysplasiques (AIN 1, 2 et 3) et des condylomes anaux. La destruction des lésions de dysplasie de haut grade est souvent nécessaire. Cependant, les techniques usuelles présentent un risque élevé de récidive et de retentissement fonctionnel. L'endoscopie permet la détection et le traitement des lésions colorectales par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse (DSM) mais son intérêt dans la prise en charge des lésions anales a été peu étudié. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et la sécurité d'une prise en charge endoscopique de lésions pré néoplasiques épidermöides anales.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude monocentrique rétrospective incluant tous les patients ayant eu une résection endoscopique soit par mucosectomie au capuchon soit par DSM d'une lésion épidermoïde anale. Les critères suivants ont été évalués : le taux de lésion résiduelle à l'issue du traitement endoscopique, le taux de résection monobloc, le taux de complication per procédure et dans les 30 jours suivant le geste, le taux de nouvelle lésion pré néoplasique et de CE au cours du suivi.

Résultats : De mai 2015 à novembre 2024, 33 patients ont été inclus. Parmi eux, 26 (78,8%) étaient des femmes. L'âge moyen était de 62,8 (±11,1) ans. Deux (6,1%) patients étaient VIH positifs. Onze (33,3%) patients avaient des antécédents de lésions anales, dont un (3,0%) cas de CE. Le nombre médian de lésions par patient était de 1 (IQR 1 - 2) avec une atteinte multifocale chez 15 (45,5%) patients. Treize (39,4%) patients avaient une atteinte anale atteignant plus d'une hémi circonférence. Sept patients (21,2%) ont eu une dissection sous-muqueuse et 26 (78,2%) une mucosectomie au cap. A l'issue du traitement endoscopique, aucune lésion résiduelle n'était visible chez 31 (93,9%) patients. Des lésions ont été laissés intentionnellement chez les deux patients restants. Les résections étaient monoblocs et macroscopiquement complètes chez 19 (57,6%) patients. Une hémorragie per-procédure était visualisée chez 18 (54,5%) patients et a été traitée par voie endoscopique au cours de la même anesthésie sans récidive ni impact clinique. Un cas de sténose anale est survenu 27 jours après une DSM circonférentielle traitée par 4 dilatations au doigt et une injection de corticoïde. Aucune autre complication n'a été constatée dans les 30 jours suivant les procédures. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,12 (+/- 0,33) jours. Les résultats anatomopathologiques étaient : condylome pour 6 (18,2%), patients, AIN1 pour 8 (24,2%) patients, AIN2 pour 5 (15,2%) patients, AIN3 pour 10 (30,3%) patients, et CE pour 4 (12,1%) patients (deux CE T1 R0 dont un nécessitant de la radiothérapie complémentaire, et deux CE *in situ*). Les données de suivi étaient disponibles pour 29 patients. La durée moyenne de suivi était de 34,4 (+/- 35,7) mois. Sur ces 29 patients, 8 (27,6%) cas de nouvelle lésion pré néoplasique anale (en dehors de la cicatrice de résection) ont été mis en évidence au cours du suivi après une durée moyenne de 4 (+/- 2,1) mois dont 7 ont été traités par endoscopie. Deux (6,9%) cas de récidive sur cicatrice ont été mis en évidence 4 et 13 mois après le traitement. Au cours du suivi, trois (10, 3%) cas de CE ≥ T1 ont été diagnostiqués dont un cas de récidive à un an d'un CE préexistant au traitement endoscopique. Les deux autres cas ont été diagnostiqués à un et 6 ans.

Conclusion : Le traitement endoscopique (mucosectomie ou DSM) des lésions anales prénéoplasiques est une technique sûre et efficace. Il pourrait faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de ces lésions. Une surveillance accrue reste indispensable devant un risque important de nouvelles lésions.

C.097

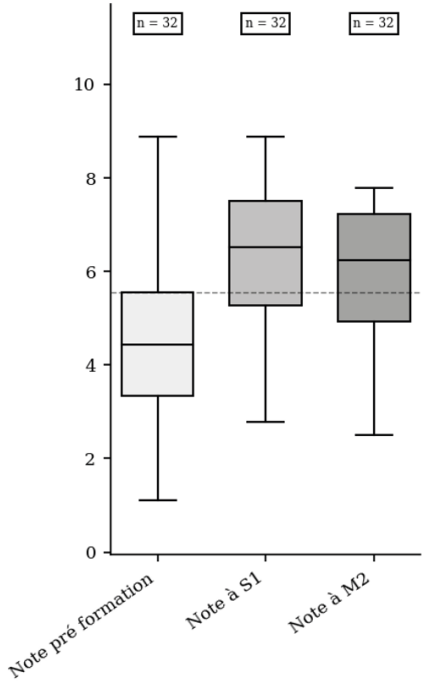
Prévenir les troubles musculo-squelettiques dès l'internat : l'ergonomie en endoscopie à travers la simulation et la pédagogie active

C. Yzet [1], F. Privé [1], R. Rili [1], F. Brazier [1], J.P. Le Mouel [1], M. Fumery [1], F. Telliez [1]

(1) Amiens.

Introduction : Les troubles musculo-squelettiques (TMS) touchent 75% des endoscopistes français. Des recommandations ergonomiques ont été proposées par les sociétés de gastroentérologie américaine et plus récemment par la société française d'endoscopie digestive (SFED). La connaissance et la formation en ergonomie endoscopique peuvent constituer des mesures préventives efficaces. L'objectif de cette étude était de développer et d'évaluer un programme dédié à l'ergonomie en endoscopie à destination des internes d'hépato-gastroentérologie français à l'aide d'une pédagogie active basée sur la simulation.

Matériels et Méthodes : Dans le cadre des journées de formation du diplôme universitaire d'hépato-gastroentérologie, un programme spécifique sur l'ergonomie en endoscopie a été élaboré pour les internes. Avant la formation, un questionnaire anonymisé a permis d'évaluer leurs connaissances initiales en ergonomie. Le programme proposait d'associer une pédagogie active et un enseignement théorique. La partie pratique reposait sur un « jeu des 7 erreurs » réalisé dans une salle d'endoscopie simulée : par groupes de dix, les étudiants devaient identifier les erreurs présentes dans l'organisation de la salle. Un débriefing et une démonstration du placement ergonomique approprié ont ensuite été réalisés, suivis d'un cours théorique sur l'ergonomie. À l'issue de la formation, une évaluation des connaissances à une semaine (T1) et à 2 mois (T2) de la formation initiale a été proposée à l'ensemble des participants à l'aide du même questionnaire réalisé en pré-formation.



Résultats : Quatre-vingt-quatre internes de quatre hôpitaux universitaires ont participé à la formation. La majorité des répondants étaient des femmes (64,4 %) dont l'âge médian était de 28 ans (intervalle interquartile [IQR] : 26-29). 16,7 % étaient en première année d'internat d'hépato-gastroentérologie et 41,4 % avaient suivi au moins un semestre dans une unité d'endoscopie. 99% n'avaient jamais reçu de formation ergonomique. Avant la formation, seuls 22,5 % étaient conscients du risque de développer des TMS liés à l'endoscopie. Lors de la simulation active, les erreurs les plus fréquemment remarquées par les étudiants étaient la mauvaise position des pédales d'injection (n = 83/84 ; 98,8 %), la position de l'écran (n = 80/84 ; 95,2 %) et la hauteur du lit du patient (n = 73/84 ; 86,9 %). Les 3 erreurs les moins remarquées concernaient les conditions de l'environnement physique (bruit) (n = 10,5/84 ; 12,5 %), la hauteur de l'écran (n = 10/84 ; 11,9 %) et la position du lit du patient (n = 8/84 ; 9,5 %). 71,4% (60/84) et 45,2% (38/84) ont répondu aux questionnaires à une semaine et 2 mois de la formation. La note médiane avant formation était de 4,4/10 et s'améliorait significativement à T1 et T2 avec respectivement 6,5/10 (p=0,001) et 6,3/10 (p=0.002) (Figure 1). Il n'y avait pas de différence significative sur la note médiane et pré et post formation à S1 entre les internes ayant déjà réalisés un semestre d'endoscopie et ceux ne l'ayant pas réalisé (Table 1). Les mêmes résultats étaient retrouvés lorsqu'on analysait leur avancée dans l'internat (< 2 ans *versus* > 2 années d'internat). 94,2% des internes ont trouvé que la formation avait permis d'améliorer leur connaissance en ergonomie, et 75% d'entre eux se sentaient capable d'appliquer les recommandations d'ergonomie dans leur pratique.

Conclusion : Les internes en hépato-gastroentérologie français ne sont pas sensibilisés au risque de développer des TMS liés à leur activité d'endoscopiste. La formation permet d'améliorer leur connaissance dans le domaine et pourrait à terme contribuer à limiter le risque de développement de pathologie professionnelle.

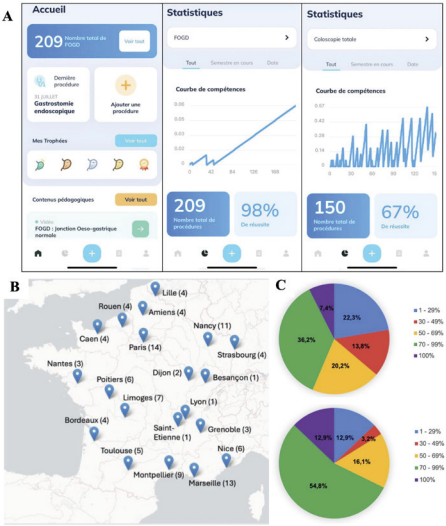
C.098

Évaluation de l'application SPART-App dédiée au recueil des procédures endoscopiques des internes d'hépato-gastro-entérologie

L. Guillo [(1)], A. Debourdeau [(2)], M. Barret [(3)], M. Barthet [(1)], J.M. Gonzalez [(1)]
(1) Marseille ; (2) Nîmes ; (3) Paris.

Introduction : Le suivi de la progression technique des internes en endoscopie est essentiel pour garantir la qualité des soins en hépato-gastro-entérologie. La méthode de courbe d'apprentissage par somme cumulative (LC-CUSUM) permet une évaluation dynamique de l'acquisition des compétences. Lancé en 2022, l'application SPART-App, promue par l'université de Montpellier et soutenue par la SFED, vise à améliorer le recueil des procédures, le suivi des performances et l'accès aux outils pédagogiques (Figure A). Cette étude évalue son utilisation, ses limites et l'impact du LC-CUSUM sur la perception et le suivi de la progression technique des internes en endoscopie.

Patients et Méthodes : Une enquête nationale a été conduite entre mars et juin 2025 auprès des internes français inscrits sur l'application SPART-App. Ils ont été contactés par email via une mailing list extraite de la base de données de l'application. Le questionnaire portait sur l'utilisation de SPART-App, son exhaustivité, les freins rencontrés, les suggestions d'amélioration, ainsi que la perception de la courbe de progression LC-CUSUM intégrée. La participation était volontaire et anonyme.



Résultats : Sur les 307 internes contactés, 102 ont répondu dans 20 villes universitaires (Figure B). La quasi-totalité connaissait l'application (98 %) et 92,2 % déclaraient l'utiliser pour enregistrer leurs procédures endoscopiques. L'exhaustivité du recueil était jugée forte à parfaite chez 43,6 % des utilisateurs, et moyenne à parfaite chez 63,8 % (Figure C). Dans les centres où le recueil était considéré comme obligatoire, ces taux s'élevaient à 67,7 % et 83,9 % respectivement (Figure C). Les principaux freins rapportés étaient l'oubli de saisie (67,7 %), le manque de temps (39,4 %), des dysfonctionnements techniques (34,3 %) et l'absence d'obligation institutionnelle (32,3 %). Parmi les 55 internes ayant proposé des améliorations, les suggestions concernaient majoritairement le fonctionnement hors ligne, l'interface utilisateur et l'enrichissement pédagogique. Enfin, 63,7 % (65/102) utilisaient la fonctionnalité LC-CUSUM pour suivre leur progression technique, et 55,8% (48/86) jugeaient la courbe cohérente avec leur propre perception d'apprentissage.

Conclusion : SPART-App connaît une adoption large et satisfaisante parmi les internes français. Cependant, l'exhaustivité de recueil encore hétérogène, liée à divers freins d'ordre organisationnel, technique et pratique. Cette enquête suggère que l'évaluation LC-CUSUM est pertinente pour suivre la progression technique en endoscopie, offrant un suivi en temps réel des compétences.

C.099

Pancréatites auto-immune associée à la maladie à IgG4 : histoire naturelle et risque de récidive. Une cohorte française

C. Descourvières [1], F. Maire [1], S. Salmeron [1], F.I. Habib [1], L. Laurent [1], N. Muller [1], O. Hentic [1], L. de Mestier [1], V. Rebours [1]
(1) Clichy.

Introduction : La pancréatite auto-immune de type 1 (PAI) est une forme rare de pancréatite qui s'intégre dans le spectre des maladies fibro-inflammatoires associées aux IgG4. L'atteinte pancréatique peut être isolée, ou être associée à l'atteinte d'autres organes (1).
La corticothérapie constitue le traitement de première ligne avec un excellent taux de réponse, cependant les taux de rechute restent importants (2). En cas de cortico- résistance, de rechute précoce, un traitement immunomodulateur se discute (3), néanmoins les pratiques restent variables selon les centres.L'objectif était de décrire l'histoire naturelle de la PAI-1, le risque et les facteurs de risque de récidive.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une cohorte rétrospective unicentrique avec inclusion systématique de tout patient avec PAI-1 selon les critères internationaux de 2001 à 2025. Le critère de jugement principal était la récidive de PAI. Les critères secondaires étaient la réponse aux traitements effectués (ou non), les localisations atteintes, l'incidence du diabète et de l'insuffisance pancréatique exocrine, la fréquence du cancer du pancréas et les facteurs de risque de récidive.

Résultats : 172 patients étaient inclus : 76% étaient des hommes ; 32% fumeurs ; index de masse corporelle médian : 23,8 ; antécédents personnels de cancer 12,7%. L'âge médian au diagnostic était de 58 ans (18-83). Le diagnostic était confirmé sur une accumulation d'arguments : radiologiques (100%), histologiques (56%) et une élévation des IgG4 (>2N). Le taux médian d'IgG4 au diagnostic était de 3,5N (1-26). 119 pts (69%) avaient une atteinte d'organe multiple, de 2 à 6 organes atteints : voies biliaires 77 pts, rein 34 pts, poumons 27 pts, adénopathies 30 pts, glandes salivaires 18 pts. L'atteinte était synchrone pour 90 patients.
L'atteinte pancréatique était pseudo tumorale 37 % ; diffuse avec délobulation de l'ensemble de la glande 38%, halo périphérique 15%, sténoses irrégulières étagées du canal pancréatique principal 39%. Une insuffisance pancréatique, endocrine et exocrine étaient trouvées chez 35 et 38 % des patients respectivement. 2 et 3 pts développaient un adénocarcinome du pancréas et un cholangiocarcinome respectivement.
La durée médiane de suivi était de 49 mois (1-280). 73% des pts ont reçu un traitement initial par corticoïdes au moment du diagnostic. 37% n'avaient pas de traitement avec résolution spontanée des symptômes. L'incidence cumulée de récidive était de 46% (80 pts) sur la période de suivi. Les patients avaient reçu initialement une corticothérapie. Parmi les patients n'ayant pas récidivé (n=69), 1/3 n'avait pas été traité et 2/3 avait reçu une corticothérapie. Le délai médian de récidive était de 8 mois (2-120). Le mode de récidive était une cholangite pour 50 % et une nouvelle atteinte pancréatique pour 25 %, les autres patients développaient une nouvelle atteinte d'organes. En cas de récidive, 40% des pts recevaient une nouvelle corticothérapie, 60% recevaient une thérapie par déplétion lymphocytaire B (antiCD20 ou antiCD19). Le nombre total de cures reçues variait de 1 à 8. Une rémission étaient obtenue chez 81% des patients. Parmi les facteurs de risque de récidive identifiés en analyse uni et multivariée, on notait la nécessité d'une corticothérapie au diagnostic (p>0,001), une atteinte d'organes multiple (p<0,001). L'utilisation de dépléteurs de lymphocytes B diminuait le risque de récidive de façon significative. L'intoxication tabagique et le sexe masculin n'étaient pas des facteurs prédictifs de récidive.

Conclusion : Il s'agit de la plus grande cohorte nationale étudiée de patients avec maladie à IgG4. L'atteinte pancréatique est la première localisation de cette maladie de système. Cette cohorte, dont le point d'entrée est justement l'atteinte digestive permet d'avoir un regard spécifique sur l'histoire naturelle de la maladie et le risque de récidive très important afin d'optimiser les thérapies à proposer aux patients.

C.100

Impact des traitements des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur l'histoire naturelle de la pancréatite auto-immune (PAI) de type II : étude de cohorte multicentrique

L. Imberton [1], A. Cremer [2], J. Kirchgesner [3], J. Bonnet [3], S. Vieujean [4], J.F. Rahier [5], L. Guillo [6], M. Fumery [7], M. Uzzan [8], M. Hupé [9], M. Vidon [8], N. Duveau [10], G. Le Gall [3], S. Nahon [11], P. Rivière [1], F. Maire [12], D. Laharie [1], V. Rebours [12]
(1) Bordeaux ; (2) Bruxelles, BELGIQUE ; (3) Paris ;
(4) Liège, BELGIQUE ; (5) Namur, BELGIQUE ;
(6) Marseille ; (7) Amiens ; (8) Créteil ; (9) Grenoble ;
(10) Roubaix ; (11) Montfermeil ; (12) Clichy.

Introduction : La pancréatite auto-immune de type 2 (PAI-2) est associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dans 30 % des cas. Les données épidémiologiques et histologiques suggèrent une pathogénie commune. L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact des traitements de la MICI sur l'évolution de la PAI-2.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude multicentrique, rétrospective, incluant consécutivement tous les patients ayant un diagnostic de MICI puis un diagnostic de PAI-2 (définie selon les critères ICDC), dans 16 centres français et belges participants, de janvier 2010 à juin 2025. La date d'inclusion correspondait à elle du diagnostic de PAI-2. Le critère d'évaluation de l'effet des traitements de la MICI (immunosuppresseurs, anti-TNF, autre thérapie avancée) sur la PAI-2 était l'efficacité qu'elle soit clinique (définie par la disparition des symptômes pancréatiques : douleurs épigastriques, ictère, stéatorrhée) et/ou radiologique (amélioration voire disparition des anomalies à l'imagerie), ainsi que la survenue d'une rechute (clinique et/ou radiologique) sous traitement.

Résultats : Parmi les 96 patients inclus (48 femmes), l'âge moyen au diagnostic de la MICI était de 30 ± 13 ans et de 34 ± 14 ans pour la PAI-2. La rectocolite hémorragique était le type de MICI le plus fréquent (74%). Le diagnostic de MICI était antérieur à celui de la PAI-2 pour 61 (64 %) patients, et concomitant pour les autres. Neuf patients dont le diagnostic était métachrone n'avaient jamais reçu de traitement pour leur MICI avant le diagnostic de PAI-2.
A l'inclusion, 52 (54 %) patients ont reçu un traitement de la PAI-2. Parmi ces patients, une efficacité clinique était observée chez 2/4 (50 %) sous anti-TNF, 3/4 (75 %) sous immunosuppresseurs conventionnels et 30/35 (86 %) sous corticoïdes. Une efficacité sur les anomalies morphologiques du pancréas était observée chez 2 (50 %) des patients sous anti-TNF, 3 (75 %) sous immunosuppresseurs conventionnels et 22 (63 %) sous corticoïdes.
Avec un suivi moyen de 65 (±43) mois, 35 (36 %) patients ont rechuté de leur PAI-2. Les taux de rechute à 1 et 5 ans étaient de 20 % et 33,7 % respectivement. Le taux de rechute de la PAI était moins élevé chez les patients traités par traitement spécifique (immunosuppresseurs, anti-TNF, védolizumab, risankizumab, ustekinumab et inhibiteur des janus kinases) de la MICI que chez les patients n'en recevant pas (p = 0,05 en analyse univariée). Les patients naïfs de biothérapie n'ont présenté aucune rechute de la PAI-2 après

introduction d'un traitement par anti-TNF. Un seul patient a été traité par rituximab pour un troisième épisode de rechute de la PAI-2 sans bénéfice clinique ni radiologique. Au total, 40 (41,6 %) patients présentaient des complications de la PAI-2 : diabète (7 cas), insuffisance pancréatique exocrine (9 cas) et des anomalies radiologiques pancréatiques (atrophie, calcifications, et canal pancréatique principal irrégulier ; 24 cas).

Conclusion : Dans cette étude de cohorte, la poussée inaugurale de PAI-2 survenue chez des malades atteints de MICI évoluait favorablement dans 62,5 % des cas tant au plan clinique que radiologique. La rechute de la PAI-2 était moins fréquente chez les patients recevant un traitement immunosuppresseur ou une thérapie avancée en traitement de leur MICI.

C.101

Efficacité précoce et durable d'inébilizumab chez les patients atteints d'une maladie associée aux IgG4 : analyses post-hoc de l'étude de phase 3 MITIGATE

N. Schleinitz [(1)], J.H. Stone [(2)], E.L. Culver [(3)], A. Khosroshahi [(4)], W. Zhang [(5)], K. Okazaki [(6)], Y. Tanaka [(7)], M. Löhr [(8)], X. Dong [(9)], B. Hernandez [(9)], S. Cheng [(9)], D. Cimbora [(9)]

(1) Marseille ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Oxford, ROYAUME-UNI ; (4) Atlanta, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Pékin, CHINE ; (6) Osaka, JAPON ; (7) Kitakyūshū, JAPON ; (8) Stockholm, SUÈDE ; (9) Thousand Oaks, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : La maladie associée aux IgG4 (MAG4) est une maladie fibro-inflammatoire systémique progressive, caractérisée par des poussées imprévisibles et récurrentes, entraînant des lésions organiques et une diminution de la qualité de vie. Inébilizumab est un anticorps monoclonal humanisé afucosylé, qui, en ciblant l'antigène CD19, induit une déplétion des cellules B, dont les plasmablastes et certains plasmocytes. MITIGATE (NCT04540497) est une étude de phase III internationale randomisée contrôlée en double aveugle *vs* placebo (PBO) évaluant l'efficacité et la tolérance d'inébilizumab dans le traitement de la MAG4. Les objectifs de ces analyses post-hoc sont d'évaluer le délai d'apparition et la durée d'efficacité d'inébilizumab dans l'étude MITIGATE.

Matériels et Méthodes : Les premiers résultats de l'étude MITIGATE ont déjà été rapportés (Stone et al., 2024). Le critère d'évaluation principal (délai avant la première poussée de MAG4 confirmée par le comité d'adjudication (CA) et traitée par l'investigateur sur la période contrôlée randomisée (randomized clinical period - RCP) de 52 semaines (S52) et tous les principaux critères secondaires (taux annuel de poussées pendant la RCP et proportions de patients obtenant une rémission complète sans poussée, sans traitement ou une rémission complète sans corticostéroïdes (CS) à S52) ont été atteints. Les patients ayant terminé la RCP avaient la possibilité, sous réserve d'éligibilité, de participer à une phase d'extension en ouvert (open label period - OLP) optionnelle de 3 ans, durant laquelle tous reçoivent inébilizumab. Des analyses post-hoc ont été réalisées pour évaluer le délai d'apparition de l'efficacité pendant la RCP et explorer le bénéfice d'inébilizumab pendant l'OLP.

Résultats : 135 patients ont été randomisés et ont reçu au moins une dose d'inébilizumab (n=68) ou PBO (n=67) au cours de la RCP. Une réduction du risque de poussée de MAG4 a été observée dès le 91e jour de l'étude dans le groupe inébilizumab *vs* le groupe PBO (HR 0,08 ; IC à 95% : 0,01, 0,60 ; p nominal=0,0143). Cette efficacité s'est maintenue jusqu'à la fin de la RCP. Une différence dans la proportion de patients ayant présenté une poussée de MAG4 confirmée par le CA et traitée par l'investigateur a également été observée au 91e jour de la RCP (odds ratio 0,07 ; IC à 95 % : 0,01, 0,54 ; p nominal= 0,011), qui s'est maintenue lors des suivis ultérieurs sur la RCP. Une rémission sans poussée sans CS a été obtenue à S26 chez une proportion plus élevée de patients inébilizumab *vs* PBO (odds ratio 6,14 ; p nominal =0,0003).
Au moment de l'analyse primaire de l'OLP, 90 patients avaient reçu inébilizumab (44 du bras PBO et 46 du bras inébilizumab). L'exposition à inébilizumab pendant l'OLP variait de 90 à 688 jours et les patients avaient reçu 1 à 5 administrations d'inébilizumab. Le taux annuel de poussées moyen pour les patients recevant pour la 1ère fois inébilizumab pendant l'OLP était de 0,07, similaire au taux du groupe inébilizumab de la RCP. Aucun patient traité par inébilizumab pendant la RCP et ayant continué avec inébilizumab en ouvert n'a présenté de poussée sur cette même période. Parmi les 11 patients sous inébilizumab ayant obtenu une rémission complète sans poussée sans CS à S52 de la RCP et ayant continué avec inébilizumab en ouvert, 100% maintenait une rémission complète sans poussée sans CS à S52 de l'OLP. De plus, seul un patient poursuivant le traitement par inébilizumab en ouvert a eu besoin d'un traitement sous CS pour contrôler la maladie durant l'OLP.

Conclusion : L'analyse des données de l'étude MITIGATE a mis en avant que le traitement par inébilizumab apporte un bénéfice dès 91 jours après le début du traitement, bénéfice maintenu au cours de la deuxième année de traitement chez les patients avec une MAG4.

C.102

Paysage transcriptomique et immunitaire des TIPMP : mise en évidence de profils de progression spécifiques aux sous-types histologiques

L. Aguilera Munoz [(1)], C. Pignolet [(1)], A. Issad [(1)], T. Bourega [(1)], A. Beaufils [(1)], L. Bourlet [(1)], N. Colnot [(1)], M. Albuquerque [(1)], C. Haumaitre [(2)], A. Couvelard [(2)], V. Rebours [(1)], R. Nicolle [(2)], J. Cros [(1)]

(1) Clichy ; (2) Paris.

Introduction : Les tumeurs intracanalaires papillaires mucineuses du pancréas (TIPMP) représentent l'un des principaux précurseurs de l'adénocarcinome canalaire pancréatique, caractérisées par une remarquable hétérogénéité morphologique et spatiale. Cette hétérogénéité phénotypique se reflète dans le pronostic des TIPMP : les sous-types histologiques gastriques sont le plus souvent des canaux secondaires et de bas grade. À ce jour, aucun biomarqueur ne permet de prédire quelles lésions évolueront, ce qui complexifie la stratégie de surveillance clinique. L'infiltration de cellules immunitaires et de fibroblastes dans le microenvironnement tumoral (MET) pourrait jouer un rôle dans cette hétérogénéité phénotypique. L'objectif de cette étude était de décrire l'hétérogénéité moléculaire des TIPMP au niveau transcriptomique ainsi que leur MET.

Matériels et Méthodes : Toutes les lames histologiques de 135 résections chirurgicales pancréatiques pour TIPMP (2013–2023) ont été revues afin de sélectionner des régions d'intérêt morphologique (ROI) selon le sous-type et le grade de dysplasie. Un total de 420 ROI morphologiquement homogènes ont été microdissequées pour séquençage ARN et 22 ROI des lésions mixtes pour séquençage ADN. Par ailleurs, 127 régions adjacentes aux TIPMP ont été annotées pour immunohistochimie afin de quantifier l'infiltration immunitaire et fibroblastique. L'index de prolifération a été évalué sur toutes les microdissections par immunomarquage Ki67.

Résultats : Parmi les 135 résections, 49 (36 %) étaient purement gastriques, 54 (40 %) intestinales, 6 (4 %) pancréatobiliaires (PB) et 26 (19 %) présentaient un sous-type mixte (2 ou 3 sous-type différents dans le même prélèvement). Sur les 420 microdissections, 181 étaient gastriques (22 % haut grade), 195 intestinales (40 % haut grade) et 44 PB (toutes haut grade). L'analyse non supervisée a montré un chevauchement important entre les sous-types gastriques et PB, contrastant avec les TIPMP intestinales. Les échantillons de sous-type mixte avaient tendance à se regrouper indépendamment, et 8 sur 22 partageaient une origine clonale commune. Dans les lésions non intestinales, les haut grades formaient deux groupes distincts : l'un uniquement gastrique et l'autre regroupant gastrique et PB. Dans les TIPMP intestinales, les haut grades se regroupaient mal, suggérant un continuum biologique. En effet, les gènes surexprimés dans les échantillons intestinaux étaient enrichis en voies liées à la prolifération cellulaire, et l'index Ki67 était significativement plus élevé dans les sous-types intestinaux (moyenne 24 % ± 16) que dans les gastriques (moyenne 6 % ± 6,4 ; $p < 0,0001$). À l'inverse, les gènes surexprimés dans les échantillons gastriques étaient enrichis en voies de réponse immunitaire. L'infiltration de lymphocytes T CD4 et CD8 dans le TME était significativement plus importante dans les sous-types gastriques et PB comparés aux intestinaux, indépendamment du grade de dysplasie. Toutefois, les échantillons PB présentaient une infiltration significativement plus élevée de fibroblastes actifs, de lymphocytes T régulateurs, de macrophages m^2 et de polynucléaires neutrophiles par rapport aux sous-types gastriques et intestinaux.

Conclusion : Nos résultats mettent en évidence l'hétérogénéité transcriptomique et du MET des TIPMP, avec des programmes moléculaires et des paysages immunitaires distincts selon le sous-type histologique. Alors que les TIPMP intestinales se caractérisent par un profil prolifératif et immunologiquement « froid » quel que soit le grade, les TIPMP gastriques et PB présentent une forte infiltration immunitaire, les PB étant enrichis en populations immunosuppressives. Ces observations suggèrent que la composition du MET pourrait contribuer au potentiel évolutif différentiel des sous-types de TIPMP et fournir une base pour le développement de biomarqueurs phénotype-spécifiques et de stratégies d'interception ciblées.

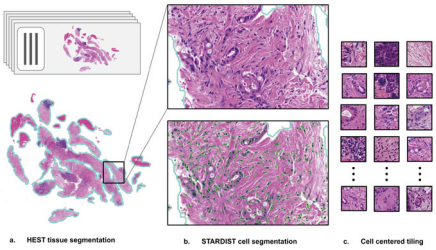
C.103

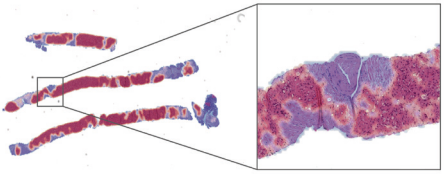
Développement et validation d'une nouvelle approche d'analyse "single cell" par intelligence artificielle, appliquée au diagnostic d'adénocarcinome pancréatique sur biopsies numérisées

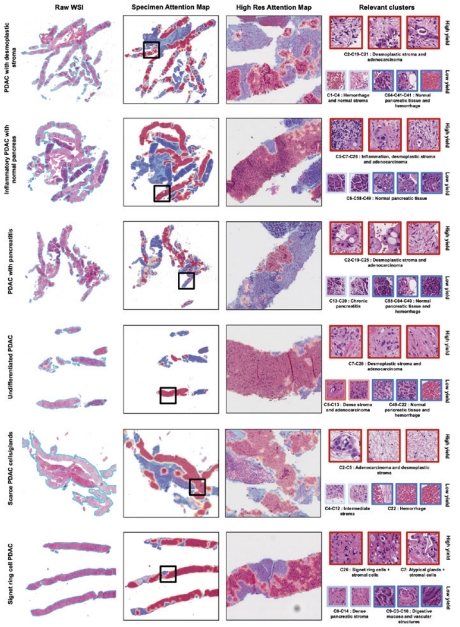
M. Pelloux [1], A. Khellaf [2], O. Nguyen [2], S. Lang Huang [2], M. Batardière [2], M.H. Laverrière [1], Q.H. Trinh [2], S. Valmary-Degano [1]
(1) Grenoble ; (2) Montréal, CANADA.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur, notamment sur prélèvements biopsiques de petite taille ou pauvres en matériel cellulaire, générant notamment une variabilité inter-observateur pouvant impacter la prise en charge. Face à ces enjeux, la pathologie numérique et l'apport de l'intelligence artificielle (IA) offrent des perspectives prometteuses. Ce travail vise à développer et évaluer une nouvelle approche d'IA non supervisée, basée sur l'analyse morphologique à l'échelle cellulaire, pour améliorer la performance de la reproductibilité du diagnostic de l'adénocarcinome pancréatique.

Matériels et Méthodes : Un pipeline d'analyse entièrement automatisé a été développé et appliqué à une cohorte de 300 biopsies pancréatiques (200 avec adénocarcinome, 100 non cancéreuses). Après une première étape de segmentation tissulaire, chaque cellule à été identifiée (environ 27 millions de cellules au total). Une tuile de 224x224 pixels centrée sur chaque cellule a ensuite été extraite afin de capturer son micro-environnement immédiat. Un modèle de fondation (UNI2-h) a ensuite été utilisé pour convertir chaque tuile en un vecteur de caractéristiques morphologiques de 1536 dimensions. L'intégralité des 27 millions de vecteur a ensuite été groupée par clustering non supervisé afin d'extraire des clusters morphologiques distincts, sans annotation préalable. Ces clusters ont ensuite été utilisés pour entraîner un modèle multivarié pour prédire le diagnostic à partir d'une lame donnée. Des analyses d'interprétabilité ont ensuite été réalisées sur les clusters et leur contribution diagnostique.







Résultats : L'analyse a identifié plus de 50 clusters morphologiques distincts et reproductibles : 27 d'entre eux étaient hautement associés au diagnostic (OR >3 et p<0.05 après correction). Une validation par pathologistes a confirmé la pertinence et l'homogénéité des entités histologiques associées à chaque cluster (glandes tumorales, stroma desmoplasique, nécrose, parenchyme acinaire normal, îlots de Langerhans…). Le modèle prédictif multivarié a montré des performances diagnostiques excellentes (AUC 0.974 ± 0.020) après validation croisée. Le rappel élevé (0.972) indique une forte sensibilité du modèle et un très faible taux de faux négatifs. L'analyse d'interprétabilité a permis d'évaluer les clusters, leur contribution diagnostique en contexte multivarié sous la forme de scores d'impact diagnostic, qui ont été utilisés pour générer des cartes d'attention du modèle, mettant en évidence les régions tissulaires ayant le plus influencé la décision du modèle. Ces zones d'intérêt coïncident avec les foyers tumoraux identifiés et utilisés en pratique par les pathologistes experts.

Conclusion : Notre approche "single-cell" non supervisée identifie des patrons morphologiques hautement prédictifs du diagnostic d'adénocarcinome pancréatique, avec des performances excellentes comparables aux meilleurs modèles actuels. Au-delà de ces performances, notre méthode présente plusieurs avantages décisifs. Premièrement, elle offre une interprétabilité complète par l'intermédiaire d'une visualisation directe du contenu des clusters et via des cartes d'attentions superposables aux lames, permettant au pathologiste de décortiquer le raisonnement de l'algorithme. Ceci constitue amélioration considérable par rapport aux systèmes opaques actuellement commercialisés. Deuxièmement, elle ne nécessite aucun entraînement supervisé et obtient les performances citées avec un faible volume de données, conférant une grande flexibilité au modèle qui pourrait être appliqué à n'importe quelle autre question diagnostique dichotomique ou quantitative. En pratique cet outil pourrait : (1) réaliser un pré screening automatisé orientant vers les zones diagnostiques clés; (2) réduire la variabilité inter-observateur; (3) guider les analyses moléculaires et de transcriptomique complémentaires. Des travaux sont en cours pour étendre cette approche à la prédiction pronostique et à la sélection thérapeutique personnalisée. Une validation multicentrique est en préparation.

C.104

Influence du délai d'accès au drainage endoscopique et des déterminants sociaux de santé sur le pronostic des patients porteurs d'une tumeur du carrefour bilio-pancreatique diagnostiquée sur ictère : une étude multicentrique rétrospective

B. Dupont [1], O. Dejardin [1], W. Kam [1], L. Launay [1], L. Mosquet [1], R. Gloro [1], V. Bouvier [1], M.A. Piquet [1], A. Alves [1]

(1) Caen.

Introduction : L'ictère peut représenter jusqu'à 80% des modes de découverte des tumeurs du carrefour bilio-pancréatique. A l'exception des tumeurs résécables d'emblée sans angiocholite associée, il impose dans la grande majorité des cas un drainage endoscopique préalable à toute prise en charge thérapeutique carcinologique. La littérature récente semble montrer que le délai de prise en charge influencerait le pronostic global de la maladie. A ce jour, les déterminants cliniques ou non-cliniques qui influencent le délai de drainage endoscopique chez les patients ictériques et potentiellement la suite de la prise en charge carcinologique sont méconnus. L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact des déterminants cliniques et non cliniques (socio-économiques et territoriaux) sur le délai d'accès à la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et la survie à 1 an des patients porteurs d'une néoplasie du carrefour bilio-digestif diagnostiquée sur ictère.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique compilant l'intégralité des CPRE réalisées entre janvier 2010 et décembre 2020 pour ictère révélant une néoplasie du carrefour bilio-pancréatique dans les 3 centres (publiques et privés) réalisant cet acte dans notre département. Parmi les 5555 actes de CPRE réalisés sur la période, nous avons isolés les 594 CPRE réalisées pour cette indication. Ont été collectés les données clinico-biologiques et radiologiques nécessaires au diagnostic de tumeur du carrefour bilio-pancréatique et à l'évaluation de la sévérité clinique intitale. L'European Deprivation Index 2017 (EDI) et l'indice SCALe ont été utilisés pour évaluer respectivement la déprivation matérielle et l'accès aux soins primaires des patients. Le temps de trajet et la distance au centre de drainage ont également été étudiés. Le délai de réalisation de la CPRE était défini par le temps séparant la date de la première imagerie permettant d'évoquer le diagnostic de néoplasie et la date de CPRE. Les déterminants associés au délai de CPRE (avant ou après 72h) ont été étudiés par régression logistique. La survie à 1 an a été étudiée par Kaplan-Meier et les facteurs indépendamment associés à cette survie par analyse de Cox.

Résultats : Un total de 594 CPRE ont été réalisées pour ictère sur néoplasie du carrefour bilio-pancréatique, avec un délai médian de drainage de 9 jours [IQR : 4-16]. L'âge médian de la population était de 74 ans [65-83] sans différence hommes/femmes. La maladie était non métastatique au diagnostic dans 72,7% (432/594) des cas. Le taux de bilirubine moyen au diagnostic était de 244 (+/-166) µmol/L. Le temps de trajet médian jusqu'au centre de drainage était de 35 min [14-63].
La médiane de survie globale après CPRE était de 7,5 mois. À un an, 65% de la population était décédée. La CPRE précoce (≤ 3 jours) était associée à une amélioration de la survie dans l'analyse univariée (HR = 0,66 ; IC95% [0,45-0,96]), mais pas dans le modèle multivarié. Seul le taux de bilirubine totale (OR = 2,24 ; IC95% [1,18–4,23]) et le temps de prothrombine (OR = 1,02 ; IC95% [1,01–1,04]) influençaient le délai de CPRE. En analyse multivariée, l'angiocholite aiguë (HR = 1,51 ; IC95 % [1,03-2,22]), l'âge au diagnostic (HR = 1,03 ; IC95% [1,01-1,04]), la maladie métastatique (HR = 1,76 ; IC95% [1,21-2,57]) et le succès technique de la CPRE (HR = 0,59 ; IC95% [0,42-0,83]) étaient associés à la mortalité à un an. Aucun des déterminants sociaux ou territoriaux étudiés n'avaient d'impact sur le délai de CPRE ou sur la survie globale à 1 an des patients.

Conclusion : Le pronostic des patients atteints d'un cancer péri-ampullaire diagnostiqué sur ictère est principalement influencé par des facteurs cliniques traditionnels tels que l'âge, le stade carcinologique ou la survenue d'une angiocholite aiguë. Le délai de drainage biliaire endoscopique comme les déterminants sociaux ou géographiques de santé ne semble pas avoir d'impact sur la survie globale. Le succès technique de la CPRE est associé un meilleur pronostic, ce qui suggère que l'organisation des soins devrait viser à améliorer la performance des centres pratiquant la CPRE.

C.105

Efficacité et sécurité de la chirurgie pancréatique antalgique chez les patients atteints de pancréatite chronique génétique

P. Le Gars [(1)], C. Pastier [(1)], S. Salmeron [(2)], F.I. Habib [(2)], L. Laurent [(2)], F. Maire [(2)], M. Dioguardi Burgio [(2)], M. Ronot [(2)], B. Aussilhou [(2)], A. Sauvanet [(2)], S. Dokmak [(2)], V. Rebours [(2)]

(1) Paris ; (2) Clichy.

Introduction : La pancréatite chronique (PC) d'origine génétique est une maladie rare se manifestant dès un âge jeune (enfance ou adolescence) par des douleurs abdominales sévères et invalidantes, parfois chroniques. La prise en charge de la douleur est une véritable priorité car elle peut être source d'hospitalisations répétées, d'invalidité, de déscolarisation voire de toxicomanie. Parmi toutes les options thérapeutiques, la chirurgie de dérivation pancréatique (avec ou sans résection parenchymateuse) est une option reconnue cependant son efficacité n'a pas été évaluée dans cette population spécifique. L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'efficacité de la chirurgie pancréatique à visée antalgique dans une cohorte homogène de patients atteints de PC d'origine génétique. Les objectifs secondaires étaient l'analyse des complications chirurgicales et des facteurs prédictifs de succès.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive, monocentrique et rétrospective au sein d'un centre tertiaire, référent en maladie pancréatique. La période d'inclusion était de 2000 à 2024. Les critères d'inclusion étaient : 1/ patients atteints de PC d'origine génétique, 2/ chirurgie pancréatique à visée antalgique (dérivation wirsungo-jéjunale, intervention de Frey, DPC). Le critère de jugement principal était le succès chirurgical, défini par l'arrêt de la prise d'antalgiques et la disparition des douleurs à un an de la chirurgie et à la date des dernières nouvelles.

Résultats : Trente-deux patients ont été inclus : âge médian à la chirurgie, 29 ans ; 53% étaient des femmes.
Les gènes mutés en cause étaient : SPINK1 12 pts (41%), PRSS1 10 pts (34%), CFTR 5 pts (17%), CTRC et TRPV6 1 pt (3%). 9 (31%) avaient des mutations multiples.
A la chirurgie, 6 patients (19%) étaient diabétiques et 14 (44%) avaient une insuffisance exocrine.
Par définition, tous les patients étaient douloureux : 16 pts (55%) de façon continue et 13 pts (45%) par poussée. 14 patients (58%) avaient recours à des antalgiques tous les jours. 95% consommaient des opioïdes. 19 pts (76%) étaient en arrêt maladie prolongé. La moitié des patients avait eu un traitement endoscopique au préalable (deux procédures en médiane).
L'analyse de l'efficacité a porté sur 27 patients disposant d'un suivi d'au moins un an. A un an, la chirurgie était considérée comme un succès chez 76.5%, c'est à dire l'arrêt de la prise d'antalgique et la disparition des douleurs. A la date des dernières nouvelles, d'une durée médiane de 4,7 ans, un succès chirurgical a été observé chez 77,8 % (21/27) des patients. La mortalité était nulle et le taux de complications sévères (Clavien-Dindo ≥ III) était de 12 %. Sur le plan fonctionnel, la chirurgie a permis une amélioration socio-professionnelle majeure, avec une baisse du taux d'arrêt de travail prolongé de 76 % à 17 %. Les antécédents de toxicomanie et l'absence de calcifications dans le canal pancréatique principal semblaient associés à un risque d'échec de la chirurgie.

Conclusion : Nous rapportons ici les résultats d'une cohorte homogène de patients jeunes souffrant de PC génétique pour lesquels la chirurgie pancréatique à visée antalgique semble être un traitement sûr et efficace. Cette étude est la première à rapporter des résultats dans cette population spécifique. La chirurgie apparait comme une méthode de choix pour ces patients du fait de son caractère peu comorbide et de l'intérêt déjà démontré d'intervenir avant que les douleurs ne se pérennisent. Par ailleurs, ce travail présente une alternative à la chirurgie radicale (pancréatectomie totale) proposée par certaines équipes nord-américaines.

C.106

Au-delà de la chirurgie : complications au long cours après duodénopancréatectomie céphalique. Étude multicentrique PANDORA

L. Piton [(1)], A. Sauvanet [(2)], S. Dokmak [(2)], M. Camus-Duboc [(1)], F. Paye [(1)], J.B. Bachet [(1)], S. Gaujoux [(1)], A. Becq [(3)], R. Brustia [(3)], C. Gallois [(1)], E. Ragot [(1)], M. Barret [(1)], U. Marchese [(1)], A. Meyer [(4)], L. de Mestier [(2)], P. Lévy [(5)], V. Rebours [(2)], D. Lorenzo [(5)]

(1) Paris ; (2) Clichy ; (3) Créteil ; (4) Le Kremlin-Bicêtre ; (5) Marseille.

Introduction : Avec l'augmentation des duodénopancréatectomies céphaliques (DPC) pour indications bénignes, la population de survivants à long terme s'élargit, rendant cette situation de plus en plus fréquente. Les complications de la duodénopancréatectomie céphalique (DPC) (insuffisance pancréatique exocrine [IPE], diabète de novo, angiocholite, diarrhée, autres symptômes digestifs) sont moins bien connues à long terme (> 10 ans) qu'à court terme. Les objectifs de cette étude étaient de cartographier les complications à long terme des DPC pour guider la prise en charge au long cours des patients.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude ambispective multicentrique incluant des adultes opérés par DPC depuis plus de 10 ans. Les données étaient recueillies prospectivement au cours d'une consultation dédiée ou via le dossier patient pour les autres. Le critère de jugement principal était la fréquence des complications plus de 10 ans après la DPC. Les critères de jugement secondaire étaient l'identification des facteurs associés à ces complications.

Résultats : Ont été inclus 210 patients (52 % d'hommes ; âge lors de la DPC 54±12,9 ans ; suivi médian 14,8 ans post DPC). Les indications de DPC étaient des tumeurs malignes (51% dont 19 % de TNE) et des lésions bénignes (40%) +/- à potentiel de dégénérescence (dont 31 % de TIPMP). L'IPE concernait 160 patients (78%) et était associée à la prise d'IPP au long cours (p<0,0001), les douleurs abdominales régulières (p<0,0001) et la diarrhée (p<0,0001). A noter que 55% des patients prenant correctement les extraits pancréatiques et des IPP présentaient une diarrhée chronique.
Le diabète concernait 97 patients (48 %), dont 13 préexistants (6 %) et 39 insulinorequérants (19 %). Il survenait après un délai médian de 53 mois [5–108] post DPC, avec pour facteurs de risque le sexe masculin (OR 2,5 ; IC95 [1,2 ; 4,9] ; p=0,011), l'âge > 50 ans à la DPC (OR 2,4 ; IC95 [1,1 ; 5,0] ; p=0,024) et la prise prolongée d'IPP (OR 4,7 ; IC95 [2,0 ; 10,7] ; p<0,001).
Une angiocholite est survenue chez 49 patients (25 %), traitée par endoscopie (dilatation de l'anastomose +/- extraction de calculs) dans 20 % des cas ou par antibiothérapie seule (angiocholite de reflux) dans 80 %, avec un délai moyen de 9,5±4,5 ans. Ces patients avaient des douleurs abdominales chroniques comme facteur indépendamment associé (p<0,0001).
Une pancréatite aiguë par sténose anastomotique est survenue chez 18 patients (9 %), dont 5 ont nécessité une reprise chirurgicale.
Soixante-et-onze patients (38 %) ont présenté au moins un épisode d'anémie par carence martiale. La prise d'IPP au long cours étaient fortement associée à la carence martiale (p<0,001).
Les symptômes digestifs comprenaient des douleurs abdominales chroniques chez 125 patients (60 %, dont 23 % quotidiennes), des nausées régulières chez 39 (19 %) et un RGO régulier chez 84 (41 %).

Conclusion : Après un suivi médian de 15 ans, les complications tardives après DPC sont fréquentes, dominées par l'IPE, le diabète, l'angiocholite et les troubles digestifs chroniques. Ces résultats soulignent la nécessité d'un suivi spécialisé prolongé, en particulier chez les patients opérés pour maladie bénigne.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les équipes participantes ainsi que les ARCs.
Nous remercions également la SNFGE (travail financé par la bourse COMAD).

JFHOD

JFHOD.COM

Samedi

21 MARS

C.107

Lichen plan œsophagien : première série française rétrospective

G. Velut [1], A. Kayal [2], M.H. Tessier [2], J.C. Fricain [3], E. Vigarios [4], V. Seta [1], C. Isnard [1], C. Husson [1], C. Le Roux [1], A. Du Thanh [5], C. Girard [5], E. Coron [2], M. Le Moigne [2]

(1) Paris ; (2) Nantes ; (3) Bordeaux ; (4) Toulouse ; (5) Montpellier.

Introduction : Le lichen plan est une maladie cutanéomuqueuse chronique inflammatoire, d'étiologie inconnue. L'atteinte œsophagienne est rare, mais probablement sous diagnostiquée. L'objectif de notre étude était de définir les caractéristiques cliniques, endoscopiques, histologiques et le profil évolutif du lichen plan œsophagien (LPOe).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique. Un questionnaire de recueil standardisé a été envoyé à tous les membres du GEMUB (Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale), en septembre 2022. Ont été inclus les patients suivis en consultation de muqueuse avec un diagnostic de LPOe, confirmé en fibroscopie et en histologie.

Résultats : Vingt-huit patients ont été inclus, dont 26 femmes (93 %), d'âge médian 62 ans [extrêmes 34 à 88]. Tous avaient un lichen oral associé. Vingt-deux femmes (sur 26) avaient également un lichen vulvaire, dont 11 un syndrome vulvo-vagino-gingival. Tous les patients présentaient des symptômes œsophagiens (dysphagie ou odynophagie) au moment du diagnostic. Les fibroscopies objectivaient une atteinte localisée au segment proximal chez 63% des patients (n=12/19) et du segment moyen chez 21 % des patients (n= 4/19). Les signes endoscopiques initiaux les plus fréquents étaient un décollement muqueux œsophagien (n= 11/17, 65%) et /ou une sténose œsophagienne (n= 9/17, 53%). Les signes histologiques sur les biopsies initiales étaient : des kératinocytes apoptiques (n=7), un détachement épithélial (n=4), une œsophagite lymphocytaire (n=4) ou non spécifique (n=4), et une parakératose (n=4). Les patients ont été traités par corticothérapie locale ou générale ou par immunosuppresseurs et dilatations œsophagiennes en cas de sténose.

Onze patients (39%) ont développé une sténose œsophagienne, dans un délai de 10,5 ans (durée médiane) après le diagnostic du LPOe. Sept patients ont développé une transformation néoplasique, 7 ans [médiane, extrêmes :0 à 20] après le diagnostic du LPOe : 5 carcinomes épidermoïdes, dont 1 verruqueux et 2 dysplasies, tous sur le segment proximal.

Conclusion : Le LPOe est mal connu par des dermatologues et les gastroentérologues, mais ne doit pas être sous-estimé, en raison du haut risque de transformation. Une surveillance endoscopique est primordiale, mais peut être difficile en raison des sténoses.

C.108

Quelle myotomie dans la prise en charge de la gastroparésie réfractaire par pylorotomie endoscopique (G-POEM) : simple ? double ? ou résection ?

W. Djellouli [1], A. Debourdeau [2], M. Barthet [1], V. Vitton [1], J.M. Gonzalez [1]

(1) Marseille ; (2) Nîmes.

Introduction : La pylorotomie endoscopique (G-POEM) est une technique récente qui a déjà prouvé son efficacité dans la prise en charge de la gastroparésie réfractaire au traitement médical. Cependant, la réalisation du geste diffère d'un centre à l'autre, notamment en ce qui concerne la réalisation d'une myotomie simple, double ou encore d'une myectomie. De plus, il n'y pas d'étude ayant comparé à ce jour les différentes techniques en termes d'efficacité mais surtout de récidive.
L'objectif de cette étude multicentrique est de comparer ces différentes méthodes afin de mieux standardiser sa réalisation en faveur de celle qui serait la plus efficace.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective réalisée dans deux centre experts en France incluant des patients traités par G-POEM pour gastroparésie réfractaire entre septembre 2015 et avril 2025, avec une comparaison de 3 techniques de myotomie myotomie simple (MS), double (MD), ou myectomie à l'anse (MC).
L'objectif principal était l'évaluation du succès clinique selon les techniques utilisées, défini par une diminution du score GCSI (Gastroparesis Cardinal Symptom Index) d'un point associé à une diminution de 50% de l'un des trois sous-scores à 6 mois.
Les objectifs secondaires comprenaient le succès clinique à 12 et 24 mois, l'amélioration du stade de sévérité de la gastroparésie évaluée par scintigraphie de vidange gastrique, le taux de récidive symptomatique, et les évènements indésirables, dans chaque groupe.

Résultats : Un total de 122 patients a été inclus, dont 31(25,4%) traités par myotomie simple (MS), 73 (59,8%) par myotomie double (MD) et 18 (14,8%) par myectomie (MC). Les groupes était comparables en termes de démographie, d'étiologie et de sévérité de maladie (GCSI pré-opératoires)
Le succès clinique à 6 mois n'a pas été significativement différent dans les 3 groupes, malgré une tendance en faveur de la myectomie : 46% pour MS, 50% pour MD et 77% pour MC. Cependant, le GCSI moyen était significativement plus élevé dans le groupe MS (2.28 ± 1.14) comparé aux autres groupes (1.79 ± 1.12 pour MD et 1.46 ± 0.872 ; p<0,026).
Point important, le taux de récidive (non évalué dans le groupe MC) était significativement plus élevé dans le groupe MS où il était à 71% contre 12% dans le groupe MD (p<0,005).
L'amélioration de la vidange gastrique, d'au moins 1 grade de sévérité scintigraphique, a été similaire dans les 3 groupes comprise entre 40 et 66%.
Le taux de complications, enfin, n'était pas différent dans les 3 groupes, compris entre 0,5 et 5%, majoritairement minimes à modérées.

Conclusion : Le G-POEM reste une technique efficace et sûre pour la prise en charge de la gastroparésie réfractaire. Aucune différence significative de succès clinique n'a été observée entre les trois approches de myotomie, mais la myectomie tend à offrir de meilleurs résultats symptomatiques à 6 mois. La myotomie double semble réduire de manière importante le risque de récidive par rapport à la myotomie simple, sans augmentation du taux de complications.

C.109

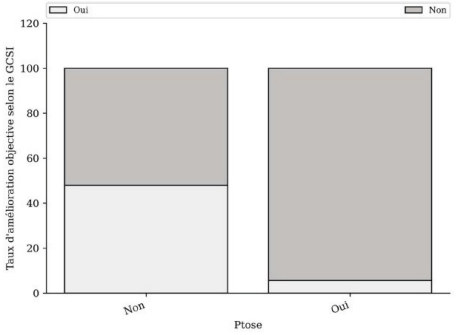
La ptose gastrique est-elle un facteur prédictif de la réponse aux traitements endoscopiques de la gastroparésie ?

C. Semenou [(1)], J.M. Gonzalez [(1)], P. Onana [(2)], K. Chaumoitre [(1)], S. Gonzalez [(1)], M. Barthet [(1)], V. Vitton [(1)]
(1) Marseille ; (2) Nice.

Introduction : En cas d'échec des traitements conservateurs, le traitement de la gastroparésie repose sur des stratégies endoscopiques mais les facteurs prédictifs de succès de ces traitements restent mal identifiés. La ptose gastrique est une entité anatomo-clinique dont les liens avec la gastroparésie restent mal connus. L'objectif principal de notre étude a été d'étudier l'influence de la ptose gastrique sur la réponse aux traitements endoscopiques pyloriques chez les patients atteints de gastroparésie clinique.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude rétrospective et monocentrique tous les patients ayant bénéficié d'un traitement endoscopique et d'un TOGD entre septembre 2012 et janvier 2025 étaient éligibles. L'objectif principal était d'évaluer la relation entre la ptose et le succès du traitement (amélioration du GCSI ≥ 1 après 3 mois). Les objectifs secondaires incluaient l'identification d'autres facteurs prédictifs de l'efficacité du traitement.

Ptose gastrique et amélioration objective après 1er traitement endoscopique



Résultats : Quarante-quatre patients d'âge médian 52 ans (36,9-61,4) ont été inclus. La ptose gastrique était significativement associée à un taux de succès inférieur du traitement endoscopique (5,56 % *vs* 48 %, p = 0,003). Parmi les autres critères analysés : une durée d'évolution des symptômes plus longue et la présence d'un trouble moteur œsophagien étaient des facteurs significativement prédictifs d'échec (respectivement p=0,025 et p=0,001), alors que l'étiologie diabétique était associée à un taux de succès supérieur (p=0,019).

Conclusion : Notre étude est la première à identifier la ptose gastrique comme facteur prédictif d'échec des traitements pyloriques de la gastroparésie. L'intégration d'un TOGD dans le cadre du bilan pré-thérapeutique pourrait être particulièrement pertinent avant de proposer un traitement endoscopique pylorique.

C.110

Troubles du comportement alimentaire typiques chez les patients en gastroentérologie : prévalence et facteurs de risque

N. Trad [(1)], N. Mathlouthi [(1)], H. Mbarek [(1)], A. Mensi [(1)], Y. Said [(1)], L. Mouelhi [(1)], S. Ayadi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des pathologies psychiatriques affectant la santé physique et mentale, représentant un enjeu majeur de santé publique en raison de leur impact sur les pathologies chroniques, notamment digestives. Leur prévalence reste mal définie, en Tunisie comme partout dans le monde. L'objectif de notre travail était d'évaluer la prévalence des TCA typiques chez les patients consultant en gastro-entérologie et d'identifier leurs facteurs de risque.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive, menée sur une période allant du 18 novembre 2024 au 14 février 2025. Elle a concerné les patients, pris en charge au service de gastro-entérologie de l'hôpital Charles Nicolle pour une pathologie digestive. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli, incluant le questionnaire SCOFF-F comme outil de dépistage de TCA typiques, ainsi que par un examen clinique, des mesures anthropométriques et une enquête alimentaire.

Résultats : Nous avons inclus 85 patients. L'âge moyen de la population était de 46,28 ± 13,58 ans, avec une prédominance féminine (82,1%).Les patients présentaient une diversité de pathologies digestives, incluant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) (28%), la maladie cœliaque (27%), les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) (26%), la stéatopathie métabolique (13%) et le reflux gastro-œsophagien (RGO) (6%). L'évaluation via le questionnaire SCOFF-F a révélé une prévalence des TCA typiques de 33 %. Parmi les patients ayant un TCA typique, 46% présentaient des TFI, 36% souffraient de MICI, 11% étaient atteints de la maladie cœliaque et 7% présentaient une stéatopathie métabolique. L'analyse univariée a identifié des associations significatives des TCA typiques avec l'activité physique (p=0,036), les antécédents psychologiques (p=0,017), l'anémie (p=0,001), les symptômes digestifs (p=0,019), la pathologie digestive (p=0,004), et les apports nutritionnels en glucides (p=0,026), en fibres (p=0,001), en acides gras mono-insaturés (p=0,036), en magnésium (p=0,021), en phosphore (p=0,038), en sélénium (p=0,019), en vitamine E (p=0,016), en vitamine C (p=0,016), en vitamine B1 (p=0,034) et en vitamine B6 (p=0,008). L'analyse multivariée a identifié neuf facteurs indépendamment associés aux TCA typiques : les antécédents psychologiques, l'anémie, le TCA atypique (sélectivité/évitement alimentaire), les TFI, les MICI, l'excès de l'apport en glucides, l'apport en phosphore, en vitamine C et en acides gras mono-insaturés.

Conclusion : Les TCA typiques sont fréquemment observés chez les patients souffrant de pathologies digestives, avec des facteurs de risque spécifiques à cette population. Une prise en charge pluridisciplinaire, intégrant l'évaluation systématique des TCA, est essentielle pour optimiser les stratégies thérapeutiques et nutritionnelles et améliorer le pronostic des patients.

C.111

Prévalence et caractéristiques du trouble de l'alimentation évitante/restrictive (ARFID) selon les critères DSM-5 dans les troubles de l'interaction intestin-cerveau

H. Mikhael-Moussa [1], A. Aupetit [1], C. Desprez [1], F. Monti [1], J. Grosjean [1], G. Gourcerol [1], A.M. Leroi [1], N. Achamrah [1], C. Melchior [1]

(1) Rouen.

Introduction : Les patients atteints de troubles de l'interaction intestin-cerveau (DGBI) adoptent souvent des comportements alimentaires restrictifs pour soulager leurs symptômes digestifs, pouvant évoluer ou être associés à un trouble de l'alimentation évitante/restrictive (ARFID). L'ARFID comporte trois présentations principales, pouvant être dépistées par le Nine Item ARFID Screen (NIAS) à travers trois sous-échelles : «mangeur difficile», «petit appétit», et «peur de manger». Cependant, ce questionnaire dépiste les symptômes compatibles avec l'ARFID et surestime sa présence chez les patients avec DGBI. Ainsi, une confirmation selon la checklist DSM-5 est nécessaire avec la présence d'au moins un de ces critères est requise : perte de poids significative, dépendance à la nutrition artificielle, carence nutritionnelle ou altération psychosociale. Notre étude explore la présence d'un ARFID selon les critères DSM-5 chez les patients DGBI, et compare les caractéristiques de ceux présentant ou non ce trouble.

Patients et Méthodes : Des patients adultes atteints de DGBI consultant dans notre centre de soins tertiaires (entre janvier 2024 et février 2025) ont rempli le NIAS-Fr (version française du NIAS). Afin d'appliquer les critères DSM-5 pour le diagnostic d'un ARFID, les informations requises dans les dossiers médicaux ont été recueillies à partir de l'entrepôt des données de santé de notre centre. Les patients ayant une pathologie digestive organique pouvant expliquer les symptômes ont été exclus de l'analyse. La cohorte a été divisée en deux groupes : les patients DGBI sans ARFID et ceux présentant un ARFID selon les critères DSM-5. Ceux du groupe ARFID DSM-5 devaient présenter un score positif au NIAS-Fr (atteignant le seuil pour au moins une des trois sous-échelles : ≥10 pour « peur » et « mangeur difficile » et ≥9 pour « petit appétit »), une absence de trouble alimentaire diagnostiqué, un indice de masse corporelle (IMC) <30, ainsi qu'au moins un des critères suivants : perte de poids significative récente (pendant la période d'inclusion), carence nutritionnelle (au cours des deux années précédant l'inclusion), dépendance à la nutrition artificielle ou aux compléments nutritionnels oraux (au moins deux prescriptions dans les cinq dernières années avant inclusion) ou altération psychosociale (score ≤50 à la sous-échelle «évitement alimentaire» de l'IBS-QOL). Tous les patients avaient également rempli des questionnaires validés pour : le type de DGBI (Rome IV), les troubles alimentaires (SCOFF-F), la qualité de vie (GIQLI), la sévérité du syndrome de l'intestin irritable (SII) (Score de Francis) et des symptômes somatiques (PHQ-15), l'anxiété et la dépression (HAD-S), la qualité du sommeil (PSQI) et l'insomnie (ISI).

Tableau 1 : Comparaison entre les caractéristiques des patients DGBI avec et sans ARFID selon les critères DSM-5.

Variable	Patients DGBI sans ARFID (n= 664)	Patients DGBI avec ARFID DSM-5 (n= 135)	P-value
Données démographiques			
Femme	499 (75.2)	104 (77.0)	0.642
Age (année)	49.7 ± 16.3	45.8 ± 15.4	**0.01**
IMC (Kg/m²)	26.2 ± 5.8	22.9 ± 3.7	**<0.0001**
DGBI			
SII seulement	99 (14.9)	28 (20.7)	0.091
DF seulement	134 (20.2)	25 (18.5)	0.659
SII + DF	129 (19.4)	65 (48.1)	**<0.0001**
Scores des questionnaires			
Qualité de vie (GIQLI)	88.6 ± 21.2	67.3 ± 18.1	**<0.0001**
Sévérité des symptômes somatiques (PHQ-15)	11.2 ± 5.4	14.9 ± 5.5	**<0.0001**
Anxiété (HAD-A)	8.9 ± 4.1	11.0 ± 4.4	**<0.0001**
Dépression (HAD-D)	6.0 ± 4.0	8.5 ± 4.0	**<0.0001**
Qualité du sommeil (PSQI)	8.6 ± 3.7	9.9 ± 3.9	**<0.0001**
Sévérité de l'insomnie (ISI)	11.5 ± 6.2	14.2 ± 6.2	**<0.0001**
	n= 474	**n= 122**	
Sévérité des symptômes du SII (Score de Francis)	198.8 ± 110.2	259.8 ± 114.9	**<0.0001**
Symptômes des TCA	**n= 664**	**n= 135**	
Symptômes compatibles avec TCA (SCOFF positif)	184 (27.7)	64 (47.4)	**<0.0001**

Les résultats sont présentés sous forme de moyenne ± écart-type, ou de nombre (pourcentage).
IMC, Indice de Masse Corporelle ; DGBI, Disorders of Gut-Brain Interaction (troubles de l'interaction intestin-cerveau) ; SII, syndrome de l'intestin irritable ; DF, Dyspepsie fonctionnelle ; GIQLI, Gastrointestinal Quality of Life Index ; PHQ-15, Patient Health Questionnaire 15 ; HAD-A et HAD-D, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-S) ; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index ; ISI, Insomnia Severity Index ; SCOFF, Sick, Control, One, Fat, Food ; TCA, troubles du comportement alimentaire.
SCOFF positif si score ≥ 2.

Résultats : Nous avions inclus 834 patients dont 76.3% étaient des femmes, l'âge moyen était de 48.9 ± 16.3, l'IMC moyen de 25.7 ± 5.7, 44.7% présentaient une dyspepsie fonctionnelle (DF) et 40.6% présentaient un SII. Parmi eux, 325 (39%) avaient un NIAS-Fr positif (26.5% peur, 15.3% petit appétit et 11% mangeur difficile). Trente-cinq patients (4.2%) avaient un diagnostic de troubles du comportement alimentaire, et ont été exclus des analyses. Cent trente-cinq patients (16.2%) présentaient un ARFID selon les critères DSM-5 (11.6% peur, 8.5% petit appétit et 4.2% mangeur difficile). Les patients avec ARFID selon la checklist DSM5 étaient plus jeunes, avec un IMC moins élevé, plus susceptibles d'avoir un overlap DF-SII, une qualité de vie réduite, un SCOFF positif et une plus grande sévérité des symptômes somatiques, psychologiques et de SII (tableau 1). L'analyse de régression logistique binaire révèle que l'IMC (p-value <0.0001), l'overlap DF-SII (p=0.001), les symptômes de dépression (p-value=0.017) et la sévérité des symptômes somatiques (p-value=0.033) étaient indépendamment associés à l'ARFID DSM5 (Nagelkerke R Square= 0.244).

Conclusion : Selon les critères DSM-5, 16% des patients DGBI de notre centre tertiaire présentent un ARFID, affectant leur qualité de vie et la sévérité de leurs symptômes.

C.112

Lien entre activité physique et sévérité du SII défini par Rome IV de patients consultant dans un centre tertiaire

F. Wuestenberghs [1], A.S. Schmitt [1], P. Jouët [1], N. Ezratty [1], L. Attely [1], M. Benallaoua [1], J.J. Raynaud [1], R. Benamouzig [1], J.M. Sabaté [1]
(1) Bobigny.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un désordre des interactions cerveau-intestin associant des douleurs abdominales à un transit altéré. Les mesures d'hygiène de vie sont recommandées en première ligne, notamment la pratique d'une activité physique. En effet, un effet bénéfique de l'exercice physique a été démontré sur la sévérité des symptômes dans la maladie [1]. Le but de cette étude est d'évaluer le niveau d'activité physique de patients atteints de SII pris en charge en centre tertiaire, en comparant deux questionnaires, d'évaluer la relation entre activité physique et sévérité dans la maladie, et de comparer le phénotype des patients actifs et inactifs.

Patients et Méthodes : Entre mai 2024 et septembre 2025, tous les patients consécutifs souffrant d'un SII selon les critères de Rome IV, évalués dans le cadre d'un hôpital de jour multidisciplinaire, et qui avaient donné leur consentement à l'utilisation de leurs données de soins à des fins de recherche ont été inclus dans l'étude. Les paramètres enregistrés sont les données démographiques (âge, genre, IMC, tabagisme), la sévérité de la maladie (sur base de l'IBS-SSS), la présence d'une dyspepsie fonctionnelle comorbide, les niveaux d'anxio-dépression (HADS-A et HADS-D), la qualité du sommeil (PSQI), la qualité de vie (score de santé de l'EQ-5D, avec une qualité de vie croissante de 0 à 100) et le niveau d'activité physique (sur base des questionnaires de Ricci et Gagnon et de l'IPAQ). Le questionnaire de Ricci & Gagnon (R&G) évalue le niveau d'activité physique globale sur la base de la fréquence, de la durée et de l'intensité des activités pratiquées au cours d'une semaine type ; il classe les individus en trois catégories (sédentaires, actifs ou très actifs). Le questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) est un instrument standardisé élaboré par l'OMS pour mesurer l'activité physique ; les résultats sont exprimés en MET-minutes par semaine et permettent de catégoriser les sujets en niveaux d'activité faible, modéré ou élevé.

Résultats : Un total de 111 patients a été inclus dans l'analyse parmi les 192 pris en charge durant la période de l'étude (25 avaient des données manquantes, 2 ont refusé que leurs données soient utilisées à des fins de recherche et 53 n'avaient pas de SII selon les critères de Rome IV). La population comportait une majorité de femmes (71/111 = 64,0%). L'âge moyen était de 43,6 (± 15,0) ans. Le BMI moyen était de 22,6 (± 5,5) kg/m². Plus de la moitié des patients avaient une dyspepsie fonctionnelle comorbide (64/111 = 57,7%). Le score de Francis moyen était de 331,8 (± 81,3) points, dont 75 patients avec une forme sévère (67,6%). Les niveaux d'anxio-dépression étaient élevés en moyenne (HADS-A = 10,1 ± 4,4 points et HADS-D = 7,5 ± 4,4 points), avec 47 (42,3%) et 23 (20,7%) patients avec anxiété et dépression cliniques respectivement. Le score de santé moyen de l'EQ-5D était de 50,1 (± 20,5) points. Le score PSQI moyen était de 8,5 (± 3,9) points. Le score moyen du R&G était de 21,5 (± 7,1) points, avec 31 patients (27,9%) sédentaires, 78 (70,3%) actifs et 2 (1,8%) très actifs. Le score moyen de l'IPAQ était de 2677,6 (± 3335,2) MET-minutes par semaine, avec 15 patients (13,5%) avec activité faible, 57 (51,4%) avec activité modérée et 39 (35,1%) avec activité élevée. Les scores R&G et IPAQ étaient modérément corrélés entre eux (r = 0,33 [IC à 95% = 0,15-0,48], p = 0,0004). Il n'y avait pas de corrélation entre le niveau d'activité physique (R&G ou IPAQ) et la sévérité du SII (p>0,05), ni entre le niveau d'activité selon le R&G et l'âge ou la qualité du sommeil (p > 0,05). Toutefois, les patients actifs (incluant les "très actifs) selon le R&G différaient des sédentaires sur le plan de leur dépense énergétique (IPAQ de 3125,0 ± 3722,9 *vs.* 1523,1 ± 1487,9 MET-minutes par semaine, p = 0,02), de leur IMC (21,9 ± 4,8 *vs.* 24,5 ± 6,7 kg/m², p = 0,026) et de leur qualité du sommeil (8,0 ± 3,7 *vs.* 9,9 ± 4,2, p = 0,025), mais pas pour les autres paramètres étudiés (âge, genre, tabagisme, sévérité du SII, niveaux d'anxio-dépression, qualité de vie ou présence d'une dyspepsie).

Conclusion : Dans cette cohorte de patients souffrant d'un SII selon Rome IV pris en charge en centre tertiaire et ayant pour les deux tiers une forme sévère, plus des deux tiers étaient actifs physiquement. Il n'y avait pas de corrélation entre le niveau d'activité physique et la sévérité de leur maladie, possiblement du fait d'un étalement insuffisant des niveaux de sévérité des patients avec SII défini par Rome IV. Par contre, les patients actifs physiquement avaient une plus grande dépense énergétique, un IMC plus faible et une meilleure qualité du sommeil que les patients sédentaires. Une évaluation du niveau d'activité physique de ces patients est souhaitable afin de sensibiliser les plus sédentaires à améliorer leur hygiène de vie.

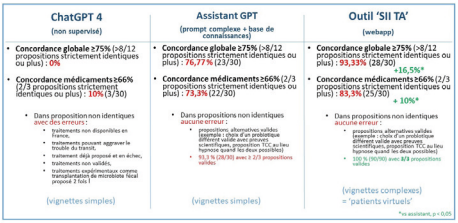
C.113

Intérêt de l'intelligence artificielle de type générative et/ou symbolique pour la prise en charge multidisciplinaire du syndrome de l'intestin irritable

F. Wuestenberghs [1], A. Entremont [2], J.M. Sabaté [1]
(1) Bobigny ; (2) Paris.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un désordre de l'interaction cerveau-intestin associant douleurs abdominales et troubles du transit qui touche 5 à 10 % de la population. Sa prise en charge est difficile, avec souvent des patients insatisfaits des traitements proposés par leurs médecins (généralistes ou gastroentérologues). Des études ont montré qu'une prise en charge multidisciplinaire (diététique, psychologique et médicale) est supérieure à une prise en charge médicale isolée, mais cette prise en charge n'est accessible qu'à une minorité de patients [1]. L'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) en médecine se développe pour l'aide au diagnostic et/ou l'aide à la décision médicale pour le choix des traitements. Toutefois, il n'existe pas de données dans le domaine du SII. Notre étude vise à étudier les performances de différentes approches utilisant une IA générative et/ou symbolique dans la prise en charge multidisciplinaire du SII.

Matériels et Méthodes : Trente vignettes cliniques simulant des cas variés de patients avec SII ont été élaborées selon un format standardisé (sexe, âge, sous-type de transit, sévérité, niveaux d'anxiété et de dépression, symptômes digestifs, comorbidité, traitements…). Trois propositions thérapeutiques dans chacun des 4 domaines suivants (soit 12 propositions au total) : recommandations d'hygiène de vie, diététiques, psychologiques et médicamenteuses (traitements validés disponibles pour des patients vivant en France) ont été validées par deux experts travaillant dans un hôpital de jour multidisciplinaire (FW et JMS), et étaient considérées comme le gold standard. Chaque vignette a été soumise à trois modalités d'IA utilisant le LLM GPT-4o : (1) un prompt générique non supervisé (simple) dans l'environnement de chatGPT, (2) un assistant GPT spécialisé via un prompt complexe associé à une base de connaissances (aussi dans l'environnement de chatGPT), et (3) une application web (outil 'SII TA' hors environnement de chatGPT) intégrant IA symbolique (algorithmes) et générative. Les deux dernières solutions ont utilisé la génération à enrichissement contextuel (RAG). Le critère principal d'évaluation était le pourcentage de réponses strictement identiques pour ≥ 75% (9/12) des propositions par rapport au gold standard. Les critères secondaires incluaient le pourcentage de vignettes avec ≥ 66% (2/3) des propositions de médicaments identiques, le pourcentage de réponses valides (proposition du gold standard ou alternative valide selon les experts) et la reproductibilité des réponses. Une analyse de contingence avec un test exact de Fisher a permis de comparer la performance globale de l'outil en comparaison avec l'assistant GPT (logiciel GraphPad Prism v9.5.1).



Résultats : Le modèle GPT-4 non supervisé donnait de mauvais résultats pour le critère principal (0% de concordance globale ≥ 75%, et 10% de concordance ≥ 66% pour les propositions médicamenteuses seules). Il proposait parfois des traitements non validés (exemple : transplantation de microbiote fécal). L'assistant GPT spécialisé avec un prompt complexe et l'outil 'SII TA' avaient des taux acceptables pour le critère principal, avec une supériorité de l'outil 'SII TA' (93 *vs.* 77% de concordance globale, p = 0,048). Pour les médicaments, 28 vignettes sur 30 (93%) avec ≥ 66% de réponses valides pour l'assistant GPT et 30/30 (100%) avec 12/12 de propositions valides pour l'outil 'SII TA'. Il n'y a eu aucune hallucination avec l'assistant GPT ou l'outil 'SII TA', contrairement au modèle non supervisé. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau.

Conclusion : Cette étude utilisant des vignettes représentant des patients virtuels montre qu'une IA non supervisée donne de mauvais résultats et parfois même des conseils dangereux pour la prise en charge du SII. L'utilisation d'une IA supervisée avec RAG permet d'obtenir des propositions acceptables et sans hallucinations. L'association d'une IA supervisée et symbolique est supérieure aux deux autres stratégies et donne des conseils thérapeutiques très proches de ceux d'experts de cette maladie pour une prise en charge multidisciplinaire. L'utilisation de ce type d'outil pourrait aider des prescripteurs non experts et les patients pour une prise en charge optimisée du plus grand nombre.

C.114

Valeur diagnostique de l'EndoFLIP™ anal pour le diagnostic d'anisme : comparaison avec la manométrie anorectale, la défécographie et l'électromyogramme anal

C. Desprez [1], C. Savoye-Collet [1], C. Melchior [1], G. Gourcerol [1], E. Houivet [1], T. Duflot [1], A.M. Leroi [1]

(1) Rouen.

Introduction : Les troubles fonctionnels de la défécation (FDD) sont responsables d'une vidange rectale altérée en lien avec une diminution du gradient de pression rectoanal (anisme et/ou défaut de propulsion rectale)(1). Actuellement, le diagnostic de FDD nécessite la concordance de deux tests fonctionnels anorectaux(2). L'objectif de l'étude était d'évaluer la performance de l'EndoFLIP pour distinguer les patients atteints de constipation distale avec ou sans anisme en comparaison au gold standard.

Patients et Méthodes : Soixante patients atteints de constipation fonctionnelle selon les critères de Rome IV avec suspicion de FDD ont été recrutés entre janvier 2020 et mars 2024. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique régional (étude n° 2018/347/HP, CPPIDF1-2019-ND41) et enregistrée (NCT04155307). Trois explorations fonctionnelles anorectales étaient réalisées chez chaque patient (MAR, défécographie et électromyogramme anal) et utilisées comme gold standard dans l'étude pour le diagnostic des FDD. Au moins deux examens devaient être positifs parmi trois pour diagnostiquer un anisme. L'EndoFLIP anal était ensuite réalisé : pour chaque volume de distension (0-50ml), les patients devaient réaliser 3 manœuvres de poussée abdominale avec une période de 30 secondes de repos. Étant donné qu'il n'existe pas de norme pour évaluer l'ouverture normale du canal anal lors d'un effort de poussée avec l'EndoFLIP anal, le diagnostic de l'opérateur concernant la présence d'anisme était basé sur l'inspection visuelle de l'ouverture du canal anal sur l'enregistrement EndoFLIPTM. Des boucles de variation de la pression en fonction du CSA (Aire de section transversale) ont ensuite été construites pour chaque effort de poussée afin d'identifier les marqueurs d'ouverture du canal anal les plus pertinents pour différencier les patients avec ou sans anisme (analyse par courbe ROC).

Résultats : Soixante et un patients (56/61 [91,8 %] femmes, âge médian de 49,1 [33,9 ; 58,7] ans) ont été inclus dans l'étude. Un diagnostic définitif de constipation avec anisme par le gold standard a été confirmé chez 29 patients sur 58 (50,0 %). Un patient a été exclu de l'analyse de l'EndoFLIP anal en raison d'artéfacts sur l'enregistrement. Un diagnostic visuel d'anisme à l'EndoFLIP a été posé chez 33 patients (55,0 %) à 40 ml de distension et chez 27 patients (45,0 %) à 50 ml de distension. L'évaluation visuelle a donné la même précision globale pour les deux volumes de distension (73,7 %) avec une sensibilité (40 ml = 75,9 %, IC 95 % [57,9 ; 87,8] ; 50 ml = 69,0 %, IC 95 % [50,8 ; 82,7]) et une spécificité similaires (40 ml = 71,4 % IC 95 % [53,0 ; 84,8] ; 50 ml = 78,6 % IC 95 % [60,5 ; 89,8]). Concernant l'analyse des boucles CSA-pression, l'ouverture du canal anal à 40 ml de distension était plus faible chez les patients présentant un anisme en comparaison aux patients sans anisme, avec une variation maximale du diamètre du canal anal en valeur absolue et en valeur relative réduites : 1,5 ± 2,2 contre 3,9 ± 2,8 mm ($p < 0,0001$) et 23,1 ± 36,9 contre 55,6 ± 38,8 % ($p < 0,001$). À 50 ml de distension, une diminution significative a été observée chez les patients présentant un anisme, mais uniquement pour la variation moyenne et maximale du diamètre en valeur absolue (2 ± 2,9 contre 3,8 ± 2,4 mm, $p < 0,01$ et 0,7 ± 2,1 contre 2,2 ± 1,6 mm, $p < 0,001$). Parmi l'analyse d'une cinquantaine de marqueurs d'ouverture du canal anal, les indices quantitatifs issus du CSA ont donné des résultats nettement supérieurs à ceux du diagnostic visuel d'anisme. À 40 ml, la variation du CSA en valeur absolue pendant l'effort a permis la meilleure discrimination entre les patients avec ou sans anisme (précision de 0,81 et AUC de 0,81) avec un seuil de 12,7 mm² offrant une excellente spécificité (0,93) tout en conservant une sensibilité de 69 %. Enfin, pour chaque volume de distension, nous avons construit deux modèles de classificateurs à deux variables issues des boucles de pression-CSA avec l'AUC la plus élevée en univarié. Les modèles ont obtenu des AUC comprises entre 0,78 et 0,85, ce qui indique une capacité bonne à moyenne pour distinguer les patients présentant un anisme de ceux qui n'en présentent pas.

Conclusion : L'EndoFLIP anal semble être un outil performant pour le diagnostic d'anisme.

C.115

Influence du mécanisme de déficience du système de réparation de l'ADN (MMRd) sur la survie après inhibiteur de point de contrôle immunitaire (ICI) dans les cancers digestifs MMRd

V. Randrian [(1)], K. Sweeney [(2)], E. Alouani [(3)], P. Johannet [(4)], O. Artz [(4)], M. Abbas [(4)], S. Abdelfattah [(4)], D. Mieles [(4)], R. Moi [(4)], S. Maron [(4)], J.J. Harding [(4)], E.M. O'reilly [(4)], W. Park [(4)], H. Singh [(5)], M. Khushman [(6)], A. Cercek [(4)], Z. Stadler [(4)], L. Dias [(4)], B. Rousseau [(4)]

(1) Poitiers ; (2) Irving, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Toulouse ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Saint-Louis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les tumeurs avec instabilité des microsatellites (MSI) ou déficience du système de réparation de l'ADN (MMRd) constituent la première indication indépendante du type de tumeur pour l'ICI. De nouvelles données suggèrent que la perte spécifique de protéines MMR et le mécanisme de cette perte (génétique ou épigénétique) déterminent des profils génotypiques distincts qui peuvent moduler l'immunosensibilité. Nous avons évalué l'impact de la perte spécifique de protéines MMR sur les résultats en termes de survie après ICI dans deux grandes cohortes pan-cancer et présentons ici les résultats dans les cancers digestifs.

Patients et Méthodes : Constitution d'une cohorte de découverte (cohorte 1) par recueil monocentrique de 2014 à 2025 et d'une cohorte multicentrique de validation (cohorte 2). Ont été inclus tous les patients avec une tumeur présentant une perte confirmée par immunohistochimie (IHC) de MLH1, PMS2, MSH2 ou MSH6 et un séquençage tumoral disponible. Les cas complexes (> 2 protéines perdues) et les cas IHC normaux ont été exclus. Le statut MSI a été déterminé par séquençage. La perte de MLH1 a été classée comme épigénétique ou génétique, sans distinction entre mutation somatique ou germinale, sur la base du séquençage. La SG a été définie comme la période comprise entre le début du traitement par ICI et le décès ou le dernier suivi.

Résultats : La cohorte 1 (n = 1958 ; 738 ont reçu un ICI) était composée de : 63 % de MLH1/PMS2 (82 % épigénétiques), 21 % de MSH2/MSH6, 6 % de MSH6 et 5 % de PMS2. La médiane de la SG était de 110 mois (IC à 95 % : 81,7-NR). La SG différait selon le sous-type MMR (P = 0,0011).

Les tumeurs digestives représentaient 51% (n=377) des patients de la cohorte 1 traités par ICI. Parmi eux, 68% (n=255) avaient une tumeur colorectale (CRC) et 29% (n=111) avaient une tumeur œso-gastrique. 53% (N=198) des tumeurs digestives présentaient une hyperméthylation de MLH1 (hMLH1). La mSG des tumeurs digestives avec perte isolée de PMS2 était significativement (p=0,01) plus courte (50,7mois) que celle des autre sous-types : MLH1 muté (non atteinte), hMLH1 (non atteinte), MSH2-MSH6 (103,7mois) ou MSH6 (non atteint).

La cohorte 2 (n = 13 043 ; 4 070 ont reçu un ICI) était composée de : 75 % de MLH1/PMS2 (85 % épigénétiques), 11 % de MSH2/MSH6, 5 % de MSH6 et 7 % de PMS2. La médiane de SG la plus courte a été observée dans le cas d'une perte de PMS2 (22,4 mois ; IC à 95 % : 18,6-25,7). Chez les patients ne recevant pas d'ICI, le sous-type MMR avait une valeur pronostique minimale.

Les tumeurs digestives représentaient 36% (n=1461) des patients de la cohorte 1 traités par ICI. Parmi eux, 73% (n=1070) avaient un CRC ; 22% (n=316) avaient une tumeur œso-gastrique, . 10% (N=145) avaient une tumeur biliopancréatique et 5% (n=75) une tumeur de l'intestin grêle. Parmi ces tumeurs digestives, 60% (n=880) présentaient une hyperméthylation de MLH1 (hMLH1). La mSG des tumeurs digestives avec perte isolée de PMS2 était significativement (p<0,0001) plus courte (24,6mois ; IC95% 19,3-37,5) que celle des autre sous-types : MLH1 muté (64,3 ; IC95 : 51,5-75,0), hMLH1 (34,2 IC95 : 28,4-40,4), MSH2-MSH6 (47,2 ; IC95 : 31,4-72,1) ou MSH6 (50,2; IC95 : 20,0-82,3).

Parmi les CRC avec perte isolée de PMS2 (n=63), les patients traités par pembrolizumab avaient une survie significativement (p=0,0267) plus courte (39,3mois IC95% :16,0-non atteint) que ceux traités par nivolumab et ipilimumab (non atteint IC95% :31,4-non atteint). Parmi les CRC avec hMLH1 (n=509), les patients traités par pembrolizumab avaient une survie significativement (p=0,0446) plus courte (40,4mois IC95% :32,0-52,0) que ceux traités par nivolumab et ipilimumab (64,5 ; IC95% :29,4-non atteint). Il n'y a pas de différence de survie observée en fonction du traitement dans les autres sous-types MMR de CRC.

Conclusion : Dans deux cohortes indépendantes, le mécanisme de déficience MMR influe sur les résultats de l'ICI dans les cancers digestifs et fournissent des données de survie en vie réelle sur l'emploi de la simple et la double immunothérapie.

Remerciements, financements, autres : Ce travail a été mené avce le soutien de Swim Across America, Fondation Nuovo Soldati, Institut Servier, Mobilite chercheurs Ligne Contre le Cancer, Bourse Tournut SNFGE, Université de Poitiers, and CHU de Poitiers.

C.116

Ramucirumab seul ou associé au paclitaxel en traitement de deuxième ligne chez les patients âgés atteints d'adénocarcinome œso-gastrique avancé (AOGA) : étude randomisée de phase II PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE

A. Lièvre [1], M.P. Galais [2], D. Lopez-Trabada-Ataz [3], A. Delattre [4], T. Aparicio [3], J. Martin-Babau [5], D. Tougeron [6], O. Bouché [7], C. Borg [8], K. Aldabbagh [9], J.F. Paitel [10], L. Clavel [11], L.M. Dourthe [12], R. Guimbaud [13], C. Toullec [14], V. Bourgeois [15], J. Baudon [16], Y. Touchefeu [17], O. Dubreuil [3], J. Viaud [18], D. Botsen [7], F. Thuillier [19], C. Genet [20], M.C. Gouttebel [21], C. Louvet [3], C. Lepage [4], L. Evesque [22]

(1) Rennes ; (2) Caen ; (3) Paris ; (4) Dijon ; (5) Plérin ; (6) Poitiers ; (7) Reims ; (8) Besançon ; (9) Compiègne ; (10) Fréjus ; (11) Lyon ; (12) Strasbourg ; (13) Toulouse ; (14) Avignon ; (15) Boulogne-sur-Mer ; (16) Cholet ; (17) Nantes ; (18) Saint-Malo ; (19) Limoges ; (20) Chartres ; (21) Romans-sur-Isère ; (22) Nice.

Introduction : L'association Ramucirumab + Paclitaxel est un traitement standard de 2ème ligne (L2) dans les AOGA avancés depuis la démonstration de sa supériorité par rapport au Paclitaxel seul après échec d'une 1ère ligne (L1) à base de fluoropyrimidine (FP) + sel de platine (1). Les patients (pts) âgés présentent un risque accru de toxicité sévère avec un gain en survie incertain de cette thérapie combinée. La monothérapie par Ramucirumab a montré une bonne tolérance et un gain de survie comparé aux soins de confort en L2 (2). Elle pourrait donc représenter une alternative à l'association Ramucirumab + Paclitaxel chez les pts âgés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un essai multicentrique, randomisé, de phase 2 non comparatif. Les patients âgés ≥ 70 ans atteints d'AOGA avancé, avec score ECOG PS 0-1 et en progression après une L1 à base de FP + sel de platine ou irinotécan, ont été randomisés pour recevoir du Ramucirumab seul 8 mg/kg IV J1-J15 (J1=J28) (bras A expérimental) ou associé au Paclitaxel 80 mg/m² IV à J1, J8 et J15 (J1=J28) (bras B contrôle) jusqu'à progression ou toxicité inacceptable. Les co-critères principaux étaient la survie globale (SG) à 6 mois et la qualité de vie (QdV) à 4 mois évaluée via les 3 dimensions clés (mobilité, charge de la maladie, inquiétude pour le futur) du questionnaire EORTC QLQ-ELD14. Avec un objectif de SG à 6 mois de 60% (H0 : 40%), un risque α unilatéral à 2%, et une puissance de 80%, 56 pts par bras étaient nécessaires. Des scores gériatriques (statut social, ADL, IADL, score G8, test cognitif, mini-GDS, index de Charlson ajusté, test "Timed Get Up and Go") ainsi que des paramètres nutritionnels ont été recueillis à l'inclusion et durant le suivi.

Résultats : Entre novembre 2018 et mars 2023, 112 pts ont été randomisés (bras A/B, 56/56) et 109 ont reçu ≥ 1 dose de traitement (54/55), constituant la population en intention de traiter modifiée (mITT). Les caractéristiques principales des pts étaient (bras A/B) : hommes : 67,9%/67,9%, âge médian 78,4 ans/77,6 ans (>80 ans : 37,5%/37,5%), ECOG PS1 69,6%/76,8%, score G8≤14 64,8%/83,9%, IADL≤7 45,3%/46,4%, sites métastatiques≥2 : 52,7%/60,4% (foie 50,9%/46,3%, ganglions 54,5%/50,0%, péritoine 29,1%/35,3%), L1 par FP + sel de platine 94,6%/96,4%. Après un suivi médian de 47,5 mois [19,84 ; .], 100 pts (91,7%) sont décédés (mITT). Le critère principal de survie n'a pas été atteint, avec une SG à 6 mois de 42,6% [IC 95% : 29,3-55,2] dans le bras A et 65,5% [IC 95% : 51,3-76,4] dans le bras B. Un total de 55 (98,2%) et 56 (100%) pts ont complété le questionnaire QLQ-ELD14 à l'inclusion mais seulement 7 (12,5%) et 19 (33,9%) pts à 4 mois dans les bras A et B, respectivement. La QdV à 4 mois n'a donc pas pu être analysée. Les médianes de SG et survie sans progression étaient de 5,6 mois et 1,9 mois dans le bras A et de 7,6 mois et 4,2 mois respectivement dans le bras B et les taux de réponse objective de 3,7% et 20,4% respectivement. Les taux de toxicité de grade 3-4 (bras A/B) étaient plus fréquents dans le bras B (20,4%/70,9%, avec fatigue 7,4%/20%, neutropénie 0%/27,3% ; neuropathie 0%/12,7% ; HTA 7,4%/12,7%), de même que les toxicités de grade 1-2 (77,8%/ 98,2%). Un décès toxique est survenu dans le bras B (perforation digestive). Les arrêts de traitement pour toxicité et réduction de dose étaient plus fréquents dans le bras B : 38,5% et 49,1% *vs* 7,5% et 5,6% dans le bras A.

Discussion : L'essai PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE est le 1er essai prospectif randomisé mené chez des pts âgés atteints d'AOGA. Il montre que ce type d'essai chez une population âgée est réalisable grâce à un réseau multicentrique national. Le critère principal de survie n'a pas été atteint dans le bras expérimental et la QdV n'a pas pu être évaluée en raison d'un taux élevé de décès précoces ou d'arrêts de traitement qui démontrent à la fois la gravité de l'AOGA en L2 et la fragilité des pts âgés dans ce contexte.

Conclusion : L'essai PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE montre, chez les pts âgés, une faible efficacité en L2 de la monothérapie par Ramucirumab, tandis que l'efficacité de l'association Ramucirumab + Paclitaxel dans cette population est inférieure à celle rapportée antérieurement (1) en raison de sa toxicité.

Remerciements, autres :
Clinical trial information: NCT03760822
Remerciements:
Lilly (partenaire industriel ayant fourni le Ramucirumab et pour son soutien financier), la Ligue contre le Cancer (revue de l'information patient)
Le Dr Eric François et le Dr Franck Bonnetain pour leur aide dans la conception de l'étude, le Dr Pierre-Luc Etienne pour sa participation active à l'étude.
Lila Gaba (chef de projet), Karine le Malicot (responsable département statistique) et toute l'équipe ARC de la FFCD.

C.117

Anticorps anti-PD1 seul ou combiné avec un anti-CTLA4 *versus* chimiothérapie pré-opératoire pour le traitement des adénocarcinomes œso-gastriques résécables dMMR/MSI : étude multicentrique française de l'AGEO et FREGAT

M. Pizzamiglio [1], A. Mariani [1], D. Tougeron [2], M. Remond [1], P. Artru [3], B. Paquette [4], O. Dubreuil [1], O. Glehen [3], A. Boilève [5], C. Matray [6], C. Gronnier [7], M. Muller [8], M. Ben Abdelghani [9], E. Boisteau [10], L. Genser [1], T. Lecomte [11], R. Cohen [1], G. Piessen [12], A. Zaanan [1]

(1) Paris ; (2) Poitiers ; (3) Lyon ; (4) Besançon ;
(5) Villejuif ; (6) Clamart ; (7) Bordeaux ; (8) Nancy ;
(9) Strasbourg ; (10) Rennes ; (11) Tours ; (12) Lille.

Introduction : Depuis l'étude du groupe AIO publiée en 2019, le traitement standard des formes localisées/résécables de l'adénocarcinome œsogastrique (AOG) repose sur un triplet de chimiothérapie péri-opératoire de type FLOT. Cependant, le taux de récidive tumorale post-opératoire reste encore élevé, et supérieur à 50%. Plus récemment, l'étude MATTERHORN a montré que l'addition du durvalumab au FLOT péri-opératoire permettait d'améliorer la survie sans évènement, et la réponse pathologique complète (pCR) (7% *vs* 19%). Le suivi n'est pas encore suffisamment mature pour conclure sur la survie globale. L'AMM pour le durvalumab est en attente et ce médicament n'est pas encore accessible en France.
Les AOG résécables avec phénotype MSI/dMMR représentent environ 10 à 20% des cas. La recherche du MSI/dMMR en biologie moléculaire/immunohistochimie est recommandée dans la prise en charge thérapeutique pour son rôle conférant un bon pronostic, et son impact prédictif de résistance à la bi-chimiothérapie contrastant avec une sensibilité accrue à l'immunothérapie préopératoire. En effet, les études de phase II NEONIPIGA (n=29) et INFINITY (n=15) ont montré sur un effectif réduit de patients qu'un doublet d'immunothérapie pré-opératoire par anti-PD(L)1 + anti-CTLA4 permettait un taux de pCR d'environ 60%. En revanche, l'efficacité de l'immunothérapie par anti-PD1 seule reste peu explorée dans cette population de patients avec AOG résécables MSI/dMMR.
Dans cette étude multicentrique française de l'AGEO et la base de données FREGAT, nous avons évalué les pratiques cliniques ainsi que l'efficacité et le profil de toxicité des stratégies thérapeutiques proposées aux patients avec AOG résécables MSI/dMMR.

Patients et Méthodes : Cette étude multicentrique rétrospective a été menée sur une population de patients atteints d'un AOG résécable avec statut MSI/dMMR confirmé par biologie moléculaire et/ou immunohistochimie, pris en charge dans 23 centres français entre le 01/01/2018 et le 31/12/2023. Les données recueillies comprenaient des informations démographiques, clinico-biologiques, tumorales et thérapeutiques. Les patients étaient répartis en 4 groupes en fonction du traitement préopératoire reçu : chimiothérapie (FLOT ou FOLFOX), doublet d'immunothérapie (anti-PD1+anti-CTLA4), immunothérapie par anti-PD1 seul, et chirurgie d'emblée. L'objectif principal était de comparer le taux pCR et le taux de réponse pathologique majeure (pMR). Les objectifs secondaires étaient la survie sans récidive (SSR), la survie globale (OS), et la tolérance/toxicité.

Résultats : Au total 207 patients ont été inclus : âge médian, 76 ans ; hommes, 66% ; localisation gastrique *vs* jonction, 74% *vs* 26%. Le traitement préopératoire reçu était une chimiothérapie seule (FLOT ou FOLFOX) pour 102 patients (groupe 1), une double immunothérapie (anti-PD1 + anti-CTLA4) pour 28 patients (groupe 2), un anti-PD1 seul pour 38 patients (groupe 3) et une chirurgie d'emblée sans traitement préopératoire pour 39 patients (groupe 4). La chirurgie a été réalisée chez 91/102 (89%), 18/28 (64%), 22/38 (59%) et 34/39 (89%) des groupes 1, 2, 3 et 4, respectivement. Le taux plus faible d'accès à la chirurgie dans les groupes « immunothérapie préopératoire » était expliqué par une réponse clinique complète avec stratégie de conservation d'organe pour 8/10 patients (80%) dans le groupe 2 et 5/16 patients (31,2%) dans le groupe 3. Parmi les patients opérés, le pCR et pMR étaient de 9% et 8% pour le groupe 1, 44% et 22% dans le groupe 2, 41% et 9% dans le groupe 3 (p=0,003). Le taux de toxicité tous grades confondus était de 36% et 34% pour les groupes 2 et 3 ; et le taux de grade 3-4 était de 14% pour les groupes 2 et 3 (p=0,24).

Conclusion : Il s'agit de la première étude comparant différentes stratégies thérapeutiques des AOG résécables de phénotype MSI/dMMR. Cette large étude suggère que le taux de pCR + pMR est significativement plus élevé avec l'immunothérapie en comparaison avec la chimiothérapie préopératoire d'une part, et que la double immunothérapie anti-PD1 + anti-CTLA4 semble plus efficace que la monothérapie par anti-PD1 seul d'autre part. Cette efficacité de l'immunothérapie est probablement sous-estimée dans cette étude au regard de la proportion de patients non opérés avec une stratégie de conservation d'organe pour les groupes de traitement par immunothérapie préopératoire. Par ailleurs, le taux de toxicité grade 3-4 ne semble pas augmenter avec l'addition d'un anti-CTLA4 à un anti-PD1 dans le traitement par immunothérapie préopératoire des AOG résécables MSI.
Le suivi est en cours et les données de survie et de l'analyse multivariée seront communiqués lors du congrès.

Remerciements, financements, autres :
Sulpice L (Rennes), Marchese U (Cochin), Jaraudias C(Nice), Djourno X (CHU Nord Marseille), Ceribelli C (Nancy), Bouche O (Reims), Regenet N (Nantes), Bonnot P (Lyon Mermoz), Voron T (St Antoine), Ouaissi M (Tours).

C.118

Risque d'adénocarcinome gastrique après duodéno-pancréatectomie céphalique (RAGAD) : étude multicentrique et analyse nationale SNDS

L. Piton [1], A. Meyer [2], A. Sauvanet [3], S. Dokmak [3], M. Camus-Duboc [1], F. Paye [1], J.B. Bachet [1], S. Gaujoux [1], A. Becq [4], R. Brustia [4], C. Gallois [1], E. Ragot [1], M. Barret [1], U. Marchese [1], L. de Mestier [3], J. Cros [3], N. Hoyeau [1], P. Lévy [5], V. Rebours [3], D. Lorenzo [5]

(1) Paris ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Clichy ; (4) Créteil ; (5) Marseille.

Introduction : Avec l'augmentation des duodénopancréatectomies céphaliques (DPC) pour indications bénignes, la population de survivants à long terme s'élargit, rendant cette situation de plus en plus fréquente en pratique. La DPC induit un reflux biliaire chronique. Nous formulons l'hypothèse que ce reflux induit une potentielle inflammation gastrique, susceptible de favoriser à long terme une carcinogenèse gastrique.

Objectif : déterminer si la DPC constitue un facteur de risque d'adénocarcinome gastrique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude en 2 parties :
- Etude ambispective multicentrique incluant des adultes opérés par DPC depuis plus de 10 ans et ayant eu une endoscopie digestive haute. Pour les patients inclus prospectivement, l'endoscopie digestive haute, dans le cadre de l'étude, était réalisée avec lavage de la bile, chromoendoscopie et multiples biopsies gastriques étagées avec relecture anatomopathologique centralisée selon un protocole dédié. Pour les patients inclus rétrospectivement, ont été considérées les données de toute endoscopie haute réalisée >10 ans après DPC avec récupération des données endoscopiques et anatomopathologiques.
- Analyse nationale issue du SNDS pour estimation de la fréquence des adénocarcinomes gastriques chez des patients ayant eu une DPC il y a plus de 5 ans.

Le critère principal était le diagnostic d'adénocarcinome gastrique plus de 10 ans après DPC; les critères secondaires étaient la présence de lésions prénéoplasiques et l'identification de facteurs associés.

Résultats : Ont été inclus 143 patients : 50 % d'hommes ; âge lors de la DPC 53 ± 13,3 ans ; durée de suivi 16,1 ± 5,4 ans. L'exploration était prospective pour 68 patients (48 %) et rétrospective pour 75 patients (52 %). Les indications de DPC étaient des tumeurs malignes dans 50 % des cas (dont 17 % de TNE) et des lésions bénignes à potentiel de dégénérescence dans 40 % (dont 30 % de TIPMP). Parmi les 143 patients ayant une endoscopie à plus de 10 ans post-DPC, 10 avaient un cancer gastrique (n=10, 7%) avec un délai médian de diagnostic de 13,5 ans. Les tumeurs siégeaient sur ou autour de l'anastomose gastro-jéjunale et étaient majoritairement peu différenciées. Les facteurs associés étaient des symptômes liés au cancer : des nausées régulières (p=0,008) et la survenue d'une hémorragie digestive (p=0,018) (dont anémie par carence martiale).
Par ailleurs, des lésions prénéoplasiques étaient présentes chez 16% (dysplasie de haut grade 1%, de bas grade 8%, métaplasie 7%) des patients avec biopsies gastriques (N=126). Ces patients avaient significativement plus de prédispositions génétiques au cancer (Lynch, PAF, NEM, autre) (p=0,002) et de nausées régulières (p=0,01). Aucune association significative n'a été mise en évidence avec le tabagisme, l'antécédent d'infection à *Helicobacter pylori*, le type d'anastomose pancréatico-digestive ou la préservation pylorique.
Une analyse sur les données du SNDS a montré, parmi les 9957 patients ayant eu une DPC depuis plus de 5 ans (2009-2018) un taux de 0,7% de cancers gastriques (71 patients). Ces cancers sont tous survenus > 8 ans après la DPC. Les 2/3 des patients inclus dans l'analyse étaient entre 5 et 10 ans de la DPC.

Conclusion : L'adénocarcinome gastrique après DPC n'est pas un évènement rare. Le risque semble négligeable avant 10 ans, cependant à partir de 10 ans, les données de cette large cohorte, permettent de recommander une surveillance endoscopique avec biopsies étagées. Les patients doivent connaître tout symptôme d'alarme (nausées, anémie, saignement) nécessitant une EOGD en urgence.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les équipes participantes ainsi que les ARCs.
Nous remercions également la SNFGE (travail financé par la bourse COMAD).

C.119

La survie en première ligne des patients atteints d'adénocarcinome de l'intestin grêle métastatique traités par thérapie ciblée associée à de la chimiothérapie : une étude rétrospective de l'AGEO

E. Boisteau [1], A. Boilève [2], D. Vernerey [3], D. Tougeron [4], A. de Malet [5], T. Lecomte [6], T. Aparicio [7], S. Pernot [8], J. Pinot [9], A. Pellat [7], V. Hautefeuille [10], N. Fares [11], R. Desgrippes [12], R. Coriat [7], A. Zaanan [7], J. Edeline [1], S. Philonenko [7], O. Dubreuil [7], J. Henriques [3], A. Turpin [13]

(1) Rennes ; (2) Villejuif ; (3) Besançon ; (4) Poitiers ; (5) Le Kremlin-Bicêtre ; (6) Tours ; (7) Paris ; (8) Bordeaux ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Amiens ; (11) Toulouse ; (12) Saint-Malo ; (13) Lille.

Introduction : Les adénocarcinomes de l'intestin grêle (AIG) sont des tumeurs rares, de pronostic défavorable au stade métastatique. Le traitement standard repose alors sur une chimiothérapie (CT) à base de FOLFOX, sans thérapie ciblée (TC). À ce jour, seules de petites études rétrospectives ou prospectives de phase II ont évalué l'efficacité des thérapies ciblées, à savoir le bévacizumab associé à la CT en première ligne, ou un anti-EGFR seul en deuxième ligne. Notre objectif dans cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'association CT+TC comparée à la CT seule chez des patients atteints d'AIG métastatique (AIGm) en première ligne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique, réalisée en France. Les patients inclus étaient porteurs d'AIGm et ont reçu ≥ 1 cycle de CT ± TC. Le critère de jugement principal était la survie sans progression (SSP). Les critères secondaires étaient la survie globale (SG), le taux de réponse objective (TRO) et la tolérance. Des pondérations par probabilité inverse de traitement (IPTW) ont été appliquées dans les modèles de Cox pour prendre en compte les facteurs de confusion non équilibrés entre les groupes CT+antiangiogénique (AA) *vs* CT seule.

Résultats : Au total, 255 patients ont été inclus, et 214 analysés après exclusion des patients MSI-H (39) et de 2 patients ayant reçu une thérapie ciblée hors AA ou anti-EGFR. Parmi ces 214 patients, 56,07% étaient de sexe masculin, l'âge médian au diagnostic métastatique était de 63,87 ans, le performance status 0 ou 1 pour 81,28% d'entre eux, tandis que 42,72% avaient au moins un site métastatique. Le statut RAS était manquant pour 60 patients, sauvage pour 50.65% des patients avec statut RAS disponible. Le FOLFOX était prescrit en première ligne dans 60,28% des cas, le FOLFIRI dans 22,9% des cas et le FOLFIRINOX dans 11,68% des cas. Au total, 153 patients ont reçu une CT seule et 45 une CT+AA (43 bévacizumab, 2 aflibercept). Un modèle de régression logistique multivariée pour estimer la probabilité d'être dans le groupe CT+AA a été utilisé et incluait la localisation tumorale, une maladie prédisposante, la chirurgie et la présence de métastases hépatiques. Après un suivi médian de 70,9 mois, la médiane de SSP était de 8,0 mois dans le groupe CT seule *versus* 11,9 mois dans le groupe CT+AA (IPTW HR = 0,53 [0,41–0,69], p < 0,0001). La médiane de SG était de 15,9 mois dans le groupe CT seule *versus* 23,1 mois dans le groupe CT+AA (IPTW HR = 0,71 [0,55–0,93], p = 0,0132). Le taux de réponse objective était de 33,8 % dans le groupe CT+AA contre 43,2 % dans le groupe CT seule (p = 0,2575). Aucune différence significative en termes de toxicité n'a été observée. Chez 80 patients porteurs d'AIGm RAS sauvage, 46 ont reçu une CT seule et 16 une CT associée à un anti-EGFR. La SSP n'était pas significativement différente entre les deux groupes (respectivement 7,8 *vs* 9,5 mois, HR= 0.70 [0.38; 1.29], p= 0,25), tandis qu'il existait une tendance non significative en faveur du groupe CT+anti-EGFR en termes de SG (14,2 *vs* 19,3 mois, HR= 0.93 [0.49; 1.77], p = 0,83). Le taux de réponse objective était respectivement de 35 % *vs* 18,75 % (p = 0,33). Les toxicités cutanées étaient plus fréquentes dans le groupe CT+anti-EGFR (14 % *vs* 83 %).

Conclusion : À notre connaissance, il s'agit de la plus grande étude à ce jour évaluant l'impact des TC en première ligne dans l'AIGm. L'association CT+AA améliore significativement la SSP et la SG comparée à la CT seule. En revanche, l'ajout des anti-EGFR à la CT n'a pas montré de bénéfice chez les patients RAS sauvage. Ces résultats doivent être confirmés dans des essais prospectifs randomisés.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient les patients et les investigateurs : Pr Sylvain Manfredi, Dr Clémence Toullec, Christophe Locher, Gaël Goujon, Marie Dior, Florence Mary, Chloé Vernet et Marie Muller.

C.120

Caractérisation clinique et pronostique des GIST avec mutation rare : une étude de cohorte rétrospective multicentrique

M. Evrard [1], J. Gantzer [2], T. Lecomte [3], B. Verret [4], E. Diab [5], W. Lahlou [5], M. Brahmi [6], O. Bouché [7], A. Grancher [8], M. Dos Santos [9], A.L. Bignon [9], F. Bertucci [10], J. Forestier [6], T. Walter [6], S. Manfredi [11], N. Penel [12], D. Bruyat [10], M. Hélyon [13], S. Watson [5], J.Y. Blay [6], V. Hautefeuille [1]

(1) Amiens ; (2) Strasbourg ; (3) Tours ; (4) Villejuif ; (5) Paris ; (6) Lyon ; (7) Reims ; (8) Rouen ; (9) Caen ; (10) Marseille ; (11) Dijon ; (12) Lille ; (13) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. Dans 85 % des cas, elles présentent une mutation activatrice des gènes KIT ou PDGFRA, à l'origine d'une activation constitutive des voies de signalisation tyrosine-kinase. Environ 15 % des GIST présentent une mutation primitive rare (KIT exons 8, 13, 17 ; PDGFRA exons 12, 14, 18 non p.D842V) ou sont wild-type (WT) pour ces gènes, incluant les GIST SDH-déficientes, BRAF-mutées ou non classées. Leur pronostic est mal connu. Peu de grandes cohortes ont comparé leurs caractéristiques cliniques et leur risque de récidive. L'objectif de ce travail est décrire leur épidémiologie, leur comportement et de déterminer les facteurs associés à la récidive.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective multicentrique a inclus des GISTs localisées opérées avec une mutation rare non KIT exon 11, non KIT exon 9 et non PDGFRA exon 18 p.D842V de 1992 à 2025 issues de 19 centres français des réseaux NETSARC et des CHU.

Résultats : 270 patients consécutifs ont été inclus, avec un suivi médian de 5,5 ans ; 53% étaient des femmes, l'âge médian au diagnostic était de 70 ans. 65,6% des GIST étaient gastrique, la taille médiane était de 5.5 cm, le nombre médian de mitoses de 3 / 5 mm². 35,9% étaient mutées PDGFRA, 15.6% KIT, 9.3% étaient SDH-déficientes, 4.4% BRAF et 4.0% autre. Les GIST SDH récidivaient plus que les autres groupes (44.0% des cas, contre 19,1% pour les GIST KIT et 12,4% pour les GIST PDGFRA, p=0,004). Il n'existait pas de différences de SSR entre les groupes de mutations (p=0.14). En analyse multivariée, les facteurs associés à la récidive étaient le Ki67 > 10% (HR = 11,0, IC95% = 3,3-37,0, p<0,001), le groupe SDH/BRAF (HR=3,0, IC95%= 1,0-8,6, p=0,04). Le nombre de mitoses > 5/ 5 mm² (HR= 6,4, p<0,01) était identifié lorsque l'on ne prenait pas en compte le Ki67. Des données de sensibilité au traitement adjuvant par imatinib seront présentées au congrès.

Conclusion : Cette large cohorte multicentrique confirme l'hétérogénéité clinique des GIST de mutation rare. Le risque de récidive est proche des mutations fréquentes, les GIST SDH-déficientes sont les plus à risque, de même que les GIST PDGFRA p.D842X, certaines autres mutations (KIT p.Lys642Glu, p.Asn822X, PDGFRA p.Ile843_Xdel) ayant un risque de récidive de 20%. Le Ki67>10% apparaît comme un facteur pronostique majeur, susceptible d'affiner la stratification du risque au-delà des classifications de Miettinen et Joensuu. Ces résultats soulignent la nécessité d'un séquençage moléculaire exhaustif et d'une prise en charge adaptée au profil mutationnel de chaque patient.

C.121

Une gastroscopie systématique est souhaitable en cas de test immunochimique fécal positif dans le programme français de dépistage organisé du cancer colorectal

B. Denis [1], L. Plastaras [1], I.A. Amaritei [1], P. André [1], M. Bolliet [1], J. Bottlaender [1], M. Clavel [1], R. Darrius [1], J. Faller [1], P. Montet [1], S. Vuola [1], K. Hammas [2]

(1) Colmar ; (2) Mulhouse.

Introduction : L'intérêt de réaliser une gastroscopie (G) en cas de test immunochimique fécal (TIF) positif est controversé. Deux méta-analyses ont conclu à l'absence d'intérêt d'une G systématique (GS) (1,2). En revanche, 3 études récentes ont plaidé pour la réalisation d'une G (3-5). La plupart des études antérieures n'ont évalué que la détection des cancers œso-gastro-duodénaux, sans s'intéresser aux lésions bénignes. Le but de ce travail était d'évaluer l'impact de la réalisation d'une GS en cas de TIF positif.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective des résultats des coloscopies et G réalisées dans un centre hospitalier général après TIF positif dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal entre juin 2015 et août 2025. Deux périodes étaient comparées : une avec G opportuniste (GO) sur décision de l'endoscopiste, l'autre avec GS. Toutes les données étaient enregistrées de façon prospective. Les coloscopies incomplètes étaient exclues.

Résultats : Un total de 1850 individus (âge moyen 63,6 +/- 7,1 ans ; 764 (41,3%) femmes) avait une coloscopie complète réalisée par 18 endoscopistes (15 à 524 par endoscopiste). Elles faisaient le diagnostic d'une néoplasie colorectale avancée et non avancée dans respectivement 34,4% et 39,3% des cas. Un total de 965 G était réalisé, 566 GS et 399 GO (399 GO/1282 individus, soit 31,1% ; de 18,5% à 56,8% selon l'endoscopiste). La G avait un impact thérapeutique dans 252 (26,1%) cas, sans différence entre GO (27,1%) et GS (25,4%)(p=0,5). Les 965 G permettaient le diagnostic de 4 adénocarcinomes gastriques, 2 lymphomes, 2 tumeurs neuroendocrines gastriques G1, 2 tumeurs stromales, 8 lésions gastro-duodénales précancéreuses, 25 œsophages de Barrett, 25 œsophagites peptiques de grade ≥B, 11 varices gœsophagiennes de grade ≥2, 16 ulcères gastro-duodénaux, 155 (16,1%) gastrites à *H. pylori*. L'impact de la G était significativement plus important chez l'homme (29,9%) que chez la femme (20,8%)(p<0.01), sans différence liée à l'âge ni au résultat de la coloscopie. Les GS réalisées chez 259 individus asymptomatiques et sans facteur de risque avaient un impact thérapeutique dans 58 (22,4%) cas. Elles révélaient principalement 1 adénocarcinome du cardia, 1 lymphome gastrique, 1 tumeur neuro-endocrine G1, 1 tumeur stromale, 5 œsophages de Barrett, 2 gastrites atrophiques et 37 gastrites à *H. pylori*. En analyse multivariée (régression logistique), seul le sexe était significativement associé à l'impact thérapeutique (homme *vs* femme, odds ratio = 1,60 [IC95% 1,18-2,18] (âge, résultat de la coloscopie, concentration fécale d'hémoglobine non significatifs).

Discussion : Les pourcentages rapportés dans ce travail constituent une estimation minimale de l'impact thérapeutique effectif des G réalisées chez des individus symptomatiques ou avec facteur de risque car l'apport diagnostique d'une G normale n'était pas pris en compte. Au contraire, les pourcentages évalués chez les individus asymptomatiques et sans facteur de risque reflétaient l'impact thérapeutique effectif. Les évènements indésirables liés à la G n'ont pas été évalués formellement, mais étaient quasi nuls.

Conclusion : La G a un impact thérapeutique une fois sur 4 (3,3 chez l'homme, 4,8 chez la femme), y compris chez l'individu asymptomatique sans facteur de risque connu. Eu égard à son surcoût économique et écologique marginal, notre étude, la plus importante réalisée à ce jour, tend à recommander la réalisation d'une gastroscopie systématique en cas de TIF positif, quels que soient la concentration fécale d'hémoglobine et le résultat de la coloscopie.

C.122

Adhérence aux lignes directrices passées et actuelles de surveillance post-polypectomie

A. Barkun [1], C. Hansen-Barkun [1], S. Aprikian [1], N. Milky [1], K. Shanahan [1], J. Beauchesne-Blanchet [1], M. Martel [1], C. Ménard [2], D. Von Renteln [1], M. Bardou [3]

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

Introduction : La prévention du cancer colorectal repose sur des intervalles de surveillance adaptés au risque après la coloscopie. Les mises à jour des lignes directrices du U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer en 2012 et 2020 ont modifié les intervalles proposés, notamment en les allongeant pour les lésions à plus faible risque. Comprendre l'adhérence à ces recommandations en pratique clinique est essentiel pour optimiser le suivi adéquat des patients.

Patients et Méthodes : L'objectif est d'évaluer les intervalles de surveillance après la coloscopie et les comparer aux lignes directrices de 2012 et 2020. Nous avons inclus sur 47 mois les patients ayant des antécédents personnels de polypes ou chez qui un polype a été identifié à la coloscopie index dans deux hôpitaux tertiaires du Québec (Canada). Les rapports endoscopiques ont été revus et les patients classés en groupes prédéfinis : coloscopie normale, 1–2 adénomes < 10 mm, 3–4 petits adénomes, 5–10 polypes, > 10 polypes, ≥ 1 adénome ≥ 10 mm, au moins un adénome à composante villeuse/tubulo-villeuse, un polype festonné avec dysplasie de haut grade ou un adénome festonné traditionnel. Les intervalles recommandés ont été classés comme plus précoces que les lignes directrices, conformes (adhérents) ou plus tardifs. Les résultats ont été comparés pour les deux périodes de recommandations lorsque celles-ci différaient.

Résultats : Un total de 5 204 coloscopies sur 47 mois avec données de suivi disponibles ont été incluses. Toutes les patients avaient un préparation colique adéquates, et le cæcum était atteint dans 100 % des cas. L'adhérence n'était que de 7,9 % selon les deux recommandations lors d'une coloscopie normale (n = 963), avec 86,7 % des suivis programmés trop tôt (<10 ans). Chez les patients présentant 1–2 adénomes < 10 mm (n = 2 388), l'adhérence atteignait 71,4 % selon les recommandations 2012 (5 ans), mais chutait à 3,3 % selon celles de 2020 (7-10 ans), la majorité continuant à recevoir un suivi prématuré à 5 ans (87,1 %). Pour 3–4 petits adénomes < 10 mm (n = 505), l'adhérence était de 47,6 % selon les recommandations de 2020 (3-5 ans). Les cas avec > 10 polypes (n = 22) montraient une meilleure adhérence, soit 86,4 % selon 2012 (< 3 ans) et 50,0 % selon 2020 (1 an). Pour les lésions nécessitant un contrôle à 3 ans commun aux deux époques, l'adhérence était de 39,5 % pour les polypes ≥ 10 mm, 22,9 % pour les adénomes villeux/tubulo-villeux avec ou sans dysplasie de haut grade, 27,1 % pour ceux avec dysplasie de haut grade, 12,5 % pour les polypes festonnés sessiles avec dysplasie et 15,4 % pour les adénomes festonnés traditionnels. Toutes les recommandations non adhérentes concernaient des suivis trop précoces, sauf pour les adénomes villeux/tubulo-villeux (avec ou sans dysplasie), dont 55.7 % étaient revus plus tard que recommandé (potentiellement reflétant au moins en partie un suivi de lignes directrices européennes pour ce sous-groupe particulier).

Résultat	Intervalle recommandé	Lignes directrices 2012 (% de patients)				Lignes directrices 2020 (% de patients)			
		Plus tôt	Conforme	Plus tard	Autre*	Plus tôt	Conforme	Plus tard	Autre*
Coloscopie normale (n = 963) – Aucun polype	>10 ans	86.7%	7.9%	4.4%	1.0%	Inchangé depuis 2012			
1–2 petits adénomes (polypes) < 10 mm (n = 2 388)	5 ans — 7–10 ans	19.3%	71.4%	3.7%	5.9%	87.1%	3.3%	3.7%	5.9%
3–4 petits adénomes (polypes) < 10 mm (n = 505)	3–5 ans	NA				45.4%	47.6%	2.2%	5.0%
5–10 adénomes (polypes) (any size) (n = 319)	3 ans	NA				37.5%	37.0%	16.6%	7.8%
3-10 adénomes (polypes) (n=1043)	3 ans	24.1%	37.9%	31.8%	6.2%	NA			
> 10 adénomes (polypes) (n = 22)	< 3 ans — 1 an	0.0%	86.4%	0.0%	13.6%	18.2%	50.0%	18.2%	13.6%
Polypes ≥ 10 mm (n = 793)	3 ans	31.6%	39.5%	19.5%	9.4%	Inchangé depuis 2012			
Villeux / tubulovilleux avec ou sans dysplasie de haut grade (n = 2 898)	3 ans	16.2%	22.9%	55.7%	5.2%	Inchangé depuis 2012			
Adénome(s) (polypes) avec dysplasie de haut grade (n = 133)	3 ans	45.1%	27.1%	15.8%	12.0%	NA			
Polype(s) sessile festonné avec dysplasie (n = 8)	3 ans	62.5%	12.5%	25.0%	0.0%	Inchangé depuis 2012			
Adénome festonné traditionnel (n = 13)	3 ans	53.9%	15.4%	23.0%	7.7%	Inchangé depuis 2012			

*Selon la pathologie

Conclusion : L'adhérence aux lignes directrices de surveillance post-polypectomie demeure sous-optimale. Les pratiques observées demeurent largement fondées sur des intervalles de surveillance plus courts que ceux préconisés par les recommandations révisées, surtout chez les patients à faible risque (coloscopie normale ou 1–2 petits adénomes). L'adhérence pour les lésions à haut risque restait modérée, avec potentiellement un suivi retardé plus fréquent chez les patients avec des adénomes villeux ou tubulo-villeux. Ces résultats soulignent la nécessité d'une meilleure prise en charge et une meilleure diffusion des recommandations afin d'assurer une surveillance efficiente et fondée sur les preuves, tout en optimisant l'utilisation de ressources endoscopiques limitées.

C.123

Plénière

La cohorte française PRSS1 : histoire naturelle de la pancréatite héréditaire. Etude PARADISIO-1

G. Cléry [1], E. Masson [2], F.I. Habib [1], S. Salmeron [1], T. Baleba [3], T. Bienvenu [4], A.M. Bouvier [5], J. Branche [6], L. Buscail [7], J.B. Chevaux [8], F. Cholet [2], O. de Rycke [5], C. d'Engremont [9], T. Deregnaucourt [10], B. Duponт [11], E. Gelsi [12], E. Girodon-Boulandet [4], C. Gourdeau [13], P. Grandval [14], M. Kaassis [15], G. Lalau [6], L. Laurent [1], M. Le Rhun [16], F. Maire [1], C. Michoud [17], M. Pagenault [18], A. Pitta [19], I. Scheers [20], D. Tougeron [21], C. Yzet [22], G. Paradis Cmr [1], J.M. Chen [2], C. Ferec [2], M. Resche-Rigon [4], V. Rebours [1]

(1) Clichy ; (2) Brest ; (3) Blois ; (4) Paris ; (5) Dijon ; (6) Lille ; (7) Toulouse ; (8) Nancy ; (9) Grenoble ; (10) Besançon ; (11) Caen ; (12) Nice ; (13) Rouen ; (14) Marseille ; (15) Cholet ; (16) Nantes ; (17) Lyon ; (18) Rennes ; (19) Reims ; (20) Bruxelles, BELGIQUE ; (21) Poitiers ; (22) Amiens.

Introduction : Le gène PRSS1, cloné en 1996, est à l'origine de la pancréatite héréditaire (PH), une forme rare de pancréatite chronique (PC). L'objectif principal de notre étude était d'approfondir les connaissances sur l'histoire naturelle de la PH, en tenant compte des avancées en génétique, de l'accumulation de données cliniques depuis la découverte du gène et de l'augmentation de l'incidence de l'adénocarcinome du pancréas (ADKP) en population générale.

Patients et Méthodes : Etaient inclus des patients porteurs d'un variant pathogène confirmé de PRSS1 (vivant ou décédé) depuis 1996 et ayant signé une non-opposition recueillie auprès du patient ou d'un apparenté.
La cohorte a été créée de façon exhaustive à partir des listings des trois laboratoires de génétique effectuant cette analyse en France incluant tous les patients porteurs d'un variant pathogène du gène PRSS1 (entre 1996 et octobre 2024).
Le recueil rétrospectif des données était réalisé par le clinicien référent de chaque patient, via un eCRF-RedCap. Les domaines d'analyse étaient : caractéristiques générales personnelles et familiales, données génétiques, douleur et sa prise en charge, insuffisances pancréatique exocrine et endocrine, développement d'un cancer pancréatique, données radiologiques, interventions endoscopiques et chirurgicales et statut vital.
Analyses:
-Estimation de la prévalence, de la pénétrance des mutations du gène PRSS1, des principaux signes et complications (âge d'apparition et incidence): douleur, pancréatite aiguë, insuffisances pancréatique exocrine et/ou endocrine, et cancer pancréatique.
-Calcul du taux d'incidence standardisé (SIR) de l'ADKP.
-Corrélations génotype–phénotype entre variants de PRSS1 et les caractéristiques clinico-radiologiques.
-Recherche de phénomènes d'anticipation génétique générationnelle.

Résultats : Sur les 726 patients diagnostiqués comme porteur d'un variant pathogène de PRSS1 depuis 1996 en France, 345 ont été inclus dans l'étude entre octobre 2024 et mars 2025, représentant 3 435 personnes-années. La pénétrance de la mutation était de 84,6%. L'âge médian de survenue des premiers symptômes était de 14 ans. Le délai diagnostic médian était de 5,3 ans pour les patients symptomatiques. Le variant de PRSS1 le plus fréquent était R122H, (n=123 patients, 35,7%).
L'âge médian au diagnostic de l'insuffisance pancréatique exocrine (IPE) et du diabète (DT) étaient: 32,2 ans (IQR : 22,5–50,8) et 42,7 ans (IQR: 32,5–53,0) respectivement. Les incidences cumulées à l'âge de 50 ans, de l'IPE et du DT s'élevaient respectivement à 29,4% (IC95% : 23,5-35,2) et 23,1 % (IC95% : 17,0-29,1). Les variants N29I et R122H, étaient associés à un risque majoré de DT, avec des Hazard-ratio (HR) respectifs de 3,01 (IC95% : 1,40-6,46) et 1,93 (IC95% : 1,03-3,63).
19 cas d'ADKP étaient identifiés à un âge médian au diagnostic de 64,6 ans. Le SIR d'ADKP était de 34,7 (IC95%: 19,4–57,4). Le DT et le tabac étaient associés à un risque majoré de survenue avec un HR de 6,75 (IC95% : 2,14–21,23) et 6,50 (IC95% : 1,76-36,08).
Le nombre de décès était de 36, avec un âge médian lors du décès de 64,5 ans (IQR: 52,4–74,7). La principale cause de décès était liée à une complication de la PH soit 41,7 % des décès (13 ADKP, 1 DT et une angiocholite).
Les âges de survenue de l'IPE et des premiers symptômes étaient différents selon les générations au sein d'une même famille, avec des « phénomènes d'anticipation » : le risque relatif d'IPE et des symptômes en général augmentait avec le nombre de génération atteintes, HR: 1,48 (IC95% : 1,13-1,80) et 1,30 (IC95%: 1,10-1,54), respectivement.

Conclusion : Il s'agit de la plus grande cohorte de patients porteurs d'une mutation PRSS1 étudiée à ce jour. Les résultats ont permis de préciser la prévalence des complications associées à la PH comme l'IPE, le DT et de l'ADKP. Le risque majeur de cancer est confirmé. Ces nouvelles données vont permettre une actualisation des recommandations du suivi à appliquer pour la PH, notamment pour le dépistage du cancer.
Addendum : Les inclusions de l'étude Paradisio-1 se clôturant en octobre 2025, la cohorte compte d'ores et déjà 450 patients. Si ce résumé était sélectionné, les résultats actualisés seront présentés lors des JFHOD.

C.124

Plénière

Efficacité et tolérance d'un traitement d'induction de 8 semaines par obefazimod chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérément à sévèrement active : résultats de deux essais de phase III, randomisés, en double aveugle et contrôlés par placebo (ABTECT-1 & 2)

L. Peyrin-Biroulet [1], S. Nancey [2], X. Treton [3], C. Le Berre [4], R. Altwegg [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], F. Cataldi [7], D. Jacobstein [7], C.J. Rabbat [7], K. Shan [7], M. Charkaoui [8], L. Vuitton [9], D. Laharie [10], G. Bouguen [11], X. Roblin [12], M. Amil [13], X. Hébuterne [14], Y. Bouhnik [3]

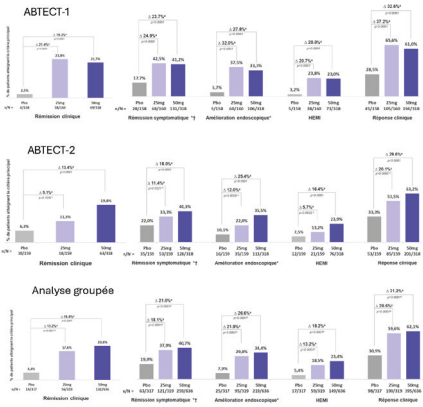
(1) Nancy ; (2) Lyon ; (3) Neuilly-sur-Seine ; (4) Nantes ; (5) Montpellier ; (6) Toulouse ; (7) Paris ; (8) Dijon ; (9) Besançon ; (10) Bordeaux ; (11) Rennes ; (12) Saint-Étienne ; (13) La Roche-sur-Yon ; (14) Nice.

Introduction : L'obefazimod (Obe) est une petite molécule administrée par voie orale [une prise par jour(QD)], qui augmente l'expression du microARN-124. Obe a été évalué dans deux essais d'induction de phase II, suivis d'études de maintenance en ouvert [1-3], chez des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) modérément à sévèrement active. Nous présentons ici les résultats d'efficacité et de tolérance de deux essais d'induction de phase III, d'une durée de 8 semaines, menés chez des patients adultes atteints de RCH : ABTECT-1 [NCT05507203] et ABTECT-2 [NCT05507216].

Patients et Méthodes : Les essais ABTECT, multicentriques, randomisés, en double insu, contrôlés par placebo (PBO), ont inclus des patients atteints de RCH modérée à sévère (définie par un score de Mayo modifié [MMS] ≥ 5, un sous-score de saignement rectal [RBS] ≥ 1 et un score endoscopique centralisé ≥ 2). Les patients présentaient une réponse inadéquate, une perte de réponse ou une intolérance à au moins un traitement antérieur (corticostéroïdes, immunosuppresseurs, biothérapies, modulateurs du récepteur S1P et/ou inhibiteurs de JAK). La randomisation a été réalisée selon un ratio 2:1:1 entre Obe 50 mg QD (Obe-50), Obe 25 mg QD (Obe-25) ou PBO, pendant 8 semaines. Le critère de jugement principal était la rémission clinique (selon le MMS). Les critères secondaires incluaient la réponse clinique, la rémission symptomatique, l'amélioration endoscopique et histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI).

Résultats : Au total, 1.272 patients ont été randomisés (636 dans chaque étude). Ils présentaient des caractéristiques démographiques et cliniques de base similaires entre les groupes. Une réponse inadéquate à au moins un traitement avancé était rapportée chez 45,3 % (ABTECT-1) et 49,3 % (ABTECT-2) des patients. Une proportion significativement plus élevée de patients sous Obe-50 a atteint la rémission clinique comparativement au PBO (ABTECT-1 : 21,7 % *vs* 2,5 %, différence 19,3 %, p<0,0001 ; ABTECT-2 : 19,8 % *vs* 6,3 %, différence 13,4 %, p=0,0001). Tous les critères secondaires clés ont également été atteints (Figure). Sous Obe-25, une proportion significativement plus élevée de patients a obtenu la rémission clinique par rapport au PBO dans ABTECT-1 (différence 21,4 %, p<0,0001), et tous les critères secondaires ont été atteints. En analyse groupée, Obe-50 et Obe-25 ont satisfait à l'ensemble des critères principaux et secondaires (p<0,0001) (Figure).
Les taux d'événements indésirables graves et d'événements indésirables émergents sous traitement (TEAE) ayant conduit à l'arrêt du traitement étaient similaires chez les patients traités par Obe et ceux sous PBO. Dans les deux essais, la proportion de patients ayant rapporté au moins un TEAE était plus élevée avec Obe-50 et comparable avec Obe-25 par rapport au PBO. L'événement indésirable le plus fréquent était la céphalée (Obe-50 : 20,8–25,8 % ; Obe-25 : 14,5–15,6 % ; PBO : 5,7 %). Les céphalées étaient bénignes, transitoires, de courte durée et rarement responsables d'arrêt du traitement (0–1,6 %). Aucun signal n'a été observé concernant des infections graves, sévères ou opportunistes, ni concernant des cas de malignité.

Figure : Résultats d'efficacité à la semaine 8 - Critères primaires et secondaires - ABTECT-1 et -2, analyse groupée‡



[a] : La différence en % correspond à Obe *minus* PBO, basée sur la différence de risque commune estimée avec les pondérations de Mantel-Haenszel, ajustée selon les facteurs de stratification de la randomisation : réponse inadéquate aux traitements avancés (oui/non), utilisation de corticostéroïdes oraux à la ligne de base (oui/non), et région (Japon/reste du monde) [ABTECT-2 uniquement]. Les valeurs de p sont bilatérales. [b] : Pour l'analyse groupée, toutes les valeurs de p sont nominales. [c] : Dans ABTECT-2, la dose de 25 mg n'a pas atteint le critère primaire à la semaine 8 selon le protocole FDA ; les valeurs de p pour les critères secondaires clés de ce bras sont nominales.
Le NRI (*non-responder imputation*) est utilisé pour les pts avec données manquantes à la semaine 8 ou ayant présenté un événement indésirable avant la semaine 8. La rémission clinique : SFS = 0 ou 1, RBS = 0 et MES = 0 ou 1 (MES = 1 modifié pour exclure la friabilité). L'amélioration endoscopique : MES = 0 ou 1 (MES = 1 modifié pour exclure la friabilité). La réponse clinique : réduction par rapport à la ligne de base du MMS ≥ 2 points et une réduction relative du MMS ≥ 30 %, et une réduction du RBS par rapport à la ligne de base ≥ 1 point et/ou RBS = 0 ou 1. Le HEMI (*histologic-endoscopic mucosal improvement*) : MES = 0 ou 1 et score de l'index de Geboes < 3,1. La rémission symptomatique : RBS = 0 et SFS = 0 ou 1.
† Selon le protocole FDA, la rémission symptomatique était un critère « secondaire autre », non contrôlé pour la multiplicité. * : l'amélioration endoscopique/rémission symptomatique étaient des critères co-primaires pour le protocole EMA et ont été atteints aux deux doses dans les deux essais. ‡ : Une stratégie de test hiérarchique a été utilisée, en commençant par 50 mg pour le critère primaire, suivie des critères secondaires clés ; la dose de 25 mg a ensuite été testée pour le critère primaire puis pour les critères secondaires clés.

Conclusion : Les critères d'évaluation primaires et secondaires ont été atteints dans les deux essais d'induction ABTECT. Le traitement pendant huit semaines avec l'obefazimod améliore significativement les critères cliniques, endoscopiques, symptomatiques et histologiques. L'obefazimod a démontré un profil de tolérance favorable, sans aucun nouveau signal de sécurité observé. Le traitement a été globalement bien toléré avec les deux doses.

C.125

Plénière

Atézolizumab (ATEZO) + bévacizumab (BEV) associés ou non à l'ipilimumab (IPI) en 1ère ligne du CHC non résécable : résultats de l'essai de phase II/III PRODIGE 81/FFCD 2101 - TRIPLET HCC

J.M. Phelip [1], J.F. Blanc [2], J. Edeline [3], K. Le Malicot [4], J.M. Péron [5], V. Bourgeois [6], M. Bouattour [7], Y. Touchefeu [8], C. Vitellius [9], F. Khemissa Akouz [10], A. Heurgué [11], P. Girot [8], E. Assenat [12], E. Nguyen-Khac [13], J.P. Bronowicki [14], J. Viaud [15], M. Ben Abdelghani [16], J.C. Nault [17], S. Manfredi [4], P. Merle [18]

(1) Saint-Étienne ; (2) Bordeaux ; (3) Rennes ; (4) Dijon ; (5) Toulouse ; (6) Boulogne-sur-Mer ; (7) Clichy ; (8) Nantes ; (9) Angers ; (10) Perpignan ; (11) Reims ; (12) Montpellier ; (13) Amiens ; (14) Vandœuvre-lès-Nancy ; (15) Saint-Malo ; (16) Strasbourg ; (17) Bobigny ; (18) Lyon.

Introduction : L'essai IMbrave-150 a démontré les avantages en termes de SG, SSP et d'ORR de l'association d'Atezolizumab + Bévacizumab (Atezo + Béva) dans le traitement de première ligne du CHC avancé, tout comme l'association Durvalumab + Tremelimumab dans l'essai HIMALAYA ou le Nivolumab + Ipilimumab (Nivo + Ipi) dans l'essai CheckMate-9DW. Nous présentons ici les résultats de la phase 2 de l'essai TRIPLET-HCC (phase 2/3) comparant l'association d'Atezo + Béva + Ipi *versus* l'association d'Atezo + Béva en 1ère ligne du CHC avancé (NCT05665348).

Patients et Méthodes : Cette étude française, prospective, multicentrique non comparative a randomisé (R1 :1) les patients atteints d'un CHC avancé BCLC B ou C, pour recevoir soit l'association Atezo + Béva + Ipi (Atezo 1200 mg + Béva 15 mg/kg + IPI 1 mg/kg toutes les 3 semaines (4 doses)) soit l'association Atezo + Béva (Atezo 1200 mg + Béva 15 mg/kg toutes les 3 semaines) pendant 2 ans. Le critère d'évaluation principal était le taux de réponse objective (ORR) au cours des 24 premières semaines de traitement. La réponse était évaluée par l'investigateur selon les critères RECIST 1.1. Avec une puissance de 84%, ≥ 35 patients présentant une réponse objective étaient nécessaires dans le bras Atezo + Béva + Ipi pour déclarer le bras expérimental comme efficace. En cas de résultats positifs, l'essai passerait en phase 3 avec comme critère d'évaluation principal la survie globale (SG). Les principaux critères d'évaluation secondaires de la phase 2 étaient l'efficacité et la tolérance (NCI CTC v4.0).

Résultats : Au total, 226 patients ont été randomisés entre le bras Atezo + Béva + Ipi (n = 113) et le bras Atezo + Béva (n = 113) entre mars 2023 et septembre 2024 dans 36 centres Français. L'analyse a été faite en intention de traiter modifié (mITT : patients ayant pris au moins une dose de traitement). Au total, 34 patients ont présenté une réponse objective (30,1 %, IC à 80 % : 24,4-36,3). Dans le bras Atezo + Béva, l'ORR était de 27,4% (IC à 80 % : 22,0-33,5). Avec un suivi médian de 12,0 mois *vs* 12,5 mois, la SG médiane était de 22,6 mois (IC à 95% : 13,2-non estimable [NE]) *vs* NE (IC à 95% : 14,7-NE). La SSP était de 8,0 mois (5,8-10,7) *vs* 9,6 mois (7,6-10,2) respectivement dans le bras Atezo + Béva + Ipi versus le bras Atezo + Béva. Le délai avant progression était respectivement de 10,1 mois (7,9-12,1) *vs* 10,1 mois (8,9-20,1) et le délai avant réponse était de 3,5 mois (1,6-5,5) *vs* 3,5 mois (1,9-3,8). Des événements indésirables liés au traitement (TRAE) de grade 3-4 sont survenus chez 44% *vs* 39% des patients, entraînant l'arrêt du traitement chez 14,2% *vs* 7,1% des patients, et 2 patients *vs* 0 ont présenté des TRAE de grade 5.

Conclusion : Le bras Atezo + Béva + Ipi n'a pas atteint son critère d'évaluation principal. L'efficacité semblait similaire dans les deux bras de traitement avec une toxicité qui semblait être moindre dans le bras Atezo + Béva. L'ajout de l'Ipi à faible dose (1 mg/kg) n'a pas apporté de bénéfice supplémentaire à l'association Atezo + Béva. Un suivi plus long est nécessaire pour évaluer l'impact de l'ajout de l'IPI sur la survie à long termes.

Remerciements, financements, autres :
FFCD pour le support financier et logistique
L'ensemble des investigateurs Patients et familles

C.126

Plénière

Survie à long terme et fraction de guérison dans le carcinome hépatocellulaire avancé sous immunothérapie : analyse des essais randomisés et des données de vie réelle

C. Campani [1], J.H. Shim [2], M. Bouattour [3], Y. Touchefeu [4], V. Delhoume [4], O. Rosmorduc [1], A. Pascale [5], A. Jihyun [1], H. Regnault [6], D. Thabut [1], G. Amaddeo [6], M. Ningarhari [7], I. Ollivier-Hourmand [8], C. Métivier [8], M. Ronot [3], L.C. Ntandja-Wandji [7], V. Ozenne [1], S. Sidali [3], F. Marra [9], C. Hollande [1], N. Ganne-Carrié [10], P. Nahon [10], J.M. Péron [11], M. Lequoy [1], R. Sharma [12], M. Allaire [1], J.C. Nault [10]

(1) Paris ; (2) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (3) Clichy ; (4) Nantes ; (5) Villejuif ; (6) Créteil ; (7) Lille ; (8) Caen ; (9) Florence, ITALIE ; (10) Bobigny ; (11) Toulouse ; (12) Londres, ROYAUME-UNI.

Introduction : Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI) ont transformé la prise en charge de nombreuses tumeurs en induisant des réponses durables et, chez une fraction de patients, une survie de long terme compatible avec une «guérison». Dans le CHC avancé, les essais de phase 3 (HIMALAYA, CheckMate-9DW) montrent des courbes de survie à séparation tardive et des plateaux sur la partie terminale des courbes de Kaplan Meier, suggérant un bénéfice prolongé. Or, la méthode usuelle de Cox est peu adaptée lorsque l'hypothèse de risques proportionnels n'est pas respecté. A l'inverse, les modèles statistiques de guérison (Mixture Cure Models, MCM) permettent d'estimer simultanément la fraction de survivants de long terme et la dynamique des patients non guéris. Le but de notre étude est d'appliquer ces modèles sur les essais randomisés de phase 3 positifs disponibles ainsi que sur une cohorte de patients de vraie vie avec CHC traité par atezolizumab/bevacizumab.

Patients et Méthodes : Nous avons sélectionné les essais randomisés de phase 3 positifs en première ligne dans le CHC avancé (critère principal OS en faveur des ICI) avec un suivi médian ≥ 30 mois permettant d'observer les plateaux tardifs sur les courbes de Kaplan Meier. Les courbes de Kaplan–Meier ont été reconstruites en données individuelles (méthode de Guyot) et la qualité de reconstruction a été vérifiée. ENous avons analysée une cohorte multicentrique de vie réelle de patients traités par atézolizumab–bévacizumab (13 centres universitaires). Les MCM ont été ajustés séparément par bras/traitement : lien logistique pour la fraction de guérison/survie de long terme ; pour la composante de latence, comparaison d'exponentiel, Weibull, log-logistique, log-normal et gamma généralisée, avec choix du meilleur ajustement selon AIC/BIC, plausibilité clinique et inspection visuelle. L'OS a servi à estimer la fraction de survivants à long terme ; la PFS a servi à approcher la fraction de guérison. Les hasards observés ont été lissés et mis en perspective avec la mortalité résiduelle liée à la cirrhose sous jacente.

Résultats : Dans l'étude HIMALAYA (suivi médian 60 mois), l'analyse par MCM estime un pourcentage de survivant à long terme de 12,8 % (IC95 : 8,5–18,6) sous durvalumab–trémélimumab versys 5,2 % (2,6–10,2) sous sorafénib ; la fraction de guérison n'était pas évaluable du fait de l'absence de courbe de Kaplan Meier disponible pour la PFS. Dans l'étude CheckMate-9DW (suivi médian 35 mois), l'hypothèse de risques proportionnels n'était pas respecté avec croisement précoce des courbes et effet retardé de l'immunothérapie; les MCM identifient 8,7 % (0,2–81,3) de survivants à long terme sous nivolumab–ipilimumab *vs* 4,1 % (0,1–66,1) sous inhibiteurs de tyrosine kinase, et une fraction de guérison de 17,8 % (12,0–25,8) sous ICI *vs* 3,5 % (0,7–16,7) sous inhibiteurs de tyrosine kinase, avec néanmoins de larges intervalle de confiance reflétant le faible effectif de patients. Les MCM n'ont pas été appliqués à IMbrave150 en raison d'un suivi médian insuffisant et de l'absence de plateau de survie en queue de courbe.

Dans la cohorte de vie réelle (n = 1581 ; suivi médian = 34,7 mois), les MCM estiment un pourcentage de long survivants à 12,3 % (9,3–16,1) et une fraction de guérison à 7,9 % (6,3–9,8)». Chez 1187 patients répondant aux critères principaux d'IMbrave150 (CPS A, BCLC B/C), les estimations atteignent

15,4 % (10,6–18,5) pour la survie à long terme et 9,1 % (7,3–11,4) pour la guérison. Les taux de risque de décès diminuent après la première année et convergent vers la mortalité de fond liée à la cirrhose, suggérant que, passé le pic initial, le décès est davantage lié au foie qu'à la progression tumorale. En analyse multivariée, une albumine sérique élevée et une infection par l'hépatite C étaient associées à la survie de long terme et à la guérison, tandis qu'une bilirubine plus élevée diminuait la probabilité de survie de long terme.

Conclusion : L'analyse des essais randomisés de phase 3 et d'une cohorte multicentrique de vraie vie montre que 10–15% des patients atteints de CHC avancé traités par immunothérapie combinée (anti PD1/anti CTLA ou anti PDL1/anti VEGF) sont des survivants à long terme, avec une fraction de guérison estimée à 7–9%.

C.127

Plénière

Sténoses biliaires bénignes opérées mimant un cholangiocarcinome péri-hilaire : résultats de l'étude multicentrique Mimicck

M. Alaux [1], S. Tzedakis [2], A. Marichez [3], R. Brustia [4], D. Sommacale [4], R. Rhaiem [5], N. Berrebi [5], P. Addeo [6], P. Zimmermann [5], C. Dananai [7], S. Chopinet [8], H. Jeddou [9], B. Le Floc'h [9], C. Maulat [10], F. Borie [11], P. Peyrafort [12], D. Da Silva [13], N. Golse [13], A. Dhote [2], L. Chiche [3], A. Herrero [1]

(1) Montpellier ; (2) Paris ; (3) Bordeaux ; (4) Créteil ; (5) Reims ; (6) Strasbourg ; (7) Lille ; (8) Marseille ; (9) Rennes ; (10) Toulouse ; (11) Nîmes ; (12) Tours ; (13) Villejuif.

Introduction : La distinction préopératoire entre cholangiocarcinome péri-hilaire (CCPH) et sténose bénigne reste complexe, malgré l'utilisation accrue de cytologie/histologie. La cholangite à IgG4, cause de certaines lésions bénignes, se traite efficacement par corticothérapie. Cette étude évalue leur incidence et les facteurs prédictifs.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective comparant les patients ayant bénéficié d'une hépatectomie majeure pour suspicion de cholangiocarcinome péri-hilaire. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs de risque. Un appariement sur score de propension a été réalisé.

Résultats : Au total, 607 patients issus de 13 centres ont été inclus, dont 43 (7 %) présentaient une lésion bénigne, comprenant 9 cas (20 %) de cholangite à IgG4. Le dosage préopératoire des IgG4 n'a été effectué que chez 33 % des patients. Les patients avec lésion bénigne présentaient un IMC plus enlevé (26 *vs* 24, p=0,020) et une hypertension plus fréquente (61 % *vs* 37 %, p=0,02). Leur bilan hépatique était moins perturbé, avec une bilirubinémie plus basse avant et après drainage (p=0,007). La classification de Bismuth différait (lésions bénignes majoritairement IIIb, malignes IIIa, p=0,003). L'atteinte portale radiologique était moins fréquente (14 % *vs* 31 %, p=0,018). Il n'y avait pas de différence concernant la morbidité sévère (Clavien-Dindo≥ 3 ; 29%) et la mortalité à 90 jours (12%). L'analyse multivariée a identifié l'absence de masse à l'imagerie comme seul facteur prédictif indépendant de lésion bénigne, aussi bien dans la cohorte initiale que dans la cohorte appariée par score de propension.

Conclusion : Les sténoses bénignes représentent 7 % des cas, avec 12 % de mortalité à 90 jours, touchant souvent des patients hypertendus/obèses. Elles se révèlent par angiocholite ou fortuitement, contrairement aux CCPH (ictère, altération de l'état général).

Caractéristiques	Population N = 607[1]	Lésions bénignes (LB) N = 43[1]	Cholangiocarcinomes péri hilaires (CCPH) N = 564[1]	p-value[2]
IMC kg/m²	24 (22.0, 27)	26 (23.0, 30)	24 (22.0, 27)	0.020
HTA	234 (38.6%)	26 (60.5%)	208 (36.9%)	0.002
Angiocholite	56 (9.3%)	8 (18.6%)	48 (8.6%)	0.049
AEG	282 (46.8%)	12 (27.9%)	270 (48.3%)	0.010
Ictère	453 (75.1%)	24 (55.8%)	429 (76.6%)	0.002
Aucun symptôme	69 (11.5%)	11 (25.6%)	58 (10.4%)	0.006
Bilirubine (µmol/L) au diagnostic	149 (31.0, 280)	48 (11.5, 187)	153 (33.0, 286)	0.007
Envahissement de la veine porte (imagerie préopératoire)	181 (29.8%)	6 (14.0%)	175 (31.0%)	0.018
Classification de Bismuth-Corlette				0.003
I	15 (2.5%)	4 (9.5%)	11 (2.0%)	
II	110 (18.2%)	3 (7.1%)	107 (19.0%)	
IIIa	250 (41.3%)	13 (31.0%)	237 (42.0%)	
IIIb	138 (22.8%)	16 (38.1%)	122 (21.6%)	
IV	93 (15.3%)	6 (14.3%)	87 (15.4%)	
Masse à l'imagerie	373 (75.4%)	17 (39.5%)	356 (78.8%)	<0.001
Voie d'abord				0.001
Laparoscopie	26 (4.3%)	7 (16.3%)	19 (3.4%)	
Laparotomie	581 (95.7%)	36 (83.7%)	545 (96.6%)	
Morbidité sévère (CD ≥3a)	223 (36.7%)	11 (25.6%)	212 (37.6%)	NS
Mortalité à 90 jours	81 (13.3%)	6 (14.0%)	75 (13.3%)	NS

[1] n (%) ; Médiane (Q1, Q3)
[2] Test du chi carré de Pearson ; test de la somme des rangs de Wilcoxon ; Le test exact de Fisher

Figure 3. Caractéristiques des patients opérés pour sténoses biliaires comparées aux cholangiocarcinomes péri-hilaires

Majoritairement Bismuth IIIB, elles se distinguent des lésions malignes plus souvent IIIA avec atteinte portale. L'absence de masse à l'imagerie est le seul facteur prédictif indépendant.

Facteurs prédictifs de sténoses biliaires bénignes sur cohorte initiale et cohortes appariées (figure 4)

		Analyse univariée			Analyse multivariée		
Caractéristiques	**N**	**OR**	**IC à 95 %**	**p-value**	**OR**	**IC à 95 %**	**p-value**
IMC ≥ 30 kg/m²	574	2.26	1.05, 4.57	**0.038**	2.04	0.34, 11.7	0.424
HTA	607	2.62	1.40, 5.02	**0.003**	3.10	0.74, 15.0	0.133
Envahissement porte radio	607	0.36	0.13, 0.81	**0.012**	0.70	0.12, 3.53	0.675
Classification de Bismuth-Corlette				**0.006**			
1		—	—		—	—	
2		0.08	0.01, 0.39		0.88	0.02, 46.1	0.946
3a		0.15	0.04, 0.60		0.56	0.02, 22.5	0.741
3b		0.36	0.11, 1.42		0.71	0.02, 32.2	0.848
4		0.19	0.05, 0.84		1.19	0.02, 72.1	0.931
Masse à l'imagerie	495	0.18	0.09, 0.34	**<0.001**	0.15	0.03, 0.65	**0.016**
		Analyse univariée *(sur cohortes appariées)*			**Analyse multivariée** *(sur cohortes appariées)*		
	N	**OR**	**IC à 95 %**	**p-value**	**OR**	**IC à 95 %**	**p-value**
Masse à l'imagerie	68	0.16	0.06, 0.43	<0.001	0.13	0.04, 0.41	<0.001

Abréviations : IC = intervalle de confiance, OR = rapport de cotes

Ces éléments doivent inciter à répéter les examens diagnostiques, sans retarder l'intervention, pour limiter les chirurgies inutiles.

C.128

Efficacité et tolérance d'un traitement par aphérèse leucocytaire (Adacolumn®) chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin : une étude rétrospective de cohorte (ARLEPI)

A. Amiot [1], G. Bouguen [2], A. Buisson [3], C. Landman [4], M. Uzzan [5], S. Nancey [6], G. Cadiot [7], C. Gilletta de Saint-Joseph [8], M. Charkaoui [9], L. Guillo [10], A. Wampach [4], M. Collins [11], R. Altwegg [12], F. Cholet [13], M. Hupé [14]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Rennes ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Paris ; (5) Créteil ; (6) Lyon ; (7) Reims ; (8) Toulouse ; (9) Dijon ; (10) Marseille ; (11) Nantes ; (12) Montpellier ; (13) Brest ; (14) Grenoble.

Introduction : L'aphérèse leucocytaire (GMA) ciblant les polynucléaires neutrophiles et les monocytes à partir du système ADACOLUMN® (JIMRO Takasaki Japan) a montré son efficacité et sa bonne tolérance chez des patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin en échec de thérapies avancées. Son utilisation pratique reste néanmoins débattue notamment compte tenu de l'émergence de nouvelles thérapies avancées. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement par aphérèse leucocytaire ADACOLUMN® dans une cohorte de patients Français traités à l'ère des thérapies avancées.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus de façon consécutive tous les patients adultes atteints de maladie de Crohn et de rectocolite hémorragique (RCH) traités par ADACOLUMN® au sein de 15 centres hospitaliers Français entre 2007 et 2024. Les patients devaient avoir reçu entre 4 et 8 sessions hebdomadaires d'ADACOLUMN® seul ou en association à la dernière thérapie avancée utilisée au moment de l'inclusion. Les patients atteints de RCH ayant subi une colectomie étaient exclus. L'efficacité et la tolérance ont été évalués aux semaines 14 et 54. La réponse clinique était définie par une réduction d'au moins 3 points de l'indice d'Harvey-Bradshaw pour les patients atteints de maladie de Crohn et d'au moins 30% de réduction du score partiel de la Mayo Clinic. La rémission était définie par un indice de Harvey-Bradshaw <5 pour la maladie de Crohn et par un score partiel de la Mayo Clinic <2 sans sous-score >1 et sans saignement rectal.

Résultats : 129 patients ont été inclus (75 hommes ; âge médian 40,9 [29.3-58.1] ans ; 102 atteints de [PD1] RCH[PD2] ; durée médiane de la MICI de 7,0 [2,9-13,1] ans). 100 patients (77,5%) avaient été préalablement exposé à un immunosuppresseur et 97 (72,2%) par au moins un anti-TNF. A l'inclusion, les patients atteints de RCH avaient un score total de la Mayo Clinic de 7 [6-12] et une CRP moyenne de 23,3 ± 86,0 mg/L. Les patients atteints de maladie de Crohn avaient un indice de Harvey-Bradshaw de 9 [7,25-10,75] et une CRP Moyenne de 21,9 ± 27,3 mg/L. Les sessions d'ADACOLUMN® étaient réalisés de façon concomitante à une corticothérapie dans 45 (34,9%) cas, un immunosuppresseur dans 34 (26,4%) et une thérapie avancée dans 48 (37,2%). Les thérapies avancées utilisées de façon concomitante étaient un anti-TNF dans 16 cas, du vedolizumab dans 12, de l'ustekinumab dans 10, un inhibiteur de JAK dans 7 et une combiothérapie dans 2.

A la semaine 14 chez les patients atteints de RCH, la réponse clinique, la rémission clinique, la rémission clinique sans corticoïdes étaient respectivement de 52,0%, 33,3% et 27,5%. A la semaine 14 chez les patients atteints de maladie de Crohn, la réponse clinique, la rémission clinique, la rémission clinique sans corticoïdes étaient respectivement de 66,7%, 33,3% et 29,6%. Il n'y avait aucune différence sur la rémission clinique avec ou sans corticoïdes entre les patients traités par ADACOLUMN seul et ceux traités par ADACOLUMN® et une thérapie avancée. A la semaine 14, 9 patients atteints de RCH et 3 patients atteints de maladie de Crohn ont nécessité une résection chirurgicale non programmée. A la semaine 14, 26 (12,4%) évènements indésirables (EI) ont été rapportés majoritairement liés à l'activité de la MICI (n=18, 14,0%). Les autres EI étaient des céphalées (n=3), des arthromyalgies (n=3), une élévation transitoire des transaminases (n=1) et une hypotension isolée en cours de procédure (n=1).

A la semaine 54, 48 patients étaient toujours traités par des sessions d'entretien d'ADACOLUMN® toutes les 4 à 8 semaines (13 avec maladie de Crohn et 35 avec RCH). A la semaine 54, le taux de rémission Clinique sans corticoïdes était de 38,5% (5/13) chez les patients atteints de maladie de Crohn et 60% (21/35) chez les patients atteints de RCH.

Conclusion : Dans cette étude rétrospective de cohorte, le traitement par aphérèse leucocytaire ADACOLUMN permettait d'induire une rémission clinique sans corticoïdes à la semaine 14 dans près d'un tiers des patients atteints de maladie de Crohn et de RCH. Chez les patients initiant un traitement d'entretien par ADACOLUMN®, le taux de rémission clinique sans corticoïdes était d'un tiers dans la maladie de Crohn et de deux tiers dans la RCH. Le profil de tolérance était excellent majoritairement lié à l'activité de la MICI.

C.129

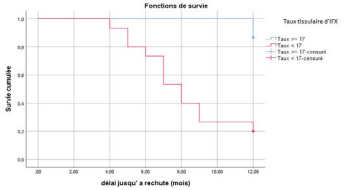
Les taux tissulaires coliques d'IFX sous-cutané sont significativement plus élevés que pour l'IFX IV et prédisent une rémission clinique soutenue

X. Roblin [(1)], S. Nancey [(2)], A.S. Peaucelle [(1)], L. Bastide [(1)], A.L. Charlois [(2)], M. Barrau [(1)], S. Paul [(1)]
(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon.

Introduction : Les concentrations tissulaires coliques de médicament chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) traités par infliximab (IFX) en sous-cutané (SC) n'ont pas été étudiées, et il existe peu de données concernant les concentrations tissulaires coliques d'IFX administré par voie intraveineuse. Objectif : Comparer les concentrations sériques et tissulaires du médicament chez des patients atteints de MICI recevant un traitement d'entretien par IFX SC ou IV.V).

Patients et Méthodes : Étude multicentrique, prospective et transversale, incluant des patients atteints de MICI sous traitement d'entretien stable par IFX SC ou IV et ayant bénéficié d'une coloscopie. L'activité de la maladie a été évaluée par des scores cliniques et des biomarqueurs inflammatoires objectifs. L'activité endoscopique de la maladie a été catégorisée comme absente ou active (classée en légère, modérée ou sévère pour la MC ou score Mayo pour la RCH). Des échantillons sanguins et deux biopsies coliques ont été prélevés au moment de la coloscopie. Les concentrations d'IFX sériques et tissulaires ont été quantifiées par des tests basés sur la chimiluminescence. L'exactitude et les seuils optimaux des concentrations sériques et tissulaires pour prédire l'évolution de la maladie ont été évalués à l'aide de courbes ROC.

Un seuil d'IFX tissulaire > 17 µg/g est significativement associé à une rémission clinique soutenue



Résultats : Trente-cinq patients ont été inclus (23 traités par IFX SC [cohorte SC] et 12 par IFX IV [cohorte IV]). Les concentrations sériques et tissulaires étaient significativement plus élevées dans la cohorte SC que dans la cohorte IV (22 µg/mL *vs* 9 µg/mL pour le sérum ; p < 0,001 et 25 µg/g *vs* 10 µg/g pour le tissu ; p = 0,002, respectivement). Des corrélations positives similaires ont été observées entre les concentrations sériques et tissulaires dans les deux cohortes (r = 0,42 ; p = 0,014 et r = 0,43 ; p = 0,001, respectivement). Les concentrations tissulaires étaient significativement plus élevées chez les patients présentant une activité endoscopique légère ou modérée que chez ceux sans activité ou avec une activité sévère (p < 0,001 pour les deux cohortes). Les concentrations tissulaires et sériques étaient associées à une rémission clinique prolongée (valeurs seuils optimales : 17 µg/g [p < 0,001] et 14,5 µg/mL [p = 0,01], respectivement) (Fig 1), mais les concentrations tissulaires se sont révélées plus pertinentes cliniquement que les concentrations sériques pour prédire l'évolution de la maladie (AUROC 0,82 *vs* 0,76). Les concentrations sériques d'IFX supérieures à 14.5 µg/mL prédisaient fortement des concentrations tissulaires > 17.0 µg/g (sensibilité : 94 %, spécificité : 94 %).

Conclusion : Les concentrations sériques et tissulaires d'IFX étaient bien corrélées et significativement plus élevées chez les patients recevant l'IFX SC par rapport à l'IFX IV. De plus, les concentrations sériques et tissulaires d'IFX prédisaient la rémission clinique prolongée et pourraient contribuer à guider l'optimisation des doses chez les patients atteints de MICI.

C.130

Efficacité, sécurité, acceptabilité et progression de la destruction intestinale à très long terme après switch de la forme intra-veineuse d'infliximab intensifiée ou non vers la forme sous-cutanée chez les patients atteints de MICI

A. Buisson [(1)], M. Nachury [(2)], M. Bazoge [(1)], C. Yzet [(3)], P. Wils [(2)], M. Dodel [(1)], A. Banana Hamadidi [(1)], B. Pereira [(1)], M. Fumery [(3)]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Lille ; (3) Amiens.

Introduction : Les études REMSWITCH ont démontré que le passage de l'infliximab intraveineux (IV) à sa formulation sous-cutané (SC) était sûr et bien accepté chez les patients MICI jusqu'à 18 mois après le switch, y compris chez ceux avec des schémas très intensifiés d'infliximab IV. Cependant, le risque de rechute à très long terme chez ces patients demeure inconnu et aucune donnée morphologique n'était disponible.
L'objectif de l'étude REMSWITCH-VLT était d'évaluer l'efficacité, incluant les données endoscopiques et transmurales, la sécurité, l'acceptabilité et l'évolution de la destruction intestinale à très long terme (42 mois) du passage de l'administration IV à la forme SC chez les patients MICI traités 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). Le suivi à long-terme correspondait à des visites à 6, 18 et 42 mois (+/- 3 mois). 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 : Au total, 131 patients ont été inclus. Parmi eux, 72,2 % avaient une maladie de Crohn, 54,1% étaient de genre féminin et 25,6 % recevaient un immunosuppresseur concomitant au moment du switch. Le niveau médian de calprotectine fécale au moment du switch était de 39 µg/g [16-112]. L'infliximab en IV était administré selon un schéma intensifié (10 mg/kg toutes les 8, 6 ou 4 semaines) dans 55,6 % des cas. Le suivi médian était de 3,5 ans [3,2-3,8].
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/8 semaines,10 mg/kg/8 semaines, 10 mg/kg/6 semaines et 10 mg/kg/4 semaines, respectivement. A 18 mois, le taux de rechute était de 13,6 % (n=8/59), 17,7 % (n=7/41), 33,3 % (n=6/18) et 86,7 % (n=13/15) (p < 0,001) des patients recevant 5 mg/kg/8 semaines, 10 mg/kg/8 semaines, 10 mg/kg/6 semaines et 10 mg/kg /4 semaines, respectivement. À 42 mois, le taux de rechute était de 18,6 % (n=11/59), 24.4 % (n=10/41), 55,5 % (n=10/18) et 86,7 % (n=13/15) (p < 0,001) des patients recevant 5 mg/kg/8 semaines, 10 mg/kg toutes les 8 semaines, 10 mg/kg /6 semaines et 10 mg/kg/4 semaines, respectivement. Mais seuls 22 patients (22/133, 16,5%) ont dû arrêter l'infliximab pour perte d'efficacité ou intolérance à 42 mois, sans aucune différence en fonction du schéma de traitement IV car 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 83,8% (n 31/37). Aucune différence significative n'existait entre ces deux façons d'intensifier l'infliximab SC : 84,2 % (16/19) *vs* 83,3% (15/18) (p = ns).
Les taux sériques d'infliximab ont augmenté après le switch (p < 0,0001) sauf pour les patients recevant 10 mg/kg/4 semaines. Aux dernières nouvelles, seuls 12 patients (12/133, 9,0 %) avaient développé des anticorps anti-infliximab dont seulement 3 avec une concentration > 10 ng/mL.
Le taux de patients en rémission endoscopique ou cicatrisation transmurale sous infliximab SC à 42 mois étaient de 72,9 % (97/133) et 65,4 % (87/133), respectivement et 92,4% (97/105) et 82,8% (87/105) chez ceux toujours traités par infliximab SC à 42 mois. Seuls 3 patients (3/133, 2,2 %) ont présenté une progression de la destruction intestinale mais aucune chirurgie n'a été requise.
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 (9,0 ± 1,5 à 42 mois).
Aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

Conclusion : Le passage de l'infliximab IV à l'infliximab SC est sûr et bien accepté à très long terme, conduisant à un faible risque de perte d'efficacité clinique, endoscopique ou transmurale chez les patients atteints de MICI, mais nécessite une dose SC optimisée chez les patients recevant 10 mg/kg/4 semaines et un suivi rapproché chez ceux qui recevaient 10 mg/kg/6 semaines compte-tenu d'un risque de rechute intermédiaire et retardé lors du passage à la dose SC classique.

C.131

Risque de lymphome chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin exposés aux thiopurines, méthotrexate, anti-TNF, védolizumab, ustekinumab ou JAK inhibiteurs

A. Meyer [1], A. Weill [2], A. Amiot [1], A. Rachas [2], F. Carbonnel [1], R. Dray-Spira [2]

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

Introduction : Les thiopurines et les anti-TNF augmentent le risque de lymphome chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Les données concernant les nouveaux médicaments sont limitées, faute d'effectifs suffisants. Notre objectif était d'évaluer le risque de lymphome associé aux différents traitements des MICI dans la base nationale des données de santé.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude cas-témoins nichée dans une cohorte de patients atteints de MICI identifiés dans le Système National des Données de Santé (SNDS) entre 2009 et 2024. Les cas étaient des patients avec un lymphome incident après 2010, chacun a été apparié à jusqu'à 50 témoins selon l'âge, le sexe et la durée de la MICI au moment du diagnostic du cas (date index). Les expositions d'intérêt incluaient les thiopurines, le méthotrexate, les anti-TNF, le vedolizumab, l'ustekinumab et les JAK inhibiteurs. Une exposition en cours était définie par l'existence d'au moins une délivrance dans les 3 mois précédant la date index, une exposition récente par un arrêt de traitement dans les 2 ans précédents, et une exposition passée par un arrêt de traitement datant de plus de 2 ans. Les rapports de cotes ajustés (ORa) ont été estimés par régression logistique conditionnelle, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, des comorbidités et des caractéristiques liées à la MICI.

Résultats : Parmi 422 793 patients atteints de MICI identifiés, lors du suivi, 33 233 (8,1%) ont été exposés au méthotrexate, 121 427 (29,5%) aux thiopurines, 137 656 (33,5%) aux anti-TNF, 31 790 (7,7%) au vedolizumab, 32 196 (7,8%) à l'ustekinumab et 8 517 (2,1%) aux JAK inhibiteurs. Au total, 1 238 cas de lymphome et 52 565 témoins appariés ont été inclus. L'âge moyen était de 59,0 ans et 39,4% étaient des femmes. Les lymphomes de Hodgkin représentaient 15,2% des cas, les lymphomes non hodgkiniens (LNH) de haut grade 50,6% (dont 38,0% de lymphomes diffus à grandes cellules B), et les LNH de bas grade 24,8% (dont 10,3% de lymphomes folliculaires). Le risque de lymphome était augmenté en cas d'exposition aux thiopurines en cours (ORa 2,36 ; IC95% : 2,00–2,79), en cas d'exposition récente (ORa 1,46 ; IC95% : 1,13–1,90), mais pas en cas d'exposition passée (ORa 1,00 ; IC95% : 0,81–1,24). Pour les anti-TNF, l'ORa était de 1,72 (IC95% : 1,45–2,05) pour une exposition en cours, 1,02 (IC95% : 0,69–1,49) pour une exposition récente, et 0,76 (IC95% : 0,53–1,09) pour une exposition passée. Pour le méthotrexate, l'ORa était de 1,53 (IC95% : 1,12–2,10) pour l'exposition en cours. Les thiopurines et le méthotrexate étaient spécifiquement associés aux risques de lymphomes de Hodgkin et aux LNH de haut grade, tandis que les anti-TNF étaient associés à un surrisque de tous les sous-types de lymphomes, y compris les LNH de bas grade. L'association entre un immunosuppresseur et un anti-TNF exposait au risque le plus élevé (ORa 3,44 ; IC95% : 2,62–4,51). Il n'y avait pas de surrisque associé à une exposition en cours au vedolizumab (ORa 1,03 ; IC95% : 0,61–1,75), à l'ustekinumab (ORa 1,37 ; IC95% : 0,84–2,22), ou aux JAK inhibiteurs (ORa 0,70 ; IC95% : 0,16–3,05). Pour les thiopurines et les anti-TNF, il existait un effet-dose pour le risque de lymphome en considérant la dose cumulée reçue dans les 2 années passées. Cet effet-dose était en lien avec le temps d'exposition de ces 2 médicaments mais pas avec la dose quotidienne reçue. Les résultats étaient inchangés en restreignant les analyses aux patients avec une MICI inactive.

Conclusion : Cette étude nationale en population confirme le surrisque de lymphome associé aux thiopurines, au méthotrexate et aux anti-TNF, avec un effet-dose et un effet différentiel sur les types de lymphome et la persistance de l'association. Elle ne montre pas d'association entre le risque de lymphome et les nouveaux médicaments des MICI. Ces données nouvelles sont utiles à la décision thérapeutique chez les patients atteints de MICI.

C.132

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

A. Buisson [1], G. Bouguen [2], M. Nachury [3], M. Uzzan [4], Q. Domas [1], M. Serrero [5], R. Altwegg [6], M. Fumery [7], A. Amiot [8], L. Caillo [9], M. Hupé [10], C. Gilletta de Saint-Joseph [11], X. Treton [12], B. Pereira [1]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Rennes ; (3) Lille ; (4) Créteil ; (5) Marseille ; (6) Montpellier ; (7) Amiens ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Nîmes ; (10) Grenoble ; (11) Toulouse ; (12) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : Parmi les options disponibles après échec d'un anti-TNF dans la rectocolite hémorragique (RCH), le vedolizumab et le filgotinib ont démontré leur efficacité, et n'ont jamais été comparés.

L'objectif de l'étude était de comparer l'efficacité du vedolizumab et du filgotinib chez les patients atteints de RCH exposés préalablement à au moins un anti-TNF.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude multicentrique rétrospective ayant inclus consécutivement tous les patients atteints de RCH ≥18 ans, avec une maladie symptomatique (score Mayo partiel > 2) ayant démarré du vedolizumab ou du filgotinib après avoir été exposé à au moins un anti-TNF.
Le vedolizumab était utilisé en IV avec induction à 300 mg S0-S2-S6 puis en entretien toutes les 4 ou 8 semaines selon le choix de l'investigateur. Le filgotinib était prescrit à une dose unique de 200 mg PO par jour.
Le critère de jugement principal était la rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2) sans corticoïde (CFREM) à la semaine 16 (S16). Les critères secondaires étaient la rémission clinico-endoscopique (CFREM + score Mayo endoscopique ≤ 1 ou calprotectine fécale < 150 µg/g), et la rémission profonde (rémission clinico-endoscopique et histologique (indice de Nancy ≤ 1)).
Les comparaisons ont été réalisées à l'aide de score de propension ajustées sur le sexe, l'âge, la durée d'évolution de la maladie, l'extension, le nombre de classes de thérapies avancées antérieures, le nombre d'échec primaire aux biothérapies, la co-prescription de 5-ASA, de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, et la sévérité clinique (évaluée par le clinicien, Mayo partiel > 6, nombre de selles ≥ 10) ou biologique (CRP > 30).

Résultats : Au total, 230 patients ont été inclus, dont 151 dans le bras vedolizumab et 79 dans le bras filgotinib. La population des 2 groupes était comparable (vedolizumab *vs* filgotinib) en termes de genre masculin (52,3 % *vs* 48,1 %), d'âge moyen (40,9 *vs* 39,4 ans), de durée médiane d'évolution de la RCH (7,3 *vs* 7,9 ans), d'extension pancolique (42,4 % *vs* 49,4%), de sévérité clinique ou de valeur de CRP.
En revanche, les patients sous filgotinib étaient plus nombreux à avoir reçu au moins 2 biothérapies (36,1 % *vs* 92,1 % ; p < 0,001) et moins nombreux à recevoir une corticothérapie concomitante (31,1 % *vs* 19,0 %) ou un immunosuppresseur associé (20,5 % *vs* 0 %).
Après propension, le taux de CFREM à S16 était de 38,1 % dans le bras vedolizumab contre 31,1 % dans le bras filgotinib (p = 0,51).
Les analyses de sous-groupe (après propension) ont montré que le vedolizumab était plus efficace que le filgotinib après échec d'une seule biothérapie (p < 0,001), sans différence après 2 échecs antérieurs (OR = 2,05 [0,36-11,71], p = 0,41) mais que le filgotinib était plus efficace après échec d'au moins 3 biothérapies antérieures (OR = 10,4 [1,1-102.4], p = 0,045).
Aucun facteur prédictif d'efficacité du filgotinib n'a été identifié.
Les facteurs associés à l'absence de CFREM à S16 sous vedolizumab étaient : la sévérité de la RCH (p = 0,035), échec ≥ 3 biothérapies (p=0,013), échec primaire à au moins une biothérapie (p=0,013).
Aucune différence n'était observée entre les deux traitements concernant le taux de rémission clinico-endoscopique ou le taux de rémission clinico-endoscopique et histologique (p=0,47 et 0,18, respectivement).
Avec un suivi médian de plus de 12 mois, nous n'avons noté aucune différence significative entre les 2 traitements en termes de délai jusqu'à arrêt de traitement, hospitalisation pour RCH ou colectomie.

Conclusion : Dans cette étude en vie réelle, le vedolizumab semblait une option plus efficace que le filgotinib en 2ème ligne de biothérapie (après échec d'un anti-TNF) alors que le filgotinib devenait une meilleure option en 3ème ou 4ème ligne. Ces données permettront d'aider les médecins prenant en charge des patients atteints de RCH afin d'orienter leurs décisions thérapeutiques.

C.133

Comparaison d'efficacité entre ustekinumab et upadacitinib chez les patients atteints de rectocolite hémorragique exposés préalablement à au moins un anti-TNF : résultats de l'étude multicentrique UPPERCUT

A. Buisson [1], M. Serrero [2], R. Altwegg [3], L. Vuitton [4], M. Uzzan [5], Q. Domas [1], X. Treton [6], M. Nachury [7], A. Amiot [8], L. Caillo [9], M. Hupé [10], B. Pereira [1], M. Fumery [11]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Marseille ; (3) Montpellier ; (4) Besançon ; (5) Créteil ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Lille ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Nîmes ; (10) Grenoble ; (11) Amiens.

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

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude multicentrique rétrospective ayant inclus consécutivement tous les patients atteints de RCH ≥18 ans, avec une maladie symptomatique (score Mayo partiel > 2) ayant démarré de l'ustekinumab ou de l'upadacitinib après avoir été exposé à au moins un anti-TNF. Les colites
L'ustekinumab était débuté par une perfusion intraveineuse puis des injections SC de 90 mg toutes les 8 semaines avec possibilité d'intensification à 90 mg/4 semaines à partir de S4 laissée à la discrétion du clinicien. L'upadacitinib était prescrit à 45 mg mg par jour pendant 8 semaines avec relai à 45mg, 30 mg ou 15 mg laissé à la discrétion du clinicien.
Le critère de jugement principal était la rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2) sans corticoïde (CFREM) à la semaine 16 (S16). Les critères secondaires étaient la rémission clinico-endoscopique (CFREM + score Mayo endoscopique ≤ 1 ou calprotectine fécale < 150 µg/g), et la rémission profonde (rémission clinico-endoscopique et histologique (indice de Nancy ≤ 1)).
Les comparaisons ont été réalisées à l'aide de score de propension ajustées sur le sexe, l'âge, la durée d'évolution de la maladie, l'extension, le nombre de classes de thérapies avancées antérieures, le nombre d'échec primaire aux biothérapies, la co-prescription de 5-ASA, de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, et la sévérité clinique (évaluée par le clinicien, Mayo partiel > 6, nombre de selles ≥ 10) ou biologique (CRP > 30).

Résultats : Au total, 226 patients ont été inclus, dont 165 dans le bras ustekinumab et 61 dans le bras upadacitinib. La population des 2 groupes était comparable (ustekinumab *vs* upadacitinib) en termes de genre masculin (43,3 % *vs* 52,3 %), d'âge moyen (42,3 *vs* 37,0 ans), de durée médiane d'évolution de la RCH (7 *vs* 5 ans), d'extension pancolique (42,4 % *vs* 54,4%), de corticoïdes associés (29,7 % *vs* 18,1 %), d'immunosuppresseurs associés (5,5 % *vs* 0,0 %) ou de valeur de CRP.
En revanche, les patients sous upadacitinib étaient plus nombreux à avoir reçu plus de 2 biothérapies (46,6 % *vs* 82,0 % ; p < 0,001) et étaient plus sévères cliniquement (50,3 % *vs* 78,7 %).
Après propension, le taux de CFREM à S16 était de 35,1 % dans le bras ustekinumab contre 37,2 % % dans le bras ustekinumab (p = 0,91).
Les analyses de sous-groupe (après propension) ont montré, qu'alors qu'aucune différence de CFREM à S16 n'était observée après échec d'une seule biothérapie, à partir d'une exposition à au moins 2 biothérapies, l'upadacitinib était significativement plus efficace que l'ustekinumab (OR = 6,05 [1,10-33,42] ; p = 0,039) ainsi que chez les patients en échecs primaires antérieures à au moins 2 biothérapies (OR = 4,25 [1,11-16,28] ; p = 0,035). En revanche, aucune différence n'était observée entre les deux traitements chez les patients les plus sévères cliniquement ou biologiquement.
Aucun facteur prédictif d'efficacité de l'upadacitinib n'a été identifié. Les facteurs associés à l'absence de CFREM à S16 sous ustekinumab étaient : échec ≥ 3 biothérapies (p=0,013), échec primaire à au moins une biothérapie (p=0,013).
Aucune différence n'était observée entre les deux traitements concernant le taux de rémission clinico-endoscopique ou le taux de rémission clinico-endoscopique et histologique (p=0,48 et 0,68, respectivement).
Avec un suivi médian de plus de 12 mois, nous n'avons noté aucune différence significative entre les 2 traitements en termes de délai jusqu'à arrêt de traitement, hospitalisation pour RCH ou colectomie.

Conclusion : Si dans cette étude l'ustekinumab et l'upadacitinib semblaient avoir une efficacité comparable dans la population totale de patients atteints de RCH exposé à au moins un anti-TNF, l'upadacitinib était plus efficace que l'ustekinumab en cas d'exposition à au moins 2 biothérapies et/ou au moins 2 échecs primaires antérieurs. Ces résultats pourront aider les cliniciens dans la personnalisation du traitement de la RCH.

C.134

Comparaison d'efficacité des thérapies avancées entre rectite et formes plus étendues de rectocolite hémorragique : résultats d'une étude multicentrique de vie réelle

M. Hupé [1], M. Uzzan [2], R. Altwegg [3], G. Bouguen [4], M. Nachury [5], Q. Domas [6], M. Fumery [7], X. Treton [8], A. Amiot [9], L. Vuitton [10], L. Caillo [11], C. Gilletta de Saint-Joseph [12], B. Pereira [6], A. Buisson [6]

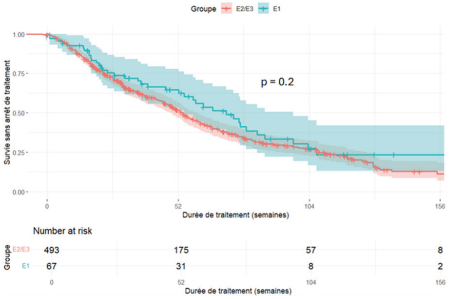
(1) Grenoble ; (2) Créteil ; (3) Montpellier ; (4) Rennes ; (5) Lille ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Amiens ; (8) Neuilly-sur-Seine ; (9) Le Kremlin-Bicêtre ; (10) Besançon ; (11) Nîmes ; (12) Toulouse.

Introduction : Alors que les thérapies avancées sont de plus en plus nombreuses dans la prise en charge de la rectocolite hémorragique (RCH), la quasi-totalité des essais pivots comptent parmi leurs critères d'exclusion les patients dont l'atteinte est limitée au rectum. Cette étude compare l'efficacité des thérapies avancées entre les formes rectales isolées (E1) et les formes plus étendues chez les patients atteints de RCH (E2/E3).

Patients et Méthodes : Cette étude a été menée à partir des données individuelles poolées de plusieurs études rétrospectives multicentriques et comparatives de vie réelle pour lesquelles tous les patients consécutifs démarrant une thérapie avancée après échec d'au moins une biothérapie et ayant une maladie active (Mayo partiel > 2) avaient été inclus. Le critère de jugement principal était la rémission symptomatique sans corticoïdes, définie par un score Mayo partiel ≤ 2, à la semaine 14 (S14). Le critère de jugement secondaire était la survie sans arrêt de traitement. Une analyse en sous-groupe a été réalisée pour le critère de jugement principal dans chaque classe thérapeutique. La comparaison a été ajustée sur les potentiels facteurs confondants (y compris les traitements concomitants).

Résultats : Au total, 608 patients ont été inclus : 73 patients E1 et 535 patients E2/E3. Parmi eux, 48% étaient des femmes, l'âge médian était de 39 ans [intervalle inter-quartile : 27-54], la durée médiane d'évolution de la maladie était de 6 ans [3-10], 38% étaient en 2e ligne, 35% en 3e ligne, 17% en 4e ligne et 4% en 5e ligne de thérapie avancée. Le traitement débuté était du védolizumab dans 28% des cas, de l'ustekinumab dans 24% et un inhibiteur de JAK (tofacitinib, filgotinib ou upadacitinib) dans 48% des cas. Un traitement concomitant était prescrit chez 256 patients (42%), par 5-amino-salycilés, immunosuppresseur ou corticoïdes.

Figure : survie comparative sans arrêt de traitement dans les atteintes rectales isolées (E1) et les formes plus étendues chez les patients atteints de RCH (E2/E3).



L'atteinte E1 n'était pas significativement associée à un taux plus faible de rémission symptomatique à S14 en analyse univariée (OR = 1.50 [intervalle de confiance à 95% : 0.94-2.89], p = 0.09). L'analyse multivariée ajustée sur l'âge, la durée d'évolution de la maladie, le score Mayo partiel à l'inclusion, une CRP élevée à l'inclusion, la prise d'un traitement concomitant et le nombre de lignes de traitement antérieures ne retrouvait pas d'effet de l'étendue de la maladie sur l'obtention d'une rémission (OR = 1.75 [0.87-3.70], p = 0.13), au contraire du score Mayo partiel (OR = 0.84 [0.75-0.95], p = 0.004) sur l'obtention d'une rémission. L'analyse multivariée n'a pas retrouvé d'interaction entre le fait d'avoir une maladie limitée au rectum et un traitement concomitant pas 5ASA sur l'obtention d'une rémission à S14 (p = 0.19). L'analyse de survie n'a pas retrouvé de différence entre les deux groupes concernant le délai avant arrêt de traitement pour échec (HR = 0.78 [0.56-1.10], p = 0.2).
L'analyse dans chaque classe thérapeutique n'a pas retrouvé de différence d'efficacité selon l'étendue de la maladie, que ce soit pour le védolizumab (OR = 0.91 [0.30-2.84]), l'ustekinumab (OR = 1.81 [0.32-14.32]) ou les inhibiteurs de JAK (OR = 2.63 [0.94-10.0]) (non significatif pour les 3 molécules).

Conclusion : Dans cette large étude multicentrique de vie réelle, les thérapies avancées avaient une même efficacité dans l'atteinte rectale isolée que dans les formes plus étendues de RCH, soulignant l'intérêt de ne pas sous-traiter cette localisation de la maladie.

C.135

Colite aiguë grave chez la femme enceinte : étude rétrospective multicentrique

I. Jeifer [1], A. Amiot [2], D. Laharie [3], K. Gebara [4], M. Nachury [5], A. Nuzzo [6], M. Serrero [7], D. Franchimont [8], G. Bouguen [9], M. Allez [10], V. Abitbol [10], A. Benezech [11], N. Richard [12], C. Rouillon [13], X. Roblin [14], M. Vidon [15], B. Caron [16], G. Cadiot [17], G. Le Cosquer [1], C. Gilletta de Saint-Joseph [1]

(1) Toulouse ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Bordeaux ; (4) Montpellier ; (5) Lille ; (6) Clichy ; (7) Marseille ; (8) Bruxelles, BELGIQUE ; (9) Rennes ; (10) Paris ; (11) Avignon ; (12) Rouen ; (13) Caen ; (14) Saint-Étienne ; (15) Créteil ; (16) Nancy ; (17) Reims.

Introduction : Le risque de poussée de rectocolite hémorragique (RCH) pendant la grossesse est accru notamment en cas de maladie insuffisamment contrôlée avant la conception ou d'inobservance thérapeutique1. Malgré les données rassurantes concernant la sécurité de la majorité des traitements chez la femme enceinte, une poussée demeure préoccupante en raison des risques materno-fœtaux associés. La colite aiguë grave (CAG) est une complication grave, pour laquelle les données de prise en charge en cours de grossesse restent limitées. L'objectif de ce travail était de décrire la prise en charge de ces situations exceptionnelles et d'étudier le pronostic pour la mère et son enfant.

Patients et Méthodes : Toutes les femmes enceintes atteintes de RCH hospitalisées pour une CAG nécessitant l'introduction d'une corticothérapie intraveineuse (IV) au cours de la grossesse ont été incluses consécutivement et rétrospectivement entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2024 dans 18 centres de deux pays. La date d'inclusion correspondait à la date d'hospitalisation pour CAG. La durée de la corticothérapie, les traitements médico-chirurgicaux, et les complications materno-fœtales ont été recueillis pendant une période de suivi d'un an après l'inclusion.

Résultats : L'âge médian était de 31 ans (IQR 28 - 33), et 42% d'entre elles étaient primipares. Parmi les 63 patientes incluses, 31 étaient naïves de biothérapie (49,2 %), 22 (35%) avaient reçu des dérivés 5-amino-salicylés seuls, 2 patientes (3,2%) des immunosuppresseurs seuls (hors combothérapie), 2 patientes des corticoïdes (CTC) seuls et 5 (7,9%) étaient naïves de tout traitement. La durée médiane d'évolution de la RCH était de 4 ans [écart interquartile (IQR) 1-7)]. La CAG était inaugurale de la RCH chez 3 patientes (4,7 %).
Seules 15% des patientes avaient bénéficié d'une consultation pré conceptionnelle dédiée. La maladie était considérée comme active en début de grossesse chez 23 patientes (38,3 %) et une désescalade thérapeutique récente avait eu lieu chez 19 patientes (31,1 %).
Parmi les 27 patientes (43%) n'ayant pas présenté une réponse adéquate aux CTC IV, 13 ont reçu un traitement de recours par infliximab (48,1%), 9 de la ciclosporine (33,3%) et 2 (7,4%) ont été colectomisées d'emblée après échec des CTC. Ce traitement de recours était introduit après un délai médian de 5 jours d'hospitalisation (IQR 3,25 – 7). Concernant le pronostic maternel chez les 6 patientes colectomisées au cours de la grossesse, aucun décès n'a été enregistré, on a recueilli 2 prématurités (1 modérée, 1 sévère), 1 retard de croissance intra-utérin (RCIU) et 1 fausse couche tardive.
Parmi les 36 patientes ayant présenté une réponse adéquate aux CTC IV, 14 patientes (40%) ont été traitées par thiopurines et/ou dérivés des 5-aminosalycilés, 20 patientes (57,1%) ont débuté une nouvelle ligne de thérapie avancée dans un délai médian de 8,5 jours (IQR 5 – 23,5), dont 3 d'entre elles en combothérapie, 2 ont poursuivi les CTC seuls. Le temps passé sous CTC pendant la grossesse était de 20 semaines en moyenne.
Au plan obstétrical, il y avait 61 naissances vivantes sur la cohorte totale (1 mort fotale in utéro (MFIU) et 1 fausse couche en lien avec l'épisode de CAG). Une complication obstétricale a été observée chez 18 patientes (28.6%), les plus fréquentes étant : RCIU (4 patientes, 6.5%), menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée des membranes (4 patientes, 6.5%), petit poids pour l'âge gestationnel (2 patientes, 3,2%), pré éclampsie (1 patiente, 1.6%).
Le taux de colectomie à 1 an était de 21,6% (13 patientes). Le taux d'échec du traitement médical à 1 an (défini par un changement de thérapeutique et /ou une colectomie, une absence de rémission sans CTC, une absence de réponse endoscopique ou une interruption thérapeutique pour cause d'effets indésirables sévères) était de 46,5 %.

Conclusion : Dans cette cohorte de femmes enceintes hospitalisées pour une CAG, 27 patientes (43%) étaient corticorésistantes et 13 (21,6%) ont nécessité une colectomie dans l'année suivant l'épisode. Au plan obstétrical, on dénombre 61 naissances vivantes (96,8% ; 1 fausse couche, 1 MFIU). Les pronostics digestif et obstétrical semblent comparables à ceux rapportés dans la littérature.

C.136

Détection et classification automatisées des lésions pré-cancéreuses épidermoïdes du col utérin et de l'anus par analyse multidispositifs d'images colposcopiques et anuscopiques

A.A. Alam [1], N. Fathallah [1], V. de Parades [1], M. Mascarenhas [2]
(1) Paris ; (2) Porto, PORTUGAL.

Introduction : L'infection à papillomavirus humain (HPV) est un facteur de risque majeur de lésions précancéreuses au niveau du col utérin et de l'anus. La colposcopie et l'anuscopie haute résolution sont essentielles pour leur détection, mais leur précision diagnostique reste limitée.
L'objectif de cette étude était de développer un outil automatisé d'analyse d'images permettant d'identifier et de différencier les lésions intraépithéliales épidermoïdes de bas grade (LSIL) et de haut grade (HSIL) lors des examens cervicaux et anaux.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique a été réalisée à partir de 320 examens colposcopiques et anuscopiques issus de trois systèmes d'imagerie différents. Au total, 88 073 images ont été classées comme LSIL ou HSIL sur la base de l'analyse histologique. Les données ont été divisées en ensembles d'apprentissage/validation (90 %, n = 79 265) et de test (10 %, n = 8808). Les performances diagnostiques ont été évaluées en termes de sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative (VPP, VPN), exactitude globale, et aires sous les courbes ROC et précision-rappel.

Résultats : En phase d'apprentissage/validation, la sensibilité moyenne pour les HSIL était de 98,1 % (IC95 % : 97,6–98,5 %), la spécificité de 97,4 % (IC95 % : 96,0–98,8 %), la VPP de 97,2 % (IC95 % : 95,8–98,7 %), la VPN de 98,2 % (IC95 % : 97,7–98,6 %) et l'exactitude globale de 97,7 %. Dans la cohorte test, les performances restaient élevées : sensibilité 99,0 %, spécificité 97,8 %, VPP 97,6 %, VPN 99,0 % et exactitude 98,3 %.

Conclusion : Cette étude a démontré la faisabilité d'un système automatisé d'analyse d'images capable d'identifier et de classer avec une grande précision les lésions HPV-induites du col utérin et de l'anus. Cet outil pourrait contribuer à améliorer la précision diagnostique et l'efficience de la prise en charge en pratique clinique. Des études ultérieures restent cependant nécessaires pour corroborer ces résultats.

C.137

Risque d'évolution des lésions pré-néoplasiques du canal anal en fonction de la charge virale d'HPV 16

O. Dahany [1], C. Prothe [1], M. André [1], R. Ramanah [1], S. Koch [1], J.L. Pretet [1], L. Vuitton [1]
(1) Besançon.

Introduction : Le cancer du canal anal, rare mais en nette progression (+56 % depuis 1990), est lié dans plus de 90 % des cas à l'infection par le papillomavirus humain (HPV), principalement le génotype 16. Il existe une population à haut risque dont l'incidence du cancer du canal anal est multipliée par 50 à 100 : hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et VIH positifs, femmes avec dysplasie ou cancer vulvaire, femmes transplantées d'organe solide depuis au moins 10 ans. En France, le dépistage repose sur la recherche d'HPV16 anal et la cytologie avant décision de réalisation d'une anuscopie haute résolution (AHR), examen de référence mais très peu accessible. La mesure de la charge virale (CV) d'HPV16 pourrait constituer un outil complémentaire de dépistage et de stratification du risque.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique dans un CHU français, entre avril 2022 et décembre 2024, chez les patients vus en consultation de proctologie et ayant eu un test de recherche d'HPV16 anal. Les patients inclus étaient âgés de ≥ 18 ans, présentaient au moins un critère de population à haut risque : HSH VIH+, femme ayant dysplasie/cancer vulvaire, femme transplantée depuis au moins 10 ans, et avaient tous un test de dépistage d'HPV16 anal. Nous avons recueilli les données démographiques des patients ainsi que les comptes rendus des consultations de proctologie. Les patients ont eu une cytologie et/ou une histologie selon la clinique et la pratique du médecin. Le dépistage d'HPV a été réalisé à l'aide d'une brosse Rovers® Anex Brush® envoyée au laboratoire de virologie, et la cytologie a été réalisé par étalement sur lame des cellules du frottis. Les résultats cytologiques étaient exprimés selon la classification de Bethesda.. Les résultats histologiques ont été exprimés selon la classification AIN. Les charges virales HPV16 (copies/1 000 cellules) ont été quantifiées par PCR. L'objectif principal était d'évaluer l'association entre la CV HPV16 et l'évolution des lésions de dysplasie anale dans la population à risque, les objectifs secondaires étaient de déterminer les taux de progression et de clairance des lésions anales intra-épithéliales de bas grade (LSIL) et haut grade (HSIL), d'identifier un seuil de CV HPV 16 au-delà duquel le risque de progression vers une lésion HSIL est significativement accru, et d'estimer la prévalence des HSIL dans la population à risque.

Résultats : Soixante-dix-huit patients ont été inclus, dont 74,3 % de HSH VIH+, 6,4% greffés d'organe, et 19,2% avaient une dysplasie ou cancer vulvaire. Il y avait 74,3% d'hommes ; l'âge moyen était 53 (9,7) ans, 9 % avaient un traitement immunosuppresseur ou biothérapie. Dans notre cohorte, 44,7% présentaient des condylomes anaux. La durée moyenne du suivi était de 18,3 (6,4) mois : 100% des patients ont eu 1 consultations de proctologie, 75,6% ont eu 2 consultations, et 57,7% ont eu 3 consultations. À la première consultation, 32 % avaient une infection anale à HPV16, avec une charge virale moyenne (CVM) de 4 859 copies/1 000 cellules. Les lésions cytologiques à la première consultation étaient dominées par les lésions anales intra-épithéliales de bas grade (LSIL) (21/56, 37,5%), les HSIL étaient observées chez 2 patients (3,6%). A la première consultation, 20 patients ont eu une biopsie, l'histologie était LSIL chez 1 (5,0%) patient et HSIL chez 9 (45,0%) patients. Sur l'ensemble des 3 consultations, il y avait selon les résultats cytologiques 40 lésions LSIL et 3 lésions HSIL. La CVM des lésions LSIL 12 774,6 (7 604,4) était inférieure à celle des lésions HSIL 15 150 (1 777,8), cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,118). Concernant l'histologie il y avait 10 lésions LSIL et 22 lésions HSIL. La CVM des lésions histologiques LSIL était de 28 200 (34 506,8) et celle des lésions HSIL, 15 938,3 (5 733,9), de façon non statistiquement significative (p=0,227). Selon la cytologie, 6 patients ont présenté une progression sur le frottis ; parmi lesquels 3 ont progressé de NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy) vers LSIL, 2 de NILM vers ASCUS, et 1 de ASCUS vers LSIL. Selon l'histologie, 9 patients ont eu

une progression sur les biopsies, parmi lesquels 3 ont eu une progression de NILM vers HSIL, 2 ont eu une progression de NILM vers LSIL, 1 a eu une progression de LSIL vers HSIL, 2 ont eu une progression de HSIL AIN2 vers AIN3, et 1 a eu une progression de NILM vers condylome. La CVM était significativement plus élevée chez les patients en progression histologique (39 433) que chez ceux en stabilité (20 018), régression (14 600) ou sans dysplasie (813 copies/1 000 cellules), (p = 0,0085).

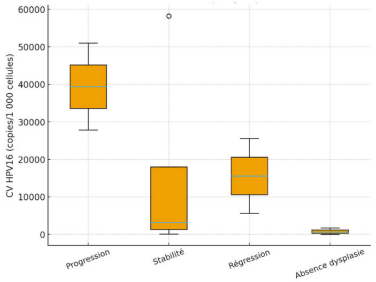


Figure 4 : boxplot représentant les CV médianes de chaque groupe progression, régression, stabilité, et absence de dysplasie histologique.

La courbe ROC a identifié un seuil optimal de 3 800 copies/1 000 cellules associé à un risque accru d'évolution vers une histologie HSIL (AUC = 0,64 ; Se 66,7 % ; Sp 75,0 %).

Conclusion : Une CV HPV16 élevée est associée à la progression vers des lésions de haut grade, suggérant son intérêt comme outil de stratification du risque. La mise en œuvre de cette mesure, simple et automatisable, pourrait optimiser l'accès à l'AHR et orienter le parcours de soin des populations à haut risque. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour valider un seuil et intégrer la CV HPV16 dans le dépistage de la dysplasie anale.

C.138

Comment sont pris en charge les abcès et les fistules anales en France ? Une enquête de la SNFCP

A. Laurain [1], V. de Parades [1], J.L. Faucheron [2], N. Fathallah [1], D. Soudan [3], C. Brochard [4], D. Mege [5], G. Meurette [6], L. Spindler [1], L. Maggiori [1], V. Vitton [5], C. Favreau-Weltzer [7], L. Abramowitz [1]

(1) Paris ; (2) Grenoble ; (3) Saint-Herblain ; (4) Rennes ; (5) Marseille ; (6) Genève, SUISSE ; (7) Talence.

Introduction : Les abcès et fistules anales représentent en France environ 35 000 chirurgies par an, réalisées à la fois par des chirurgiens viscéraux et des gastroentérologues. Ces situations sont souvent complexes, nécessitant des gestes chirurgicaux parfois itératifs avec un risque d'incontinence séquellaire. Le but de cette enquête était de décrire les modalités de prise en charge des abcès et des fistules anales en France.

Matériels et Méthodes : En 2023, un questionnaire a été envoyé aux membres de la SNFCP.

Résultats : Il y a eu 115 répondeurs (âge médian de 45 ans (IQR 39-46), 36% de femme), 56% étaient chirurgiens digestifs, 38% étaient gastro-entérologues avec une activité proctologique chirurgicale et 6% gastro-entérologues sans activité chirurgicale. 45% étaient « séniors » avec plus de 15 ans d'expérience, 49% avec moins de 15 ans d'expérience et 6% étaient assistants / chefs de clinique.
En cas d'abcès aigu, 37% des répondeurs réalisaient le plus souvent une incision sous anesthésie locale, 37% un drainage au bloc opératoire, 17% l'un ou l'autre selon les cas et 9% d'autres gestes. L'incision sous anesthésie locale était réalisée par 80% des gastro-entérologues et 6% des chirurgiens digestifs. Après incision sous anesthésie locale, 65% des répondeurs estimaient que moins de 5% des patients devaient être opérés en urgence dans la semaine. La fistule était systématiquement recherchée par 89% des répondeurs. En cas d'abcès, une fistule était identifiée dans plus de 80% des cas par 27% des praticiens. En cas de fistule basse, 63% réalisaient le plus souvent une fistulotomie. En cas de fistule haute ou complexe, 36% réalisaient le plus souvent une fistulotomie en plusieurs temps. Le serrage du séton n'était jamais pratiqué par 69 % des répondeurs.
Concernant les techniques autres que la fistulotomie pour la prise en charge des fistules cryptoglandulaires, les plus utilisées étaient : la section reconstruction, le lambeau et la colle (tableau 1). Pour les fistules de Crohn, les techniques le plus souvent utilisées (hors fistulotomie) étaient le retrait simple de séton, la colle et le lambeau.
En analyse multivariée, le seul facteur associé à l'identification de la fistule dans plus de 80% des cas en cas d'abcès était le fait de prendre en charge plus de 50 fistules/abcès par an.

Techniques (autres que la fistulotomie) utilisées pour les fistules crypto-glandulaires.	% de répondeurs utilisant cette technique dans plus de 30% des cas	% de répondeur n'utilisant jamais cette technique
Section reconstruction	33,2 %	51 %
Lambeau	25,7 %	40 %
Colle biologique	18,5 %	64 %
LIFT	15,8 %	69 %
Laser	14 %	81 %
Radiofréquence	4,6 %	86 %
Plug	0 %	98 %
VAAFT	0 %	99 %
Techniques (autre que la fistulotomie) utilisées pour les fistules de Crohn	**% de répondeurs utilisant cette technique dans plus de 30% des cas**	**% de répondeur n'utilisant jamais cette technique**
Retrait simple du séton	58 %	22 %
Colle biologique	18,5 %	69 %
Lambeau	17,6 %	61 %
Laser	10,2 %	83 %
Cellules souches autologues	6,5 %	77 %
LIFT	5,6 %	88 %
Section reconstruction	4,6 %	80 %
Radiofréquence	3,7 %	88 %
Plug	0 %	98 %
VAAFT	0 %	99 %

Tableau 1 : techniques (autre que la fistulotomie) utilisées par les répondeurs en cas de fistules anales crypto glandulaires et de fistules de Crohn.

LIFT : Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract
VAAFT : Video-Assisted Anal Fistula Treatment

Conclusion : Cette enquête de pratique rapporte l'hétérogénéité de prise en charge des fistules anales. Elle a permis de noter la pratique des incisions d'abcès sous anesthésie locale largement utilisée en pratique clinique, notamment par les gastro-entérologues mais peu décrite dans la littérature. La recherche systématique de la fistule en cas d'abcès apparaît consensuelle mais seulement un quart des praticiens estimaient l'identifier dans plus de 80% des cas. L'expérience de l'opérateur semblait alors essentielle. Enfin, l'utilisation des techniques d'épargne sphinctérienne était très hétérogène. Le retrait simple de séton était la technique la plus utilisée en cas de fistule de Crohn.

C.139

Fistulotomie avec reconstruction sphinctérienne immédiate : résultats d'une première série française

A. Nasraoui [1], N. Fathallah [2], A.A. Alam [2], A. Barré-Audenet [2], S. Morisset [2], E. Pommaret [2], A. Venara [3], V. de Parades [2]

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

Introduction : La fistulotomie est le traitement de référence des fistules anales avec un taux de succès >90%. Cependant, elle peut compromettre la continence dans les formes complexes. Les techniques d'épargne sphinctérienne préservent la continence au prix de taux de récidive élevés (30 à 60%). La fistulotomie avec reconstruction sphinctérienne immédiate (FRSI) vise à allier efficacité de la fistulotomie et préservation de la continence par la reconstruction sphinctérienne. Les données préliminaires suggèrent un taux de cicatrisation >90% avec un risque de 8-12% d'incontinence anale. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats de cette technique en France.

Matériels et Méthodes : Une étude observationnelle rétrospective française a été menée dans deux centres de référence. Toutes les fistules cryptoglandulaires ou associées à une MICI traitées par FRSI entre 2019 et 2025 ont été incluses. La FRSI était réalisée de façon standardisée selon les fiches techniques de la SNFCP et le choix de cette procédure a été laissé à l'appréciation du chirurgien. La guérison clinique a été définie par l'absence de douleur, de suintement et d'orifice externe. L'incontinence anale a été définie par un score de Wexner >3. Les facteurs associés à l'incontinence postopératoire et à l'échec de la technique ont été analysés par le biais de régression logistique univariée. Le seuil de significativité était fixé à 5% et par conséquent les risques étaient estimés avec un intervalle de confiance de 95%.

Résultats : L'analyse a porté sur 90 patients (69% d'hommes), d'âge médian de 42,5 ans (15 – 89), dont 32% étaient fumeurs. Les trajets fistuleux étaient trans-sphinctériens dans 88% des cas, avec une extension secondaire dans 30% des cas. Ils avaient déjà été opérés dans 81% des cas. Trois patients avaient une maladie de Crohn contrôlée par anti-TNF. Une imagerie préopératoire a été réalisée dans 42% des cas.
En post-opératoire immédiat, 62% des patients n'avaient aucune douleur, 8% une douleur faible, 24% une douleur modérée et 6% intense.
Huit patients (8,9%) ont eu des complications postopératoires dont des hémorragies (n=3), des infections (n=2) et un lâchage de suture (n=1).
Après un suivi médian de 9,5 mois (0,4 – 68,5), la guérison a été obtenue chez 82 patients (91%) dont 4 ont récidivé. Le taux de guérison final était donc de 86,7%.
Une incontinence anale a été observée chez 7,8% des patients. Seul l'âge était significativement associé à un risque accru d'incontinence postopératoire (1,08 [1,02 – 1,15], p=0,01).

Conclusion : Cette première étude française a rapporté un taux de guérison satisfaisant (86,7%) avec un faible risque d'incontinence anale (7,8%) après FRSI. Cette technique mérite donc de figurer dans l'arsenal thérapeutique des fistules anales et des études comparatives nous permettront de mieux préciser sa place dans l'algorithme.

C.140

Efficacité des anti-TNF pour le traitement des fistules ano-périnéales sans maladie de Crohn luminale : étude de cohorte multicentrique

A. Idrissi [1], N. Fathallah [2], R. Altwegg [3], V. de Parades [2], G. Savoye [1], M. Nachury [4], A. Amiot [5], L. Abramowitz [2], L. Caillo [6], C. Rouillon [7], D. Laharie [8], M. Fumery [9], N. Richard [1]

(1) Rouen ; (2) Paris ; (3) Montpellier ; (4) Lille ; (5) Le Kremlin-Bicêtre ; (6) Nîmes ; (7) Caen ; (8) Bordeaux ; (9) Amiens.

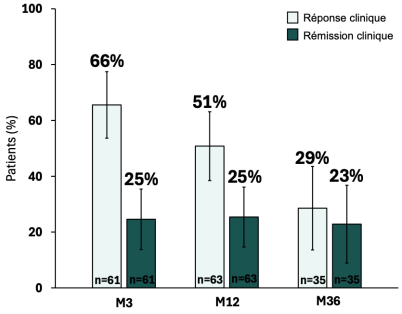
Introduction : La maladie de Crohn anopérinéale isolée et son traitement de fond représente un défi diagnostique et thérapeutique. Les données d'efficacité des anti-TNF dans cette situation sont très limitées dans la littérature (1). L'objectif de ce travail était de colliger l'expérience de 10 centres expert français.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs (i) atteints de fistules anopérinéales récidivantes, (ii) sans MC luminale associée en endoscopie digestive haute et iléocoloscopie et (iii) traitées par anti-TNF (infliximab ou adalimumab) dans 10 centres français entre janvier 2006 et décembre 2024, étaient inclus dans une cohorte rétrospective. La classification TOPCLASS était utilisée pour caractériser le type d'atteinte anopérinéale (1). La rémission clinique (disparition des écoulements et des orifices fistuleux), la réponse clinique (diminution des écoulements fistuleux selon le clinicien) et la réponse/rémission en IRM étaient évaluées. L'arrêt de l'anti-TNF pour un autre motif que la rémission clinique, la nécessité d'une antibiothérapie ou d'une nouvelle chirurgie anopérinéale était considérés comme un échec du traitement.

Résultats : Soixante-cinq patients ont été inclus (âge médian était de 37 ans (écart-type IQR : 28-44), 37 (57%) hommes et 20 (33%) fumeurs actifs). Tous avaient présenté au moins un antécédent de chirurgie périnéale avant traitement par anti-TNF (nombre médian d'intervention : 3 [2-4]). La quasi-totalité des trajets fistuleux étaient complexes (97%). Les critères pour le diagnostic de MC anale isolée selon le consensus TOPCLASS (1) étaient remplis chez 26 (39%) patients. Le suivi médian était de 28 mois (12-60) et la durée médiane d'exposition à l'anti-TNF prescrit était de 19 [12-36] mois.

À 12 et 36 mois, la réponse clinique était obtenue chez respectivement 32/63 (51%) et 10/35 (29%) tandis que la rémission clinique était atteinte chez 16/63 (25 %) et 7/34 (21 %) patients (Figure 1). À 12 mois, la réponse en IRM était observée chez 29/55 (52.3%) patients et la rémission chez 6/55 (11 %) patients. À 36 mois, le taux de réponse en IRM s'établissait à 7/21 (21%) et le taux de rémission à 1/21 (5%). En analyse univariée, le trajet trans-sphinctérien et un trajet recto-vaginal étaient associés à la rémission clinique à 12 mois (Odd ratio respectifs : 3,6 (1,15-11,79) ; p=0,03 et 11,45 (1,5-151,2) ; p=0,04).

Au cours du suivi, une maladie de Crohn luminale s'est déclarée chez 10 patients (15%), dont 4/10 présentaient les critères TOPCLASS de maladie de Crohn anale isolée à l'induction.



Cinq événements indésirables (EI) sont survenus chez 5 patients, dont 3 EI graves, correspondant à un cas de tuberculose maladie, un cas de mélanome et un cas de sinusite collectée. Au cours du suivi, 36 (55%) patients ont eu une reprise chirurgicale périnéale et 23 (35%) patients ont arrêté le traitement (14 pour inefficacité, 5 pour EI et 4 pour une autre raison).

Conclusion : Dans cette cohorte de patients atteints de fistules anopérinéales sans maladie de Crohn luminale, un traitement par antiTNF permettait d'obtenir une rémission clinique chez un quart des patients à un an dans cette cohorte. Au cours du suivi médian de deux ans, un sixième des patients déclaraient une maladie de Crohn luminale.

C.141

ECHOS : une enquête participative sur le fardeau multidimensionnel de l'hidrosadénite suppurée en France

L. Abramowitz [1], M.F. Bru-Daprés [2], K. Le Goff [3], D. Rojas Castro [1], A. Duburcq [4], C. Toulet [1], M. Chavatte [4], M. Moulin [5], C. Gautier [6], P. Guillem [7]

(1) Paris ; (2) Saint-Benoît, Réunion ; (3) Le Quillio ; (4) Bourg-la-Reine ; (5) Roucourt ; (6) Plouay ; (7) Ecully.

Introduction : L'hidrosadénite suppurée (HS) est une affection cutanée chronique auto-inflammatoire, caractérisée par des nodules profonds, des abcès récurrents et des lésions suppuratives dans les zones de plis. Elle touche environ 1% de la population française. Cette étude visait à évaluer le fardeau de l'HS et l'impact sur la qualité de vie des personnes concernées.

Matériels et Méthodes : ECHOS est une enquête coconstruite par les 4 associations de patients françaises de l'HS et diffusée en ligne du 13/05 au 02/09/2024. Un questionnaire de 52 items a exploré le fardeau de l'HS (physique, psychosocial, économique), la connaissance des aides par les patients et la sensibilisation de l'entourage. L'échelle d'invalidité de Sheehan (SDS) mesurait l'incapacité fonctionnelle, en complément d'autres données déclaratives.

Résultats : 324 personnes ont participé à l'enquête (82 % de femmes ; âge moyen 39 ans ; tous stades de Hurley confondus). Le délai moyen avant le diagnostic était de 8,4 ans avec un nombre médian de 4 professionnels rencontrés avant la pose du diagnostic (moyenne = 6.48 +/- 5.6). 68 % des répondants estimaient le diagnostic trop tardif. La fatigue (86 %) et la douleur (78 %) ressortent comme les deux fardeaux majeurs de l'HS. La comorbidité la plus fréquente était la dépression, déclarée par 30 % des répondants. 58 % jugeaient leur santé physique et 53 % leur santé psychologique « mauvaise » ou « très mauvaise », avec une dégradation plus marquée pour les stades Hurley II et III. 57 % présentaient une incapacité fonctionnelle significative affectant simultanément la vie professionnelle, sociale et familiale (SDS ≥ 5 par domaine). 37 % des répondants avaient un arrêt de travail lié à l'HS au cours des 12 derniers mois, cumulant une durée médiane de 23 jours (moyenne = 37.7 +/- 37.7). 71 % avaient des dépenses non remboursées, entraînant dans 60 % des cas des difficultés financières pour couvrir leurs besoins primaires. Les activités quotidiennes étaient fortement affectées : plus de la moitié des répondants déclaraient que pratiquer une activité physique (77%), marcher (67%), dormir (60%), faire le ménage (55%) ou monter les escaliers (51%) étaient « souvent » ou « toujours » impactées. Les relations sexuelles (90%), sociales (85%) et affectives (68%) étaient freinées par l'HS. 60% des répondants se disaient socialement isolés et 16% dissimulaient leur maladie par peur d'être stigmatisés. La connaissance des aides sociales et liées au handicap était limitée : 18% en ignoraient l'existence, et parmi ceux en ayant bénéficié, seuls 17% y avaient accédé facilement. Le niveau d'information sur l'HS était jugé faible chez le grand public (78%), employeurs/enseignants (71%) et collègues (67%).

Discussion : La population des répondants présente des caractéristiques cohérentes avec l'épidémiologie de l'HS, malgré les biais classiques des enquêtes en ligne, avec notamment une surreprésentation des femmes, des sujets jeunes et des formes sévères. Toutefois seuls 21 % des répondants étaient adhérents à une association de patients dans la HS, limitant ainsi le risque de biais de sélection.

Conclusion : Portée par les associations de patients, ECHOS met en lumière l'ampleur du fardeau de l'HS, au-delà des marqueurs cliniques classiques. Ces résultats renforcent l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces pour limiter les pertes de chance liées à l'aggravation de cette pathologie et de son retentissement. Ils suggèrent que la prise en charge et la qualité de vie des patients pourraient être améliorées grâce à la sensibilisation des professionnels, à la structuration de parcours dédiés et à un meilleur accès aux aides sociales.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été conçue et menée par les quatre associations de patients engagées dans l'HS en France, en collaboration avec MoiPatient et Cemka. Cette étude a été réalisée en partenariat avec UCB. Tous les coûts associés au développement et à la communication de cette étude ont été financés par UCB. Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les participants à l'enquête, dont les témoignages constituent le cœur du projet.

C.142

Radiofréquence (Fistura®) dans le traitement du sinus pilonidal infecté : résultats d'une étude pilote prospective française

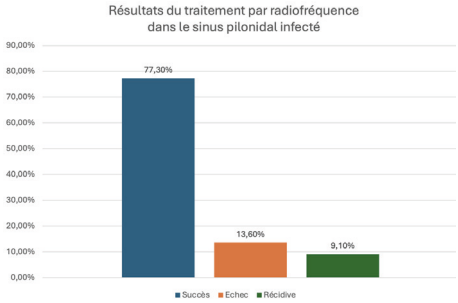
N. Fathallah [(1)], A.A. Alam [(1)], M. Skoufou [(1)], M. Lazareth [(2)], L. Spindler [(1)], M. Aubert [(1)], E. Safa Far [(1)], E. Pommaret [(1)], A. Barré-Audenet [(1)], M. Wisniewski [(1)], S. Kurt [(1)], D. Marone [(1)], V. de Parades [(1)]

(1) Paris ; (2) Rennes.

Introduction : Évaluer la sécurité, l'efficacité et la satisfaction des patients traités par radiofréquence (Fistura®) dans le sinus pilonidal infecté.

Patients et Méthodes : Étude pilote prospective monocentrique incluant tous les patients consécutifs pris en charge entre mars et décembre 2023. L'intervention était réalisée en ambulatoire sous anesthésie générale ou rachianesthésie : après débridement mécanique, une sonde radiale de radiofréquence (Fistura®) était introduite dans le trajet et délivrait une énergie progressive (25 W, 4 MHz). Suivi à J15, 1, 3 et 6 mois. Critère principal : sécurité. Critères secondaires : cicatrisation, douleur postopératoire, reprise des activités, satisfaction.

Résultats : Quarante-quatre patients ont été inclus (âge médian : 25,5 ans ; 70,5 % d'hommes). Plus d'un tiers avaient déjà été opérés pour sinus pilonidal. La durée opératoire médiane était de 12 minutes. Aucun événement indésirable majeur n'a été observé ; trois complications mineures précoces (6,8 %) ont été rapportées. À 6 mois, le taux de cicatrisation complète était de 77,3 %. Un échec a été constaté dans 13,6 % et une récidive dans 9,1 % des cas. Les antécédents chirurgicaux multipliaient par cinq le risque d'échec. La douleur postopératoire restait faible (score médian maximal 2/10, durée médiane 2 jours), sans recours aux opioïdes. La reprise des activités était rapide. La satisfaction était élevée : 75 % se déclaraient très satisfaits et 91 % accepteraient de réitérer la procédure ou de la recommander.



Conclusion : La radiofréquence (Fistura®) apparaît comme une alternative sûre, mini-invasive et bien tolérée dans le traitement du sinus pilonidal infecté, y compris chez des patients de mauvais pronostic, en échec de chirurgie ouverte ou mini-invasive. Après cette première étude de faisabilité, ces résultats encourageants méritent d'être confirmés par des études de plus grande ampleur et comparés à ceux d'autres techniques mini-invasives, telles que le laser, afin de préciser la place de la radiofréquence dans l'arsenal thérapeutique.

C.143

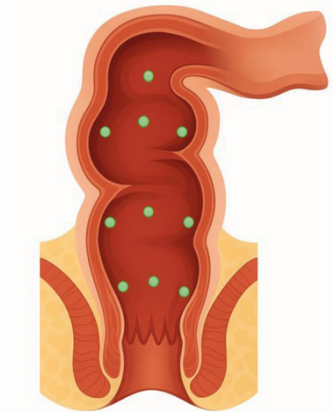
Injection rectale de toxine botulique : une voie de recours efficace après échec de neuromodulation sacrée ?

P. Onana [(1)], V. Vitton [(2)]

(1) Nice ; (2) Marseille.

Introduction : La prise en charge de l'incontinence anale (IA) demeure un défi appelant au développement d'options thérapeutiques efficaces, de recours simple. Si la neuromodulation des racines sacrées (NMS) constitue la principale alternative thérapeutique en cas d'échec du traitement conservateur, son accès limité, son coût non négligeable, et les situations non rares d'échecs primaires ou secondaires favorisent le recours à des alternatives de troisième ligne invasives, au bénéfice non consensuel. L'injection rectale de toxine botulique (BoNT/A), dont l'efficacité à long terme a récemment été démontrée dans le cadre de l'incontinence fécale active, pourrait également avoir un intérêt dans ces situations d'échecs de NMS, limitant le recours le recours aux procédures les plus invasives. Pour le démontrer, nous avons mené une étude évaluant l'efficacité à long terme de l'injection intrarectale de BoNT/A au sein d'une population de patients ayant présenté un échec de traitement par NMS.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective et monocentrique a inclus des patients ayant été traités par injection rectale de BoNT/A pour urgence fécale, après échec d'un traitement conservateur et de NMS. Les injections étaient réalisées au cours d'une rectosigmoïdoscopie courte, sans sédation. Ainsi, 200 U de BoNT/A étaient administrés en 10 sites d'injection répartis de manière circonférentielle dans le rectum. L'efficacité était évaluée par le score d'incontinence de Cleveland (CCS) et une échelle visuelle analogique (EVA) de sévérité des symptômes. Une nouvelle injection était effectuée en cas de recrudescence des symptômes avec un intervalle minimum de 3 mois.



Résultats : Quinze patientes ont été incluses, avec un suivi médian de 22,5 mois [4,4–103,2]. La période concernée par l'étude s'étend de février 2018 à septembre 2024. Le nombre médian d'injections par patiente était de 2, avec un intervalle de réinjection médian de 9,8 mois. Une amélioration significative du score CCS (médiane 15 [8–20] *vs* 8 [0–20], p = 0,001) et de l'EVA (médiane 4 [0–5] *vs* 2 [0–5], p = 0,001) a été observée. Aucun effet indésirable n'a été rapporté.

Conclusion : Ce travail suggère un intérêt substantiel de l'injection intrarectale de BoNT/A en tant qu'alternative thérapeutique de rattrapage après échec de NMS. De nouvelles études restent nécessaires pour confirmer ces résultats et préciser la place de ce traitement simple et innovant dans l'algorithme de prise en charge de l'IA.

C.144

Association entre la précarité sociale et les parcours de soins cliniques chez les patients atteints de cancer du pancréas non neuroendocrine : une étude de cohorte française sur les données du SNDS

A. Pellat [1], V. Pauly [2], S. Tzedakis [1], V. Orléans [2], B. Laurent [2], U. Marchese [1]
(1) Paris ; (2) Marseille.

Introduction : Le cancer du pancréas non neuroendocrine est une maladie au mauvais pronostic avec une faible survie. Comprendre comment la précarité sociale influence les parcours de soins thérapeutiques et identifier les facteurs modifiables du système de santé sont essentiels pour améliorer l'équité dans la prise en charge du cancer.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte basée sur la population a utilisé les données du Système National des Données de Santé (SNDS) français, incluant tous les adultes résidant en France métropolitaine nouvellement diagnostiqués avec un cancer du pancréas non neuroendocrine entre le 1er janvier et le 31 décembre 2017. Les patients ont été suivis pendant deux ans. Les trajectoires des patients ont été analysées toutes les deux semaines en considérant les principales modalités thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, soins palliatifs, décès) en utilisant une classification hiérarchique pour identifier les profils de parcours de soins. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'association entre la précarité sociale et les parcours de soins thérapeutiques dans le cancer du pancreas non neuroendocrine, et si cette association varie en fonction du volume des centres chirurgicaux. Nous avons également exploré l'association entre l'allocation des trajectoires de soins et le fait d'avoir un médecin traitant déclaré.
Une régression logistique multinomiale a été utilisée pour examiner les associations entre la précarité sociale et l'allocation des parcours de soins thérapeutiques, incluant des tests d'interaction avec le volume des centres.

Résultats : Parmi les 10 604 patients (âge moyen [écart-type], 71,5 [12,0] ans ; 48,3 % de femmes), quatre parcours de soins thérapeutiques ont été identifiés : Groupe 1 (5 %), axé sur la chirurgie, avec la survie la plus élevée ; Groupe 2 (10 %), chirurgie ou chimiothérapie à visée curative ; Groupe 3 (26 %), principalement chimiothérapie ; Groupe 4 (59 %), soins palliatifs précoces ou intervention limitée, avec survie la plus faible. Une interaction significative a été observée entre la précarité et le volume des centres (p = 0,025). Dans les centres de faible volume, la précarité sociale était associée à une probabilité plus élevée d'être affecté au Groupe 4 *vs* 1 (aOR, 1,45 [IC 95 %, 1,13–1,85] ; p = 0,003), mais pas dans les centres de grand volume (aOR, 0,80 [0,56–1,17] ; p = 0,249). Avoir un médecin traitant déclaré était associé à une probabilité plus faible d'être affecté au Groupe 4 *vs* 1 (aOR, 0,45 [0,30–0,65] ; p < 0,001).

Conclusion : La précarité sociale était associée à un accès réduit aux parcours de soins thérapeutiques favorables, une disparité atténuée dans les centres de grand volume. Avoir un médecin traitant déclaré était également associé à de meilleures trajectoires. Renforcer la centralisation des soins et l'accès à un médecin traitant pourrait améliorer l'équité dans la prise en charge du cancer du pancréas non neuroendocrine en France.

C.145

Prise en charge des cancers du pancréas à cellules acineuses en France : premiers résultats de l'étude AGEO-AciPanc

C. Prevost [1], L. de Mestier [2], P. Artru [3], M. Ben Abdelghani [4], A. Turpin [5], A. Besson [1], E. Boisteau [6], E. Soularue [7], G. Roth [8], C. Lemaire [1], A. Boilève [9], J. Lavolé [2], J. Cros [2], R. Nicolle [1], M. Blez [10], C. Neuzillet [11], T. Lecomte [12], M. Delaye [11]
(1) Paris ; (2) Clichy ; (3) Lyon ; (4) Strasbourg ; (5) Lille ; (6) Rennes ; (7) Le Kremlin-Bicêtre ; (8) Grenoble ; (9) Villejuif ; (10) Blois ; (11) Saint-Cloud ; (12) Tours.

Introduction : Le carcinome à cellules acineuses du pancréas (ACC) est une tumeur rare (1–2 %), distincte de l'adénocarcinome canalaire par ses caractéristiques cliniques, histologiques et moléculaires. Son diagnostic reste complexe, en raison de sa ressemblance morphologique avec les tumeurs neuroendocrines. L'ACC exprime des enzymes exocrines (trypsine, chymotrypsine) et le Bcl-10, et présente fréquemment des altérations des gènes de la recombinaison homologue (BRCA1/2, ATM) ou des anomalies de fusions, suggérant une sensibilité aux platines, aux inhibiteurs de PARP et à d'autres thérapies ciblées. Il n'existe pas de consensus sur leur prise en charge. L'étude AGEO-AciPanc vise à mieux caractériser cette entité à travers une cohorte multicentrique française, en analysant les profils cliniques, histo-moléculaires, les facteurs pronostiques et les stratégies thérapeutiques.

Patients et Méthodes : L'étude AGEO-AciPanc est une étude rétrospective multicentrique française incluant tout patient > 18 ans, atteint d'une tumeur pancréatique comportant une composante acineuse diagnostiquée entre janvier 2011 et janvier 2024. Pour chaque patient étaient recueillies les données démographiques, cliniques, thérapeutiques, ainsi que les altérations moléculaires identifiées dans le cadre du soin courant. Les données de réponse aux traitements et de survie globale (SG) ont été analysées.

Résultats : Dans cette première analyse, 81 patients pris en charge dans 11 centres français ont été inclus. L'âge moyen au diagnostic était de 63 ans (28 à 94 ans), 72% étaient des hommes, 35 (43%) patients avaient une tumeur résécable d'emblée, 2 borderlines et 8 localement avancées, et 36 (44%) patients étaient métastatiques au diagnostic dont la majorité au niveau hépatique (75%). Les tumeurs étaient majoritairement situées au niveau du corps ou de la queue du pancréas (53 %). 70% des tumeurs étaient de forme acineuse pure et 30% étaient des formes mixtes. Le statut Bcl-10 positif était documenté chez 64 (79%) patients. Un statut RAS était disponible chez 19 patients (23%), et non muté chez 18 d'entre eux (95%). Au stade métastatique (N=45), les patients ont reçu entre 1 et 7 lignes de traitements systémiques (médiane de 2 lignes). Les traitements de première ligne les plus fréquemment utilisées étaient le FOLFIRINOX (56%) et la gemcitabine (16%). Parmi les patients métastatiques ayant reçu plus d'une ligne de traitement (N=34), 71% ont bénéficié d'au moins une chimiothérapie à base de platine.
Les taux de réponse objective et de contrôle de la maladie étaient de 42% et 74%. 24% des patients (N=11) ont reçu une thérapie ciblée au cours de leur prise en charge et 29% (N=13) un traitement loco-régional de leurs métastases (radiothérapie [N=6], chirurgie [N=6], autre [N=1]). La SG médiane depuis le diagnostic était de 66.6 mois (IC 95%: 47.5-NA) dans la population globale, 123,5 mois chez les résécables et 47,5 mois chez les métastatiques. L'histologie mixte semblait associée avec une survie plus prolongée.

Conclusion : Cette première analyse de l'étude AGEO-AciPanc décrit la prise en charge des ACC du pancréas dans 11 centres français. Leur pronostic apparaît particulièrement favorable y compris au stade métastatique. Si les schémas de chimiothérapie utilisés semblent similaires à la prise en charge des adénocarcinomes pancréatiques (ACP), on note un nombre de lignes reçues important, un usage fréquent des thérapies ciblées et des traitements loco-régionaux de la maladie métastatique comparativement à l'ACP. Le statut moléculaire apparaît rarement documenté malgré les opportunités thérapeutiques potentielles chez ces patients. L'étude AciPanc se poursuit avec la réalisation d'analyses moléculaires approfondies et la constitution d'une cohorte prospective.

C.146

ALTOPANC : thérapies ablatives locales dans l'adénocarcinome pancréatique oligométastatique : étude rétrospective binationale franco-belge

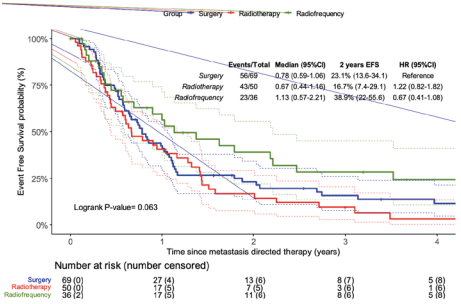
V. Pacquement [1], S. El Kurdi [1], A. Boilève [2], J. Henriques [3], J. Navez [4], A. Tailliez [5], S. Pernot [6], L. de Mestier [7], J.B. Bachet [8], P. Artru [9], N. Bertrand [10], R. Rhaiem [11], J.F. Blanc [6], E. Alouani [12], J. Logeart [13], T. Lecomte [14], O. Dubreuil [8], D. Birnbaum [15], D. Tougeron [16], N. Regenet [17], O. Facy [18], M. Brichard [19], B. Darnis [9], D. Vernerey [3], S. Truant [1], P. Hammel [2], P. Parent [1], A. Turpin [1]

(1) Lille ; (2) Villejuif ; (3) Besançon ; (4) Bruxelles, BELGIQUE ; (5) Valenciennes ; (6) Bordeaux ; (7) Clichy ; (8) Paris ; (9) Lyon ; (10) Rennes ; (11) Reims ; (12) Toulouse ; (13) Saint-Cloud ; (14) Tours ; (15) Marseille ; (16) Poitiers ; (17) Nantes ; (18) Dijon ; (19) Namur, BELGIQUE.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas oligométastatique (AP-OM) constitue une entité clinique émergente. L'extension limitée de la maladie incite à explorer le rôle des traitements locaux dirigés contre les métastases (TLDM). Cependant, leurs bénéfices en termes de survie restent incertains, et la plupart des séries publiées concernent des traitements chirurgicaux (Leonhardt CS, ESMO Open 2023). Des études incluant des patients ayant pu recevoir les standards actuels de chimiothérapie, notamment le Folfirinox, et des stratégies locorégionales non chirurgicales (radiothérapie stéréotaxique et/ou radiofréquence) sont donc nécessaires pour mieux définir le rôle des TLDM en pratique clinique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique franco-belge, visant à évaluer l'impact des TLDM sur la survie sans événement (SSE) et la survie globale (SG) chez les patients atteints d'AP-OM. Un AP-OM était défini dans notre étude comme présentant des métastases touchant au maximum 2 organes, avec ≤5 métastases. Les patients éligibles étaient des adultes présentant un AP confirmé histologiquement, ayant bénéficié d'une résection de la tumeur primitive, et d'un TLDM concomitant ou différé. La SSE était définie au délai entre la TLDM et la progression radiologique, la récidive ou le décès. La SG était définie comme le délai entre le TLDM et le décès, toutes causes confondues. Le score ALTOPANC, basé sur des facteurs pronostiques connus dans la littérature (CA 19-9 > 90 U/mL, >1 métastase et localisation non pulmonaire), a été corrélé à la SSE et à la SG.

Résultats : Entre janvier 2011 et décembre 2024, 155 patients atteints d'AP-OM ont été inclus, dont 138 étaient métachrones. Les sites métastatiques comprenaient le foie (n=71, 45 %), le poumon (n=61, 39 %), les ganglions péri-aortiques (n=13, 8 %) et le péritoine (n=5, 3 %). Au moment du diagnostic de métastases, 107 patients (71 %) avaient une métastase unique, et 25 (17 %) en avaient deux. Seuls 58 (43%) patients recevaient un traitement systémique de chimiothérapie avant un traitement local.
Après un suivi médian de 4,4 ans, la médiane de SSE et de SG dans la population totale était respectivement de 0,8 et 3,4 ans. Les modalités de TLDM comprenaient la chirurgie (n=69, 45 %), la radiothérapie (n=50, 32 %) et la radiofréquence (n=36, 23 %). La SSE dans la population métachrone était de 17 mois (HR = 0.65, p =0.017) pour la radiofréquence *versus* 11 mois pour la chirurgie et 8 mois pour la radiothérapie. La SG était de 4.1 ans pour la radiofréquence *versus* 3 ans pour les deux autres modalités, chirurgie et radiothérapie stéréotaxique. La radiofréquence était indépendamment associée à une amélioration de la SG par rapport aux autres techniques (HR = 0,51 ; IC95 % : 0,27–0,96 ; p = 0,0127). Une tendance similaire était observée pour la SG.
Dans le modèle de Cox multivarié, un taux élevé de CA 19-9 (HR = 1,29 ; p = 0,0002) ainsi que la présence de ≥ 2 métastases (HR 4.93 ; p<0.0001) étaient des facteurs pronostiques défavorables indépendants pour la SSE. Le score ALTOPANC était significativement corrélé à la SSE : les taux de SSE à 2 ans étaient de 53,1 %, 23,8 %, 8,3 % et 0 % pour des scores de 0, 1, 2 et 3 respectivement (p < 0,001).



Conclusion : Cette étude en données de vie réelle montre des résultats encourageants pour les TLDM chez les patients atteints d'un AP-OM, en particulier pour la radiofréquence, malgré un biais d'indication possible pour les traitements locaux. Les patients avec un profil pronostique favorable (score ALTOPANC faible) semblent tirer le plus grand bénéfice des traitements locaux. Une étude prospective randomisée est nécessaire pour confirmer ces résultats.

Remerciements, financements, autres :
Pas de financement.

C.147

Traitement de maintenance par le vaccin OSE2101 plus FOLFIRI ou FOLFIRI seul après chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX chez des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas avancé : résultats de l'essai de phase 2 randomisé non comparatif TEDOPaM

A. Turpin [1], E. Mitry [2], O. Bouché [3], Y. Rinaldi [2], C. Borg [4], J.P. Metges [5], G. Roth [6], T. Lecomte [7], C. Tournigand [8], I. Trouilloud [9], Y.H. Lam [10], C. Coutzac [11], F. Ghiringhelli [12], C. Louvet [9], V. Hautefeuille [13], A. Lambert [14], M. Guillet [11], M.L. Garcia [9], J. Henriques [4], C. Neuzillet [15]

(1) Lille ; (2) Marseille ; (3) Reims ; (4) Besançon ; (5) Brest ; (6) Grenoble ; (7) Tours ; (8) Créteil ; (9) Paris ; (10) Cholet ; (11) Lyon ; (12) Dijon ; (13) Amiens ; (14) Vandœuvre-lès-Nancy ; (15) Saint-Cloud.

Introduction : Le vaccin OSE2101 est un vaccin prêt à l'emploi composé de 10 peptides synthétiques présentés par le complexe majeur d'histocompatibilité HLA-A2. Ces peptides ciblent 5 antigènes associés aux tumeurs (ACE, HER2, TP53, MAGE2, MAGE3). L'étude TEDOPaM, multicentrique, randomisée, non comparative, de phase II, a évalué un traitement de maintenance par FOLFIRI (5FU, acide folinique, irinotécan) ± OSE2101 chez des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas (AP) avancé, dont la maladie était contrôlée après 8 cycles de chimiothérapie de 1ère ligne par FOLFIRINOX (FFX ; 5FU, acide folinique, irinotécan et oxaliplatine).

Patients et Méthodes : Les patients éligibles, atteints d'AP avancé prouvé histologiquement, HLA-A2 et avec un indice de performance (IP) ECOG 0 ou 1, ont été randomisés entre FOLFIRI (Bras A) ou FOLFIRI + OSE2101 (Bras B : injection sous-cutanée aux jours 1 et 15 toutes les 4 semaines pour 6 doses, puis toutes les 8 semaines jusqu'à 12 mois [M12], puis toutes les 12 semaines jusqu'à M21). La randomisation était stratifiée sur le stade tumoral (localement avancé *vs* métastatique), la meilleure réponse au FFX (réponse partielle ou complète [PR, CR] *vs* maladie stable [SD]), et le centre. Le critère principal était le taux de survie globale à 12 mois (SG12m) chez les patients évaluables, selon un plan de Fleming en 2 étapes (H0 : 25% ; H1 : 50%, alpha unilatéral 2,5%, puissance 90%). Les critères secondaires comprenaient la survie sans progression (SSP ; évaluée selon RECIST v1.1), la meilleure réponse, la durée de contrôle de la maladie (DDC) et la tolérance.

	Bras A	Bras B
Meilleure réponse, n(%)	N = 53	N=54
Réponse complète (RC)	0 (0,0)	2 (3,7)
Réponse partielle (RP)	12 (22,6)	10 (18,5)
Stabilité (SD)	28 (52,8)	34 (63,0)
Progression (PD)	8 (15,1)	8 (14,8)
Données manquantes	5 (9,5)	0 (0,0)
Taux de contrôle de la maladie, n(%)	40 (75,5)	46 (85,2)
Durée de contrôle de la maladie (DDC) (IC95%)	8,8 (6,2-12,9)	9,8 (6,8-14,8)

Résultats : 107 patients ont été randomisés entre avril 2021 et mai 2023, 53 dans le Bras A, 54 dans le Bras B. L'âge médian était de 64 ans (37–81), 53% étaient des hommes, 69% avaient un AP métastatique, 36%/64% avaient une RP/SD au FFX, sans déséquilibre entre les 2 bras. Le nombre médian d'injections de vaccin OSE2101 était de 7,5 (1-14). La durée médiane de traitement par FOLFIRI était de 5,4 mois dans les 2 bras. Avec un suivi médian de 21,4 mois, 101 patients étaient évaluables pour la SG12m (49/bras A, 52/bras B ; 4 retraits de consentement, 1 décision du patient, 1 interruption de traitement > 4 semaines). Le nombre de décès (n, %) était de 19 (35,8%) dans le Bras A et 18 (33,3%) dans le Bras B. La SG12m (IC 95%) était de 61% (46,2–74,8%) dans le Bras A et 65% (50,9–78,0%) dans le Bras B. Les SG et SSP médianes (IC95%) étaient de 17,3 mois (10,6–23,2) et 8,2 mois (5,3–11,6) dans le Bras A, et de 15,5 mois (12,4–19,3) et 7,8 mois (5,4–10,6) dans le Bras B. Les autres critères secondaires sont décrits dans le tableau. Parmi 33 patients avec SD sous FFX dans le Bras B, 6 (18%) ont eu une RP/RC (5/1) avec le FOLFIRI + OSE2101, contre 5 RP sans RC parmi 35 patients avec le FOLFIRI seul dans le Bras A. Dans la population évaluable pour la tolérance (N=107), 7 événements indésirables graves (EIG) chez 6 patients (12%) dans le Bras A et 22 EIG chez 14 patients (26%) dans le Bras B ont été rapportés. Aucun EIG inattendu n'a été observé avec OSE2101 excepté une administration inappropriée, et aucun signe d'augmentation de la toxicité du FOLFIRI avec l'ajout de l'OSE2101.

Conclusion : TEDOPAM a atteint son objectif principal sur la SG12m avec l'ajout du vaccin OSE2101 à la chimiothérapie de maintenance par FOLFIRI, avec une toxicité minimale. Ces résultats, issus d'une étude non comparative, doivent être pondérés par la SG plus longue qu'attendue observée dans le bras contrôle FOLFIRI seul. Deux réponses complètes ont été observées avec le vaccin. Un suivi plus prolongé est en cours ainsi qu'un programme translationnel sur les échantillons tumoraux, sanguins et les imageries (IMMUNOPANC-Sign).

Remerciements, financements, autres :
Identifiant de l'essai clinique : NCT0380630
Promotion : GERCOR.
Financement : OSE Immunotherapeutics, ARC SIGN'IT.

C.148

Essai de phase 1b LAPNet1 évaluant l'association du NP137, anticorps anti-netrine-1, au mFOLFIRINOX dans le cancer du pancréas localement avancé

G. Roth [1], P. Artru [2], O. Bouché [3], M. Manceau [1], N. Williet [4], J. Ghelfi [1], A. Turpin [5], A. Lièvre [6], J.F. Blanc [7], J.B. Bachet [8], P. Parent [5], M. Roustit [1], A. Borowik [1], V. Granger [1], A. Durand [1], C. d'Engremont [1], E. Girard [1], M. Chirica [1], S. Hazard [2], E. Georges [2], T. Decaens [1], B. Ducarouge [2], A. Bernet [2], P. Mehlen [2]

(1) Grenoble ; (2) Lyon ; (3) Reims ; (4) Saint-Étienne ; (5) Lille ; (6) Rennes ; (7) Bordeaux ; (8) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire du pancréas localement avancé (LAP) représente 30 à 40 % des adénocarcinomes canalaires pancréatiques (PDAC), avec une survie globale (SG) médiane de 15 mois et un taux de résection de 10%. La netrine-1 est une molécule de signalisation impliquée dans la transition épithélio-mésenchymateuse (EMT), processus clé de progression tumorale et de résistance aux traitements tel que le mFOLFIRINOX L'anticorps anti-netrine-1 NP137 a montré, en préclinique et en phase I en monothérapie dans les cancers pré-traités, sa capacité à inhiber l'EMT et à induire une ré-épithélialisation tumorale (Cassier et al, Nature 2023). L'étude LAPNet1 (NCT05546853) visait à évaluer la tolérance et l'efficacité de la combinaison NP137 + mFOLFIRINOX en première ligne chez des patients atteints d'adénocarcinome pancréatique localement avancé.

Patients et Méthodes : LAPNet1 (NCT05546853) est un essai de phase Ib, monobras, qui a inclus des patients atteints d'un LAP naïfs de tout traitement systémique, selon les critères du NCCN. Une phase de sécurité initiale (« safety lead-in », 3 à 12 patients, schéma 3+3, NP137 à 14 mg/kg *versus* 9 mg/kg) a précédé une phase d'expansion de 40 patients. Le traitement associait NP137 (14 mg/kg) au mFOLFIRINOX, administré toutes les deux semaines pour un total de 12 cycles (6 mois). Le critère principal était la tolérance à 6 mois, évaluée selon la fréquence et la sévérité des effets indésirables de tous grades et de grades 3/4 (CTCAE v5.0). Les critères secondaires comprenaient le taux de réponse objective (ORR, selon RECIST v1.1), la survie sans progression (SSP) et la SG, le taux de conversion chirurgicale, la réponse du marqueur CA19-9, la qualité de vie (EORTC QLQ-C30). Des analyses transcriptomiques exploratoires ont étudié les modifications phénotypiques sous NP137 et l'efficacité de l'association dans les différents profils moléculaires obtenus par séquençage ARN haut débit à partir d'échantillons tumoraux obtenus par microdissection laser.

Résultats : Quarante-trois patients ont été inclus (51 % d'hommes, âge médian 65 ans). Après un suivi médian de 13,1 mois, des EI ont été observés chez 93 % des patients (30 % de grade 3/4), sans signal de toxicité additionnelle. La PFS à 6 mois était de 88 % (IC95 : 75–96) et à 12 mois de 45 % (IC95 : 30–61). La médiane de PFS atteignait 10,9 mois (IC95 : 10,0–15,6) et la médiane d'OS 16,4 mois (IC95 : 12,8–non atteint), avec 21 patients encore vivants au moment de l'analyse. Le taux de réponse objective et le contrôle tumoral selon RECIST 1.1 étaient respectivement de 29 et 95%. 88% des patients présentaient une diminution de la taille tumorale. Une chirurgie secondaire a pu être réalisée chez 23 % des patients (10/43). L'analyse transcriptomique a confirmé une inhibition marquée de la voie EMT, principal mode d'action de NP137. Les tumeurs à forte expression du récepteur de la netrine-1, la néogénine, présentaient une PFS (12.5 mois) et une OS (non atteinte) prolongées.

Conclusion : L'association NP137 + mFOLFIRINOX est bien tolérée et montre une activité prometteuse dans le cancer du pancréas localement avancé. Ces résultats soutiennent le blocage de la netrine-1 comme stratégie pour surmonter la résistance à la chimiothérapie standard via la ré-épithélialisation tumorale, particulièrement dans les tumeurs à forte expression de néogénine 1. Ces résultats doivent être confirmés dans de futures études randomisées.

C.149

5-fluorouracile - Naliri, gemcitabine - nab-paclitaxel ou administration séquentielle des deux schémas en première ligne de l'adénocarcinome canalaire pancréatique métastatique : étude comparative randomisée de phase II (FUNGEMAX-PRODIGE 61)

S. Pernot [1], J.B. Bachet [2], F. Thuillier [3], A. Delattre [4], E. Vo Quang [2], C. Petorin [5], V. Bourgeois [6], D. Tougeron [7], F. Audemar [8], C. Vitellius [9], L. Mosser [10], J. Desrame [11], F. Di Fiore [12], Y. Rinaldi [13], A. Pellat [2], M. Bolliet [14], F. Watelle [15], H. Perrier [13], O. Dubreuil [2], C. Lepage [4], J. Taïeb [2]

(1) Bordeaux ; (2) Paris ; (3) Limoges ; (4) Dijon ; (5) Clermont-Ferrand ; (6) Boulogne-sur-Mer ; (7) Poitiers ; (8) Bayonne ; (9) Angers ; (10) Rodez ; (11) Lyon ; (12) Rouen ; (13) Marseille ; (14) Colmar ; (15) Lens.

Introduction : De nouvelles stratégies thérapeutiques sont nécessaires pour améliorer la survie et la qualité de vie des patients atteints d'un adénocarcinome canalaire pancréatique métastatique (mPDAC). En l'absence de biomarqueurs prédictifs validés, une approche séquentielle de première ligne pourrait contribuer à retarder l'émergence de résistances, à optimiser l'efficacité globale du traitement et à limiter la toxicité cumulative.

Patients et Méthodes : L'essai randomisé de phase II FUNGEMAX-PRODIGE 61 a inclus des patients atteints de mPDAC naïfs de chimiothérapie. Les patients ont été randomisés dans trois bras : 5-FU + nal-IRI (régime NAPOLI) ; Gemcitabine + nab-paclitaxel (régime MPACT) ; Séquence alternée MPACT/NAPOLI toutes les 8 semaines. Le critère principal était le taux de survie sans progression (PFS) à 6 mois, estimé selon la méthode de Schoenfeld, avec une hypothèse H0 = 30 % et H1 = 45 %, nécessitant 96 patients par bras.

Résultats : Entre novembre 2018 et janvier 2024, 288 patients ont été inclus dans 31 centres français. Les caractéristiques de base étaient comparables entre les bras. Après un suivi médian de 39,2 mois, la durée médiane de traitement était de 6,3 mois (séquentiel), 3,3 mois (NAPOLI) et 5,3 mois (MPACT). Les taux de PFS à 6 mois étaient de 51,6 % (séquentiel), 32,3 % (NAPOLI) et 45,3 % (MPACT). Ni le bras séquentiel (HR = 0,76 ; p = 0,0716) ni le bras NAPOLI (HR = 1,20 ; p = 0,2189) ne montraient de différence statistiquement significative par rapport au bras MPACT. Toutefois, les taux de PFS à 12 mois et de survie globale à 24 mois étaient plus favorables dans le bras séquentiel. Les profils de sécurité associés aux schémas thérapeutiques MPACT et NAPOLI étaient conformes à ceux décrits précédemment. Le groupe séquentiel a cumulé des toxicités gastro-intestinales liées au schéma NAPOLI et des toxicités hématologiques associées au schéma MPACT, mais a présenté une neurotoxicité moindre comparativement au schéma MPACT. Les données de SSP, SG et toxicités sont résumés dans le tableau.

	Bras A (MPACT/NAPOLI)		Bras B (NAPOLI)		Bras C (MPACT)	
SSPmédiane (moi)(taux à 6 mois)(taux à 12 mois	6.2 [4.0;7.8]51.6% [41.1;61.0]20.3% [12.9;29.0]		3.7 [2.2;5.1]32.3% [23.0;41.81]12.7% [6.8;20.3]		5.7 [4.0;6.5]45.3% [35.1;55.0]11.9% [6.3;19.4]	
SGmédiane (moi)(taux à 24 mois	11.6 [8.4;15.0]23.8% [15.4;33.2]		9.1 [7.10;10.45]9.6% [4.19;17.36]		12.4 [9.76;14.03]12.5% [6.28;20.93]	
Toxicités Grade 3-4						
AE/SAE	All Grades	Grade 3-4	All Grades	Grade 3-4	All Grades	Grade 3-4
Neutropénie	25.3%	9.5%	11.8%	0%	26.3%	7.4%
Diarrhée	80%	17.9%	69.9%	16.1%	55.8%	5.3%
Vomissements	80%	15.8%	72%	14.0%	61.1%	4.2%
Neuropathie périphérique	44.2%	5.3%	10.8%	0%	57.9%	8.4%

Conclusion : La stratégie séquentielle MPACT/NAPOLI est faisable et globalement bien tolérée. Bien qu'elle n'améliore pas significativement la PFS ou la survie médiane par rapport au schéma standard MPACT, elle présente une tendance favorable sur les taux de PFS à 12 mois et de survie globale à 24 mois, et pourrait constituer une option thérapeutique chez les patients non candidats à une trichimiothérapie ou chez les patients ayant une neuropathie préexistante.

Remerciements, financements, autres :
Fincancement Servier

C.150

Durvalumab plus tremelimumab chez des patients atteints de cancers des voies biliaires avancés après échec d'une chimiothérapie à base de platine : résultats finaux de l'essai de phase II IMMUNOBIL GERCOR D18-1 PRODIGE-57

M. Delaye [1], E. Assenat [2], L. Dahan [3], J.F. Blanc [4], D. Tougeron [5], J.P. Metges [6], A. Lièvre [7], M. Ben Abdelghani [8], P. Cassier [9], N. Fares [10], A. Turpin [11], A.L. Bignon [12], H. Castanié [13], J. Desrame [9], H. Boussion [14], T. Lecomte [15], S. Manfredi [16], V. Hautefeuille [17], V. Cardot-Ruffino [14], A. Falcoz [18], C. Neuzillet [1]

(1) Saint-Cloud ; (2) Montpellier ; (3) Marseille ; (4) Bordeaux ; (5) Poitiers ; (6) Brest ; (7) Rennes ; (8) Strasbourg ; (9) Lyon ; (10) Toulouse ; (11) Lille ; (12) Caen ; (13) Nantes ; (14) Paris ; (15) Tours ; (16) Dijon ; (17) Amiens ; (18) Besançon.

Introduction : L'association gemcitabine cisplatine (GEMCIS) est la chimiothérapie (CTx) de référence en 1ère ligne des cancers des voies biliaires (CVB) avancés, à laquelle est ajoutée depuis 2022 une immunothérapie (ITx). La CTx par FOLFOX (5FU, acide folinique, oxaliplatine) en 2ème ligne a une efficacité limitée. La bi-ITx associant le durvalumab (D), anti-PD-L1, et le tremelimumab (T), anti-CTLA-4, a montré des résultats positifs dans les cancers hépatiques (schéma STRIDE).

Patients et Méthodes : L'étude multicentrique IMMUNOBIL a inclus 2 cohortes consécutives de patients atteints de CVB avancé/récidivant (cholangiocarcinome intra-hépatique [iCCA]/cholangiocarcinome extra-hépatique [eCCA]/cancer de la vésicule biliaire [CVb]), avec un indice de performance (IP) ECOG 0-1, préalablement traités par CTx à base de platine mais n'ayant pas reçu d'ITx. Les patients du bras A ont reçu l'association intraveineuse D (1500 mg / 4 semaines) + T (75 mg / 4 semaines pendant 4 cycles [T75]). L'étude a ensuite été amendée (bras A amendé) pour administrer T à 300 mg au cycle 1 (T300), selon le schéma STRIDE. Le critère de jugement principal était le taux de survie globale à 6 mois (SG6m) dans le bras A amendé (D + T300), selon un plan de Fleming en 2 étapes (H0 : 50 %, H1 : 65 %, α unilatéral : 5 %, ß : 10 %, seuil d'efficacité ≥59 %).

Résultats : De décembre 2018 à novembre 2021, 212 patients ont été inclus (106/bras) ; 104 (bras A amendé) et 103 (bras A) étaient évaluables pour la SG6m. Les caractéristiques des patients étaient similaires dans les 2 groupes : âge médian de 66 ans, 48% d'hommes, 55% avec un IP ECOG de 0, 65%/20%/15% avec un iCCA/eCCA/CVb, 69% métastatiques, 35% avec une résection tumorale préalable. Les CTx de 1ère ligne reçues étaient GEMCIS/GEMOX/autre chez 69%/21%/10% des patients. 60 patients (58 % [IC95 % 49,2–65,9]) dans le bras A amendé et 60 (58 % [IC95 % 49,7–66,5]) dans le bras A étaient vivants à 6 mois. Les autres résultats d'efficacité figurent dans le tableau. L'absence de progression au 1er scanner (après 2 cycles, 33 % des patients) était corrélée à une SG plus longue : médiane de 18,3 (IC95%14,9-25,4) *vs* 4,7 (IC95% 3,6-5,3) mois. L'expression de PD-L1 était évaluable chez 102 patients ; un score CPS ≥5 (17 %) était associé à une SG plus longue (médiane de 12,8 [IC95% 2,7-27,5] *vs* 6,4 mois [IC95% 4,2-7,1]).

	Bras A amendé	Bras A
SG médiane, mois	6,7 (IC95% 5,1–7,8)	7,5 (IC95% 5,3–10,4)
SSP médiane, mois	1,8 (IC95% 1,8–1,9)	2,0 (IC95% 1,9–2,2)
Réponse complète	2%	2%
Réponse partielle	10%	8%
Stabilité tumorale	17%	28%
Taux de réponse objective	12%	10%
Taux de contrôle de la maladie	29%	38%
Toxicité		
≥1 Effet secondaire grade (G) ≥ 3	66%	70%
≥1 Effet secondaire relié ≥ G3	17%	22%
Effets secondaires G3–4 les plus fréquents (deux bras)	Douleur abdominale (9%), fatigue (8%), diarrhée (5%)	
Effets secondaires reliés G3–4 les plus fréquents (deux bras)	Diarrhée (4%), fatigue (2%)	

Conclusion : Bien que proche du seuil prédéfini d'efficacité, l'association D + T selon le schéma STRIDE n'a pas atteint l'objectif principal de l'étude. Un sous-groupe de patients présente une SG prolongée sous ITx, que le statut PD-L1 ne suffit pas à prédire. Les résultats des analyses tumorales, sanguines et d'imagerie complémentaires (programme IMMUNOBILSign, financé par le PRT-K) permettront d'explorer plus largement les marqueurs prédictifs de réponse à l'ITx dans le CVB.

Remerciements, financements, autres :
Identifiant de l'essai clinique : NCT03704480
Promoteur de l'étude : GERCOR.
Financement : Astra Zeneca, PRT-K

C.151

Caractéristiques et facteurs pronostiques des adénocarcinomes ampullaires métastatiques : résultats sur 108 patients issus de la cohorte multicentrique FFCD AC

E. Vo Quang [1], V. Hautefeuille [2], O. Bouché [3], K. Le Malicot [4], D. Tougeron [5], G. Piessen [6], A. Pellat [1], M. Amil [7], G. Roth [8], M. Jary [9], S. Manfredi [4], M. Guillet [10], O. Glehen [10], J. Taïeb [1], C. Gallois [1]

(1) Paris ; (2) Amiens ; (3) Reims ; (4) Dijon ; (5) Poitiers ; (6) Lille ; (7) La Roche-sur-Yon ; (8) Grenoble ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Lyon.

Introduction : L'adénocarcinome de l'ampoule (ADKa) de Vater est une tumeur rare pour laquelle les données en situation métastatique restent très limitées. Nous avons évalué les caractéristiques cliniques et tumorales, les modalités de traitement et leur impact pronostique chez des patients présentant un adénocarcinome de l'ampoule de Vater métastatique.

Patients et Méthodes : Cette analyse issue de la cohorte prospective nationale des ADKa de la FFCD, qui incluait des patients opérés pour un ADKa localisé entre juillet 2014 et juin 2023, a concerné ceux ayant présenté une récidive au cours du suivi. La maladie métastatique était qualifiée en synchrone en cas de récidive survenue dans les 6 mois suivant la chirurgie curative, et de métachrone si la récidive survenait au-delà de 6 mois. Chez les patients ayant récidivé pendant ou dans les 6 mois après la fin du traitement adjuvant, ce traitement adjuvant était considéré comme la chimiothérapie de 1ère ligne métastatique. La survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) étaient évaluées à partir du diagnostic de la maladie métastatique. Les facteurs associés à la SSP et la SG ont été évalués par un modèle de Cox.

Table 1. L1 - Meilleure réponse

		Chimiothérapie L1	
		A base de LV5FU2	A base de gemcitabine
Meilleure réponse	N évaluable	28	8
	Réponse complète	2 (6%)	0
	Réponse partielle	7 (25%)	3 (37%)
	Stabilité	12 (43%)	2 (25%)
	Progression	7 (25%)	3 (37%)

Résultats : Au total, 108 patients ont été inclus dans 50 centres, avec un âge médian au diagnostic de 69 ans (IQR : 62–76), 50,0% de femmes. La chirurgie antérieure était une duodénopancréatectomie céphalique dans 97,2% des cas. Parmi les patients ayant été évalué pour le sous-type histologique (n=80), 22,5%, 65,0% et 12.5% avaient un sous-type intestinal, bilio-pancréatique et mixte, respectivement. 85 patients (78,7%) présentaient une maladie métastatique métachrone et 102 (94,5%) au maximum 2 sites métastatiques. Les sites métastatiques les plus fréquents étaient le foie (59,3%), le poumon (25,9%) et le péritoine (25,9%). Parmi les patients métachrones, 37 (34,3%) avaient reçu une chimiothérapie adjuvante, avec un délai médian entre la fin du traitement adjuvant et la récidive métastatique de 13,4 mois (IQR : 8,9-19.9). 17.6% patients ont eu une prise en charge palliative exclusive d'emblée. En première ligne, les schémas les plus utilisés étaient : FOLFIRINOX (22,5%), FOLFIRI (13,5%), gemcitabine (13,5%), FOLFOX (12,4%), LV5FU2 (11,2%), gemcitabine – Nab-paclitaxel (6,7%), Gemox (7,9%), gemcitabine + LV5FU2 ou capecitabine (5,6%), gemcitabine + cisplatine (3,2%) et autre (3,4%).
Dans la population globale, la SSP et la SG étaient de 8,0 mois (IC95% : 6,7–9,8) et de 17,2 mois (IC95% : 14,8–21,3) respectivement. En analyse multivariée, une présentation métachrone (HR=0,54 ; p=0,02), l'absence de carcinose péritonéale (HR=0,55 ; p=0,02), <2 sites métastatiques (HR=0,62 ; p=0,04) étaient associés à une meilleure SG. Dans ce modèle, la trithérapie (HR :0,68), la bithérapie (HR=0,90) étaient également associés à une meilleur SG par rapport à la monothérapie (non significatifs). Des résultats similaires étaient retrouvés pour la PFS (présentation métachrone HR=0,54 ; p=0,02 ; <2 sites métastatiques HR=0,64 ; p=0,04). Chez les patients traités par chimiothérapie à base de 5FU (N=60) : le taux de réponse objective (TRO) était de 32%, le taux de contrôle de la maladie (TCM) de 75%, la SSP médiane de 8,0 mois (IC95% : 6.7-9.8) et la SG de 18,1 mois (IC95% : 15,84-27,43). Chez les patients traités par une chimiothérapie à base de gemcitabine (N=34) : le TRO était de 37%, le TCM de 62%, la SSP médiane de 7,4 mois (IC95% : 4.2 - 9.4) et la SG de 17,9 mois (IC95% : 14,6 – 26,5).

Conclusion : Cette cohorte multicentrique en vie réelle incluant plus de 100 patients atteints d'un adénocarcinomes ampullaire métastatique est la plus grande série sur le sujet et montre une médiane de SG de 17,2 mois dans une population majoritairement métachrone car issue d'une cohorte initiale d'adénocarcinomes de l'ampoule localisés opérés. Le caractère métachrone de la maladie, l'absence d'atteinte péritonéale et un site métastatique unique étaient associés à un meilleur pronostic. Une analyse des données selon le phénotype histologique et le type de protocole sera présentée au JFHOD 2026.

JOURNÉES FRANCOPHONES D'HISTOIRE GASTRO-ENTÉROLOGIQUE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM

Dimanche

22 MARS

C.152

Plénière

Folfox associé au panitumumab selon une stratégie « stop-and-go » en première ligne chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique non muté RAS/BRAF : résultats de l'essai de phase II FFCD 1605 – OPTIPRIME

J.B. Bachet [1], J. Carrasco [2], M. Bolliet [3], K. Le Malicot [4], S. Bouhlal Jourdan [4], L. Mineur [5], S. Corbinais [6], B. Linot [7], V. Hautefeuille [8], B. Valenza [9], F. Hocine [10], J. Taïeb [1], B. Huguenin [11], J.M. Phelip [12], Y. Rinaldi [13], M. Nasri [14], S. Manfredi [4], L.M. Dourthe [15]

(1) Paris ; (2) Charleroi, BELGIQUE ; (3) Colmar ;
(4) Dijon ; (5) Avignon ; (6) Caen ; (7) Nantes ;
(8) Amiens ; (9) Fréjus ; (10) Beauvais ; (11) Arras ;
(12) Saint-Étienne ; (13) Marseille ; (14) Cahors ;
(15) Strasbourg.

Introduction : Les traitements anti-EGFR peuvent entraîner des toxicités cumulatives limitantes cutanées et unguéales et la progression secondaire est consécutive à l'émergence de clones de résistance. L'essai de phase II OPTIPRIME a évalué l'intérêt de l'utilisation de l'oxaliplatine et du panitumumab (Pmab) selon une stratégie de « stop-and-go » afin d'améliorer la tolérance et l'efficacité du traitement en augmentant la durée de contrôle de la maladie (DDC).

Patients et Méthodes : Les patients ont reçu un traitement d'induction par FOLFOX plus Pmab pendant 6 cycles, puis en cas de contrôle de la maladie un traitement d'entretien par fluoropyrimidine (LV5FU2 ou capecitabine). En cas de progression, le Pmab +/- Oxaliplatine était réintroduit pour 6 cycles, et ainsi de suite. Le critère d'évaluation principal était la DDC, définie comme la progression radiologique sous chimiothérapie plus anticorps anti-EGFR ou le décès. Les patients ayant subi une chirurgie des métastases R0/R1 ont été censurés à la date de la chirurgie ; les patients n'ayant pas subi de résection des métastases et vivants sans progression ont été censurés à la date des dernières nouvelles ou au début de la deuxième ligne en cas de switch sans progression sous Pmab. Avec un H0 de 14 mois (mois), un H1 de 20 mois (α unilatéral de 5 %, puissance de 80 % et 10 % de perdus de vue), 118 patients devaient être inclus selon la méthode non paramétrique à un bras. Avec un recrutement de 36 mois et un suivi de 24 mois, la valeur critique supérieure pour le rejet H0 était de 17,84 mois.

Résultats : Entre avril 2018 et mai 2023, 36 centres ont recruté 118 patients ; la population mITT était de 115 patients (3 patients avec mutation KRAS ou BRAF exclus). Les principales caractéristiques à l'inclusion étaient : âge médian de 68 ans, sexe masculin 74 %, score ECOG PS 0-1 94 %, cancer du côlon droit 14 %, métastases synchrones 77 %, métastases hépatiques 73 % et nombre médian de sites métastatiques 2.
Après un suivi médian de 47,9 mois, tous les patients étaient sortis de l'étude, principalement en raison d'une progression ou décès (n=65, 57%), d'effets secondaires (n=18, 16%) ou de résection des métastases (n=13, 11%). Le délai de réponse (DDC) médian était de 24,9 mois (IC90 %: 19,3-28,3). Quatre-vingt-seize patients (83,5%) ont reçu au moins un traitement d'entretien (LV5FU2 83%, capécitabine 17%). Soixante-deux patients (54%), 29 patients (25%) et 12 patients (10%) ont eu une, deux ou trois réintroductions durant le suivi, respectivement. Les taux de réponse objective (TRO) et les survies sans progression (SSP) des différentes séquences thérapeutiques sont détaillés dans le tableau 1. Quatre-vingts patients (69,6 %) ont reçu un traitement de deuxième ligne et 61 (53%) une troisième ligne. La survie globale médiane était de 36,1 mois (IC95 %: 27,5-39,9). Les données de tolérance selon la période de traitement (induction ou réintroduction *vs* maintenance) seront présentées durant le congrès.

Tableau 1

Séquence thérapeutique	n patients	TRO	SSP médiane (mois)
Induction – 1ère maintenance	115	74,8%	9,9 (IC95%: 8,3-11,1)
1ère réintro – 2ème maintenance	62	45,0%	5,5 (IC95%: 4,8-6,0)
2ème réintro – 3ème maintenance	29	25,0%	4,0 (IC95%: 3,1-6,0)
3ème réintro – 4ème maintenance	12	27,3%	3,8 (IC95%: 1,0-7,8)

Conclusion : L'essai OPTIPRIME a atteint son objectif principal, validant l'intérêt de l'utilisation du Pmab dans une stratégie « stop-and-go ». Après les résultats de l'étude PANAMA (1), ces résultats confortent l'utilisation d'un traitement d'entretien par fluoropyrimidine seule. Des études ancillaires sur l'ADN tumoral circulant sont en cours et seront présentées ultérieurement.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été promue par la FFCD. Nous remercions tous les groupes coopérateurs (UNICANCER GI – GERCOR) pour leur contribution et participation à cet essai. Nous remercions également AMGEN pour son soutien.

C.153

Plénière

Évolution à long terme après hépatite aiguë secondaire aux ICI (CHILI-Outcomes)

K. Faouzi [1], S. Faure [1], Q. Thomas [1], A. Maria [1], L. Meunier [1], L. Hountondji [1]
(1) Montpellier.

Introduction : Les inhibiteurs des checkpoints immunitaires (ICIs) sont dorénavant la pierre angulaire du traitement de certains cancers, ayant révolutionné le pronostic oncologique et la survie. Les hépatites secondaires aux ICIs, appelées CHILI (Checkpoint inhibitor-induced Liver Injury) concernent jusqu'à 25% des patients traités (1). Après résolution de l'hépatite, la reprise d'un traitement oncologique est une problématique fréquente. La reprise des ICIs expose à un risque de récidive de 20 à 30% (2) et d'autres lignes thérapeutiques sont parfois préférées sans que le risque de toxicité hépatique soit connu. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge oncologique après une CHILI et la récidive d'une toxicité hépatique selon la thérapie choisie après 2 ans de suivi.

Patients et Méthodes : CHILI-Out est une étude rétrospective, observationnelle et multicentrique, menée chez des patients adultes traités par ICI et présentés en RCP « ImmunoTox » entre décembre 2018 et juillet 2023. Les données clinico-biologiques ont été recueillies au diagnostic, à J3, S1, S2, S4, puis mensuellement jusqu'à S24, puis tous les 3 mois jusqu'à M12 et tous les 6 mois jusqu'à M24. Les données sur la néoplasie, les traitements oncologiques, la reprise d'un traitement anticancéreux, la récidive d'hépatite et la survie ont été collectées. La CHILI chronique était définie par une persistance d'anomalie du bilan hépatique à 6 mois, PAL ≥ 2 N ou ALAT ≥ 5 N.

Résultats : 50 patients ont été analysés entre décembre 2018 et juillet 2023, majoritairement des hommes (n=28 ; 56%), d'un âge médian de 66,8 ans (23,1-87,8), traités pour un cancer pulmonaire (n=17 ; 34%), un mélanome (n=13 ; 26%), un cancer urologique (n=10 ; 20%), digestif (n=6 ; 12%) ou ORL (n=4 ; 8%), de stade III (n=13 ; 29,5 %) ou IV (n=31 ; 70,5 %). Les régimes d'ICI impliqués dans l'hépatite étaient : anti-PD1 seuls (n=29 ; 58%), associés à un anti-CTLA-4 (n=16 ; 32%) et anti-PDL-1 (n=5 ; 10%). La gravité selon CTCAE était majoritairement de grade 3 (n=39 ; 78%). 38 patients ont été traités par corticoïdes (76%) et 4 par un autre immunosuppresseur (8,7%). 4 patients ont présenté une CHILI chronique (8,7%).
Après un suivi médian de 31 mois (1,6-72,8), 32 patients (64 %) ont repris au moins un traitement anticancéreux : 26 par ICI (53 %) dont 18 par ICI seuls (36 %), 5 par ICI et ITK (10 %), 3 par ICI et chimiothérapie (6 %), 4 par ITK seuls (8 %) et 2 par chimiothérapie seule (4 %). Parmi les 18 patients sans reprise de traitement oncologique, 6 étaient en réponse oncologique partielle ou complète, 1 stable, 7 en progression et 4 non évaluables. Parmi les 24 patients n'ayant pas repris l'ICI en raison de l'hépatite (48 %), 16 avaient une indication théorique à la reprise (67 %) : 4 ont eu un ITK et 2 une chimiothérapie. Après reprise de l'ICI, 10 patients ont récidivé une CHILI (20 %), respectivement de grade CTCAE 2 (n=4 ; 40 %), 3 (n=3 ; 30 %) et 4 (n=3 ; 30 %).
La réponse oncologique (complète, partielle ou stable) concernait 30 % des patients à 6 mois et 1 an, et 26 % à 2 ans. La reprise d'un ICI était significativement associée à une meilleure réponse oncologique à 2 ans (p = 0,025). 34% des patients sont décédés, principalement du cancer évolutif (n=15 ; 30 %), et 1 d'une insuffisance hépatocellulaire secondaire à la CHILI (n=1, 2 %).

Discussion : Les recommandations actuelles limitent la reprise des ICIs après CHILI sévère selon CTCAE (grades 3-4) en raison du risque de récidive de l'hépatite. Cependant, la survenue d'une toxicité hépatique en cas de reprise d'un ITK ou d'une chimiothérapie après CHILI reste méconnue mais pourrait être plus fréquente (3). La survenue d'une CHILI altère la prise en charge oncologique, car dans 48 % des cas le traitement préconisé dans les recommandations n'est pas repris malgré son efficacité.

Conclusion : Après une CHILI, la reprise d'un traitement anticancéreux a été possible chez la majorité des patients, souvent par réintroduction d'un ICI. Après 2 ans de suivi, la reprise d'ICI était associée à une meilleure réponse oncologique au prix d'une récidive hépatique dans 20 % des cas, le plus souvent de grade modéré.

Remerciements, financements, autres :
Groupe MonRio

Efficacité et tolérance du traitement d'induction et d'entretien du guselkumab sous-cutané chez les participants atteints de rectocolite hémorragique : résultats à la semaine 48 de l'étude de phase 3 ASTRO

L. Peyrin-Biroulet [1], J.R. Allegretti [2], M. Long [3], M. Germinaro [4], T. Baker [4], M. Kavalam [4], Y. Alvarez [4], K. Hertzog [4], H. Zhang [4], J. Lingjing [4], T. Hisamatsu [5], D. Rubin [6], S. Danese [7]

(1) Nancy ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Chapel Hill, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Spring House, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Tokyo, JAPON ; (6) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Milan, ITALIE.

Introduction : Guselkumab (GUS), un inhibiteur de la sous-unité p19 de l'interleukine 23, à double action, a démontré son efficacité chez les participants atteints de rectocolite hémorragique (RCH) traités par induction intraveineuse (IV) ou sous-cutanée (SC). Ici, nous rapportons l'efficacité et la tolérance de l'induction SC suivie par l'entretien SC jusqu'à la semaine (S) 48 dans ASTRO, un essai de phase 3, randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo (PBO), chez les patients atteints de RCH active modérée à sévère.

Matériels et Méthodes : Les patients éligibles présentaient des scores Mayo modifiés de 5 à 9, un sous-score de saignement rectal ≥1 et un sous-score endoscopique Mayo (MES) ≥2. Les patients avaient également une réponse inadéquate/intolérance documentée aux biothérapies, aux inhibiteurs de la Janus kinase (JAKi) et/ou aux inhibiteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1Pi) (BIO/JAKi/S1Pi-IR) ou aux corticoïdes, à la 6-mercaptopurine ou à l'azathioprine. La randomisation a été stratifiée selon le statut BIO/JAKi/S1Pi-IR à l'inclusion et le MES, avec 418 pts répartis 1:1:1 entre les bras GUS 400 mg SC toutes les 4 semaines (q4s) (×3) →GUS 200 mg SC q4s (N=140), GUS 400 mg SC q4s (×3)→GUS 100 mg SC toutes les 8 semaines (q8s) (N=139), ou PBO SC (N=139). Les patients PBO qui remplissaient les critères de sauvetage sont passés au GUS à s16 ; les patients GUS qui remplissaient les critères de sauvetage sont restés sous le schéma posologique GUS qui leur avait été assigné (sauvetage fictif).

Titre : critères d'efficacité à la semaine 48 dans la population globale et par antécédents de traitement (inhibiteurs biologiques, inhibiteurs de JAK et/ou inhibiteurs de S1P)

	Population globale			BIO/JAKi/S1Pi-naïf			BIO/JAKi/S1Pi-IR		
Résultats à la semaine 48	Placebo SC (N=139)	GUS 400 mg SC+ GUS 100 mg SC q8s (N=139)	GUS 400 mg SC+ GUS 200 mg SC q4s (N=140)	Placebo SC (N=79)	GUS 400 mg SC+ GUS 100 mg SC q8s (N=81)	GUS 400 mg SC+ GUS 200 mg SC q4s (N=83)	Placebo SC (N=56)	GUS 400 mg SC+ GUS 100 mg SC q8s (N=57)	GUS 400 mg SC+ GUS 200 mg SC q4s (N=55)
Rémission clinique	10 (7,2)	51 (36,7) Δ 29,5 P<0,001	60 (42,9) Δ 35,6 P<0,001	6 (7,6)	39 (48,1) Δ 40,3 P<0,001	42 (50,6) Δ 43,0 P<0,001	4 (7,1)	12 (21,1) Δ 13,7 P = 0,034	18 (32,7) Δ 25,2 P<0,001
Réponse clinique	26 (18,7)	78 (56,1) Δ 37,4 P<0,001	83 (59,3) Δ 40,6 P<0,001	19 (24,1)	52 (64,2) Δ 39,5 P<0,001	54 (65,1) Δ 40,8 P<0,001	7 (12,5)	25 (43,9) Δ 30,9 P<0,001	29 (52,7) Δ 39,3 P<0,001
Amélioration endoscopique	16 (11,5)	62 (44,6) Δ 33,1 P<0,001	66 (47,1) Δ 35,5 P<0,001	10 (12,7)	46 (56,8) Δ 44,0 P<0,001	45 (54,2) Δ 41,7 P<0,001	6 (10,7)	16 (28,1) Δ 16,0 P = 0,024	21 (38,2) Δ 26,8 P<0,001
La rémission endoscopique	7 (5,0)	36 (25,9) Δ 20,9 P<0,001	37 (26,4) Δ 21,4 P<0,001	5 (6,3)	27 (33,3) Δ 26,9 P<0,001	28 (33,7) Δ 27,5 P<0,001	2 (3,6)	9 (15,8) Δ 11,5 P = 0,033	9 (16,4) Δ 12,6 P = 0,025
La rémission symptomatique	20 (14,4)	66 (47,5) Δ 33,1 P<0,001	75 (53,6) Δ 39,2 P<0,001	15 (19,0)	47 (58,0) Δ 38,6 P<0,001	51 (61,4) Δ 42,3 P<0,001	5 (8,9)	19 (33,3) Δ 24,3 P = 0,001	24 (43,6) Δ 34,0 P<0,001
Amélioration histologique	18 (12,9)	65 (46,8) Δ 33,8 P<0,001	73 (52,1) Δ 39,2 P<0,001	13 (16,5)	45 (55,6) Δ 38,6 P<0,001	50 (60,2) Δ 43,8 P<0,001	4 (7,1)	20 (35,1) Δ 26,8 P<0,001	23 (41,8) Δ 34,1 P<0,001
La rémission histologique	15 (10,8)	52 (37,4) Δ 26,6 P<0,001	63 (45,0) Δ 34,2 P<0,001	11 (13,9)	35 (43,2) Δ 29,1 P<0,001	41 (49,4) Δ 35,5 P<0,001	4 (7,1)	17 (29,8) Δ 21,5 P = 0,002	22 (40,0) Δ 32,4 P<0,001

Les données sont présentées comme suit : n (%) ; Δ% (différence ajustée entre les traitements) versus placebo ; valeur p nominale versus placebo. La différence ajustée entre les traitements était basée sur la différence de risque commun en utilisant les pondérations des strates de Mantel-Haenszel et l'estimateur de la variance de Sato. Dans l'ensemble de la population, les valeurs p étaient basées sur le test de Mantel-Haenszel, stratifié selon le statut BIO/JAKi/S1Pi-IR (Oui/Non) et le sous-score endoscopique Mayo à l'inclusion (Modéré [2]/Sévère [3]). Pour les sous-groupes BIO/JAKi/S1Pi-naïfs/-IR, les valeurs p ont été stratifiées uniquement par le sous-score endoscopique Mayo à l'inclusion. Les participants qui, avant la semaine 48, avaient subi une stomie ou une colectomie, un changement interdit des traitements contre la RCH, avaient arrêté le produit de l'étude en raison d'un manque d'efficacité ou d'un EI d'aggravation de la RCH, ou remplissaient les critères de sauvetage selon le système IWRS, n'avaient pas atteint les principaux critères d'efficacité indiqués à la semaine 48. Pour les participants qui ont arrêté le médicament à l'étude pour des raisons liées au COVID-19 (à l'exclusion de l'infection COVID-19) ou pour une crise régionale, leurs valeurs observées ont été utilisées, le cas échéant. Les participants ayant arrêté le traitement à l'étude avant la semaine 48 pour d'autres raisons ont été considérés comme n'ayant atteint aucun des critères d'efficacité indiqués à la semaine 48. Les participants qui manquaient un ou plusieurs des composants relatifs à un critère d'évaluation à la semaine 48 ont été considérés comme n'ayant pas atteint le critère d'évaluation.

Définitions des critères d'évaluation : rémission clinique, Mayo SFS 0/1 et non augmentée par rapport à BL, Mayo RBS=0 et MES 0/1 sans friabilité ; réponse clinique, ≥30 % et ≥2 points de diminution par rapport au BL dans le score Mayo modifié avec ≥1 point de diminution par rapport au BL dans le RBS ou le RBS 0/1 ; amélioration endoscopique, MES 0/1 sans friabilité ; rémission endoscopique, MES de 0 ; rémission symptomatique, SFS 0/1 et non augmentée par rapport à la BL et RBS=0 ; amélioration histologique, infiltration des neutrophiles dans <5 % des cryptes ; pas de destruction de crypte ; et pas d'érosions, d'ulcérations ou de tissu de granulation selon le système de classification Geboes ; rémission histologique, absence de neutrophiles de la muqueuse (lamina propria et épithélium) ; pas de destruction de crypte ; et pas d'érosions, d'ulcérations ou de tissu de granulation selon le système de classification Geboes.

EI = événement indésirable ; BIO = biologique ; BL = valeur de référence ; COVID-19 = coronavirus 2019 ; GUS = guselkumab ; IR = réponse inadéquate ; IWRS = Interactive Web Response System ; JAK = Janus kinase ; JAKi = inhibiteur de JAK ; MES = sous-score endoscopique de Mayo ; N = taille de la population ; n = taille de l'échantillon ; q4s = toutes les 4 semaines ; q8s = toutes les 8 semaines ; RBS = sous-score de saignement rectal ; S1P = sphingosine-1-phosphate ; S1Pi = inhibiteur de S1P ; SC = sous-cutané ; SFS = sous-score de fréquence des selles ; RCH = rectocolite hémorragique

Résultats : À s48, des proportions plus élevées de patients dans les groupes GUS ont atteint une rémission clinique *vs* PBO (36,7 % pour GUS 100 mg Q8s [Δ 29,5 %], 42,9 % pour GUS 200 mg Q4s [Δ 35,6 %], 7,2 % pour la PBO) (tableau). Les taux de rémission endoscopique étaient de 25,9 % pour GUS 100 mg Q8s (Δ 20,9 %), de 26,4 % pour GUS 200 mg Q4s (Δ 21,4 %) et de 5,0 % pour le PBO. Les proportions de réponse clinique, de rémission symptomatique, d'amélioration endoscopique, d'amélioration histologique et de rémission histologique étaient également plus élevées dans les bras GUS *vs* PBO. L'efficacité a également été observée pour les sous-populations de patients bio/JAKi/S1Pi-naïfs et bio/JAKi/S1Pi-IR. Les événements indésirables (EI) par 100 patients-années n'étaient pas plus importants dans les groupes GUS que dans le groupe PBO : 308,3 pour GUS 100 mg Q8s et 310,7 pour GUS 200 mg Q4s *vs* 357,1 pour le PBO), EI graves (6,5 et 8,2 *vs* 38,4), infections graves (0,8 et 2,5 *vs* 3,7) et EI conduisant à l'arrêt du traitement (4,9 et 4,1 *vs* 19,8).

Conclusion : L'induction de GUS SC suivie par l'entretien SC a été efficace pendant 1 an chez les patients atteints de RCH active modérée à sévère, et le profil de tolérance est conforme à celui de GUS dans ses indications approuvées, y compris la RCH

C.155 Plénière

Optimisation du dépistage MSI dans les cancers colorectaux, gastriques et des voies biliaires : une approche par intelligence artificielle

C. Wiscart [1], M. Lubrano [1], A. Filiot [1], E. Samuelsson [1], D. Jacobs [1], A. Boulet [1], A. Lyon [1], M.A. Bani [2], M. Svrcek [1], C. Guettier [2], J. Hernandez Losa [3], F. Deman [4], S.F. Kammerer-Jacquet [5], J.F. Fléjou [1], G. Kats-Ugurlu [6], B. O'Sullivan [7], K. Von Loga [1]

(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) Anvers, BELGIQUE ; (5) Rennes ; (6) Groningue, PAYS-BAS ; (7) Birmingham, ROYAUME-UNI.

Introduction : Le test du statut MSI est essentiel pour la bonne prise en charge des patients atteints de tumeurs solides car il permet la prescription de thérapies ciblées ou d'immunothérapies. Actuellement, un consensus médical préconise le test MSI systématique pour les patients atteints de cancer colorectal (CRC), gastrique (GC) et des voies biliaires (BTC). Cependant, dans la pratique, le test systématique du statut MSI est limité (charge de travail, coût, disponibilité des tissus), conduisant fréquemment à un sous-diagnostic des patients. De nouvelles technologies reposant sur l'intelligence artificielle ont maintenant la capacité d'identifier avec précision les patients MSS depuis des lames H&E(S) numérisées. Dans cette étude nous testons la capacité de trois algorithmes développés pour CRC, GC et BTC à détecter le statut MSI à partir d'une lame H&E(S) et mesurons leurs performances sur plusieurs cohortes externes proposant ainsi une solution fiable pour un accès systématique au test MSI en routine.

Matériels et Méthodes : Trois modèles d'apprentissage profond d'architecture similaire ont été entraînés pour prédire le statut MSI sur les lames H&E(S) numérisées dans trois indications : CRC, GC et BTC. Ces modèles ont fait l'objet d'une évaluation approfondie sur plusieurs cohortes externes multicentriques, distinctes des données d'entraînement, selon une méthodologie rigoureuse d'évaluation en aveugle. Pour ce faire, les prédictions des modèles ont été comparées avec des résultats de test MSI récupérés du diagnostic clinique ou déterminés à l'aide de tests approuvés CE ou par la FDA. De plus, afin de traduire l'efficacité potentielle de présélection que ces technologies pourraient apporter aux flux de travail cliniques, le nombre de patients MSS effectivement écartés par l'algorithme a été calculé en fonction des performances cliniques des modèles (sensibilité, spécificité).

Résultats : Les trois modèles (MSICRC, MSIGC, MSIBTC) ont été évalués respectivement sur 5, 2 et 1 cohortes de validation externe multicentriques. Les performances moyennes de ces cohortes sont résumées dans le tableau. En visant des sensibilités comparables à celles des méthodes de test MSI standard telle que l'IHC ou la PCR, les modèles ont atteint des spécificités de 0,62 pour le CRC, 0,69 pour le GC et 0,73 pour le BTC. En tenant compte de la prévalence naturelle de chaque type de cancer, 56% des patients atteints de CRC, 62% des patients atteints de GC et 70% des patients atteints de BTC ont pu être directement écartés par l'algorithme et pourraient éviter un test MSI de confirmation.

Modèle	n_{TOTAL}	n_{MSI} (%)	**Sensibilité** [95% CI]	**Spécificité** [95% CI]	**VPN** [95% CI]	Nombre de patients écartés sur la base de la prévalence naturelle de MSI (pmsi) (Kang, YJ et al, 2022)
Modèle MSICRC	2198	529 (24%)	**0.95** [0.90 - 0.99]	**0.62** [0.51 - 0.73]	**0.99** [0.97 - 1.00]	***56%** [46% - 66%] p(MSI): 10%*
Modèle MSIGC	270	66 (24%)	**0.92** [0.73 - 1.00]	**0.69** [0.5 - 0.84]	**0.99** [0.96 - 1.00]	***62%** [45% - 76%] p(MSI): 10%*
Modèle MSIBTC	282	13 (5%)	**0.77** [0.54 - 1.00]	**0.73** [0.67 - 0.78]	**0.99** [0.97 - 1.00]	***68%** [63% - 73%] p(MSI): 4%*

Conclusion : Cette étude démontre la performance robuste des modèles d'intelligence artificielle dans la prédiction du statut MSI à travers plusieurs cohortes externes. Ces modèles pourraient permettre d'éviter jusqu'à 60% des tests MSI, ce qui réduirait considérablement la charge de travail associée aux tests MSI dans les cancers colorectaux, gastriques et des voies biliaires. Ces solutions d'IA ont donc le potentiel d'optimiser les flux de travail liés à ces tests, en les rendant plus rapides, potentiellement plus rentables, et en augmentant le nombre de patients testés, ouvrant ainsi la voie à une intégration systématique du test MSI dans le diagnostic CRC, GC et BTC.

C.156

Plénière

Etude de cohorte longitudinale, prospective, française multicentrique sur la radiofréquence pancréatique (RAFPAN 2) : premiers résultats

B. Napoléon [1], L. Palazzo [2], M. Le Rhun [3], J.C. Prevost [4], J.P. Ratone [5], M. Gasmi [5], S. Koch [6], C. d'Engremont [7], D. Grasset [8], S. Ambregna [9], U. Chaput [2], Y. Le Baleur [2], A. Belle [2], O. Rouquette [10], A. Charachon [11], P. Ah-Soune [12], J. Jézéquel [13], F. Prat [14], J. Rivory [1], J. Lévy [15], G. Vanbiervliet [16], P. Grandval [5], S. Leblanc [1], L. de Mestier [14], M. Barthet [5], F. Caillol [5]

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Nantes ; (4) Amiens ; (5) Marseille ; (6) Besançon ; (7) Grenoble ; (8) Vannes ; (9) Vesoul ; (10) Clermont-Ferrand ; (11) Monaco, MONACO ; (12) Toulon ; (13) Brest ; (14) Clichy ; (15) Cornebarrieu ; (16) Nice.

Introduction : La destruction des tumeurs pancréatiques par radiofréquence guidée par échoendoscopie (RF) est une technique décrite depuis 2015. Une étude rétrospective multicentrique française (RAFPAN) avait analysé l'ensemble des procédures faites en France durant les années 2019-2020 (100 patients, 122 procédures) (1). Les données concernant les indications, les risques et l'efficacité à court terme de la technique avaient été recueillis. Une cohorte longitudinale prospective multicentrique a été mise en place à l'issue pour confirmer les données de RAFPAN (efficacité technique, morbidité, facteurs de risque de complication, durée d'hospitalisation), pour juger de l'évolution des pratiques en France et pour évaluer l'efficacité carcinologique de la RF 5 ans après la fin du traitement.

Patients et Méthodes : 30 centres français ont souhaité participer. Les patients adultes traités par RF et acceptant de participer à l'étude étaient inclus à partir de juin 2023. Pour répondre aux questions posées au moins 180 patients devaient être inclus fin 2025. Le recueil de données informatisé inclut les caractéristiques de chaque patient, l'indication, la technique utilisée, les complications précoces (à 1 semaine) et tardives (à 6 mois), le résultat du suivi à 1 an, 3 ans et 5 ans. Une première évaluation incluant les indications, la technique de RF et la morbidité a été analysée

Résultats : 180 patients sont actuellement inclus dans le registre avec des données complètes pour 145 patients (81 femmes, age moyen 64 ans (extr 19-91)). 23 avaient déjà eu une séance de RF au moment de l'inclusion, 16 sont inclus dans une étude prospective. La RF a concerné 149 lésions (4 patients avec 2 lésions). Les indications étaient : - tumeur neuroendocrine (TNE) non sécrétante (S) : n=83, dans 90% des cas il s'agissait de TNE G1 de taille comprise entre 11 et 20mm sans critères de gravité ; - TNE S : n=30, insulinomes de taille moyenne (tm) 11,2mm (5-19)) ; métastase d'un cancer du rein : n=22 patients, 26 lésions (tm 11mm (6-25)) ; Autres : tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas : n=4, adénocarcinomes : n=4. Les lésions étaient localisées dans 40% des cas dans l'uncus ou la tête. L'abord étaient transduodénal 73 fois (53D1, 20D2) et transgastrique 76 fois. 21 lésions étaient à 1 mm ou moins du canal de Wirsung (dont 6 avec sténose). Les patients étaient à 87% intubés avec une antibioprophylaxie et un suppositoire d'AINS dans 80 et 85% des cas respectivement. La RF était impossible lors d'une procédure (interposition vasculaire). Les irradiations étaient faites à 50W dans 90% des cas (10% à 30W) avec une médiane de 3 tirs par session (1-10) et un temps d'irradiation médian de 30 secondes (6-300). Le temps d'irradiation dépassait 60 secondes dans 20 cas. Dans 24% des cas une aiguille < 10mm était utilisée. 23 complications (16% des patients) étaient relevées, 21 fois liées directement à la RF. Elles étaient précoces 18 fois : - 6 douleurs sans pancréatite aiguë (PA) ; - 11 PA (6 minimes, 4 modérées, 1 sévère) traitées exclusivement médicalement (hospit moy 6j (2-35)) ; - 1 hémorragie intrakystique. Des complications tardives étaient notées 3 fois : 1 sténose biliaire, 1 fistule pancréatique avec pseudokyste, les deux traitées endoscopiquement par prothèses, 1 thrombose veineuse. Une analyse statistique recherchant les éventuels facteurs favorisant les complications est en cours. Comparativement aux données de RAFPAN on observe : - une meilleure adéquation des indications avec l'efficacité de la RF (TNE mieux sélectionnées, métastase rénales plus petites, moins d'adénocarcinome), - une meilleure adaptation technique à la taille et à la nature de la tumeur (taille de l'aiguille, puissance et nombre de tirs, temps d'irradiation), - une réduction des complications (8% *vs* 9,5%) pancréatiques avec néanmoins une pancréatite sévère.

Conclusion : Cette large étude de cohorte française prospective multicentrique de la RF pancréatique confirme les données de l'étude retrospective RAFPAN avec un succès technique de 99%, une mortalité nulle et une morbidité de 16% dont 2% de complications sévères. Les indications retenues se sont affinées et la technique de radiofréquence a évoluée par rapport à l'étude rétrospective initiale. Les données d'efficacité à long terme permettront de mieux préciser les meilleures indications de la RF pancréatique.

Remerciements, financements, autres : sous l'égide du Club Français du Pancréas

C.157

Plénière

Prise en charge diagnostique dans le cholangiocarcinome extra-hépatique : étude de la cohorte française ACABI GERCOR PRONOBIL

V. Pil [1], L. Diebakate [2], J. Henriques [3], D. Tougeron [4], J. Edeline [5], C. Tournigand [6], R. Desgrippes [7], N. Fares [8], E. Assenat [9], M. Delaye [10], S. Manfredi [11], D. Vernerey [3], E. Gigante [12], A. Turpin [13], J.B. Bachet [14], S. Borges [13], A. Vienot [3], L. Costes [6], T. Samaille [14], C. Neuzillet [10], M. Guillet [15], G. Roth [1]

(1) Grenoble ; (2) Villejuif ; (3) Besançon ; (4) Poitiers ; (5) Rennes ; (6) Créteil ; (7) Saint-Malo ; (8) Toulouse ; (9) Montpellier ; (10) Saint-Cloud ; (11) Dijon ; (12) Reims ; (13) Lille ; (14) Paris ; (15) Lyon.

Introduction : Le cholangiocarcinome extrahépatique (eCCA) est une tumeur rare mais très agressive, dont le diagnostic est souvent retardé en raison de l'apparition tardive des symptômes et du rendement limité des prélèvements endoscopiques. Les procédures endoscopiques occupent une place centrale dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, mais leurs performances diagnostiques restent modérées. Nous avons cherché à évaluer le rendement diagnostique des procédures endoscopiques, à décrire les délais diagnostiques observés en pratique réelle et à analyser leur impact pronostique dans une large cohorte française.

Matériels et Méthodes : EndoCCA est une étude rétrospective ancillaire de la cohorte observationnelle française ACABi GERCOR PRONOBIL (NCT04935853), incluant les patients diagnostiqués avec un cholangiocarcinome périhilaire (pCCA) ou distal (dCCA) entre 2011 et 2025. Les procédures diagnostiques, les délais entre l'apparition des symptômes, la confirmation cytologique/histologique et le début du traitement, ainsi que leurs implications pronostiques, ont été évalués.

Résultats : Au total, 501 patients ont été inclus entre 2011 et 2025, d'un âge médian de 68 ans, comprenant 301 (60 %) hommes et 200 (40 %) femmes. La localisation tumorale était périhilaire dans 255(50 %) cas et distale dans 246(50%) cas. La première procédure endoscopique réalisée était une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez 194(38,7 %) patients, une échoendoscopie chez 98 (19,5 %) et la combinaison des deux chez 37 (7,4 %). La sensibilité était de 65,8 % et 78,1 % lorsque la CPRE et l'écho-endoscopie étaient réalisées seules, et de 91,9 % lorsque les deux procédures étaient combinées.Le délai médian entre l'apparition des symptômes et la première imagerie, le diagnostic anatomopathologique et le début du traitement était respectivement de 19, 45 et 94 jours. Le délai médian avant la première procédure endoscopique était de 8 [2–21] jours, et de 32,5 [14–62] jours lorsqu'une seconde procédure devait être réalisée après cytologie négative. Bien qu'aucune association statistiquement significative n'ait été observée entre les délais et la survie globale, le taux de prise en charge à intention curative diminuait significativement chez les patients présentant des délais plus longs avant la première imagerie (p = 0,0214), la première procédure (p = 0,0425) et le début du traitement (p = 0,0373).

Conclusion : Cette cohorte nationale montre que la combinaison CPRE–Echo-endoscopie améliore la sensibilité diagnostique de la première procédure, évitant ainsi les délais prolongés liés à la réalisation d'un second temps endoscopique. Par ailleurs, des délais plus longs étaient associés à une diminution du taux de traitement à intention curatif, plaidant pour des parcours diagnostiques rapides et efficients afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

V.001

Dissection sous-muqueuse d'une LST duodénale géante de 95 mm : apport d'un nouveau gastroscope thérapeutique dédié à cette procédure

T. Wallenhorst [1], T. Grainville [1], M. Pagenault [1], M. Pioche [2], J. Jacques [3]

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

Introduction : La dissection sous muqueuse duodénale est une procédure très complexe représentant un défit technique. La morbi-mortalité est très élevée, raison pour laquelle elle n'est pour l'instant pas recommandée en Europe. Néanmoins, on voit apparaître de plus en plus de données dans la littérature internationale émanant des équipes expertes japonaises laissant penser qu'un axe de recherche est en cours.

Patients et Méthodes : Nous rapportons le cas d'une patiente de 54 ans adressée pour la prise en charge d'une LST duodénale géante, de type nodulaire mixte, occupant deux tiers de la circonférence étendue entre le 2e et le 3e duodénum. Une résection par mucosectomie fragmentée nous paraissait à très haut risque de récidive qui aurait imposé de nombreux traitements, exposant à chaque fois la patiente à des complications per et post-procédure. L'alternative d'une chirurgie correspondait à une duodénopancréatectomie céphalique, refusée par la patiente Après information claire et loyale, il nous apparaissait possible de proposer une résection monobloc par dissection sous-muqueuse. La patiente a choisi cette option.

Résultats : La procédure a été réalisée à l'aide d'un tout nouveau gastroscope thérapeutique dédiée à la dissection sous-muqueuse duodénale, présentant un canal opérateur de 3,2 mm et une angulation vers le bas de 180° ainsi qu'une rétroflexion de 210°. La procédure a été effectuée en immersion avec du sérum physiologique. La stratégie adoptée a consisté en la réalisation d'une incision au pôle orale avec technique Pocket afin de faciliter l'exposition du plan sous-muqueux. La Pocket a été progressivement élargie puis une incision au pôle anal a été effectuée pour permettre une incision circonférentielle. Enfin, une traction double clip élastique a été positionnée pour libérer la lésion. La procédure a permis la résection monobloc R0 d'un adénome en dysplasie de haut grade avec foyer d'adénocarcinome intra muqueux. Taille du spécimen : 95 x 67 mm. Durée 178 min. les suites ont été simples avec réalimentation liquide et froide à J plus un retour à domicile à J +2.

Conclusion : L'expertise développée sur le territoire français ainsi que l'arrivée de nouveaux outils technologiques permettra-t-elle le développement de la dissection sous-muqueuse duodénale en France ? Cette procédure reste aujourd'hui extrêmement complexe, associé à un risque élevé de complication devant faire l'objet d'une grande prudence et de travaux de recherches.

V.002

Anastomose duodéno-jéjunale échoendoscopique pour angiocholites par reflux : tout est une question de sens !

D. Lorenzo [1], J. Phelip [1], J.M. Gonzalez [1]
(1) Marseille.

Introduction : Les angiocholites récidivantes sur anse en Y après anastomose bilio-digestive sont invalidantes. En l'absence de sténose anatomique, la prise en charge repose habituellement sur la prise d'antibiotique itérative voir une réintervention chirurgicale pour allonger l'anse en Y. Le reflux chronique du contenu intestinal dans la voie biliaire en est le mécanisme principal, même si la physiopathologie exacte de cette complication n'est pas très bien connue. Nous rapportons la première anastomose duodéno-jéjunale réalisée sous échoendoscopie dans ce contexte après exploration dynamique visant à comprendre le mécanisme.

Patients et Méthodes : Un patient de 65 ans, opéré d'une cholécystectomie compliquée d'une plaie biliaire (anastomose bilio-digestive sur anse en Y, 1997), présentait depuis plusieurs années des douleurs quotidiennes de l'hypochondre droit et des angiocholites à répétition, nécessitant plus de trois mois d'antibiothérapie annuelle sur les 5 dernières années.L'IRM ne montrait pas de dilatation biliaire mais une anse en Y « trop bien visible ». La scintigraphie de vidange biliaire objectivait un transit hile-grêle rapide (< 10 min) et une stagnation du traceur devant l'anastomose bilio-digestive, évoquant une stagnation de la bile dans le moignon de l'anse en Y, faisant évoquer une anse hypotone favorisant la pullulation microbienne locale et causant les douleurs chroniques du patient.

Résultats : Sous échoendoscopie, l'anse jéjunale a été repérée à travers le bulbe duodénal. Après ponction à l'aiguille 19G et opacification, une prothèse à apposition luminale (LAMS 10×10 mm, section pure) a été mise en place sur fil guide pour créer une anastomose entre le duodenum et l'anse en Y, juste devant l'anastomose biliodigestive. Le bon positionnement a été confirmé sous scopie.

Le geste a été réalisé sans incident. Le contrôle tomodensitométrique post-procédure confirmait le bon positionnement de la prothèse. À trois mois, le patient est asymptomatique, sans récidive d'angiocholite et ne présente plus de douleurs abdominales.

Une scintigraphie de vidange biliaire doit avoir lieu pour vérifier que la bile ne stagne plus.

Discussion : Ce cas est un proof-of-concept physiopathologique : le problème majeur n'est pas la longueur de l'anse mais sa motricité défaillante, responsable d'une stase juste en amont de l'anastomose bilio-digestive. Dans ce contexte, rallonger l'anse en chirurgie ne corrige pas le reflux. L'anastomose duodéno-jéjunale échoendoscopique restaure un flux en sens unique en court-circuitant l'anse atone, avec bénéfice clinique net (infectieux et symptomatique) pour une approche mini-invasive.

Conclusion : L'anastomose duodéno-jéjunale sous échoendoscopie est faisable et efficace pour traiter les angiocholites récidivantes par reflux après anse en Y. Ce cas illustre l'intérêt d'une approche innovante centrée sur la physiopathologie : tout est une question de sens !

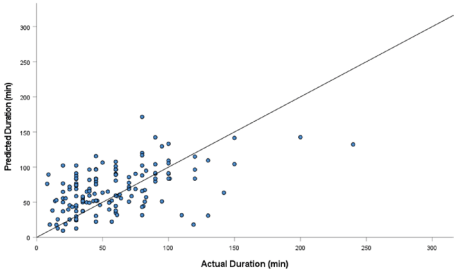
V.003

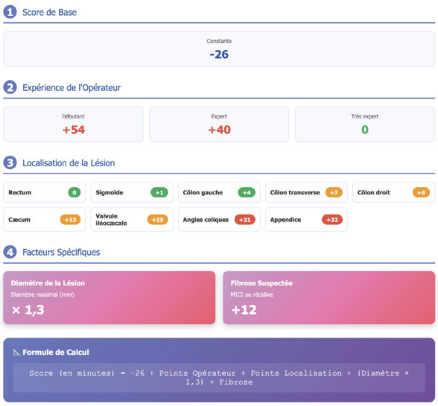
Prédiction pré-procédurale du temps opératoire en dissection sous-muqueuse colorectale : mise en pratique sur 2 cas

J. Grimaldi [1], E. De Cristofaro [2], L.J. Masgnaux [3], D. Giannarelli [2], F. Rostain [1], J. Rivory [1], A. Lupu [1], J. Jacques [4], M. Pioche [1]
(1) Lyon ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Paris ; (4) Limoges.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) est la technique de référence pour la résection monobloc des lésions du côlon et du rectum, mais elle reste techniquement exigeante, avec des durées de procédure très variables en fonction des caractéristiques des lésions et de l'expertise des opérateurs. Cette grande variabilité des temps opératoires est à l'origine de problématiques d'organisation des programmes opératoires, ce qui a un impact sur la qualité de prise en charge des patients, la formation et les conditions de travail des soignants. Nous avons voulu développer un score prédictif du temps opératoire des DSM colo-rectales à partir des données pré-procédurales, puis de le valider dans une cohorte indépendante.

Patients et Méthodes : Afin de développer un modèle de prédiction, nous avons réalisé une analyse rétrospective de données prospectives de patients ayant bénéficié d'une DSM colorectale dans un centre francais. L'ensemble des patients ayant bénéficié d'une DSM colorectale sur l'année civile 2024 a été inclus pour développement du modèle (cohorte de dérivation). La relation entre la durée de l'ESD et les caractéristiques de base des patients et des opérateurs a été évaluée à l'aide d'un modèle linéaire généralisé, en considérant d'abord chaque facteur séparément (analyse univariée), puis en analyse multivariée. Le meilleur modèle a été sélectionné et validé sur la cohorte indépendante. Un score pondéré et un nomogramme ont ensuite été élaborés à partir des coefficients du modèle. Dans un second temps, ce score a été évalué sur une cohorte indépendante de patients correspondant aux DSM colorectales effectuées sur la période de janvier à mai 2025.





Résultats : Sur l'année 2024, 423 dissections colorectales ont été incluses dans la cohorte de dérivation. La durée médiane des procédures de cette cohorte était de 50 minutes (IQR 30–90). Les facteurs indépendants associés à la durée opératoire incluaient l'expérience de l'opérateur, la localisation de la lésion (angles coliques, appendice, cæcum, valvule iléo-cæcale), la taile de la lésion et la suspicion de fibrose (tous $p < 0,05$). Le modèle a montré une forte corrélation entre les durées prédites et observées ($R^2 = 0,52$). L'exactitude de classification était de 76,1 %, 82,2 % et 88,1 % pour les seuils de 60, 90 et 120 minutes, respectivement. Entre janvier et mai 2025, 148 dissections ont été incluses dans la cohorte de validation indépendante. La validation a confirmé de bonnes performances ($R^2 = 0,48$), avec une précision de 91,8 % pour discriminer les procédures ≥120 minutes.

Discussion : Si des scores de prédiction de temps opératoire en DSM ont déjà été développés dans la littérature, ils sont peu applicables en pratique clinique aujourd'hui car réalisés à partir de données de procédures effectuées avant l'ère de la traction, et souvent basés sur une estimation prenant en compte des paramètres peropératoire, ce qui ne permet pas de prédire avant le geste le temps opératoire.

Conclusion : Ce nouveau système de score prédictif permet d'estimer avec précision la durée des DSM colorectales, en particulier pour les procédures longues. Il pourrait faciliter la planification des interventions, optimiser la gestion des ressources et améliorer l'organisation des unités d'endoscopie.

V.004

Dissection sous-muqueuse endoscopique en immersion d'un adénome appendiculaire à l'aide d'un dispositif de traction multipolaire adaptatif par poulie auto-bloquante

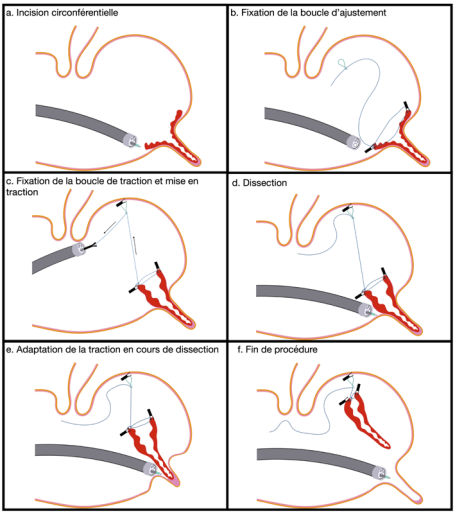
T. Wallenhorst [1], F. Pinard [2], L.J. Masgnaux [3], J. Rivory [4], R. Legros [5], J. Grimaldi [4], J. Jacques [5], M. Pioche [4]

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

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) est une modalité de prise en charge des adénomes appendiculaires permettant d'éviter de recourir à la chirurgie. Il s'agit d'une procédure techniquement exigeante, relativement récente, dont la stratégie de réalisation n'est pas encore standardisée. La traction multipolaire adaptative apparait utile, de même que la dissection en immersion [1]. Par ailleurs, les méthodes de traction par poulie ont été décrites pour les localisations œsophagiennes, gastriques et rectales [2-4], mais jamais pour les lésions appendiculaires: nous avons souhaité évaluer cette possibilité.

Matériels et Méthodes : Nous rapportons le cas d'un homme de 63 ans présentant une lésion développée sur un appendice non opéré, avec extension intra-appendiculaire, de type 3 selon la classification de Toyonaga [5]. Nous avons décidé de combiner la dissection en immersion et la méthode de traction par poulie, en utilisant un dispositif multipolaire adaptatif avec poulie auto-bloquante fabriqué manuellement à l'aide de fil de suture chirurgical cranté, passant par le canal opérateur de l'endoscope.

Résultats : Comme montré dans la vidéo, nous avons en premier lieu réalisé une incision circonférentielle. Nous avons ensuite fixé, à l'aide de clips hémostatiques, la boucle d'ajustement du dispositif autour de la lésion, puis la boucle de traction contenant le système auto-bloquant sur la paroi opposée, afin de créer un mécanisme de poulie. Nous avons utilisé une pince endoscopique pour appliquer la traction en faisant coulisser le fil du dispositif dans le noeud auto-bloquant. La dissection a ensuite été réalisée en immersion, en réajustant la traction en cours de procédure lorsque cela était nécessaire [Fig 1].



Le dispositif de traction a été simple à installer. Il a permis d'obtenir une bonne exposition et un accès progressif à la sous-muqueuse appendiculaire tout au long de la dissection, en créant un équivalent d'invagination partielle de l'appendice dans le caecum.

L'analyse anatomopathologique conclut à la résection

complète R0 d'un adénome festonné sessile non dysplasique. La marge au niveau de l'orifice appendiculaire a été évaluée à 500 microns.

Conclusion : Ce cas confirme l'intérêt de l'immersion et de la traction adaptative dans les procédures de DSM appendiculaire. L'utilisation d'un dispositif de traction multipolaire adaptatif par poulie auto-bloquante est apparue simple à mettre en oeuvre et adaptée à cette localisation. Cela ouvre la perspective d'une modalité supplémentaire de réalisation de la traction adaptative en DSM. Des études complémentaires sont nécessaires.

V.005

Une tumeur sous-muqueuse caecale un peu gonflée : c'est la débandade !

M. Pioche [1], J. Rivory [1], J. Grimaldi [1], E. De Cristofaro [2], L.J. Masgnaux [3]

(1) Lyon ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Paris.

Introduction : Cas d'un patient adressé pour volumineuse lésion sous muqueuse du caecum découverte sur une coloscopie.

Patients et Méthodes : Décision de nouvelle coloscopie avec éventuelle tentative de résection endoscopique ou au moins d'accès sous muqueux pour faire le diagnostic histologique de la tumeur.

Résultats : Large lésion du caecum sous muqueuse, avec tentative de résection ou au moins d'accès sous-muqueux. Impossibilité de visualiser la lésion clairement sur le muscle, qui apparait normal. On finit par sectionner volontairement le muscle pour comprendre et on fait face à une lésion blanche, d'allure artificielle, de l'autre côté du mur colique.
Un scanner post geste montrera une volumineuse formation ronde de la fosse illiaque droite correspondant à la pompe de prothèse pénienne mise en place pour un trouble érectile

Conclusion : Devant une volumineuse lésion sous muqueuse du caecum, la recherche d'antécédent chirurgicaux et la réalisation d'une imagerie abdominale systématique semble nécessaire pour ne pas méconnaitre un corps étranger artificiel comme une pompe de prothèse pénienne.

V.006

Gestion d'une fistule rectale sur anastomose colorectale par VAC stent endoscopique dans les suites d'une ischémie colique

D. Peyret [(1)], A. Laquière [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : Contexte Général: Les fistules anastomotiques après chirurgie colorectale restent une complication majeure, en particulier chez les patients avec des facteurs de risque complexes. Le traitement conservateur ou chirurgical est souvent difficile et prolongé.
Intérêt du VAC Stent (Endoscopic Negative Pressure Therapy - ENPT): L'ENPT/VAC Stent est une technique endoscopique mini-invasive émergente, permettant un drainage continu, une détersion et une stimulation de la granulation tissulaire. Plusieurs études ont montré l'interet du VAC stent dans la prise en charge des fistules anastomotiques œsophagiennes. [1,2]
Objectif: Présenter un cas clinique complexe illustrant l'efficacité et la sécurité du VAC Stent endoscopique dans le traitement d'une fistule rectale post-anastomose chez une patiente avec un terrain immunologique et vasculaire très défavorable.

Matériels et Méthodes : Patiente: Femme, 53 ans. Intervention de Hartmann (Colectomie Gauche) pour colite ischémique de grade II diagnostiquée sur une rectoscopie le 04/08/2024.
Procedure de VAC stent
Matériel: Mise en place d'une éponge de polyuréthane ou de polyvinyl alcool (PVA) adaptée à la cavité/fistule, connectée à un système d'aspiration et de drainage par un tube passé à travers le canal de l'endoscope ou à côté.
Gestion: Remplacement du VAC Stent tous les 5 à 7 jours sous sédation/anesthésie pour vérifier la détersion et la cicatrisation.

Résultats : Durée du Traitement: environ 4 semaines
Résultat Final: Résultat satisfaisant et retrait définitif du VAC Stent le 17 Juin 2025. L'imagerie et l'endoscopie de contrôle confirment la fermeture de la fistule et la cicatrisation de l'anastomose.

Discussion : Succès dans un cas Complexe: Le succès du VAC Stent est notable compte tenu du contexte : ischémie colique initiale sévère (compromettant la vascularisation et la qualité tissulaire), et un terrain de SAPL/Lupus

Conclusion : Le traitement par VAC Stent Endoscopique est une option thérapeutique sûre et efficace pour les fistules anastomotiques rectales, même dans des cas complexes avec ischémie colique et comorbidités systémiques sévères (SAPL). Il devrait être considéré comme une alternative de choix avant une réintervention chirurgicale chez ces patients fragiles.

V.007

Extraction endoscopique de piles électriques chez un prisonnier : un défi complexe

F. Amkhaou [(1)], H. Fouad [(1)], Z. Boukhal [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(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 notre travail est de mettre en avant le rôle primordial de l'endoscopie œsogastroduodénale dans l'extraction en urgence des corps étrangers notamment les piles électriques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive basée sur les dossiers des patients prisonniers admis au service de gastro-entérologie pour ingestion de corps étrangers entre janvier 2016 et juillet 2024. Nous rapportons un cas d' une extraction endoscopique de piles eléctriques chez un prisonniers (une video explicative)

Résultats : Il s'agit d'un patient de 27 ans, sans antécédents particuliers, admis dans notre formation pour l'ingestion de piles électriques. L'abdomen sans préparation et le scanner abdominal ont objectivé la présence de 5 piles, dont 3 gastriques, une au niveau de la jonction duodénojéjunale, et la cinquième dans l'iléon terminal. L'extraction endoscopique par l'anse Dormia et diathermique a été réalisée sans incidents. Le patient a été déclaré sortant avec un suivi psychiatrique.
Le type de corps étrangers ingérés en prison dépend essentiellement de l'environnement carcéral, le plus souvent c'est un geste motivé par une instabilité psychique et la recherche d'une échappatoire. Le diagnostic repose principalement sur l'interrogatoire. Il est possible de compléter par des radiologies standards si les corps étrangers sont radio-opaques ou inconnus. Une tomodensitométrie peut être recommandée, si une intervention chirurgicale est envisagée ou en cas de complications, mais sans jamais retarder la prise en charge. En effet l'extraction urgente des piles électriques est dictée par la toxicité des métaux et oxydes métalliques les constituant.

Conclusion : Les indications à la réalisation de la fibroscopie œsogastroduodénale lors de l'ingestion de corps étrangers sont définies en fonction de leur type, leur localisation ainsi que le matériel d'extraction disponible.
Il est intéressant de souligner l'importance de l'éducation et du suivi psychologique de la population carcérale.

JFHOD

JFHOD.COM

Posters

P.001

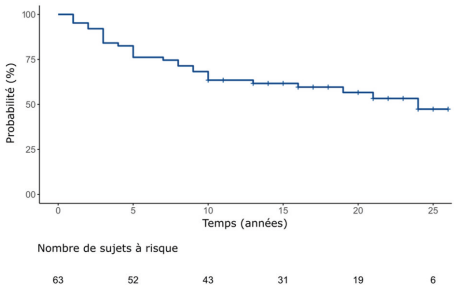
Devenir à long terme de suppurations ano-périnéales de maladie de Crohn après drainage chirurgical proctologique initial et traitement anti-TNFα

T. Polynice [1], G. Staumont [1], C. Gilletta de Saint-Joseph [1], E. Buscail [1], B. Bournet [1], G. Le Cosquer [1]

(1) Toulouse.

Introduction : Les suppurations ano-périnéales compliquant la maladie de Crohn (MC) constituent un défi thérapeutique majeur en raison de leur chronicité, de leur risque élevé de récidive et de leur impact sur la qualité de vie. Les stratégies combinant drainage chirurgical proctologique et traitement anti-TNFα représentent aujourd'hui la référence, mais les données à très long terme demeurent limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des récidives suppuratives après au moins 10 ans de suivi, d'identifier les facteurs de risque de rechute et d'analyser l'impact de cette atteinte sur la qualité de vie à long terme.

Patients et Méthodes : Tous les patients suivis pour une MC ayant présenté une suppuration anale traitée chirurgicalement et par anti-TNFα entre le 1er janvier 1998 et le 31 décembre 2014 ont été inclus rétrospectivement et consécutivement dans deux centres. La date d'inclusion correspondait au drainage proctologique initial. Le suivi a été prolongé jusqu'aux dernières nouvelles.
Les données cliniques, biologiques, morphologiques (IRM, endoscopie) et thérapeutiques ont été recueillies. La récidive de suppuration était définie par la nécessité d'un nouveau drainage. L'évaluation de la qualité de vie a été réalisée de manière prospective à l'aide des questionnaires validés IBDQ et CAF-QoL.



Résultats : Soixante-trois patients ont été inclus (27 hommes, 36 femmes). La majorité (76,2 %) présentaient initialement une fistule complexe selon les critères de l'AGA. Une fistule recto-vaginale était observée chez 10 patientes (20,1 %), un abcès associé chez 38 patients (79,9 %), une rectite associée chez 33 patients (68,8 %) et une sténose anorectale chez 9 patients (18,8 %).
Un drainage avec mise en place de séton a été réalisé chez 51 patients (81 %), et une fistulotomie sans séton chez 12 (19 %). La durée moyenne de maintien du séton était de 6 ± 4,2 mois. Une stomie de dérivation a été nécessaire chez 6 patients (9,5 %). Un traitement par anti-TNFα a été initié après drainage, avec un délai moyen de 8 jours (± écart type de 24 jours). L'adalimumab a été utilisé chez 11 patients (17,5 %) et l'infliximab chez 52 (82,5 %), dont 20 en combothérapie.
La durée moyenne de suivi était de 17,9 ± 4,8 ans. Vingt-huit patients (44,4 %) ont présenté une récidive de suppuration, survenant en moyenne 7 ± 5,9 ans après l'introduction du traitement anti-TNFα. Vingt-six patients (41,3 %) ont interrompu leur traitement après une exposition moyenne de 10,5 ± 5,3 ans, dont 4 après récidive. La survie sans récidive ne différait pas selon la poursuite ou l'arrêt du traitement (p = 0,32). Après arrêt des anti TNFα, 7 patients ont été traités par ustékinumab, 6 par védolizumab, 5 par azathioprine, 2 par upadacitinib,1 par méthotrexate et 5 patients n'ont pas reçu de traitement dans un contexte de rémission profonde. En analyse multivariée, la présence initiale d'une rectite était le seul facteur associé au risque de récidive (HR 5,98 ; p = 0,002). Les taux de récidive variaient selon la technique chirurgicale d'obturation du trajet fistuleux utilisée : 20 % après cicatrisation spontanée, 31,3 % après fistulotomie, après lambeau d'avancement, 59 % après colle biolog 66 % après plug.
Les scores moyens d'IBDQ (164,7 ± 36,2) et de CAF-QoL (17 ± 22,6) traduisaient un retentissement global modéré sur la qualité de vie à distance de la prise en charge initiale.

Conclusion : Ce travail met en évidence une efficacité partielle mais durable du traitement combiné associant drainage chirurgical proctologique et anti-TNFα sur les suppurations ano-périnéales dans la MC après un suivi moyen de 18 ans. Le contrôle de l'atteinte rectale apparaît comme un facteur déterminant pour prévenir les rechutes à long terme. Ces résultats suggèrent qu'un arrêt raisonné du traitement anti-TNFα pourrait être envisagé chez des patients sélectionnés, après rémission profonde prolongée et avec une surveillance rapprochée. Les scores de qualité de vie, globalement peu altérés, ne reflètent que les symptômes ressentis après plus de 10 ans de prise en charge et non le retentissement initial de la suppuration ano-périnéale volontiers très invalidante.

P.002

Peut-on prédire la régression des lésions anales intra-épithéliales de haut grade avec les biomarqueurs moléculaires ?

E. Boisteau [1], M. Aubry [1], C. Gouriou [1], C. Brochard [1], L. Siproudhis [1], E. Ogier-Denis [1], A. Lièvre [1]
(1) Rennes.

Introduction : Les lésions anales intra-épithéliales de haut grade (HSIL) présentent un risque d'évolution vers un carcinome épidermoïde du canal anal. Toutefois, la majorité des HSIL régressent spontanément, alors que l'efficacité des traitements reste débattue alors même que ceux-ci sont source d'effets indésirables. À ce jour, aucun prédicteur clinique fiable de la régression des HSIL anales n'a été validé. Notre objectif était d'identifier des biomarqueurs moléculaires capables de prédire leur régression.

Matériels et Méthodes : Soixante-dix-neuf patients ayant reçu un diagnostic d'HSIL anale, issus d'une cohorte clinique prospective au sein d'une unité tertiaire de proctologie, ont été inclus. Un séquençage ARN (RNA-Seq) a été réalisé pour 63 échantillons. Une analyse d'exome complet a été effectuée pour 52 échantillons. Les HSIL anales ont été classées en deux groupes selon leur évolution : « régressives » ou « non régressives ».
Nos analyses ont été réalisées en répartissant les échantillons entre une cohorte d'entrainement et une cohorte de validation, selon le lieu d'extraction des ARN. Nous avons identifié les principaux facteurs pronostiques associés à l'évolution de la maladie avec un modèle de Cox à risques proportionnels.

Résultats : En analyse univariée l'absence de consommation de tabac et l'absence de traitement spécifique des HSIL sont associées à la régression des HSIL anales. Pour le RNA-seq, 30/52 (57,7 %) des échantillons présentaient une qualité et une quantité suffisantes pour l'analyse (20 dans la cohorte de découverte et 10 dans la cohorte de validation). Un total de 162 gènes sont exprimés différentiellement entre les deux groupes (p= 0.01, abs (FC) > 2. Cependant, après ajustement sur les facteurs cliniques et correction de la p-value pour tenir compte des tests multiples (false discovery rate), aucun biomarqueur moléculaire n'a montré d'association significative avec l'évolution de la maladie.

Conclusion : Aucun gène candidat prédictif de la régression des HSIL n'a pu être identifié de manière robuste dans cette étude. Nous en discutons les limites.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE) qui a financé ce projet via la Fonds d'Aide à la Recherche et à l'Evaluation (FARE).

P.003

Efficacité du Bloc Erecteur du Rachis Sacré (BERS) pour l'analgésie post-opératoire en chirurgie proctologique : résultats préliminaires d'une étude de cohorte monocentrique

S. Hotayt [1], N. Ayoub [1], J. Abou Nader [1], E. El Khoury [1], V.J. Haddad [1]
(1) Paris.

Introduction : Après chirurgie des suppurations anales (abcès, fistules/fissures infectées), la douleur postopératoire est souvent décrite comme modérée à intense. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) étant contre-indiqués dans ce contexte et le recours au bloc pudendal limité par le risque de contamination, l'usage des opioïdes reste fréquent. Le BERS est un bloc analgésique de diffusion dont l'usage est bien établi au niveau thoraco-lombaire, mais reste émergent en sacré. Nous avons évalué ce bloc pour l'analgésie postopératoire de nos patients.

Patients et Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective monocentrique a porté sur les données de patients majeurs recueillies entre mars 2022 et août 2025. Son objectif était de comparer l'efficacité de l'analgésie procurée par un BERS bilatéral à celle de la prise en charge standard des douleurs modérées à intenses en salle de réveil post-interventionnelle (SSPI). L'anesthésie locorégionale (ALR) a été effectué avant toute administration de morphiniques. Le bloc était réalisé sous échoguidage en repérant le plan fascial postérieur aux lames sacrées au contact des muscles érecteurs. L'aiguille était introduite dans le plan jusqu'au contact osseux, puis positionnée dans le plan fascial profond. Une injection bilatérale de ropivacaïne 0,375 % permettait la diffusion longitudinale le long du rachis sacré.
Le critère de jugement principal était la consommation totale de morphine en SSPI. Les critères secondaires étaient la durée de séjour en SSPI, le recours aux adjuvants et le taux de conversion du séjour ambulatoire en une hospitalisation conventionnelle.

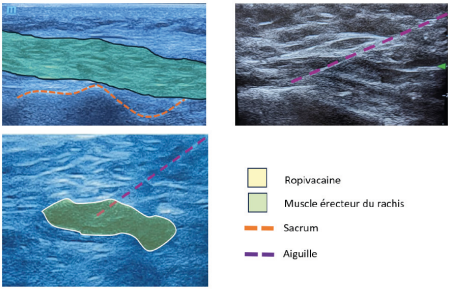
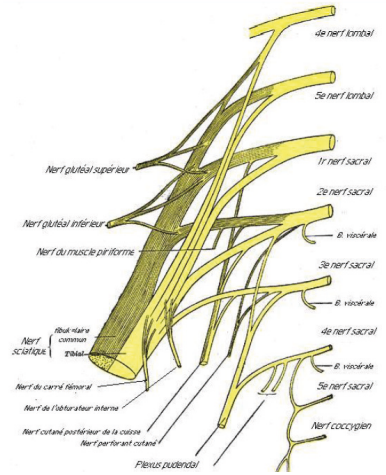


Figure 1,2,3 : Réalisation d'un bloc érecteur du rachis sacré

Résultats : Nous avons inclus 29 patients algiques à leur arrivée en SSPI dans le groupe BERS (Echelle visuelle analogique (EVA) ≥ 5/10) et 77 dans le groupe contrôle. Les deux groupes étaient comparables en termes de caractéristiques et de prise en charge anesthésique peropératoire.En postopératoire, le recours à la morphine et aux adjuvants était significativement inférieur dans le groupe BERS, ainsi que les doses moyennes consommées. La durée de séjour en SSPI était significativement plus courte dans ce groupe. Le séjour ambulatoire de la totalité des patients du groupe contrôle a été modifié en hospitalisation traditionnelle, tandis que 21 des 22 patients initialement prévus en ambulatoires dans le groupe BERS ont pu maintenir ce mode d'hospitalisation. Le séjour d'un seul patient de ce groupe a été modifié suite à un bloc moteur transitoire des membres inférieurs secondaire au BERS (tableau).

VARIABLES	GROUPE BERS (N = 29)	GROUPE CONTROLE (N = 77)	ANALYSE STATISTIQUE
SEXE (H/F)	18 / 11	59 / 18	
ÂGE MOYEN (ANS)	44,96	42	
TYPE DE SUPPURATION	12 fistules 11 abcès 6 fissures infectées	36 fistules 14 abcès 27 fissures infectées	—
MORPHINE POSTOPERATOIRE (SSPI)	3 patients (10,3%) (0,58 mg ±0,1)	77 patients (100%) (12,6 mg ±3,2)	t = -21,5 ; p < 0,0001
KETAMINE	3 patients (10,3%) (1,55 mg ±0,3)	36 patients (46,8%) (9,0 mg ±2,1)	t = -5,82 ; p < 0,0001
CLONIDINE	1 patient (3,4%) (0,0026 mg)	25 patients (32,5%) (0,028 mg ±0,01)	t = -4,37 ; p = 0,00003
DUREE SSPI (MN)	115,7 ± 25	172,8 ± 30	t = -4,94 ; p < 0,0001
STATUT AMBULATOIRE FINAL	21/22 ambulatoires conservés 1 hospitalisation post-bloc + 7 hospitalisations prévues	100 % convertis en hospitalisation conventionnelle	Différence significative ($p < 0,001$, χ^2)



Conclusion : Ces résultats préliminaires ont montré que la réalisation d'un BERS bilatéral après chirurgie de suppurations anales douloureuses réduisait la consommation de morphine, le recours aux adjuvants, ainsi que la durée de séjour en SSPI et le taux de conversion ambulatoire en hospitalisation conventionnelle. Le BERS, très peu étudié dans l'analgésie des racines sacrées, pourrait ainsi s'inscrire dans la stratégie analgésique multimodale de ces patients de proctologie.

P.004

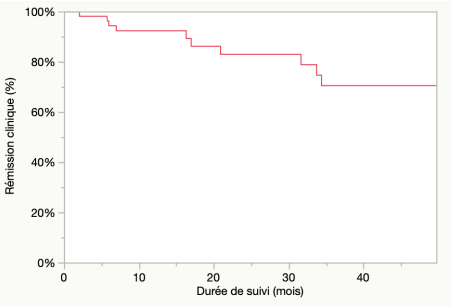
La fistulotomie-réparation : une technique efficace dans le traitement des fistules anales

C. Brochard [1], L. Siproudhis [1], M. Lazareth [1], E. Le Balc'h [1], A. Merlini-L'Heritier [2], G. Bouguen [1], A. Landemaine [1]

(1) Rennes ; (2) Saint-Grégoire.

Introduction : La prise en charge des fistules anales complexes est souvent difficile car les objectifs sont, au minimum, d'obtenir une fermeture du trajet avec un risque de récidive faible et limiter les troubles de la continence fécale. Plusieurs techniques ont été abandonnées, faute de preuve scientifique forte. Les techniques d'épargne sphinctérienne sont, dans le contexte des fistules anales complexes, souvent proposées afin de limiter les troubles de la continence fécale chez des patients ayant souvent eu plusieurs chirurgies. Parmi elles, le lambeau rectal d'avancement reste une technique dite de référence. La fistulotomie-réparation peut également être proposée dans le traitement des fistules complexes ; elle vise à sectionner le trajet fistuleux et à reconstruire le(s) sphincter(s) sectionné(s). Les objectifs de notre étude étaient de préciser le taux de rémission clinique de la fistulotomie-réparation et d'évaluer les troubles de la continence rapportés après cette technique.

Patients et Méthodes : Les données générales du patient (sexe, âge, poids, maladies chroniques y compris maladie de Crohn, statut tabagique), les caractéristiques du trajet fistuleux, le nombre de chirurgie(s) en lien avec la fistule, les principaux évènements (incontinence anale) et interventions (médicales et/ou chirurgicales) du suivi ont été prospectivement évalués chez les patients ayant eu une fistulotomie-réparation pour une fistule anale dans un centre tertiaire. La rémission clinique était définie comme l'association des critères suivants lors du suivi : absence d'écoulement, absence de douleur, fermeture de l'orifice externe, absence d'abcès et absence de drainage en cours. Les troubles de la continence étaient recherchés à la consultation de suivi à 6 mois puis à un an. En cas de troubles de la continence, les caractéristiques suivants étaient précisées : incontinence présente avant la chirurgie, type de l'incontinence (aux gaz, active, passive, mixte), caractère transitoire ou non.



Résultats : Parmi les 65 patients ayant eu une fistulotomie-réparation, 61 (32 hommes/29 femmes, âge médian= 44 [35-54] ans, 8 Crohn) ont été inclus. Le geste de fistulotomie-réparation a été réalisé pour 30 fistules transsphinctériennes ou intersphinctériennes basses (49,2%) et 31 fistules transsphinctériennes ou intersphinctériennes hautes (50,8%). Dix-neuf patients (31,1%) avaient eu plus de 2 drainages et 16 (26,2%) avaient eu au moins un geste d'épargne sphinctérienne avant le geste. La durée médiane de suivi était de 17,5 mois [7,5-47,7]. Au terme du suivi, 49 patients (80,0%) étaient en rémission clinique. En analyse actuarielle (figure 1), le taux de rémission clinique à 6, 12 et 18 mois après fistulotomie-réparation était de 94%, 92% et 86%, respectivement. L'obésité, le tabagisme, le type de fistule, le nombre de drainage(s) préalable(s) et la réalisation d'une technique d'épargne sphinctérienne préalable n'étaient pas des facteurs associés à la rémission clinique. Après une fistulotomie-réparation, 24 patients (39, 3%) ont rapporté des

troubles de la continence anale, dont 22 (36,0%) rapportaient que ces troubles étaient récents ; l'incontinence était uniquement aux gaz pour 6 d'entre eux (27,3%), active pour 8 d'entre eux (36,3%) et passive pour 8 (36,3%). L'incontinence était transitoire (inférieure à 3 mois) pour 3 patients (13,6%). Deux patients avaient une stomie.

Conclusion : La fistulotomie-réparation permet d'obtenir un taux de rémission clinique de 80%. Les patients doivent être prévenus du risque de survenue de troubles de la continence anale dans les suites. L'indication de ce geste dans la maladie de Crohn reste à préciser.

P.005

Facteurs émergents associés à la fistule anale cryptogénique : rôle du mode de vie et des antécédents familiaux

R. Zyat [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], F.Z. Mghyly [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La fistule anale cryptogénique résulte d'une infection des glandes anales, évoluant vers un abcès puis un trajet fistuleux.
Au-delà des facteurs classiques, d'autres déterminants liés au mode de vie, à la défécation et aux antécédents familiaux pourraient influencer son apparition.
Cette étude vise à identifier ces facteurs émergents afin de mieux comprendre la physiopathologie multifactorielle de la fistule anale cryptogénique.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique entre 2024 et 2025, colligeant 250 patients : 125 cas de fistule anale cryptogénique et 125 témoins indemnes de toute pathologie proctologique.
Les variables étudiées comprenaient l'âge, l'IMC, l'activité physique, la durée de défécation (> 10 min), les habitudes alimentaires (consommation salée, épicée ou grasse) et les antécédents familiaux de fistule anale.
L'analyse statistique a été réalisée avec Jamovi. Les comparaisons entre cas et témoins ont utilisé le test t de Student et le test du χ^2. Les variables avec $p < 0,20$ en univariée ont été introduites dans une régression logistique multivariée. Les résultats sont exprimés en OR avec IC 95 %, significativité retenue pour $p < 0,05$.

Résultats : L'âge moyen et l'IMC ne différaient pas significativement entre les deux groupes (46,7 ± 12,3 *vs* 46,0 ± 15,8 ans, p = 0,73 ; 29,9 ± 6,4 *vs* 27,8 ± 5,9 kg/m², p = 0,54).
En analyse univariée, l'IMC n'était pas associé de manière significative à la survenue de fistule (OR = 1,02 [0,98–1,07] ; p = 0,31).
La défécation prolongée (> 10 min) était observée chez 45,6 % des cas contre 23,0 % des témoins et était significativement associée à la fistule (OR = 2,81 [1,57–5,03] ; p < 0,001).
La sédentarité concernait 24,0 % des cas contre 18,0 % des témoins, sans différence significative (OR = 1,44 [0,75–2,77] ; p = 0,27).
Les antécédents familiaux de fistule étaient retrouvés chez 25,6 % des cas contre 3,0 % des témoins, avec une association hautement significative (OR = 11,1 [3,29–37,6] ; p < 0,001).
Concernant les habitudes alimentaires, aucune association significative n'a été retrouvée : la consommation salée (OR = 1,12 [0,68–1,85] ; p = 0,64), épicée (OR = 1,23 [0,74–2,05] ; p = 0,41) ou grasse (OR = 1,19 [0,71–2,00] ; p = 0,47) n'était pas liée à la survenue de la fistule.
En analyse multivariée, la défécation prolongée demeurait un facteur indépendant (OR ajusté = 2,20 [1,14–4,27] ; p = 0,019), de même que la sédentarité (OR ajusté = 3,06 [1,30–7,19] ; p = 0,011) et les antécédents familiaux (OR ajusté = 13,6 [3,71–49,9] ; p < 0,001).
En revanche, aucune autre variable n'était associée de manière significative à la fistule après ajustement : ni l'âge (p = 0,68), ni l'IMC (p = 0,39), ni les habitudes alimentaires, dont les tendances observées en univariée se sont estompées (salée p = 0,61 ; épicée p = 0,47 ; grasse p = 0,52).Ces résultats confirment que les facteurs comportementaux, en particulier la sédentarité et la défécation prolongée, jouent un rôle plus déterminant que les paramètres nutritionnels ou anthropométriques isolés.

Conclusion : Nos résultats mettent en évidence le rôle de certains facteurs comportementaux dans la genèse des fistules anales cryptogéniques.
La sédentarité, la défécation prolongée et les antécédents familiaux apparaissent comme des facteurs indépendants associés à la maladie, suggérant une interaction entre prédisposition individuelle et mode de vie.
Ces données ouvrent la voie à des stratégies de prévention ciblant la régularité de l'activité physique et l'hygiène défécatoire, notamment chez les sujets à risque familial.

P.006

Prise en charge endoscopique de l'obstruction de prothèses biliaires métalliques dans les sténoses biliaires distales tumorales : une étude multicentrique avec analyse de risques compétitifs

L. Verdonck [1], M. Ollivier [2], J. Boursier [1], M. Kaassis [3], A. Olivier [1], D. Luet [1], C. Vitellius [1], G. Roquin [1], L. Quénéhervé [2], E. Cesbron-Métivier [1]

(1) Angers ; (2) Brest ; (3) Cholet.

Introduction : La sténose biliaire distale tumorale est une complication fréquente des cancers du pancréas et des voies biliaires. La mise en place endoscopique d'une prothèse métallique auto-expansible (SEMS) transpapillaire constitue le traitement de référence. Cependant, une dysfonction de la prothèse survient dans 19 à 40 % des cas. La prise en charge optimale après l'obstruction d'une SEMS n'est pas clairement définie dans les recommandations européennes de 2017. Cette étude visait à comparer trois types de prothèses biliaires (plastique, métallique couverte et non couverte) utilisées en seconde intention après obstruction d'une SEMS initiale dans les sténoses biliaires distales tumorales.

Matériels et Méthodes : Tous les patients ayant présenté l'obstruction d'une première prothèse biliaire métallique, posée pour sténose biliaire tumorale distale, entre janvier 2012 et décembre 2023 dans trois centres français ont été inclus dans cette étude rétrospective multicentrique. Les obstructions hilaires ou d'étiologie bénigne ont été exclues. Toutes les secondes prothèses ont été posées par voie endoscopique selon la technique « stent-in-stent ». Les critères de jugement étaient l'obstruction de la seconde prothèse, sa durée de vie et la survie globale.

Résultats : Parmi 142 patients (âge médian 71,2 ans ; 64 % d'hommes), 60 ont reçu une prothèse métallique non couverte (USEMS) 40 une prothèse métallique couverte (CSEMS) et 42 une prothèse plastique (PS). Le cancer du pancréas était le diagnostic le plus fréquent (70,4 %). Les taux d'obstruction étaient plus faibles avec les CSEMS (25 %) comparés aux USEMS (45 %) et aux PS (59,5 %) (p = 0,007), résultat confirmé par l'analyse de risques compétitifs. En analyse multivariée, le type de prothèse était le seul facteur prédictif indépendant d'obstruction, avec un risque plus élevé pour les PS (SHR = 3,76, p = 0,004) et les USEMS (SHR = 2,32, p = 0,042) par rapport aux CSEMS. La survie médiane était de 157 jours, sans différence selon le type de prothèse. En analyse multivariée, les facteurs associés à une plus faible survie globale étaient la présence de métastases, des soins de support (référence : chimiothérapie par FOLFIRINOX) et une bilirubine élevée. Les évènements indésirables étaient rares et comparables entre les groupes.

Conclusion : Alors que la survie des patients augmente du fait des progrès des traitements du cancer du pancréas et du cholangiocarcinome, la question de la prise en charge de l'obstruction des prothèses biliaires est cruciale. Cette étude est la plus grande série évaluant le type de 2ème prothèse biliaire après obstruction d'une première SEMS et apporte des éléments importants. La pose d'une CSEMS après obstruction d'une première SEMS pour le traitement d'une sténose biliaire distale tumorale réduit le risque de réobstruction. Avec le développement du drainage biliaire extra-anatomique, une étude randomisée sur le sujet semble peu envisageable, et cette étude pourrait donc contribuer à modifier les recommandations actuelles.

P.007

Impact de l'anesthésie générale avec intubation sur les résultats de l'endoscopie œso-gastroduodénale d'urgence chez les patients présentant une hémorragie digestive haute

C. Gayat [1], R. Miguel Montanes [1], T. Poufarin [1], B. Quenin [1], B. Cohen [1], M. Retoret [1], A. Di Vittorio [1], I. Breteau [1], E. Levesque [1], L. Elkrief [1]

(1) Tours.

Introduction : L'intérêt d'une anesthésie générale avec intubation oro-trachéale (IOT) pour l'endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD) en urgence dans le contexte d'hémorragie digestive haute est débattu. L'anesthésie générale avec IOT peut faciliter le diagnostic et l'hémostase endoscopique, mais il a été suggéré qu'elle était associée à un risque accru de complications respiratoires. Enfin, le recours à l'anesthésie générale peut constituer un facteur limitant en raison de sa disponibilité et des contraintes logistiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Tous les patients adultes ayant eu une EOGD en urgence pour suspicion d'hémorragie digestive haute entre septembre 2020 et décembre 2022 étaient inclus. Les patients déjà intubés en raison d'un état critique étaient exclus. Nous avons comparé les résultats de l'EOGD réalisée sous anesthésie générale avec IOT à ceux de l'EOGD réalisée sans anesthésie. Les critères d'évaluation comprenaient (i) le diagnostic de la source de l'hémorragie (estimée par un diagnostic erroné, l'absence d'identification de la cause du saignement, ou un diagnostic redressé lors de l'EOGD suivante) (ii) l'hémostase endoscopique (la possibilité de réaliser une hémostase endoscopique, et le délai entre l'admission et celle)-ci), (iii) les complications respiratoires survenant après l'EOGD et le décès hospitalier, (iv) la tolérance (estimée par l'opérateur et par l'arrêt prématuré de l'EOGD), et (v) le recours à une seconde EOGD. Une pondération par la méthode IPTW a été réalisée, pour tenir compte des différences entre les deux groupes.

Résultats : 195 patients ayant eu une endoscopie digestive haute en urgence pour hémorragie digestive haute ont été inclus (âge médian 68 ans, 70% d'hommes). 25% des patients présentaient un état de choc à l'admission et 69% ont été transfusés. La cause de l'hémorragie était un ulcère chez 34% des patients, une rupture de varices œso-gastriques chez 20%. Trente-neuf (20 %) patients ont eu la 1ère EOGD sous anesthésie générale avec IOT, et 156 (80 %) l'ont eu sans anesthésie. Un geste d'hémostase endoscopique était pratiqué chez 48% des patients. Après ajustement par la méthode IPTW, l'anesthésie générale avec IOT n'était pas associée au diagnostic de la source de l'hémorragie (diagnostic erroné : odds ratio 0.06 (IC 95% 0-2.25), p=0.15). L'EOGD sous anesthésie générale avec IOT était associée à une réduction significative du délai entre l'admission et l'hémostase endoscopique (-7,0 heures, IC à 95 % [-11,52 ; -2,56], p = 0,002). L'anesthésie générale avec IOT n'était associée ni à la survenue d'une insuffisance respiratoire (p=0.15), ni au recours à la ventilation mécanique (p=0.26), ni à la mortalité hospitalière (p=0.77). L'anesthésie générale avec IOT était associée à une meilleure tolérance à la procédure (OR 43,18, IC à 95 % [5,91 ; 5501,94], p < 0,001) ainsi qu'à la réalisation moins fréquente d'une deuxième endoscopie (OR 4,64, [1,38 ; 15,63], p=0,013).

Conclusion : Dans cette étude rétrospective monocentrique, chez les patients présentant une hémorragie digestive haute, l'anesthésie générale avec IOT pour EOGD en urgence était associée à une meilleure tolérance, une réduction du délai d'hémostase endoscopique, sans augmentation des complications respiratoires ou du décès hospitalier. Ces résultats suggèrent un bénéfice de l'anesthésie générale avec IOT dans cette situation, qui devrait être évaluée dans des essais prospectifs.

P.008

ESD colorectale et insuffisance rénale aiguë : un événement indésirable rare mais cliniquement pertinent, une étude de cohorte portant sur 1 537 patients

E. Baglione [1], V. Van der Voort [1], Z. El Ouafi [1], J. Albouys [1], R. Legros [1], S. Battistella [2], H. Lepetit [1], C. Juglard [1], R. Collin [1], P. Champy [1], B. Landreau [1], Y. Mlaiki [1], N. Boutarbouch [1], C. Danthu [1], C. Grunewald [1], S. Geyl [1], P. Carrier [1], F. Touré [1], J. Jacques [1]

(1) Limoges ; (2) Padova, ITALIE.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique colorectale (ESD) est de plus en plus utilisée comme traitement curatif des lésions néoplasiques de grande taille. Si les complications hémorragiques et perforatives sont bien documentées, le risque d'insuffisance rénale aiguë (IRA) après ESD colorectale reste méconnu. Notre objectif était d'évaluer l'incidence, les facteurs de risque et le pronostic de l'IRA survenant après ESD colorectale dans une large cohorte monocentrique.

Patients et Méthodes : Toutes les procédures d'ESD colorectale réalisées dans notre unité entre janvier 2017 et décembre 2024 ont été enregistrées prospectivement. Les données démographiques, relatives aux lésions et aux procédures ont été collectées au moment de l'intervention. Les comorbidités, traitements chroniques (notamment les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [IEC]), la gestion hydrique péri-procédurale, l'hypotension per-procédurale et les données biologiques (créatininémie avant et après ESD) ont été extraites rétrospectivement des dossiers électroniques.
L'IRA était définie selon les critères KDIGO dans les 72 heures suivant l'ESD. Les caractéristiques initiales, variables procédurales et issues ont été comparées entre patients avec et sans IRA. Les variables significatives ont été introduites dans une régression logistique multivariée pour identifier les prédicteurs indépendants.

Résultats : Parmi 1 537 patients (âge médian 70 ans ; 57,5 % d'hommes), les taux de résection en bloc et R0 étaient respectivement de 96,2 % et 89,1 %. Une IRA est survenue chez 20 patients (1,3 %) dans les 72 heures suivant l'ESD. Comparés aux patients sans IRA, ceux avec IRA étaient plus âgés (74 *vs* 70 ans) et plus souvent traités par IEC (40 % *vs* 13,6 %). L'indice ASA et les autres comorbidités n'étaient pas significativement associés à l'IRA.
Les lésions étaient plus volumineuses [100 (70–150) *vs* 55 (45–70) mm] et plus souvent rectales (70 % *vs* 34 %). L'IRA était également associée à une durée de procédure plus longue (181 *vs* 55 min), à un taux plus élevé de perforations (35 % *vs* 10 %) et d'hémorragies (36 % *vs* 5 %).
En analyse multivariée, le diamètre lésionnel (OR 1,03 par mm) et le traitement par IEC avant procédure (OR 3,96) demeuraient indépendamment associés à l'IRA. Tous les patients ont finalement récupéré leur fonction rénale initiale (un seul a nécessité une dialyse courte), mais la durée d'hospitalisation était significativement prolongée (9 *vs* 1 jour).

Conclusion : L'IRA après ESD colorectale est rare mais cliniquement significative, entraînant un allongement de l'hospitalisation. Un volume lésionnel élevé, une procédure prolongée et un traitement préalable par IEC identifient les patients à risque accru. Des mesures preventives, optimisation de l'hydratation péri-procédurale, surveillance attentive de la diurèse et suspension temporaire des IEC, devraient être envisagées, en particulier lors de procédures longues ou complexes.

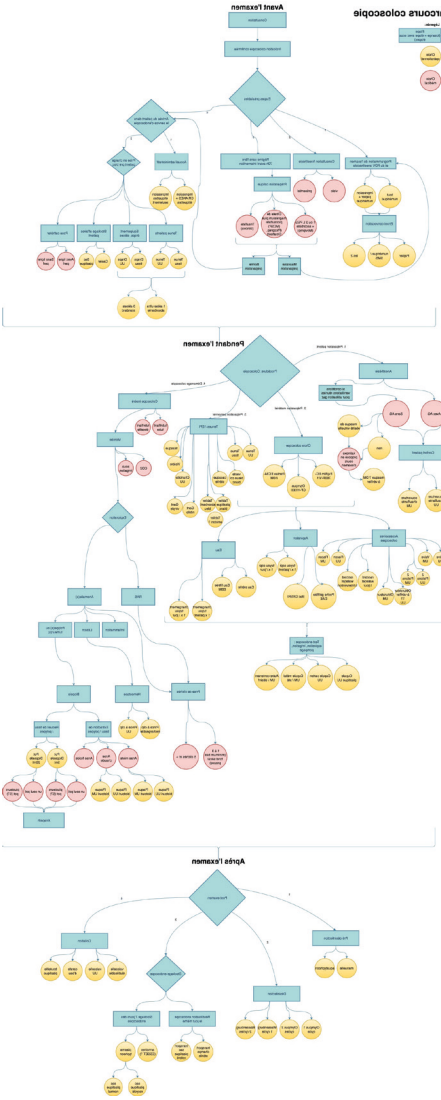
P.009

L'impact carbone de la coloscopie : analyse algorithmique du parcours patient

G. Marcellier [1], M. Moizard [1], D. Tan [1], I. de Maisoncelle [1], P. Frelet [1], M. Rakotoharimanana [1], F. Prat [2]

(1) Paris ; (2) Clichy.

Introduction : Les activités médico-techniques ont un fort impact environnemental que diverses initiatives locales et recommandations nationales visent à réduire. Il reste cependant difficile de savoir, à qualité des soins égale, quelles modifications d'un parcours de soin sont les plus susceptibles d'apporter une réduction d'impact significative. Dans cet objectif de hiérarchisation des mesures envisageables, nous avons étudié l'intégralité des différents parcours possibles pour la réalisation d'une coloscopie, afin de mettre au point un outil numérique comparatif de l'impact environnemental des mesures pouvant affecter le parcours.



Matériels et Méthodes : Le travail a débuté par des entretiens entre ingénieurs, équipes de soin (PM et PNM)) et personnels de support (AMA, logistique, pharmacie, Uhlin, biomédical…) pour agréger toutes les étapes s'intégrant dans les différents parcours de la coloscopie (externe, ambulatoire, hospitalisation conventionnelle…).
Ont notamment été inclus : les étapes de préparation de l'examen (Programmation, Consultation d'anesthésie, préparation colique), l'examen en lui-même (anesthésie et ses modalités, endoscopes et accessoires, gestes réalisés, Consommables etc..) et le post-examen (lavage-désinfection, collation du patient, gestion des prélèvements, suivi…).
Pour chaque étape, nous avons calculé l'impact carbone et le coût de méthodes alternatives (anesthésie générale *vs* locale – montée à l'eau ou en CO2 – type de petit matériel utilisé – stockage des données numériques etc…). Une analyse de cycle de vie simplifiée (basée sur les émissions de gaz a effet de serre, exprimées en KgCO2e sur l'ensemble du cycle de vie du processus et de ses composantes) a été réalisée pour chaque étape avec l'outil CAREBONE™ développé par l'APHP (open source, https://bit.ly/carebone). L'outil numérique sera mis en ligne et permettra de naviguer dans l'algorithme afin de mesurer l'impact d'un parcours donné et de mesurer de chaque modification apportée.

Résultats : La figure 1 est un extrait de l'arborescence des différentes stratégies possibles à chaque étape du parcours patient. Les encadrés bleus représentent les étapes du parcours. Les encadrés jaunes, les choix dépendant de la structure et les encadrés roses, les choix dépendant de l'avis médical.
A titre d'exemple :
- Gélifier les déchets liquides en endoscopie au lieu de les évacuer en DASRI permettrait à un centre réalisant 4000 procédures par an d'économiser 923€ et 1440KgCO2e
- L'usage de cale dents réutilisables désinfectés avec les endoscopes émet 0.12 kgCO2e pour 10 utilisations, soit 9 fois moins que ce qu'impliquerait l'utilisation de cale dents à usage unique (1.05 kgC02e)
- Administrer au réveil du patient du paracétamol 1g per os émet 61,85 gCO2e, soit 4 fois moins que l'équivalent en intraveineux (240,66 gCO2e)
L'impact environnemental des parcours de la coloscopie pourra être calculé avec un niveau de détail inégalé. Des exemples concrets et démonstrations de l'application seront présentés.

Conclusion : Notre travail sur le parcours d'un patient en coloscopie permettra à la fois une prise de conscience de l'impact de chacune des composantes du parcours et facilitera la mise en place dans chaque centre ou équipe d'actions adaptées et hiérarchisées pour la réduction des émissions directes et indirectes liées à l'acte. Il s'agit d'un outil simple et interactif permettant à une structure de s'organiser/réorganiser de manière à réduire l'impact environnemental (et partant, financier) de l'acte endoscopique majeur en pathologie digestive qu'est la coloscopie. Des extensions aux autres types de procédure endoscopique sont en cours.

Remerciements, financements, autres :
Travail ayant bénéficié d'un financement de l'ARS Ile de France « transition écologique des blocs opératoires »

P.010

HYPNO-COLO : influence de l'hypnose sur les temps de coloscopie et de réveil

V. Guilleray [1], N. Fusco [1], T. Wallenhorst [1]
(1) Rennes.

Introduction : La coloscopie est un examen fréquemment réalisé sous anesthésie générale (AG). Malgré son rôle central dans le dépistage du cancer colorectal, l'adhésion reste faible. L'hypnose médicale, largement étudiée pour la douleur et l'anxiété, n'a pas été évaluée pour son impact sur les durées de coloscopie et de surveillance post-interventionnelle. Cette étude compare les durées totales entre hypnose/hypnosédation et AG afin d'optimiser le parcours de soins.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique, incluant des patients ayant bénéficié d'une coloscopie par un même gastro-entérologue entre février 2023 et décembre 2024. La cohorte a été divisée entre AG et hypnose. Notre analyse portait sur la comparaison des durées totales avec en analyse secondaire, une étude des durées de coloscopie, durée de passage en SSPI, consommations médicamenteuses, nombre et taille des polypes retirés.

Résultats : Après exclusions, 95 patients AG et 105 patients hypnose ont été analysés. Un pourcentage d'homme plus importante dans le groupe hypnose a été constaté. La durée totale médiane était significativement plus courte dans le groupe hypnose (42 [34–52] min) que dans le groupe AG (59 [50–72] min ; $p < 0,001$), principalement grâce à une réduction du temps en SSPI (26 [19–34] min *vs* 43 [35–53] min ; $p < 0,001$). La durée de la coloscopie n'était pas significativement différente. Aucun écart significatif n'a été observé pour le nombre ou la taille des polypes.

Conclusion : Les durées totales pour la réalisation des coloscopies sous hypnose/hypnosédation sont non inférieures à l'AG avec un gain de temps significatif en SSPI. La sécurité des patients est préservée en termes de détection de polypes. Cette approche pourrait améliorer le confort des patients et optimiser le parcours de soins. Ces résultats soutiennent la réalisation d'une étude prospective pour optimiser les protocoles d'hypnose en coloscopie.

P.011

Impact de l'implémentation de l'intelligence artificielle sur la détection des polypes et la qualité de la coloscopie : étude observationnelle française

Z. Jia [1], S. Fratte [2], Q. Ibrahem [2], O. Alexandru Ionascu [2], A. Fatisse [2], B. Winkfield [2], L. Vuitton [1]
(1) Besançon ; (2) Trévenans.

Introduction : La coloscopie est l'examen de référence pour la prévention du cancercolorectal (CCR), permettant la détection et la résection de lésions précancéreuses. Le taux dedétection des adénomes (TDA) en est l'indicateur de qualité principal, mais il varie selon les opérateurs. L'intelligence artificielle (IA), via les systèmes de détection assistée (CADe), pourrait améliorer ce rendement. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'assistance par IA sur le TDA et la qualité globale de la coloscopie en pratique réelle suivant son implémentationdans un centre français.

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective observationnelle monocentrique incluant les coloscopies complètes réalisées entre octobre 2021 et septembre2023. Deux périodes ont été comparées : sans IA (octobre 2021–août 2022) et avec assistance IA en temps réel (novembre 2022–septembre 2023). Les mois de septembre–octobre 2022 (phase d'installation de l'IA) ont été exclus. Les coloscopies ont été réalisées par six endoscopistes titulaires. Le critère principal d'évaluation était le TDA. Les critères secondaires incluaient le taux de détection des polypes (TDP), des polypes festonnés sessiles (TDPFS), ainsi que la détection des adénomes avancés et cancers. Une analyse spécifique a été menée chez les patients avec test immunologique fécal (FIT) positif.

Résultats : Un total de 1 626 coloscopies a été analysé (774 sans IA, 852 avec IA). Le TDA était supérieur avec IA (37,1 % *vs* 32,2 % ; RR=1,15 ; IC95 % [1,01–1,32] ; p=0,043). L'amélioration la plus marquée concernait le TDPFS (6,2 % *vs* 3,4 % ; RR=1,85 ; IC95 %[1,17–2,93] ; p<0,01). Le gain reposait sur les petites lésions : < 5 mm (29,3 % *vs* 23,1 % ;RR=1,27 ; IC95 % [1,07–1,50] ; p< 0,01) et 5–10 mm (28,1 % *vs* 20,5 % ; RR=1,37 ; IC95 % [1,15–1,63] ; p< 0,01), sans différence pour ≥10 mm. Le taux de détection de dysplasie était également plus élevé avec IA (35,7 % *vs* 29,1 % ; RR=1,23 ; IC95 % [1,06–1,42] ; p<0,01), notamment pour les bas grades (34.4 % *vs* 27.3 % (RR=1.26 ; IC95 % [1,09–1.46] ; p<0.01). Aucune différence n'était observée pour les adénomes avancés (15,3 % *vs* 13,7 % ; RR=1,11 ;IC95 % [0,88–1,41] ; p=0,41) ni pour les cancers. Dans le sous-groupe FIT positif (n=238), le nombre moyen de polypes par coloscopie était plus élevé avec IA (1,88 *vs* 1,36 ; p=0,047), sans différence significative pour le TDA (49,6 % *vs* 43,9 % (RR=1,13 ; IC95 % [0,86–1,48] ;p=0,45) ni TDP (67,8 % *vs* 61,0 % (RR=1,11 ; IC95 % [0,92–1,34] ; p=0,33). Chez les six endoscopistes, le TDA variait de 21,3 % à 38,9 % sans IA et de 19,7 % à 56,1 % avec IA. L'assistance par IA était associée à une augmentation du TDA chez cinq d'entre eux (de +12% à +74 %), bien que la significativité statistique n'ait été observée que pour un seul opérateur (46,8 % *vs* 26,7 % ; RR = 1,74 ; IC95 % [1,15–2,63]; p< 0,01).

Conclusion : L'assistance par IA en coloscopie a amélioré significativement le TDA dans ce centre, avec un impact marqué sur la détection des petites lésions, et de façon intéressante sur la détection des polypes festonnés pour atteindre le taux de détection recommandé par lessociétés savantes, contribuant ainsi à la prévention des cancers post coloscopie. Ces résultats soutiennent son intégrationprogressive dans les programmes de dépistage par coloscopie en France.

P.012

L'anastomose gastro-gastrique échoendoscopique, nouvelle solution prometteuse au twist gastrique post-sleeve symptomatique

N. Lellouche [1], M. Gasmi [1], M. Barthet [1], J.M. Gonzalez [1]
(1) Marseille.

Introduction : La sleeve gastrectomie est aujourd'hui la chirurgie bariatrique la plus pratiquée. Le twist gastrique en représente une complication rare (0,5–4 %) mais invalidante, responsable d'intolérance alimentaire, de vomissements et de dénutrition. Les traitements endoscopiques conventionnels (dilatation, stents) offrent une efficacité limitée, exposant à une reprise chirurgicale à haut risque. Nous avons évalué la faisabilité, la sécurité et l'efficacité de l'anastomose gastro-gastrique endoscopique (AGG) comme alternative mini-invasive pour corriger le twist gastrique post-sleeve.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique (Hôpital Nord, Marseille, 10/2023–05/2025) incluant les patients adultes présentant un twist gastrique confirmé au TOGD et à l'endoscopie, traités par AGG à l'aide d'un stent d'apposition luminale (HotAxios 20 mm).Les patients ayant une fistule postopératoire active étaient exclus. La procédure consistait en la création d'une anastomose entre l'estomac proximal et l'antre au moyen d'un stent d'apposition luminale (HotAxios 20 mm). Le suivi comportait un contrôle endoscopique et radiologique à 3, 6 et 12 moisL'objectif principal était la faisabilité et sécurité (événements indésirables [EIs] selon la classification AGREE). Les objectifs secondaires étaient de documenter: succès clinique défini par l'amélioration du score GOOSS (≥ +1 point), rémission des symptômes, évolution pondérale et du reflux gastro-œsophagien (RGO).Les patients étaient suivis à 3, 6 et 12 mois.

Résultats : Neuf patients (63 % de femmes, âge moyen 50 ans [29–69], IMC initial 40 kg/m²) ont été inclus, dont trois avaient eu un anneau gastrique antérieur. Deux patients avec fistule postopératoire ont été exclus.La procédure a été réalisée avec succès dans 100 % des cas, sans complication per-opératoire.Les EIs postopératoires concernaient 7/9 patients (78 %) : douleurs mineures (n = 6, grade I) et une pleuropneumopathie d'inhalation (n = 1, grade IIIa). Aucun décès ni réintervention chirurgicale n'a été nécessaire. Trois migrations de prothèse ont été observées (33 %), gérées par remplacement ou dilatation sans séquelle.La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,2 jours (2–14).
Après un suivi moyen de 13 mois (6–24), le score GOOSS médian passait de 1 à 3. Un succès clinique tel que défini a été observé chez 8/9 patients (89 %).La rémission complète des symptômes initiaux (vomissements, RGO, douleurs) était obtenue chez 63 % des patients, et une amélioration du RGO rapportée dans 100 % des cas.Les TOGD post-AGG confirmaient la correction du twist dans 100 % des cas.Deux patients (22 %) ont bénéficié d'une septotomie secondaire avec maintien d'une rémission durable à > 6 mois.Un patient traité par Mestinon pour gastroparésie associée a présenté une disparition complète des symptômes.À un an, la reprise pondérale moyenne était modérée (+2,3 kg) sans perte de satiété.

Conclusion : L'anastomose gastro-gastrique endoscopique apparaît comme une technique innovante, faisable (100 %) et sûre (aucune complication grave), permettant une amélioration clinique durable dans près de 90 % des cas et une rémission complète des symptômes chez 2/3 des patients.Elle offre une alternative efficace à la chirurgie de révision pour le twist gastrique post-sleeve, avec une morbidité faible et une restauration rapide de la tolérance alimentaire.Des études prospectives sont nécessaires pour confirmer ces résultats encourageants et définir la place de l'AGG dans l'arsenal thérapeutique des complications post-bariatriques

P.013

L'additif polysorbate améliore les tests microbiologiques des endoscopes : une étude exploratoire

H. Taboga [(1)], T. Kaighobadi [(1)], N. Babey [(1)]
(1) Toulouse.

Introduction : Le risque d'infection lié aux endoscopes contaminés est faible (1 à 3 infections par million d'utilisations), mais il reste plus élevé que pour tout autre dispositif médical. Les infections proviennent le plus souvent d'un retraitement inadéquat, pouvant transmettre des micro-organismes pathogènes des patients précédents. La structure complexe et les canaux étroits des endoscopes rendent le nettoyage et la désinfection difficiles, favorisant l'accumulation de résidus organiques et le développement de biofilms. L'élaboration de protocoles efficaces est donc essentielle à la sécurité des patients.

Cette étude visait à évaluer l'efficacité du polysorbate 80 comme additif au nettoyage secondaire des endoscopes ayant présenté un résultat microbiologique non conforme au contrôle qualité.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative, monocentrique, réalisée entre le 01/01/2022 et le 31/08/2024. Tous les endoscopes utilisés durant cette période étaient éligibles. Les cas de non-conformité après le premier nettoyage ont été inclus.
Deux groupes ont été comparés :
- nettoyages secondaires standard (01/2022 – 02/2023),
- nettoyages secondaires avec polysorbate 80 (03/2023 – 08/2024).
La solution au polysorbate contenait 30 mL de polysorbate 80 pour 970 mL d'eau stérile. Le protocole ajoutait environ 10 minutes supplémentaires.
Analyse statistique : test exact de Fisher, seuil p<0,05.

Résultats : 57 nettoyages initiaux non conformes sur un parc de 33 endoscopes (duodénoscopes, échoendoscopes, gastroscopes/coloscopes).
- Principales bactéries retrouvées après nettoyage initial : entérobactéries (38,6 %), Pseudomonas spp (31,6 %), Pseudomonas aeruginosa (29,8 %).
- Taux de conformité : 100 % avec polysorbate *vs* 82,1 % avec standard (p<0,05).
- Aucun endoscope nettoyé avec polysorbate n'a nécessité d'étape supplémentaire, contre 17,9 % dans le groupe standard.
- Durée d'indisponibilité des endoscopes non conformes après deux nettoyages : moyenne de 53 jours.
- Satisfaction des techniciens : 9,7/10.

Discussion : L'ajout de polysorbate 80 au protocole de nettoyage secondaire a permis d'obtenir une conformité parfaite, contre 82,1 % avec la méthode standard. Cette amélioration réduit les perturbations liées à l'indisponibilité prolongée des endoscopes et est jugée acceptable par les techniciens. Le coût est comparable à la méthode standard.
Limites : différences de profils bactériens entre groupes, introduction progressive d'un nouveau système de séchage, effet possible lié à une étape supplémentaire de rinçage.

Conclusion : L'intégration du polysorbate 80 dans le nettoyage secondaire des endoscopes est faisable, peu coûteuse et améliore nettement la conformité. Ces résultats exploratoires apportent des données utiles pour optimiser la sécurité des patients et l'efficacité des procédures de retraitement.

P.014

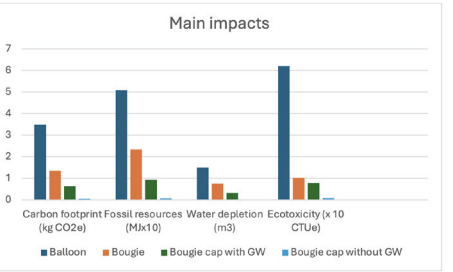
Impacts environnementaux des stratégies actuelles de dilatation endoscopique : analyse du cycle de vie

M. Pioche [(1)], A. Becq [(2)], J.C. Saurin [(1)], R. Grau [(1)], J. Rivory [(1)], A. Berger [(3)]
(1) Lyon ; (2) Créteil ; (3) Bordeaux.

Introduction : La dilatation des sténoses œsophagiennes peut être réalisée à l'aide de différentes méthodes, mais leur impact environnemental n'a pas été comparé et l'efficacité clinique du capuchon bougie n'est pas bien connue. Cette étude a évalué cliniquement l'efficacité et la sécurité du bougie cap et a comparé l'empreinte carbone, la production de déchets et l'utilisation des ressources de trois techniques de dilatation courantes : le bougie cap, le bougie réutilisable et le ballon hydrostatique à usage unique, à l'aide d'une analyse du cycle de vie (ACV).

Matériels et Méthodes : Une ACV du berceau à la tombe a été réalisée conformément à la norme ISO 14040/44 par une société d'experts indépendante (Apesa). L'unité fonctionnelle était une seule séance de dilatation lors d'une gastroscopie. Les limites du système comprenaient l'extraction des matériaux, la fabrication, l'emballage, le transport, l'utilisation, le nettoyage/la stérilisation (pour les dispositifs réutilisables) et la gestion en fin de vie. Les catégories d'impact analysées étaient le changement climatique (émissions de CO□e), la production de déchets et la consommation d'eau.

Résultats : L'empreinte carbone respective pour les différentes stratégies était de 0,06 et 0,63 kg CO2e pour le capuchon Bougie sans et avec fil-guide, 1,35 kg CO2e pour le bougie réutilisable (avec fil-guide) et 3,49 kg CO2e pour la dilatation à ballonnet à usage unique (avec fil-guide).
La principale source d'empreinte carbone et d'épuisement des ressources fossiles de la stratégie de dilatation par ballonnet était le manomètre de pression et son emballage.
La principale source d'empreinte carbone et d'épuisement des ressources fossiles de la stratégie bougie était la production de dispositifs médicaux et d'emballages, car un cathéter à brosse était nécessaire pour chaque procédure afin de nettoyer le canal de guidage dans la bougie.



La principale source d'empreinte carbone et d'épuisement des ressources fossiles de la stratégie du capuchon bougie était la production de dispositifs médicaux et d'emballages, en grande partie due au fil-guide utilisé (0,57 kg CO2e pour le fil-guide et 0,06 kg CO2e pour le capuchon bougie lui-même).

Discussion : Cette étude démontre que le choix de la technique de dilatation œsophagienne a une incidence considérable sur les résultats environnementaux et que, dans ce cas, l'utilisation d'un capuchon Bougie à usage unique peut réduire considérablement la charge par rapport à une stratégie réutilisable comme Bougie.La littérature antérieure sur les dilatations œsophagiennes comparant le ballon et le bougie a démontré que les techniques n'avaient pas d'incidence sur les résultats cliniques et ne réduisaient pas le nombre de séances nécessaires pour obtenir un soulagement des symptômes. Compte tenu de l'efficacité clinique équivalente des différentes techniques, l'impact environnemental devient un critère essentiel dans la prise de décision. L'utilisation du capuchon bougie réduit de plus de 95 % les différents impacts environnementaux liés à la dilatation elle-même. Néanmoins,

l'impact de la dilatation doit être analysé dans le contexte global de la procédure. Comme indiqué précédemment, l'empreinte carbone d'un gastroscope réutilisable est de 4,7 kg CO2e[14], principalement due au retraitement de l'endoscope. À cela s'ajoutent les impacts liés au transport vers l'hôpital et au trajet global, qui représentent environ 12,6 kg CO2e selon une précédente évaluation française de l'endoscopie ambulatoire. Au total, une gastroscopie avec dilatations pourrait avoir un impact allant de 17,4 kg CO2e avec un capuchon bougie sans fil-guide à 20,8 kg CO2e avec ballon, soit une augmentation de 20 % de l'empreinte carbone globale.

Conclusion : L'analyse du cycle de vie révèle des différences marquées dans l'impact environnemental des techniques de dilatation œsophagienne. La stratégie utilisant des bougies est clairement la moins impactante, réduisant d'environ 99 % l'impact induit par la stratégie utilisant des ballons à usage unique, et de 94 % pour les bougies réutilisables qui, malgré leur réutilisabilité, ont un impact important en raison du nettoyage avec des détergents.

P.015

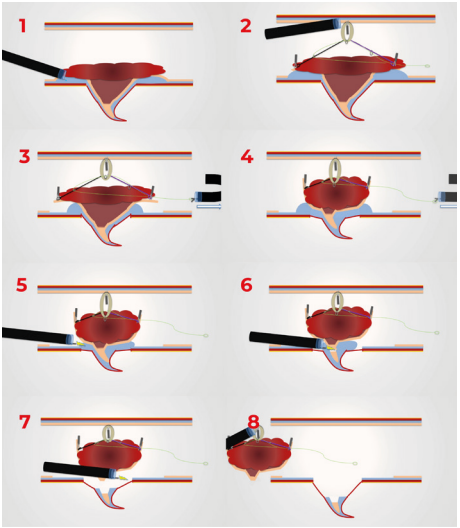
Dissection sous-muqueuse endoscopique des lésions appendiculaires : analyse rétrospective comparant les techniques de traction standard et la technique de traction adaptative

L.J. Masgnaux [(1)], J. Grimaldi [(1)], R. Legros [(2)], F. Pinard [(3)], J. Rivory [(1)], T. Wallenhorst [(4)], J. Jacques [(2)], M. Pioche [(1)]

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

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) des lésions impliquant l'appendice est réalisable (1) mais reste difficile en raison de l'anatomie complexe et du risque élevé de complications, conduisant souvent à l'option chirurgicale pour ces malades. Cette étude visait à comparer l'efficacité et la sécurité de la DSM utilisant des techniques de traction standard par rapport au nouveau dispositif de traction adaptative ATRACT pour les tumeurs superficielles et les adénomes envahissant l'appendice.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une analyse rétrospective des patients consécutifs ayant subi une DSM pour des lésions appendiculaires entre novembre 2019 et novembre 2024. Les patients ont été divisés en deux groupes : ceux traités avec des techniques de traction standard (groupe ST) et ceux traités avec le dispositif ATRACT (groupe AT) selon la stratége de traction adaptative (figure 1). Le critère principal était le taux de résection R0. Les critères secondaires comprenaient les taux de perforation, et le taux de chirurgie complémentaire.



Résultats : Un total de 133 patients a été inclus (57 dans le groupe AT, 76 dans le groupe ST). Les taux de résection R0 latéral profond, qui sont un bon substitut pour l'efficacité de la traction (car traitant de la marge saine de résection au niveau du cul de sac appendiculaire, plus facile à réséquer en totalité si la traction est bonne) semblaient être plus élevés dans le groupe AT (93% contre 84,4%, p=0,268), bien que la différence de résultats n'ait pas atteint le seuil de significativité statistique. En détail, les R0 profonds étaient de 91.2% et 90.9% respectivement dans les groupes AT et ST.
La proportion de lésions sur des patients appendicectomisés était de 13% dans le groupe AT (7/57) et 22% dans le groupe ST (16/76).
Les taux de perforation étaient de 12% dans le groupe AT et de 10% dans le groupe ST.
Enfin, la proportion de chirurgie secondaires était de 5,3% dans le groupe AT (3/57, 2 chirurgies pour perforation et 1 pour marge appendicullaire profonde envahie) *versus* 7,8%

dans le groupe ST (6/76, 1 chirurgie pour perforation et 5 pour marge appendicullaire profonde envahie). Ces derniers résultats suggèrent que la traction adaptative permettrait de mieux exposer la marge sur le versant appendiculaire, et donc d'éviter la chirurgie complémentaire, et ce sans augmenter le taux de perforation.

Conclusion : Il semble y avoir un signal indiquant que le dispositif ATRACT pourrait augmenter le taux de R0 latéral profon dans les lésions appendiculaires d'environs 10%, en diminuant le taux de chirurgie complémentaire pour marge appendiculaire envahie, mais la conception de l'étude manque de puissance en raison de la petite taille de l'échantillon. Ces résultats suggèrent que la traction adaptative pourrait être particulièrement bénéfique pour la DSM dans cette localisation difficile. Une étude plus large est nécessaire pour atteindre la significativité.

P.016

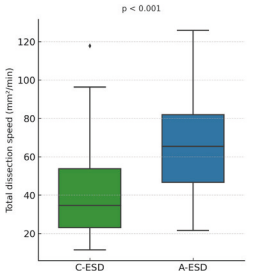
Stratégie de traction adaptative *versus* stratégie conventionnelle en dissection sous-muqueuse endoscopique : étude préclinique randomisée multicentrique sur modèles *ex-vivo*

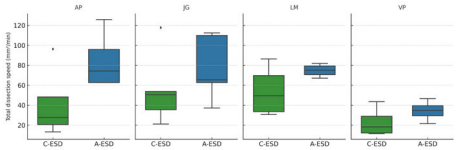
J. Grimaldi [1], L.J. Masgnaux [2], V. Pil [3], A. Patenotte [1], E. De Cristofaro [4], J. Rivory [1], T. Wallenhorst [5], R. Legros [6], F. Pinard [7], J. Jacques [6], M. Pioche [1]

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Grenoble ; (4) Rome, ITALIE ; (5) Rennes ; (6) Limoges ; (7) Quimper.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) est en train de s'imposer comme la stratégie de référence pour la résection monobloc des tumeurs superficielles de grande taille du tube digestif. L'expansion rapide de cette technique, longtemps limitée par sa difficulté technique responsable d'une morbidité significative et de temps opératoire souvent très longs, a été permise par l'apparition de nouvelles stratégies, au premier rang desquelles les systèmes de traction. Ces stratégies de traction permettent à l'endoscopiste de réaliser des procédures avec une "deuxième main" qui permet d'exposer les plans à couper, à la manière d'un chirurgien. Le principal inconvénient des stratégies de traction disponibles (élastique dentaire, SO-clip (Zeon medical, Chine), ProdiGI traction wire (Medtronic, USA)) est que le pouvoir de traction est maximal en début de geste mais tend à baisser au fur et à mesure que la dissection avance. Il en résulte que les principales études randomisées comparant DSM conventionnelle et DSM avec traction ne montrent pas de bénéfice franc de la traction en terme de vitesse de résection (1). Pour pallier ce problème avons développé un dispositif de traction multipolaire adaptatif (A-TRACT) dont une version artisanale a montré son efficacité et sa sécurité en pratique clinique, montrant les vitesses de résection les plus hautes décrites en DSM colorectale (2). Toutefois ce dispositif étant artisanalement fabriqué à la main, les résultats n'étaient pas généralisables. Nous avons donc développé un dispositif industrialisé (A-TRACT S), plus simple d'utilisation, offrant toujours à l'opérateur la possibilité d'augmenter le pouvoir de traction au cours du geste. Nous avons voulu comparer son efficacité et sa sécurité d'utilisation dans une étude randomisée multicentrique sur modèle bovin *ex-vivo*, avec comme comparatif la stratégie de DSM conventionnelle.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude préclinique contrôlée randomisée multicentrique comparant la DSM avec traction adaptative (A-ESD) à la DSM conventionnelle sans traction (C-ESD) sur modèle de colon bovin *ex-vivo*, reconnu comme étant le modèle le plus proche de la DSM colo-rectale chez l'homme (3). Dans chaque modèle 2 lésions étaient simulées l'une en face de l'autre en gravité moyenne et chacune était randomisée dans un des deux bras, pour limiter la variabilité entre les procédures. 4 opérateurs en cours de formation, venant de 2 centres différents, ont réalisé les procédures.
Le critère pincipal de jugement était la vitesse de réalisation des procédures (comprenant le temps de pose du dispositif dans le bras A-ESD). Les critères secondaires incluaient la vitesse de la phase de dissection (ne comprenant le temps de pose du dispositif mais pas le temps d'incision), l'épaisseur de sous-muqueuse réséquée évaluer en anatomopathologie, le taux de contact musculaire et le taux de perforation.
Une analyses statistique par tests sur échantillons appariés était réalisée.
Le calcul d'effectif nécessitait la réalisation de 34 procédures, 17 dans chaque bras.





Résultats : La vitesse de procédure totale était plus élevée dans le bras A-ESD (47 *vs* 35 min, p<0.001), ainsi que la vitesse de dissection (68 *vs* 44 min, p<0.001). Cette supériorité était retrouvée chez les 4 opérateurs. Le temps de pose moyen du dispositif était de 6.5 min. Aucun soucis technique n'est survenu avec le dispositif.
Aucune perforation n'est survenue dans aucun des deux groupes. Le taux de contact musculaire était toutefois plus important dans le bras C-ESD (47.1% *vs*. 76.5%, p=0.06).

Conclusion : La statégie de traction adaptative avec le nouveau dispositif A-TRACT S a montré sa supériorité en terme de vitesse de résection par rapport à la stratégie conventionnelle sur modèle *Ex vivo*, ainsi qu'un nombre plus faible de complications (à la limite de la significativité statistique).
Une étude randomisée clinique est nécessaire pour valider ces résultats.

P.017

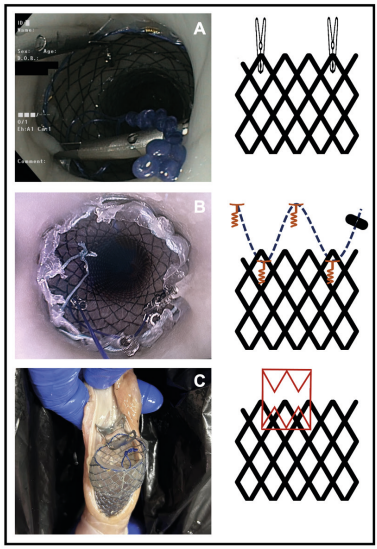
Fixation de prothèses œsophagiennes par un nouveau dispositif de suture endoscopique utilisable à travers le canal opérateur : preuve de concept préclinique et premiers cas cliniques

G. Marcellier [1], B. Beye [2], N. Edery [3], A. Berson [1], B. Jaïs [1], P. Rivallin [1], F. Prat [1]
(1) Clichy ; (2) Orléans ; (3) Pointe-à-Pitre (Guadeloupe).

Introduction : Les sténoses bénignes de l'œsophage sont parfois réfractaires aux dilatations, incisions et injections proposées en première et deuxième ligne. Les prothèses métalliques couvertes conventionnelles (FCSEMS), s'impactent dans la paroi et ne peuvent être laissées en place plus de 6 à 8 semaines, étant alors associées à un taux élevé de récidives après leur retrait. Des prothèses à couverture en silicone renforcée sont susceptibles d'être laissées en place jusqu'à 6 mois, mais l'absence d'ancrage expose à un taux de migration très élevé. Un dispositif innovant de suture « through-the-scope » (TTSS) pourrait offrir une alternative élégante aux systèmes d'ancrage existants jusqu'ici peu satisfaisants (coût élevé, solidité insuffisante, ou mise en œuvre complexe suivant les cas).

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une comparaison préclinique sur modèle porcin de la capacité de résistance à la traction axiale d'une prothèse œsophagienne (EBN, Hanarostent, MI-Tech) ancrée par différents dispositifs : TTSS (X-TACK, Boston Scientific), OTSC (« over-the-scope » 11mm, OVESCO) et TTSC (clips traditionnels « through-the-scope 17mm, Resolution, Boston Scientific) (Figure 1). Le dispositif TTSS consiste à ancrer 4 Tacks (sortes de vis) entre lesquels coulisse un fil de suture.
Nous avons ensuite procédé à l'ancrage de prothèses œsophagiennes EBN par TTSS chez des patients sélectionnés présentant des sténoses œsophagiennes réfractaires.

Figure 1 : différentes méthodes de fixation d'une prothèse œsophagienne sur modèle porcin



A – TTSC : 2 clips sont places de part et d'autre de la prothèse et l'ancrent à la muqueuse adjacente
B – TTSS : Les Tacks 1 et 3 sont vissés au-dessus du stent et les 2 et 4 à travers les mailles de ce dernier (pattern en W)
C – OTSC : Macro-clip mordant le stent et la muqueuse adjacente.

Résultats : Dans les tests précliniques, le TTSS a démontré une résistance à la traction significativement plus élevée comparé à l'OTSC (p=0.03), aux TTSC (0.003) et à

l'absence d'ancrage (p=0.0001).
Nous avons réalisé 8 procédures d'ancrages de FCSEMS par TTSS chez 6 patients (dont 3 procédures chez un patient ave : 1ère pose et ancrage d'une prothèse standard, retrait programmé à 6 semaines, récidive précoce, nouvelle pose mal ancrée avec migration, 3ème pose d'une prothèse EBN avec ancrage satisfaisant et prothèse en place pendant 6 mois sans récidive après son retrait programmé). Les résultats techniques et cliniques sont encourageants. 2/6 patients ont pu garder leur prothèses 2 et 6 mois avec des bénéfices soutenus malgré de multiples échecs thérapeutiques antérieurs. 2/8 procédures se sont compliquées de migration des prothèses mais dans les 2 cas suite à un ancrage imparfait avec une prothèse tenant sur 3 des 4 Tacks suite au mauvais ancrage d'une des attaches. Les 6/8 prothèses ancrées correctement sont restées en place et ont pu au moment opportun être retirées sans difficulté en coupant simplement le fil de suture. Ce dispositif a permis l'utilisation de prothèses EBN longue durée dont l'une d'elles a pu rester en place 6 mois sans s'incarcérer et sans migrer.

Conclusion : Il s'agit de la première description préclinique et clinique des bénéfices de la fixation de prothèses œsophagiennes de longue durée par système TTSS dans les sténoses bénignes réfractaires de l'œsophage. Un ancrage par TTSS pourrait permettre l'utilisation de prothèses à double couche de silicone laissées en place plusieurs mois. Nous envisageons une étude prospective contrôlée afin de vérifier cette hypothèse.

P.018

Embolisation par coil sous échoendoscopie pour hémorragie digestive d'origine tumorale : une série de 9 cas

M. Beaussac [(1)], A. Assaf [(1)], V. Garbay [(1)], M. Poiraud [(1)], S. Hoibian [(1)], Y. Dahel [(1)], M. Giovannini [(1)], J.P. Ratone [(1)], F. Caillol [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : L'hémorragie digestive est une des premières urgences en gastro-entérologie, liée ou non à l'hypertension portale (HTP). L' écho-endoscopie a été décrite dans la prise en charge de l'HTP. Dans la littérature, environ 5 à 10% des cancers vont se compliquer d'hémorragie digestive. Peu de séries dans la littérature décrivent des cas d'hémostase sous écho-endoscopie d'hémorragie digestive d'origine tumorale et aucune série spécifique sur ce sujet. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'embolisation par coil sous écho-endoscopie d'hémorragies digestives hautes d'origine tumorale.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique réalisée de janvier 2020 à juin 2025. Tous les cas d'embolisation sous échoendoscopie ont été recensés. Les cas d'hémorragie d'origine non tumorale ont été exclus. Les caractéristiques démographiques des patients, l'origine tumorale, les succès cliniques et techniques, le nombre de coils utilisés, les effets indésirables, complications et récidives hémorragiques, la reprise d'un traitement oncologique ont été recensés et décrits. Le succès technique était la mise en place de coils dans l'artère considérée comme nourricière de la tumeur. Le succès clinique était l'arrêt de l'hémorragie

Résultats : 17 patients ont bénéficié d'une embolisation sous échoendoscopie. 9 cas d'embolisation de coil pour hémorragie d'origine tumorale ont été inclus.
Tous les patients avaient eu une endoscopie avec hémostase en échec au préalable. Un patient a eu une tentative d'embolisation radiologique.
Les étiologies tumorales étaient : 3 GIST (2 gastriques dont 1 métastatique, 1 duodénale métastatique, 3 3 . 3 %), 2 tumeurs neuro-endocrines (1 grêle, 1 pancréatique, métastatiques, 22.2%), 1 adénocarcinome duodénal (11.1%), 1 envahissement hépatique tumoral sur carcinome mammaire métastatique avec hémorragie péri-prothétique biliaire (11.1%), 1 adénocarcinome du cardia métastatique (11.1%), 1 adénocarcinome pulmonaire avec envahissement gastrique (11.1%)

Sexe, Age (ans)	Tumeur	Clinique	Procédure	Succès (Tech/clin)	Complications	Récidive	Hospitalisation (jours)
H, 55	GIST duodénale M+	Anémie non extériorisée	22G/0,018 (2)	Oui	0	0	6
H, 42	GIST gastrique M+	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (2)	Oui	Douleurs abdominales	0	3
H, 79	TNE grêle M+	Méléna et déglobulisation	19G/0,035 (1)	Oui	Cauchemars	0	5
F, 77	ADK duodénal	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (4)	Oui	0	0	12
F, 84	GIST Gastrique	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (4)	Oui	0	0	2
F, 71	TNE pancréatique M+	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (4)	Oui	0	1 (embol. EE, succès)	10
F, 65	Carcinome sein M+	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (1)	Oui	0	0	22
H, 56	ADK cardia M+	Hématémèse, méléna, déglobulisation	22G/0,018 (6) 19G/0,035 (1)	Non (embol. radiol., échec)	0	0	23
H, 65	Cancer poumon M+ gastrique	Méléna et déglobulisation	22G/0,018 (4)	Oui	0	0	3

Le succès technique était de 88.8% (8/9 patients). Le succès clinique était de 100% (8/8 patients).
Une aiguille 22G a été utilisée pour 8 patients, une 19G pour 1 patient. 3 coils/patients ont été posés en moyenne. Les 9 patients ont eu une séance d'embolisation.
La morbidité (AGREE ≥ 3) était de 0%. 2 décès sont survenus dans les 30 jours en rapport avec l'évolution de la maladie.
Le suivi moyen était de 10 mois. Aucune complication retardée n'a été décrite. Une récidive hémorragique à 6 mois a été décrite, prise en charge par une nouvelle embolisation. La reprise d'un traitement oncologique a été possible pour 8/9 patients.

Discussion : Depuis ses débuts dans les années 1980, l'écho-endoscopie digestive est devenue un outil de diagnostic largement utilisé pour plusieurs pathologies. Ces dernières années, l'écho-endoscopie s'est étendue au domaine interventionnel/thérapeutique dans différents domaines, notamment la thérapie vasculaire dans des cas qui relevaient traditionnellement du domaine de l'endoscopie conventionnelle, de la radiologie interventionnelle ou de la chirurgie. L'embolisation sous écho-endoscopie de lésions

tumorales hémorragiques est encore peu décrite, par des séries de faibles effectifs.
Nos résultats sont globalement similaires en terme de succès technique et clinique aux autres méthodes d'embolisation sous écho-endoscopie.
Actuellement, l'embolisation par voie radiologique est l'alternative de référence à la chirurgie pour les hémorragies digestives réfractaires non liées à l'hypertension portale. La littérature rapporte des taux de succès technique (69-100%) et clinique (63-97%) variables, avec des complications parfois graves. Les taux de succès technique sont similaires dans notre étude, avec un taux de succès clinique supérieur, sans complication rapportée. Dans la littérature, l'usage d'un seul agent d'embolisation (coils seuls ou éponge seule) n'a pas été montré comme facteur prédictif de mortalité.
Des études d'effectifs plus larges, prospectives et multicentriques seront nécessaires pour confirmer nos résultats.

Conclusion : L'embolisation de coil sous échoendoscopie pour hémorragie digestive d'origine tumorale montre des résultats rassurants en terme d'efficacité et complications. Des études de plus larges effectifs seront nécessaires pour confirmer sa place dans la stratégie thérapeutique face aux autres techniques d'hémostase.

P.019

Évaluation de l'efficacité de la prise en charge des pancréatites aiguës nécrosantes depuis l'avènement des prothèses d'apposition métalliques au CHU de Lille

A. Toffa [(1)], R. Gérard [(1)], J. Branche [(1)], M. Prodeau [(1)], P. Wils [(1)], A. Blondeaux [(1)]
(1) Lille.

Introduction : La pancréatite aigüe est la première cause d'hospitalisation pour urgence abdominale en Europe, et représente environ 15 000 cas par an en France.
Elle se complique dans 10 à 20% des cas de collections post pancréatites pouvant évoluer vers la nécrose encapsulée, avec une mortalité importante (jusqu'à 35%) du fait des nombreuses complications, notamment compressives et septiques qu'elles entrainent.
La prise en charge historique de ces collections est chirurgicale, avec un pronostic sombre et des hospitalisations prolongées.
Depuis plusieurs années, la prise en charge écho-endoscopique est privilégiée, avec le drainage transmural. Celui-ci était réalisé par kysto-gastrostomie avec mise en place de prothèses en double queue de cochon. Désormais, l'utilisation de prothèses d'apposition métallique (HOT AXIOS®, Boston) dans la prise en charge de la nécrose encapsulée post-pancréatite est à considérer comme un traitement de première intention, devant la mise en évidence d'un temps de procédure plus court, d'une diminution du nombre de réinterventions, ainsi que d'un succès clinique supérieur.
L'objectif de notre travail était d'étudier l'évolution clinique et morphologique à 6 mois des patients hospitalisés aux CHRU de Lille pour pancréatite aigüe sévère avec nécessité de drainage endoscopique d'une collection nécrotique, depuis l'avènement des prothèses d'apposition métalliques.

Patients et Méthodes : Nous avons donc réalisé une étude rétrospective observationnelle monocentrique. Notre travail s'intéressait aux patients hospitalisés au CHRU de Lille pour pancréatite aigüe sévère avec drainage endoscopique par pose de prothèse d'apposition entre 2018 et 2024. Nous avons pu recueillir les informations cliniques, biologiques et morphologiques initiales, les détails de la prise en charge endoscopique avec notamment le drainage et le nombre de séances de nécrosectomie, ainsi que l'évolution symptomatique et morphologique jusque 6 mois. Nous avons également recherché la nécessité d'un drainage radiologique et/ou chirurgical complémentaire.

Résultats : Soixante-neuf patients ont été inclus, avec un âge moyen de 56 ans. La cause de la pancréatite était biliaire dans 57 % des cas.
À 6 mois, le succès clinique et morphologique (défini par l'absence de symptômes et de collection résiduelle au scanner) après une prise en charge endoscopique exclusive était obtenu chez 63,9 % des patients. Ce taux atteignait 80 % lorsqu'une stratégie multimodale était nécessaire, incluant un recours complémentaire à la radiologie et/ou à la chirurgie. La survie globale à 6 mois était de 91 %.
Le drainage par kystogastrostomie avec Axios avait une durée médiane de 16 minutes, avec un taux de complications de 8,6 %, dont la moitié étaient sévères. Les séances de nécrosectomie endoscopique duraient en moyenne 41 minutes, avec un taux de complications de 18 %.
Concernant les facteurs associés au succès endoscopique à 6 mois, la mise en place d'un drain naso-kystique ne montrait pas de bénéfice significatif (56 % *vs* 65 %, p = 0,6). Un délai supérieur à 7 jours après le drainage initial avant la première séance de nécrosectomie semblait associé à une meilleure évolution (68 % *vs* 57 %, p = 0,52). De même, la présence d'une collection rétro-gastrique pure (68 % *vs* 50 %, p = 0,18) et le maintien de la prothèse d'apposition au-delà de 3 semaines (68 % *vs* 57 %, p = 0,44) étaient liés à un taux de succès plus élevé, malgré une absence d'association statistiquement significative.

Conclusion : Au CHRU de Lille, la prise en charge endoscopique des collections de coulées nécroses post-pancréatite après drainage par prothèse AXIOS® a permis un succès clinique et radiologique à 6 mois dans près des deux tiers des cas, porté à 80 % après recours aux approches

complémentaires. Les complications ont été rares. L'utilisation du drain naso-kystique et le délai de nécrosectomie n'ont pas montré d'impact significatif, mais la temporisation pourrait être bénéfique. Notre étude suggère également que laisser la prothèse en place plus de 3 semaines pourrait améliorer le succès de la prise en charge endoscopique. Ces résultats confirment l'intérêt d'une stratégie individualisée et parfois multimodale, tout en soulignant la nécessité d'études prospectives afin d'optimiser cette prise en charge.

P.020

Quand la gélatine devient un simulateur : un modèle économique et réaliste pour la formation en échoendoscopie interventionnelle (FNA/FNB)

A. Boutaleb [(1)], A. El Amghari [(1)], M. El Bied [(1)], N. Belasri [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'évolution des modèles non tissulaires pour l'Echoendoscopie interventionnelle : Fine Needle Aspiration EUS (FNA) et Fine Needle Biopsy EUS (FNB) a été marquée par des innovations significatives visant à améliorer la simulation des tissus réels. Ces modèles permettent aux praticiens de perfectionner leurs compétences avant de réaliser des procédures cliniques. Les simulateurs physiques non tissulaires représentent un outil d'apprentissage sûr, standardisé et accessible.Notre objectif était de développer et d'évaluer un modèle artisanal, économique et réaliste simulant les caractéristiques échographiques et mécaniques des tissus cibles pour l'entraînement à la ponction et à la biopsie sous écho endoscopie.

Matériels et Méthodes : Nous avons créé un phantom composite en utilisant un mélange de gélatine alimentaire (450g) et d'amidon de maïs (900g) pour 6 L d'eau filtrée, assurant une bonne échogénicité et une consistance tissulaire réaliste. Des cibles hyperéchogènes (raisins pelés) et hypoéchogènes (tomates cerises) ont été incorporées pour simuler des lésions. Le modèle a été coulé dans une boîte plastique lubrifiée à l'huile et traversée de tubes simulant les canaux opérateurs, a été refroidi à −20 °C, puis conservé à 4 °C. Son évaluation a porté sur la qualité de l'image échographique, la sensation de ponction, la stabilité structurelle et le coût de production.

Résultats : Le modèle reproduit de manière fidèle l'échostructure des tissus mous et des lésions, permettant un apprentissage complet des étapes clés de l'EUS-FNA/FNB : repérage, positionnement de l'aiguille et aspiration. La sensation de résistance à la ponction était réaliste. Le coût de production était inférieur à 8€ par unité, et la préparation prenait moins de 2 heures.Les limites concernaient la conservation à 4 °C et la durabilité limitée après plusieurs ponctions.

Discussion : Face aux simulateurs virtuels coûteux et aux modèles tissulaires complexes, notre solution démontre que l'innovation pédagogique peut être simple et accessible. Elle représente une étape cruciale et pragmatique dans le parcours de formation, complémentaire aux approches high-tech émergentes comme l'IA. Ce modèle comble une lacune importante en offrant un outil de répétition psychomotrice à grande échelle, essentiel pour maîtriser des gestes à haut risque.

Conclusion : Nous présentons un modèle de simulation pour l'EUS interventionnelle qui est réaliste, reproductible et extrêmement économique. Il constitue un outil pédagogique pour les ateliers de formation, démocratisant l'accès à un entraînement de qualité et s'inscrivant parfaitement dans une démarche d'optimisation des compétences basée sur la simulation avec une possibilité de développement par IA.

P.021

CPRE dans la prise en charge des angiocholites : un enjeu temporel pour le pronostic

I. Hafid [(1)], F.E. Jaouhari [(1)], I. Kenafi [(1)], S. Harchelkorane [(1)], A. Faik [(1)], A. Akjay [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Le délai de réalisation de la CPRE dans l'angiocholite aiguë constitue un facteur déterminant du pronostic, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée

Patients et Méthodes : Étude prospective incluant un total de 97 CPRE réalisées, dont 70 dans le cadre d'une angiocholite et 7 cas d'échec. La période d'étude s'étend de mai 2024 à aout 2025. Les données ont été extraites des dossiers médicaux et traitées statistiquement avec SPSS (version 21). Les tests de Khi-deux et le test exact de Fisher ont été appliqués pour évaluer les associations entre délai d'intervention, stade clinique et pronostic. Une valeur p <0,05 a été considérée comme significative.

Résultats : La population étudiée comprenait un total de 200 CPRE réalisées, dont 121dans un contexte d'angiocholite. Parmi ces procédures, 7 ont été des échecs.
L'âge moyen des patients était de 64 ans. Une majorité de femmes (57,4 %) a été observée, avec un sex-ratio femme/homme de 1,34.
La durée moyenne d'hospitalisation a été plus longue chez les patients ayant bénéficié d'une CPRE après 48 heures (4,16 jours) par rapport à ceux traités avant ce délai (2,25 jours).
Impact du délai d'intervention sur l'évolution clinique
Le délai de réalisation de la CPRE a eu une influence notable sur l'évolution des patients. Le taux de sepsis a été significativement plus élevé chez les patients traités après 48 heures (10,5 %) par rapport à ceux traités plus précocement, où aucun cas n'a été recensé (p = 0,04). De même.
Les complications telles que la pancréatite et les hémorragies ont été plus fréquentes dans le groupe ayant bénéficié d'une CPRE tardive (5,1 % contre 0 %, p = 0,03).
La récidive de l'angiocholite n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (14,2 % avant 48h *vs* 10 % après 48h, p = 0,27).
La mortalité a été plus élevée chez les patients traités tardivement (8,6 %) que chez ceux traités précocement (4,5 %), avec une différence proche de la signification statistique (p = 0,05).
Corrélation entre stade d'angiocholite et évolution selon le délai
L'évolution des patients a également été influencée par le stade initial de l'angiocholite. Pour les patients au stade A, une évolution favorable a été observée dans 83,3 % des cas pour une intervention précoce, contre 100 % lorsque la CPRE était réalisée après 48 heures.
En stade B, les taux d'évolution favorable étaient de 80 % avant 48 heures et de 96,2 % après ce délai.
Pour le stade C, une diminution de l'évolution favorable a été constatée chez les patients traités tardivement (72,7 % contre 75 %), avec une différence significative (p = 0,02).
Répartition étiologique des angiocholites
Les causes les plus fréquentes d'angiocholite étaient dominées par la lithiase biliaire, représentant 46,8 % des cas, principalement dans les stades A et B.
Les tumeurs biliaires et pancréatiques représentaient 43,5 % des étiologies, avec une prédominance dans les stades B et C.
Les autres causes, incluant les compressions extrinsèques et la KHF, étaient moins fréquentes (9,7)

Conclusion : Cette étude prospective met en évidence l'importance d'une CPRE précoce (<48h) pour améliorer le pronostic des patients atteints d'angiocholite, en particulier dans les formes avancées. Le retard d'intervention ≥48 heures est significativement associé à une augmentation du sepsis (p=0,04), des complications (p=0,03) et de la mortalité (p=0,05). La lithiase biliaire reste la principale étiologie, tandis que les tumeurs sont associées aux formes les plus sévères.

P.022

Traitement des sténoses biliaires bénignes par prothèses expansives biorésorbables : sécurité et efficacité sur une série de cas monocentrique

G. Marcellier [(1)], A. Hedjoudje [(2)], B. Jaïs [(3)], K. Bourhrara [(3)], F. Maire [(3)], A. Berson [(3)], P. Rivallin [(3)], F. Prat [(3)]
(1) Paris ; (2) Boulogne-Billancourt ; (3) Clichy.

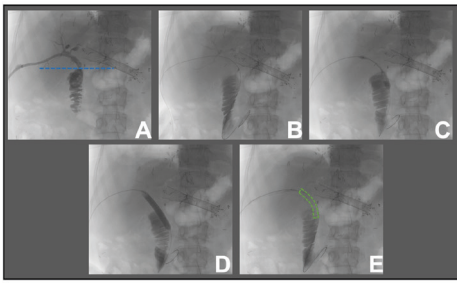
Introduction : Les sténoses biliaires bénignes sont habituellement prises en charge en endoscopie à l'aide de prothèses plastiques ou métalliques couvertes. Ces dernières permettent un calibrage plus rapidement efficace, mais présentent un risque de migration plus élevé et leur utilisation est limitée à l'implantation dans la VBP pour ne pas risquer de couvrir de collatérales hilaires. Nous rapportons ici notre expérience de l'utilisation de prothèses expansives non couvertes biorésorbables.

Patients et Méthodes : Cette série rétrospective monocentrique inclut des patients traités entre 2023 et 2024. Les patients présentaient des sténoses biliaires bénignes non accessibles a des prothèses conventionnelles (impossibilité de les retirer, positionnement intrahépatique).

Les prothèses résorbables utilisées (Unity-B™, Q3 médical, Allemagne) sont serties sur un ballon et dilatées au diamètre souhaité (max 10mm). Le temps de résorption complète est de 3 mois. Tous les patients ont été suivis pendant au moins 8 mois après la procédure. Les taux de succès technique, clinique et d'événements indésirables ont été recueillis.

Figure : Illustration d'un des cas, internalisation percutanée d'un drain interne–externe avec une prothèse biorésorbable UnityB

A) Opacification à travers le drain interne–externe. La ligne bleue représente l'anastomose.
B) Remplacement du drain par un guide.
C) Dilatation du ballonnet sur lequel est serti la prothèse biorésorbable.
D) Dilatation du ballonnet permettant le déploiement de la prothèse à un diamètre de 10 mm
E) Retrait du ballonnet ; la prothèse, quasiment invisible en scopie, est mise en évidence en vert.



Résultats : Cinq procédures ont été réalisées chez cinq patients, avec l'implantation d'un total de 8 prothèses résorbables.
- 3 Patients avaient une anatomie modifiée sténose d'une anastomose bilio-digestive. Les patients ont été initialement drainés par voie radiologique avec pose d'un drain interne-externe. La pose d'une prothèse unity-B™ par voie percutanée a permis le retrait du drain et l'internalisation du drainage tout en poursuivant le calibrage de l'anastomose 3 mois supplémentaires. 2 de ces patients ont reçu 2 prothèses unity-B™ en raison d'un abord double (1 cas) et de la longueur de la sténose (1 cas). Le cas du 3ème patient est présenté en annexe.
- Un patient a été traité par drainage endoscopique extra-anatomique (cholédoco-jéjunostomie) pour une sténose anastomotique blio-digestive post-DPC associée à une lithiase. La pose d'une prothèse résorbable a permis de remplacer la prothèse d'apposition luminale utilisée pour créer la néo-anastomose et de calibrer celle-ci, ainsi que d'éliminer la lithiase de stase formée en amont de la sténose.
- Un patient été traité pour calibrer une sténose intrahépatique post radiofréquence, permettant un calibrage plus large que ce qu'aurait offert une prothèse plastique.
Le succès technique a été obtenu dans tous les cas (100 %),

avec un succès clinique observé chez 80 % des patients (Un des patients ayant présenté une récidive tumorale sur son anastomose). Aucun événement indésirable n'a été rapporté.

Conclusion : L'utilisation des prothèses biorésorbables semble efficace et permet de traiter des situations complexes ou inhabituelles, y compris intra-hépatiques ou en anatomie modifiée. Nous n'avons pas constaté de complication dans cette série. Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires. Le développement prochain de prothèses à plus longue durée de résorption pourrait modifier significativement la prise en charge des sténoses bénignes.

P.023

MASLD et fibrose hépatique : l'œil du généraliste face à une épidémie silencieuse

M. Fartmissi [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La maladie hépatique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) représente aujourd'hui la première cause de pathologie hépatique chronique à l'échelle mondiale. Sa détection précoce, avant l'apparition de complications métaboliques sévères ou l'évolution vers une fibrose avancée, est devenue un véritable enjeu de santé publique. Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs clés du parcours de soins, sont en première ligne pour suspecter la MASLD chez leurs patients et initier sa prise en charge.
Cette étude vise à évaluer le rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage de la MASLD et de la fibrose hépatique, en mettant l'accent sur l'utilisation des tests sanguins non invasifs disponibles en pratique courante.

Patients et Méthodes : Un questionnaire numérique a été conçu et diffusé auprès des médecins généralistes exerçant au Maroc, afin d'explorer leur niveau de connaissance sur la MASLD ainsi que leur approche face à cette affection, notamment en ce qui concerne l'usage des tests non invasifs pour évaluer la fibrose hépatique. La collecte des réponses a été faite de Janvier à Juillet 2025. L'ensemble des données recueillies est anonyme.

Résultats : Au total, 107 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, avec un âge moyen de 42 ans. Ils étaient répartis entre les secteurs public (39,6 %) et privé (60,4 %). Trente six pour cent exerçaient en zone rurale.
La majorité des répondants (63,2 %) déclaraient connaître la MASLD, ainsi que son lien avec le syndrome métabolique (82 %). Néanmoins, seuls 43 % avaient conscience du risque évolutif vers une cirrhose, et 36,1 % de la possibilité de progression vers un carcinome hépatocellulaire. Par ailleurs, seuls 36,3 % considéraient la MASLD comme un véritable enjeu de santé publique.
Concernant le dépistage, 60,6 % des médecins généralistes indiquaient ne pas rechercher systématiquement la MASLD. En revanche, 32,8 % déclaraient le faire chez les patients présentant des facteurs de risque tels que le diabète de type 2 (41 %), l'obésité (48 %), la dyslipidémie (26,9 %) ou encore la prise de certains médicaments (17 %).
Pour explorer la MASLD, les médecins prescrivaient principalement : une numération formule sanguine (90,2 %), une glycémie à jeun (72 %), un bilan lipidique (55,3 %), les transaminases (78,2 %) et une échographie abdominale (50,1 %). En moyenne, chaque praticien diagnostiquait environ 3 nouveaux cas de MASLD par an, et 60,5 % d'entre eux cherchaient également à évaluer la présence d'une fibrose hépatique.
Concernant les outils de dépistage non invasifs, 72,2 % connaissaient au moins un score biologique. Le Fib-4 (73 %), le NAFLD Fibrosis Score (57,1 %) et le Hepatic Steatosis Index (HSI – 27 %) étaient les plus fréquemment cités. Toutefois, 35,8 % des médecins ne dirigeaient pas systématiquement leurs patients vers un spécialiste (hépatologue ou gastro-entérologue), préférant initier des mesures hygiéno-diététiques (92 %) et prévoir une réévaluation à six mois (82,1 %).

Conclusion : La reconnaissance et le dépistage de la MASLD demeurent insuffisants en médecine générale. Il apparaît donc essentiel de renforcer la coordination entre les médecins généralistes et les spécialistes du foie, ainsi que de promouvoir une meilleure diffusion de l'information sur les profils à risque, les outils de dépistage accessibles, et l'importance d'un diagnostic précoce pour éviter la progression de cette pathologie silencieuse.

P.024

Seladelpar dans le cadre de la cholangite biliaire primitive. Premiers résultats dans un hôpital tertiaire

A. Castiella Eguzquiza [(1)], M.J. Sanchez-Iturri [(1)], E. Zapata [(1)], L. Aburruza [(1)], Y. Perez-Castaño [(1)], A. Izagirre [(1)], S. Torrente [(1)]

(1) Saint-Sébastien, ESPAGNE.

Introduction : L'acide ursodésoxycholique (AUDC) est utilisé depuis des décennies dans le traitement de la cholangite biliaire primitive (CBP) et peut entraîner des améliorations biochimiques et histologiques. Des bénéfices évidents ont été observés en termes de nécessité de transplantation hépatique et de mortalité chez ces patients. Chez les patients sur lesquels l'objectif d'amélioration n'est pas atteint en raison d'une réponse inadéquate à l'AUDC (qui peut atteindre 40 %), il était possible d'utiliser l'acide obéticolique (OBC) en deuxième ligne de traitement. Le bézafibrate (BF) est également utilisé comme traitement de deuxième ligne (off-label) et même la trithérapie (AUDC + OBC + BF) a parfois donné des résultats encourageants. Deux nouveaux médicaments viennent d'être approuvés pour le traitement de la CBP en deuxième ligne: le seladelpar et l'elafibranor. L'objectif de notre étude est de présenter les premiers résultats de l'utilisation du seladelpar en association avec l'AUDC ou en monothérapie (en cas d'intolérance/effets secondaires) chez les patients atteints de CBP dans notre hôpital.

Patients et Méthodes : Patients ayant déjà suivi un traitement de deuxième ligne avec AUDC et acide obéticolique (retiré), avec AUDC et fibrates, triple thérapie (AUDC+OBT+BZ) ou en monothérapie. Le changement de médicament a été effectué sans période de repos (à la fin du traitement par OBT, le seladelpar a été instauré), en maintenant l'AUDC et en retirant les fibrates (comme indiqué dans les essais d'enregistrement).

Résultats : 24 patients sous traitement ont été inclus dans le contrôle analytique post-début du traitement (22 femmes/2 hommes). Âge moyen : 62,79 ± 8,53 ans (45-79). Délai entre le début du traitement et l'analyse initiale : 56,5 jours (15-96). Fibroscan pré-traitement : 7,97 ± 5,45 kPa (3,4-31,1). F4 : 1 ; F2-3 : 1 ; F2 : 9 ; F1 : 13. Traitement préalable : Monothérapie UDCA : 2. Double : UDCA + fibrate (hors AMM) : 1. Double : AUDC + OBT (retiré) : 9. Triple AUDC + OBT (révoqué-E.M.A.) + fibrate (off-label) : 9. Sans traitement (pour cause d'intolérance) : 3.
La clinique CBP: Asthénie : 2 amélioration 1. Prurit : 5 amélioration 4.
Analyses avant le début du traitement : AST-30,33± 14,30. ALT-30,00 ±23,28. FA-174,50±66,23. GGTP 84,37±100,57. Bilirubine-0,50±0,34.
Analyses post-traitement : AST-34,12±18,31. ALT-25,50±12,30. FA-148,04±52,46. GGTP 89,79±69,77. Bilirubine-0,60±0,41.
Lipides : Triglycérides : pré-traitement : 88,47 ± 40,28; post-traitement : 96,57 ± 45,49. Cholestérol total : - pré-traitement : 202,64 ± 37,26 ; post-traitement : 194,50 ± 39,94.
Phosphatase alcaline (PA) : Avant traitement : 15 avec des valeurs PA > 1,67 fois LHN. Après traitement : 4 avec des valeurs > 1,67 fois LHN. PA diminuée > 15 % : 15. PA : diminuée chez 18, augmente chez 6 (groupe triple thérapie). PA normale : 4 avant, 3 après.
Effets secondaires : 3 patients présentant des troubles dyspeptiques, 2 céphalée, 2 élévation des transaminases).

Conclusion : Le seladelpar est un médicament utile dans la pratique clinique habituelle et permet d'améliorer les chiffres de PA chez la plupart des patients chez lesquels nous avons commencé le traitement.

P.025

Apport de la biopsie hépatique dans la MVPS

I. Aluahabi [(1)], M. Kadiri [(1)], F.Z. Chabib [(1)], N. Lagdali [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Ajana [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) est une cause rare mais importante d'hypertension portale non cirrhotique. Elle regroupe des atteintes hépatiques caractérisées par des anomalies des petits vaisseaux intra-hépatiques. Le diagnostic repose sur l'absence de cirrhose, la présence de signes d'hypertension portale (HTP) et surtout sur les lésions histologiques. La biopsie hépatique constitue donc un élément central, permettant de mettre en évidence des anomalies spécifiques, d'exclure d'autres étiologies et de mieux orienter la prise en charge. Toutefois, la qualité du prélèvement (taille, fragmentation, nombre d'espaces portes) conditionne largement sa rentabilité diagnostique.

L'objectif de ce travail etait d'évaluer l'apport de la biopsie hépatique dans le diagnostic de la MVPS, en analysant ses performances, ses limites et les facteurs influençant la positivité histologique.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de 9 ans,de janvier 2017 à octobre 2025, incluant tous les patients diagnostiqués MVPS selon les critères du réseau VALDIG :1. Absence de cirrhose + au moins un signe histologique spécifique,2. Absence de cirrhose + au moins un signe spécifique d'HTP,3. Absence de cirrhose + au moins un signe histologique non spécifique + au moins unsigne non spécifique d'HTP. Les données des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers médicaux. La normalité des distributions a été testée par le test de Shapiro-Wilk. Les variables quantitatives ont été décrites par moyenne ± écart-type ou par médiane [IQR] selon leur distribution, et les variables qualitatives par effectifs et pourcentages.

Résultats : Quarante-trois (43) patients ont été inclus, avec un âge moyen de 42,4 ± 12,6 ans et une prédominance féminine (24, soit 55,8%). Les modes de révélation étaient un syndrome anémique (17, soit 39,5%), une douleur abdominale (14, soit 32,6%) et une hémorragie digestive (12, soit 28,6%). Aucun cas d'encéphalopathie n'a été noté.Cliniquement, les CVC étaient présentes dans (4) cas (9,3%), la splénomégalie dans (8) cas(18,6%) et l'ascite dans (3) cas (7%).Biologiquement, une cytolyse était notée chez (5) patients (14,3%), une cholestase chez (11) (30,6%), une insuffisance hépatocellulaire chez (7) (18,9%). Les cytopénies étaient fréquentes avec une pancytopénie observée chez (19) patients (67,9%) et une bicytopénie chez (5)(17,9%).À l'endoscopie, des VO étaient retrouvées dans (31) cas (75,6%), GOV dans (8) (19,5%) etune gastropathie hypertensive dans (9) cas (22,5%).Une thrombose porte était notée dans (11) cas (25,6%) et un cavernome dans (4) cas (9,3%).Le diagnostic de MVPS a reposé sur les critères histologiques dans (26) cas (60,5%), dont(17) (65,5%) avec des lésions spécifiques.
10 (23%) présentait une veinopathie portale oblitérante, 4(9,3%) présentait une fibrose septale incomplete, 5 (11%) présentaient une sclérose hépatoportale. 6 (13,9%) présentaient une dilatation sinusoidale non zonale et 2 (4,6%) présentaient unefibrose périsinusoidale légère. Toutefois, la qualité du prélèvement était souvent limitée : seulement (2) PBH (6,3%) étaient pleinement adéquates, avec une fragmentation observée dans (18) cas (47,4%). Malgré cela,(13) patients (40,6%) présentaient des signes histologiques de MVPS sur des prélèvementsjugés inadéquats.

Conclusion : La biopsie hépatique conserve une place essentielle dans le diagnostic de la MVPS, permettantde confirmer les lésions spécifiques et d'exclure la cirrhose. Cependant, sa rentabilité est limitée par la fragmentation fréquente des prélèvements et l'absence de standardisation de la qualité minimale requise. Nos résultats soulignent la nécessité d'améliorer les conditions deréalisation des PBH et d'uniformiser les critères d'adéquation afin d'optimiser la détection des lésions caractéristiques de la MVPS.

P.026

Parcours de soins hépatite C : évaluation des connaissances des pharmaciens officinaux

F. Chaffraix [1], P. Etienne [1], A. Saviano [1], D. Paya [1], C. Barth [1], A. Velay [1]

(1) Strasbourg.

Introduction : Depuis 2018, les antiviraux à action directe (AAD) contre l'hépatite C sont délivrables en pharmacie d'officine. Plus récemment, la réalisation de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) des infections par le virus de l'hépatite C (VHC) en pharmacie, a été envisagée. Dans ce contexte, nous avons évalué par questionnaire, les connaissances des pharmaciens d'officine du département, concernant les infections par le VHC et sa prise en charge.

Matériels et Méthodes : Du 01/07 au 15/08/2025, un questionnaire anonymisé a été diffusé à toutes les pharmacies du département. Une partie du questionnaire concernait les informations démographiques et les modalités d'exercice (ancienneté d'obtention du diplôme, titulaire ou adjoint, secteur d'exercice rural ou urbain) des répondants. La seconde partie du questionnaire portait sur des connaissances générales sur la transmission, le diagnostic, et le traitement de l'hépatite C. Leur pratique de délivrance des AAD et leur avis sur la réalisation des TROD en officine ont également été sondés.

Résultats : A ce jour, les réponses issues de 66/240 (27,5 %) officines, soit 108 pharmaciens, ont été recueillies. Les répondants étaient surtout des femmes (n= 75, 69 %). Ils étaient diplômés depuis moins de 5 ans pour 30 % (n=32), 5 à 10 ans pour 15 % (n=16) et 10 à 20 ans pour 19 % (n=21) et plus de 20 ans pour 34 % (n=37). Quarante-deux répondants (39 %) étaient titulaires de leur officine et 65 répondants (60 %) exercaient en tant qu'adjoints. Ils travaillaient en secteur rurale pour 61 % (n=66) et en secteur urbain pour 37 % (n= 40). Parmi ceux exerçant en milieu urbain, pour la majorité d'entre eux la pharmacie était implantée dans un quartier (72.5 %, n= 29), pour 17, 5 % en centre-ville (n=7) et pour 5 % (n=2) dans un centre commercial. Un participant n'a pas souhaité fournir d'informations démographiques et deux participants n'ont pas renseigné leurs modalités d'exercice. Seuls 34 % (n= 37) des répondants connaissaient les différentes voies de transmission du VHC et 53 % (n=57) les principaux modes de contamination (UDIV, toxicomanie partage de pailles nasales, transfusion sanguine). Pour 41 % (n=44) des répondants, la fréquence d'évolution vers un portage chronique de l'infection était de 60 à 90%. Seuls 13 % (n=14) des répondants connaissaient l'impact en santé publique de l'infection chronique par le VHC (prévalence, pourcentage d'évolution vers le carcinome hépatocellulaire et mortalité associée). 10 % (n=11) des répondants pensaient qu'il existait un vaccin préventif contre le VHC. Aucune différence significative n'est apparue selon l'ancienneté du diplôme, le statut d'exercice titulaire/adjoint, ou le lieu d'exercice (rural ou urbains) pour l'ensemble de ces questions. Trente-deux répondants (30 %) ont su répondre aux questions concernant le dépistage sérologique et son interprétation en cas de positivité, avec un meilleur taux de bonnes réponses (37 %) parmi les adjoints (p< 0,05). Tandis que 34 % (n=37) de l'ensemble des répondants pensaient que la détection des anticorps signifiait que le virus était présent dans l'organisme. Pourtant 64 % (n=69) des répondants sont favorables au déploiement des TRODs en officine. Si 82 % (n=89) des répondants savaient qu'il existait des traitements antiviraux permettant de guérir l'hépatite C, seuls 50 % (n=54) étaient capables de citer les principaux AADs. Pourtant 36 % (n=39) déclaraient en avoir déjà délivré. Enfin, 87 % (n=94) ont rapporté un besoin de formations supplémentaires pour accompagner les patients dans le dépistage ou le soin. Aucune différence significative n'est apparue dans la distribution des réponses selon l'ancienneté du diplôme, le statut ou le secteur d'exercice.

Conclusion : Ces résultats préliminaires (arrêt du recueil des données prévues au 31/12/2025) illustrent le besoin de formation des pharmaciens dans la prise en charge de l'hépatite C. L'analyse des réponses obtenues nous permettra d'établir en collaboration avec l'équipe du centre expert hépatites virales référent une plaquette d'information sur l'infection par le VHC et sa prise en charge à l'attention des pharmacies d'officine du département.

P.027

Facteurs de risque et conséquences des élévations d'alanine aminotransférase (ALT) avant ou pendant le traitement chez les patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (HBC) : une étude de cohorte aux États-Unis (US)

G. Riachi [1], M. Drysdale [2], R. Chang [3], S. Wang [3], M. Pinaire [3], M. Mohan [3], R. Song [3], M.S. Duh [3], G. Dolman [4], T. Dickens [5], I. Gillespie [4]

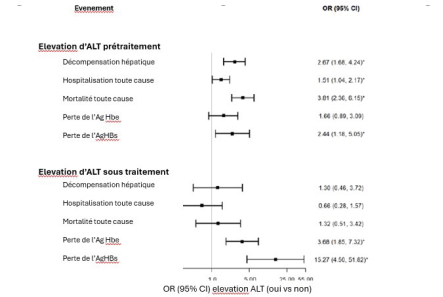
(1) Rouen ; (2) Londres, ROYAUME-UNI ; (3) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Stevenage, ROYAUME-UNI ; (5) Durham, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les patients atteints d'une HBC peuvent présenter des poussées d'ALT spontanément ou en raison de l'initiation ou de l'arrêt du traitement, probablement causées par l'action du système immunitaire contre les hépatocytes infectés. Nous avons évalué :

- l'association entre les poussées d'ALT avant et pendant le traitement et la perte de l'AgHBs ainsi que les résultats cliniques dans une population diversifiée aux États-Unis ;
- les facteurs de risque potentiels de ces poussées.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective réalisée à partir de la base de données de dossiers médicaux électroniques anonymisés Optum® (2012–2019) chez des patients atteints d'HBC aux États-Unis. Des modèles structurels marginaux ont estimé l'association entre les poussées d'ALT et les résultats cliniques en tenant compte des variables de confusion dans le temps ; des odd ratio ajustés (aOR) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été rapportés. Un modèle de régression de Cox des risques proportionnels a été utilisé pour évaluer les facteurs de risque des poussées d'ALT.

Figure : forest plot des associations ajustées entre les évènements cliniques et virologiques et les élévations de transaminases pre et sous-traitement chez des patients atteints d'hépatite B aux US



ALT : alanine amino transférase, CI intervalle de confiance, AgHBe : antigène d'enveloppe, AgHBs antigène de surface, OR odd ratio

Résultats : Parmi 14 328 patients HBC (avant traitement) sans co-infection, 2 298 ont initié un traitement (cohorte sous traitement ; 46 % Asiatiques, 59 % hommes, 29 % HBeAg positifs, âge moyen 48 ans). 364 (2,5 %) patients ont présenté ≥1 poussée d'ALT avant traitement et 84 (3,7 %) ≥1 poussée pendant le traitement. Les poussées d'ALT pendant le traitement étaient associées à la perte de l'AgHBs et de l'AgHBe (aOR [IC à 95 %] : 15,3 [4,5, 51,8] et 3,7 [1,9, 7,3], respectivement), mais pas aux résultats cliniques (décompensation hépatique, aOR : 1,3 [0,5, 3,7] ; hospitalisation, aOR : 0,7 [0,3, 1,6] ; décès, aOR : 1,3 [0,5, 3,4]). Les poussées d'ALT avant traitement étaient associées à une perte spontanée de l'AgHBs (aOR : 2,4 [1,2, 5,1]) et également à un risque accru de décompensation hépatique (aOR : 2,7 [1,7, 4,2]), d'hospitalisation (OR : 1,5 [1,04, 2,2]) et de décès (OR : 3,8 [2,4, 6,2]), probablement en raison de la progression de la maladie chez les patients non traités. Les facteurs de risque de poussée d'ALT avant traitement comprenaient le sexe masculin, des antécédents de poussées, le syndrome métabolique, la fibrose hépatique, la cirrhose compensée (CC) et la maladie hépatique décompensée (DLD). Les facteurs de risque de poussée pendant le traitement comprenaient un âge plus jeune, la race

blanche, des antécédents de poussées, la fibrose hépatique, la CC et la maladie hépatique décompensée (MHD).

Conclusion : Comprendre les facteurs de risque et les conséquences des poussées d'ALT chez les patients atteints d'une infection cHBV est essentiel pour fournir des soins optimaux. Conformément à la littérature, les poussées pendant le traitement étaient associées à la perte de HBsAg et de HBeAg. Les poussées survenant avant l'initiation du traitement étaient associées à des résultats cliniques à long terme, tandis qu'aucune association avec des résultats cliniques indésirables n'a été observée pour les poussées survenant pendant le traitement.

Remerciements, financements, autres :
Financement : Étude GSK 217283
Cet abstract a été présenté au congrès AASLD 2025. Ghassan Riachi présente au nom des auteurs avec leur permission.

P.028

Caractéristiques et utilisation des ressources de santé des patients présentant une perte de l'antigène de surface de l'hépatite B et vivant avec une infection chronique par le virus de l'hépatite B aux États-Unis

L. Parlati [(1)], M. Drysdale [(2)], R. Chang [(3)], M. Pinaire [(3)], M. Mohan [(3)], R. Song [(3)], S. Wang [(3)], T. Man [(3)], A. Coutinho [(4)], M.S. Duh [(3)], T. Dickens [(5)], I. Gillespie [(6)]

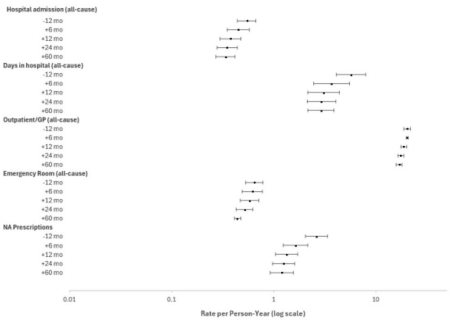
(1) Paris ; (2) Londres, ROYAUME-UNI ; (3) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Durham, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Stevenage, ROYAUME-UNI.

Introduction : L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (HBC) représente un problème de santé publique majeur dans le monde et aux États-Unis (US). La perte de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) est considérée comme un indicateur de guérison fonctionnelle de l'HBC; cependant, son impact sur l'utilisation des ressources de santé (HCRU) au sein de la population américaine reste mal compris.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été réalisée en utilisant les données de la base de dossiers de santé électroniques Optum® pour les patients atteints d'HBC entre le janvier 2012 et le 31 décembre 2019. L'exposition était définie par la perte de AgHBs, soit ≥2 tests AgHBs négatifs consécutifs espacés d'au moins 6 mois, le second marquant la date de perte. Le temps jusqu'à la séroconversion sur une période allant jusqu'à 5 ans a également été évalué à l'aide d'une analyse de Kaplan-Meier. Les données d'utilisation des ressources de santé (HCRU) telles que les admissions à l'hôpital, les passages aux urgences (UR), les consultations externes et les prescriptions de traitement anti-VHB ont été évalués chez les patients ayant perdu l'AgHBs et rapportés en taux par patient-année (PPA) dans les 12 mois précédant la perte de l'AgHBs et 6, 12, 24 et 60 mois après la perte de l'AgHBs.

Figure

Taux d'utilisation des ressources de santé toutes causes confondues et liées à l'HBC en PPA dans l'année précédant la perte de l'AgHBs, et les 6 mois, 12 mois, 2 ans et 5 ans suivant la perte de l'AgHBs



Résultats : Un total de 24 694 patients ont été inclus (~11 % sous traitement stable par analogue nucléos(t)idique [NUC]), parmi lesquels 776 (3 %) ont présenté une perte de l'AgHBs. Neuf patients (1 %) ont présenté une séroconversion dans les 5 années de suivi ; le temps médian jusqu'à la séroconversion n'a pas été atteint. Les admissions à l'hôpital, les jours d'hospitalisation et les prescriptions de NUC étaient numériquement inférieurs dans les 12 mois suivant la perte de l'AgHBs par rapport aux 12 mois précédents (0,4 *vs* 0,6 PPA ; 3,1 *vs* 5,7 PPA ; 1,3 *vs* 2,6 PPA, respectivement). Le taux de passage aux urgences était de 0,7 PPA dans les 12 mois précédant la perte de l'AgHBs, 0,6 PPA dans les 12 mois suivant la perte, et 0,4 PPA dans les 60 mois suivant la perte. Le taux de consultations externes était de 20,4 PPA dans les

12 mois précédant la perte de AgHBs, 18,9 dans les 12 mois suivant la perte et 17,0 dans les 60 mois suivant la perte.

Conclusion : Les taux d'utilisation des ressources de santé toutes causes confondues et les prescriptions de NUC étaient numériquement inférieurs après la perte de l'AgHBs par rapport à avant la perte de l'AgHBs. La perte de l'AgHBs, bien que rare, s'est avérée durable, avec une très faible proportion de patients présentant une séroconversion dans les 5 années suivant la perte.

Remerciements, financements, autres :
Financement : Étude GSK 217281
Cet abstract a été présenté à l'AASLD 25, Lucia Parlati présente au nom des auteurs avec leur permission.

P.029

Je t'aime un peu, beaucoup, passionnément, pas du tout : un street contact réalisé à l'occasion de la journée de la malbouffe pour évaluer notre rapport à celle-ci

P. Mélin [1], J. Pont [2], M. Leconte [3], V. MONOT [2], L. Garbet [2], J. Sainty [2], G. Maloigne [2]
(1) Saint-Dizier ; (2) Dijon ; (3) Limoges.

Introduction : À l'occasion de la Journée de la malbouffe le 21 juillet, puis durant tout l'été ensuite, des militants de SOS hépatites ont participé à différents évènements dans des villages ou des petites villes en Bourgogne : évènements Ville à Joie, Nevers Plage, Le grand Dej, etc.
Ils ont créé un street contact qu'ils ont proposé aux personnes rencontrées lors de ces différentes manifestations.

Patients et Méthodes : Ce street contact contenait une quinzaine de questions concernant leur rapport à la malbouffe : quelles sont leurs habitudes de consommation ? Comment gèrent-ils avec les enfants? Connaissent-ils ce qu'ils consomment ?
Une question concernait aussi l'activité physique.
À la fin du street contact, on les interrogeait sur leur poids et taille et leur demandions s'ils pensaient être en surpoids.

Résultats : 273 personnes ont répondu.
À 84%, ils pensent que la malbouffe est un problème de santé publique.
Presque la moitié disent cuisiner tout le temps (44%)
72% consomment de temps en temps de la malbouffe.
1/4 d'entre eux accepte le plus souvent les sorties fast-food demandées par les enfants ou petits enfants.
Seulement 20% disent non aux sodas particulièrement à table.
90% aimeraient tous que les bases de la cuisine et de la nutrition soit enseignée dès le plus jeune âge
Concernant les connaissances :
sur les différentes appellations des sucres, aucun n'a su répondre à 100% aux noms de sucres proposés.
48% savaient que 85% des AUT que l'on trouve en supermarché contiennent des sucres.

Discussion : Les MG interrogent très peu leurs patients sur leur alimentation et sur leur activité physique.
À la proposition : si SOS hépatites proposait des ateliers en visio
72% de disent intéressés par : protéger son foie de la stéatose et de la MASH
59% : lire les étiquettes des produits
63% : comment réduire le sucre au quotidien.
La population interrogée était mixte : 60% rurale et 40% citadine car il y a beaucoup de vacanciers l'été en Bourgogne.

Conclusion : Le public rencontré pour la plupart n'identifie pas complètement les produits ultratransformés, mais on sent une réelle prise de conscience des méfaits de la malbouffe.
La population est demandeuse d'informations plus claires notamment sur l'étiquetage.
Expliquer aux enfants dès le plus jeune âge est une priorité et ils sont pour un bon pourcentage très favorable à des ateliers gratuits.

P.030

L'impact des interventions pharmaceutiques sur la prise en charge des patients hospitalisés atteints de cirrhose : quel rôle pour le pharmacien clinicien ?

A. Casterman [(1)], V. Vandendriessche, A. Vandenbergue [(1)], B. Dubois [(1)], O. Dalleur [(2)], P. Yengue [(1)], H. Vandenbulcke [(1)]

(1) Tournai, BELGIQUE ; (2) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Les patients cirrhotiques, caractérisés par une insuffisance hépatique (IH), présentent un risque accru d'événements indésirables liés aux médicaments par rapport à la population générale. Dès lors, en cas de traitements pharmacologiques, choisir la bonne molécule et/ou adapter la posologie à la fonction hépatique sont indispensables.
Les interventions pharmaceutiques (IP) sont des actions proposées par le pharmacien clinicien, élaborées en collaboration avec les médecins prescripteurs, afin d'optimiser les traitements en termes de sécurité et d'efficacité. L'adaptation des traitements médicamenteux à l'IH est une problématique complexe, encore peu discutée dans la littérature et la pratique actuelles, soulignant une opportunité importante d'amélioration des soins.

Patients et Méthodes : Cette étude vise à évaluer l'impact des IP réalisées par un pharmacien clinicien dans la prise en charge des patients cirrhotiques hospitalisés. Deux objectifs secondaires sont également poursuivis. Le premier est d'évaluer l'adhésion aux critères de Baveno VII — portant sur la prise en charge de l'hypertension portale — en ce qui concerne la prescription des bêta-bloquants. Le second est de vérifier le processus de conciliation médicamenteuse à la sortie de l'hôpital, par un contact avec les pharmacies de ville. Cette étude prospective, monocentrique et interventionnelle a été menée sur une période de 12 semaines dans un hôpital secondaire en Belgique. Trente patients ont été inclus, dont 73,3 % présentaient une cirrhose d'origine alcoolique. Un pharmacien clinicien était physiquement présent dans le service de gastro-entérologie et proposait quotidiennement des IP, en tenant compte du degré d'IH. Ces IP ont ensuite été réévaluées par un comité d'experts composé d'un hépatologue et d'un pharmacien clinicien, à l'aide d'une grille d'évaluation adaptée de celle de la Society of Hospital Pharmacists of Australia.

Résultats : Au total, 143 IP ont été proposées, dont 84 % ont été entièrement acceptées par les médecins prescripteurs. Les plus fréquentes concernaient l'initiation d'un traitement (35,7 %), l'ajustement de la posologie (21,7 %) et l'arrêt d'un traitement (11,9 %). Parmi les 58 IP spécifiques de la cirrhose, 81,0 % ont été considérées à haut risque par l'hépatologue et 44,8 % par le pharmacien clinicien. Les bêta-bloquants (36,2 %), les psycholeptiques (13,8 %) et les hypolipémiants (12,0 %) étaient les classes les plus concernées. Le degré d'accord entre les deux experts, mesuré par le kappa de Cohen, variait de 0,190 à 0,450 (concordance faible à modérée), soulignant la complexité des IP dans la prise en charge de ces patients. Concernant les critères de Baveno VII, 20 % des patients éligibles (n = 25) n'ont pas reçu de bêtabloquant non cardio-sélectif (BBNCS) à la sortie, malgré des paramètres tensionnels adéquats. Cinq patients ont quitté l'hôpital avec un BBNCS qui n'était pas prescrit à l'admission, dont 3 (12 %) grâce à l'intervention du pharmacien. Cela suggère une méconnaissance ou des difficultés d'application des recommandations, notamment parmi les médecins en formation. Sur 11 pharmacies de ville contactées, 3 n'avaient pas été informées des modifications thérapeutiques effectuées à la sortie d'hospitalisation, compromettant ainsi la continuité des soins. Cela souligne la nécessité d'améliorer les canaux de communication entre l'hôpital et les pharmacies d'officine.

Conclusion : Cette étude met en évidence l'apport précieux du pharmacien clinicien dans la prise en charge des patients cirrhotiques hospitalisés. Avec un taux d'acceptation des IP de 84 % par les médecins prescripteurs et une forte proportion d'interventions classées à haut risque, les IP démontrent leur pertinence clinique et leur potentiel à prévenir des événements indésirables graves. L'étude plaide en faveur d'une meilleure intégration des IP en gastro-entérologie et d'une collaboration renforcée entre les professionnels de santé.

P.031

Evaluation des complications biliaires après hépatectomie pour carcinome hépatocellulaire (CHC) radioembolisé

M. Alaux [(1)], C. Hobeika [(2)], B. Guiu [(1)], C. Toubert [(1)], R. Lebtahi [(2)], F. Navarro [(1)], M. Lesurtel [(2)], A. Herrero [(1)]

(1) Montpellier ; (2) Clichy.

Introduction : Initialement réservée aux tumeurs hépatiques inopérables, la radioembolisation est désormais utilisée comme traitement de downstaging avant chirurgie des carcinomes hépatocellulaires (CHC). Toutefois, elle peut induire des lésions biliaires radiques. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence et les caractéristiques des complications biliaires après hépatectomie pour CHC ayant bénéficié d'une radioembolisation préopératoire.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique menée dans deux centres à haut volume, comparant l'incidence des complications biliaires et la morbi-mortalité entre les patients ayant reçu une radioembolisation (RE) préopératoire et ceux opérés d'emblée. Les groupes ont été ajustés à l'aide d'un appariement sur score de propension, après identification des covariables pertinentes et des facteurs de confusion par analyses uni- et multivariées.

Résultats : Entre janvier 2018 et février 2024, 386 patients opérés pour CHC ont été inclus, dont 41 avaient bénéficié d'une RE préopératoire. Au total, 57 complications biliaires ont été recensées (13 % dans le groupe chirurgie d'emblée *vs* 24 % dans le groupe RE, NS), avec 90 % des patients du groupe RE traités par THERASPHERES™. Le délai médian de guérison des complications biliaires était significativement plus long chez les patients radioembolisés (147 j *vs* 36 j, p < 0,012). La radioembolisation n'était pas identifiée comme facteur prédictif de complications biliaires en analyses uni- et multivariées. Cependant, après appariement sur score de propension, la morbidité sévère (Clavien-Dindo ≥ 3) était plus fréquente dans le groupe RE (50 % *vs* 23,7 %, p = 0,032), avec un CCI médian plus élevé (25,2 *vs* 16,6 ; p = 0,042).

Tableau 3. Données dosimétriques

	RE-CHC N = 41	Pas de complications biliaires (NCB) N = 31	Complications biliaires (CB) N = 10	p-Value*
Caractéristiques de la radioembolisation				
Délais RE - Chirurgie (j), médiane [EI]	240 [126 ; 314]	253 [149.5 ; 336]	150.50 [110.5 ; 186.75]	0.084
Type de sphères, (n, %)				0.231
SIR-SPHERES™	12 (29.3)	11 (35.48)	1 (10.0)	
THERASPHERE™	29 (70.7)	20 (64.52)	9 (90.0)	
Traitement sélectif, (n, %)	20 (48.8)	15 (48.39)	5 (50.0)	>0.999
Dose administrée (MBq), médiane [EI]	2770 [1365 ; 4000]	2700 [1470 ; 3379]	4150 [1370 ; 5643.75]	0.198
Réserve hépatique (%), médiane [EI]	60 [41 ; 74]	60 [43 ; 76]	53.50 [39 ; 70.25]	0.594
Dose au foie total < dose maximale recommandée (80 Gy ou 40 Gy), (n, %)	25 (64.1)	20 (68.97)	5 (50.0)	0.446

Tableau 4. Caractéristiques, prise en charge et répercussions des complications biliaires

	Complications biliaires N = 57	Ct-CHC N = 47	RE-CHC N = 10	p-Value*
Caractéristiques				
Délais d'apparition (jours), médiane [EI]	6 [3 ; 13]	6 [2.5 ; 12]	20.5 [5.25 ; 36.75]	0.072
Délais d'apparition > 10 jours, (n, %)	19 (33.3)	13 (27.66)	6 (60)	0.068
Type de complication biliaire				0.025
Biliome isolé	22 (38.6)	17 (36.17)	5 (50)	
Fistule isolée	19 (33.3)	19 (40.43)	0 (0)	
Sténose isolée	2 (3.5)	1 (2.13)	1 (10)	
Complexe	14 (24.6)	10 (21.28)	4 (40)	
Grade fistule biliaire (n, %)				0.481
A	6 (10.5)	4 (8.51)	2 (20)	
B	40 (70.2)	33 (70.21)	7 (70)	
C	11 (19.3)	10 (21.28)	1 (10)	
Prise en charge				
Drainage radiologique (n, %)	26 (45.6)	19 (40.43)	7 (70.0)	0.16
CPRE (n, %)	19 (33.3)	15 (31.91)	4 (40.0)	0.717
Reprise chirurgicale (n, %)	14 (24.6)	11 (23.4)	1 (10.0)	0.671
Délais de résolution (jours), médiane [EI]	49 [13 ; 113]	36.5 [11.75 ; 75.75]	147 [108 ; 503]	0.012

Figure 1 : Répartition des différents types de complications biliaires selon le groupe de traitement Ct-CHC (n=47) ou RE-CHC (n=10)

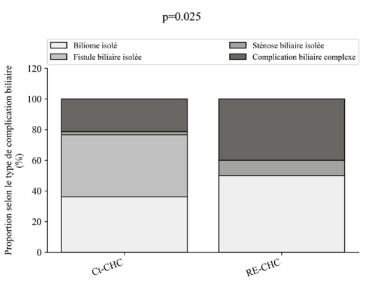
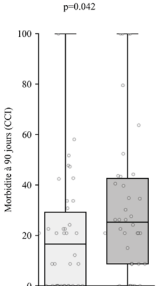


Tableau 7. Morbi-mortalité post-opératoire après matching sur score de propension

	Ct-CHC (N=38)	RE-CHC (N=38)	P value*
Complications biliaires (n, %)	7 (18.42)	10 (26.32)	0.583
DOA ou ILA (n, %)	5 (13.16)	13 (34.21)	0.057
Complications respiratoires (n, %)	6 (15.79)	16 (42.11)	0.023
Encéphalopathie (n, %)	0 (0.0)	3 (7.89)	0.24
Durée de séjour (j), médiane [EI]	11 [7 ; 18]	10.5 [7.25 ; 17]	0.909
Durée de séjour en soins intensifs (j), médiane [EI]	2 [1 ; 4]	1 [0 ; 3]	0.193
Morbidité sévère (Clavien-Dindo > =3) (n, %)	9 (23.68)	19 (50.0)	**0.032**
Morbidité à 90j (CCI score), médiane [EI]	16.55 [0 ; 29.15]	25.2 [8.7 ; 42.6]	**0.042**
Mortalité à 90j (n, %)	1 (2.63)	4 (10.53)	0.358

* Seuil de significativité statistique p < 0.05.
Médiane [Écart Interquartile]
Les valeurs entre parenthèses sont des pourcentages sauf indication contraire

Figure 2 : Répartition des CCI score par groupes appariés sur score de propension (Ct-CHC n=38 - RE-CHC n=38).



Conclusion : Bien que la radioembolisation permette d'améliorer la résécabilité des CHC, elle est associée à une morbidité postopératoire plus importante. Elle ne constitue pas un facteur prédictif indépendant de complications biliaires, mais semble influencer leur évolution et leur gravité. Des études prospectives complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations.

P.033

Évaluation d'un modèle de langage (LLM) comme outil de support aux RCP pour le carcinome hépatocellulaire (CHC) : étude pilote en vue du déploiement dans notre établissement

M.E. Esclangon [1], B. Guiu [1], D. Morquin [1], B. Al Taweel [1], M. Dupuy [1], H. Guillaumée [1], J. Ursic Bedoya [1], O. Riou [1], E. Assenat [1]
(1) Montpellier.

Introduction : Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncologie digestive sont essentielles mais leur préparation demeure chronophage et hétérogène. L'essor des modèles de langage (LLM) soulève l'hypothèse d'un soutien à la synthèse des fiches et, potentiellement, à l'analyse des dossiers. Nous avons mené une étude pilote évaluant l'utilisation d'un LLM comme outil de support aux RCP d'oncologie digestive dans notre CHU.

Matériels et Méthodes : 92 vignettes, inspirées de 92 cas de CHC discutés en RCP sur une période de trois mois, ont été soumises à un LLM (GPT-4o, dernier modèle disponible au moment de l'étude, après une phase pré-test en 2023). Les données médicales indispensables à la décision en RCP ont été extraites manuellement du dossier patient et pseudonymisées. Le temps d'extraction manuelle a été calculé pour chaque cas. Quatre axes ont été analysés : la qualité des fiches RCP générées, la pertinence des propositions thérapeutiques, la capacité critique du modèle vis-à-vis des décisions humaines, et l'évaluation de la complexité des cas.

Résultats : Les fiches-RCP étaient homogènes, claires et obtenues en moyenne en 49 secondes, avec un gain de temps estimé à 13 minutes par dossier. Cela représenterait, dans l'hypothèse d'une extraction automatisée des données, un gain de 2 équivalents temps plein (ETP) par an à l'échelle du CHU, et d'environ 25 ETP à l'échelle régionale. Une seule hallucination a été relevée en phase de test. La concordance avec la RCP était de 63 % pour la classe thérapeutique et de 51 % pour le choix précis. Le modèle a formulé des critiques dans 29 cas et un désaccord complet dans 5 cas. Pour ces 5 situations, une nouvelle RCP a posteriori a été organisée : la critique du modèle s'est révélée fondée dans 4 cas sur 5, dont une décision initiale jugée potentiellement délétère. Les principales limites concernaient la survenue d'hallucinations bibliographiques (27 cas), nécessitant une vérification humaine systématique.

Conclusion : Cette étude pilote suggère que l'intégration d'un LLM en RCP d'oncologie digestive est faisable et améliore la lisibilité et la traçabilité des dossiers, tout en réduisant le temps de préparation. Elle met également en lumière les points de vigilance à anticiper en vue d'un usage à plus large échelle. Les principaux enjeux résident dans la détection des hallucinations et la tendance sycophantique du modèle, c'est-à-dire son inclination à valider les affirmations de l'utilisateur. Le travail de conception des prompts apparaît essentiel pour homogénéiser les fiches et fiabiliser les résultats. Enfin, tout déploiement à grande échelle devra garantir une protection optimale des données médicales, idéalement via un hébergement sur serveur interne et, si possible, un modèle souverain.

P.034

ACLF-TRANSPLANT : enquête nationale comparant la vision des hépatologues et des réanimateurs sur l'accès à la transplantation hépatique pour l'ACLF

V. Di Martino [1], F. Artru [2], T. Thévenot [1], T. Antonini [3], V. Coirier [2], F. Saliba [4], A. Bonadona [5], C. Besch [6], O. Roux [7], M. Hachouf [7], F. Lebossé [3], A. Abergel [8], C. Duvoux [9], R. Guerin [8], V. Mallet [10], P. Carrier [11], M. Rudler [10], L. Elkrief [12], A. Coilly [4], D. Eyraud [10], S. Dharancy [13], J. Dumortier [3], G.P. Pageaux [14], T. Gerster [15], M. Latourneria [15], E. Nguyen-Khac [16], R. Anty [17], C. Bureau [18], A. Louvet [13], P. Nahon [19], D. Thabut [10], D. Samuel [4], G. Piton [1], T. Artzner [6], D. Weil [1]

(1) Besançon ; (2) Rennes ; (3) Lyon ; (4) Villejuif ; (5) Grenoble ; (6) Strasbourg ; (7) Clichy ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Créteil ; (10) Paris ; (11) Limoges ; (12) Tours ; (13) Lille ; (14) Montpellier ; (15) Dijon ; (16) Amiens ; (17) Nice ; (18) Toulouse ; (19) Bobigny.

Introduction : Malgré les bons résultats de la transplantation hépatique dans l'ACLF, l'accès à la greffe reste limité. Cette enquête nationale compare la perception et l'expérience des hépatologues et des réanimateurs afin d'identifier les freins et les solutions possibles pour améliorer l'accès à la transplantation.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire a été diffusé par mail aux hépatologues et réanimateurs français impliqués dans la prise en charge de la cirrhose. Les réponses, recueillies sur dix jours, portaient sur 38 questions réparties en quatre thèmes : profil des répondants (8), modalités de décision de TH et collaboration entre équipes (9), facteurs cliniques et organisationnels influençant l'accès à la TH (16) et leviers d'amélioration (5). Les items utilisaient des échelles de Likert à 5 ou 7 points. Les comparaisons selon la spécialité et le type de centre (avec ou sans greffe) ont été réalisées à l'aide des tests du Chi² et de Mann-Whitney.

Principaux résultats de l'enquête (en gras : résultats significatifs)

Item	Niveau minimal de l'agrément ou de la fréquence	Hépato	Réa	Hépato en centre de greffe	Réa en centre de greffe	Hépato hors centre de greffe	Réa hors centre de greffe
REFLEXIONS GENERALES							
Tout malade en réa pour ACLF est un candidat potentiel à la TH	Plutôt d'accord (4)	79,0%	59,3%	85,4%	60,7%	62,5%	50,0%
Les référentiels sont suffisamment clairs	Plutôt d'accord (4)	63,8%	53,1%	68,3%	50,0%	52,9%	75,0%
Les réanimateurs devraient pouvoir prendre une décision de TH	Plutôt d'accord (4)	78,9%	90,6%	85,4%	92,9%	62,5%	75,0%
Un séjour précédent en réanimation compte pour la décision de TH	Plutôt d'accord (4)	55,4%	30,0%	63,4%	33,3%	33,3%	0,0%
L'accès à la réa doit être conditionné à une inscription pour TH	Plutôt d'accord (4)			0,0%	25,0%	17,7%	0,0%
L'Agence de la Biomédecine devrait prioriser ces malades	Plutôt d'accord (4)	29,3%	37,9%	24,4%	38,5%	41,2%	33,3%
PRATIQUE							
Critères de TH bien définis dans le centre	Plutôt d'accord (4)	72,4%	40,0%	82,9%	50,0%	47,1%	0,0%
Malades inscrits sur liste d'attente	Très souvent (5)	76,3%	23,7%	71,9%	28,1%	100,0%	0,0%
Hépatologue sollicité dans les 24 heures suivant l'admission	Presque toujours (6)	54,8%	45,2%	56,5%	43,5%	50,0%	50,0%
Existence d'une réunion de concertation	Presque toujours (6)	75,9%	60,0%	87,8	66,7%	47,1%	0,0%
Utilisation des scores pronostiques (MELD, CLIF-C ACLF)	Toujours (7)	41,4%	40,6%	43,9%	35,7%	35,3%	75,0%
Prise en compte des directives anticipées	Souvent (4)	61,8%	24,1%	65,8%	26,9%	52,9%	0,0%
TH jugée déraisonnable	Souvent (4)	31,0%	28,1%	34,2%	21,4%	23,5%	75,0%
Perception d'une réticence (du réanimateur ou de l'hépatologue)	Parfois (3)	43,1%	15,6%	39,0%	10,7%	52,9%	50,0%
Informations contradictoires transmises aux familles	Parfois (3)	31,0%	67,7%	26,8%	64,3%	41,2%	100,0%
Désaccords non résolus	Parfois (3)	36,2%	45,2%	29,3%	42,9%	52,9%	66,7%
Décision retardée pour raisons logistiques	Parfois (3)	25,9%	3,2%	24,4%	3,6%	29,4%	0,0%
Bilan prêTH incomplet du fait de l'instabilité clinique	Souvent (4)	41,4%	35,5%	34,1%	35,7%	58,8%	33,3%
Avis addictologique dans les 72h	Presque toujours (6)	56,9%	31,0%	63,4%	29,6%	41,2%	50,0%
Profil psychosocial insuffisamment documenté	Souvent (4)	24,1%	25,8%	26,8%	25,0%	17,6%	33,3%

Résultats : 90 réponses ont été recueillies (58 hépatologues, 32 réanimateurs) provenant de 26 centres français, dont 14 centres de transplantation hépatique. Les perceptions diffèrent selon la spécialité et le type de centre. Concernant les éléments liés au malade, la majorité des hépatologues considère que tout patient en réanimation pour ACLF est un candidat potentiel à la transplantation hépatique (79 % contre 59 % des réanimateurs). Bien que réduite, cette différence persiste dans les centres de greffe (85 % *vs*. 61 %) et reste marquée en dehors (63 % *vs*. 50 %). Les hépatologues jugent plus souvent qu'un séjour antérieur en réanimation influence la décision (55 % *vs*. 30 %). La transplantation est jugée « souvent » déraisonnable par 75 % des réanimateurs exerçant hors centre de greffe, contre 21 % dans les centres de greffe et 30 % des hépatologues. La prise en compte des directives anticipées (62 % *vs*. 24 %) et l'accès à un avis addictologique dans les 72 h (57 % *vs*. 31 %) sont plus fréquemment rapportées par les hépatologues. Le bilan prétransplantation est souvent jugé incomplet du fait de l'instabilité clinique, sans différence notable entre groupes. L'élément le plus souvent cité comme limitant l'accès à la greffe est la présence de comorbidités sévères (75 %), loin devant le non-contrôle des défaillances (9 %), l'âge avancé (4,5 %), les problèmes sociaux (3,4 %) ou la consommation active d'alcool (2,2 %), sans différence significative entre spécialités. Sur le plan organisationnel, les critères de transplantation sont jugés bien définis dans les centres par 72 % des hépatologues contre 40 % des réanimateurs, mais un parcours de soins formalisé pour l'ACLF n'est rapporté que par 27 % des participants. Les hépatologues estiment plus souvent que les réanimateurs que les patients en ACLF sont fréquemment inscrits sur liste d'attente (85 % *vs* 60 % dans les centres de greffe ; 100 % *vs* 0 % hors centres de greffe). Des réunions de concertation sont rapportées par 76 % des hépatologues et 60 % des réanimateurs, plus fréquemment dans les centres transplanteurs. Les décisions retardées pour raisons logistiques restent rares (26 % *vs*. 3 %). Les interactions entre spécialités révèlent certaines tensions : 43 % des hépatologues perçoivent une réticence de l'autre groupe (*vs*. 16 % des réanimateurs), tandis que 68 % des réanimateurs signalent des informations contradictoires transmises aux familles (*vs*. 31 % des hépatologues). L'impossibilité de parvenir à une décision commune est rapportée « parfois » et « souvent » par respectivement 31 % et 7 % des participants. Parmi les réflexions générales, les réanimateurs se déclarent plus favorables à pouvoir eux-mêmes décider d'une indication de greffe (91 % *vs* 79 %). Seuls 25 % des réanimateurs estiment que l'accès à la réanimation devrait être conditionné à une inscription sur liste, position quasi absente chez les hépatologues. Les référentiels encadrant la décision de transplantation pour ACLF sont jugés « suffisamment clairs » par 64 % des hépatologues mais seulement 53 % des réanimateurs. Enfin, la proposition d'une priorisation spécifique de ces malades par l'Agence de la Biomédecine est approuvée par 29 % des hépatologues, principalement dans les centres non transplantateurs, et 38 % des réanimateurs.

Conclusion : Cette enquête nationale met en évidence des différences de perception entre hépatologues et réanimateurs concernant l'éligibilité des patients en ACLF, la clarté des critères et la fréquence des inscriptions sur liste. Les hépatologues apparaissent plus optimistes quant à la transplantabilité et à la fréquence d'inscription, tandis que les réanimateurs insistent davantage sur les difficultés cliniques et organisationnelles. Ces divergences, plus marquées dans les centres sans activité de transplantation, persistent également au sein des centres de greffe. Une formalisation commune des procédures et une clarification des référentiels pourraient contribuer à harmoniser les pratiques, réduire les désaccords et, à terme, améliorer l'accès à la transplantation hépatique pour les patients en ACLF, dans une proportion qui reste à préciser.

Remerciements, financements, autres : Remerciements aux 56 participants qui n'ont pas pu être insérés parmi les auteurs

P.035

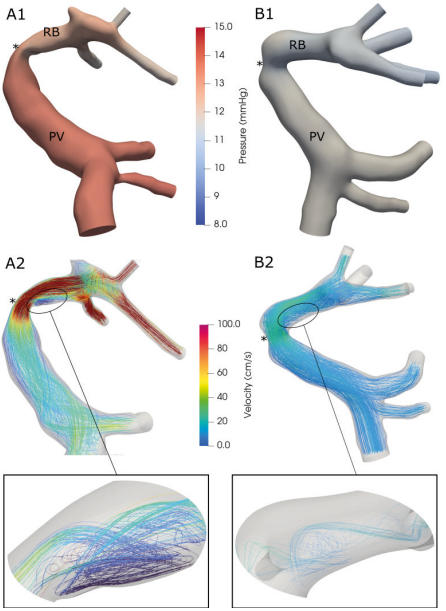
Évaluation géométrique numérique et modélisation 3D du flux portail pour expliquer la thrombose de la veine porte après une hépatectomie majeure

A. Facque [1], L. Weiqiang [2], L. Sala [3], I. Vignon Clementel , N. Golse [1]

(1) Villejuif ; (2) Saclay ; (3) Jouy-en-Josas.

Introduction : Les hépatectomies pour cholangiocarcinome péri-hilaire sont parmi les chirurgies hépatiques les plus risquées. Elles sont grévée d'une morbidité de 30 à 60 % et d'un mortalité de 10%. Ces résultats post-opératoires sont quasi-inchangée depuis 30 ans en dépit des multiples progrès. La thrombose porte postopératoire (TPPO), encore mal comprise, est une complication potentiellement létale et fréquente de ces chirurgies.
La CFD (mécanique des fluides par ordinateur) est une méthode numérique permettant la simulation de l'écoulement de fluide dans les systèmes biologiques. Nous souhaitons utiliser cet outils numérique pour étudier l'écoulement du sang dans la veine porte après la chirurgie.
Cette étude vise à analyser la géométrie et l'hémodynamique portale périopératoire pour tenter de mieux comprendre et prévenir la TPPO. Nous supposons qu'il existe des phénomes géométriques et hémodynamique permettant l'explication de la formation des thrombus.

Matériels et Méthodes : Notre travail se décompose en 3 parties :
1/ Analyse rétrospective d'une série bicentrique de 113 hépatectomies élargies pour cholangiocarcinome péri-hilaire afin de déterminer les facteurs de risque clinique de TPPO (n=10).
2/ Étude cas-témoin comparant les paramètres géométriques tridimensionnels de la veine porte (extraction et analyse des lignes centrales de vaisseaux, diamètres et angles).
3/ Construction d'un modèle de simulation 3D et patient spécifique de l'écoulement du sang dans la veine porte, permettant la visualisation et quantification des paramètres hémodynamiques pour une étude cas-témoin.



Résultats : L'étude clinique nous montre que l'hépatectomie droite et la résection-anastomose de la veine porte (46% *vs.* 100%, p=0,003) sont associées à la TPPO.
L'étude de la géométrie de la veine porte nous montre que l'ouverture post operatoire de l'angle (tronc porte/ branche porte) et le faible diamètre de la branche portale en postopératoire (7,16 mm *vs.* 11,34 mm, p=0,004) sont des facteurs liés à la TPPO.
L'étude hémodynamique de la veine porte par simulation 3D (CFD) (cf figure) révèle chez les cas que la forme de l'anastomose induit un flux thrombogène, via notamment une accélération du flux trans-anastomotique responsable d'un décollement-recirculation et d'une complexification du flux sus-anastomotique

Conclusion : L'hépatectomie droite élargie avec une large résection de veine porte présente le plus grand risque de TPPO.
L'angle et le diamètre de la branche restante conditionnent la forme de l'anastomose et donc sa thrombogénicité.
On pourrait anticiper la forme de l'anastomose en préopératoire afin d'adapter le geste chirurgical et prévenir la TPPO.

P.036

Impact de la variation précoce de l'alpha-foetoprotéine et de paramètres nutritionnels sur la réponse au traitement par atezolizumab + bevacizumab chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire

M. Trioux [(1)], A. Grancher [(1)], C. Savoye-Collet [(1)], C. Marre [(2)], V. Verdier [(3)], M. Dutherage [(1)], V. Vernon [(1)], D. Sefrioui [(1)], P. Michel [(1)], F. Di Fiore [(1)]
(1) Rouen ; (2) Le Havre ; (3) Elbeuf.

Introduction : L'association ATEZOLIZUMAB-BEVACIZUMAB (ATEZO-BV) constitue l'un des traitements de référence en première ligne du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé. Dans ce contexte, un des enjeux est d'identifier des marqueurs de réponse ou de progression, présents initialement ou survenant précocement, afin de pouvoir développer de nouvelles stratégies thérapeutiques.
L'objectif a été d'évaluer l'impact pronostique de la sarcopénie initiale et de la variation précoce du taux de l'alpha-fœtoprotéine (AFP) chez des patients traités par ATEZO-BV.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 centres incluant les patients traités par ATEZO-BV entre 2020 et 2024. La sarcopénie a été évaluée par un logiciel dédié sur la coupe axiale en L3 du scanner baseline et selon trois seuils d'indice de masse musculaire squelettique (SMI) décrits dans la littérature (SMI1 : 50 cm^2/m^2 chez l'homme et 39 cm^2/m^2 chez la femme, SMI2 : 52,4 cm^2/m^2 chez l'homme et 38,5 cm^2/m^2 chez la femme, et SMI3 : 53 cm^2/m^2 si IMC > 25 ou 43 cm^2/m^2 si IMC <25, et 38,5 cm^2/m^2 chez la femme). Les paramètres nutritionnels (surface musculaire squelettique (SMA), tissu adipeux viscéral (VAT), tissu adipeux sous-cutané (SAT), indice de masse corporelle (IMC) et albuminémie) ont également été évalués. La variation de AFP (ΔAFP) au seuil de 20% a été analysée selon deux modalités : entre la première cure (C1) et une des cures suivantes (C2, 3 ou 4), ou entre deux cures consécutives (Cn et Cn+1). Le critère de jugement principal était la réponse tumorale à la première évaluation (RECIST v1.1). Les critères secondaires étaient la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG).

Résultats : Un total de 106 patients a été inclus. La prévalence de la sarcopénie variait de 44 à 53% selon le seuil de SMI retenu. Concernant l'AFP, un taux initial > 20 ng/mL était observé chez 62% des patients (médiane 79 ng/mL, IQR : 9 – 710 ng/mL). Une ΔAFP C1-2,3,4 < 20% était observée chez 51% des patients, et une ΔAFP Cn-n+1 < 20 % chez 52% des patients. Il n'a pas été observé d'association entre les seuils de SMI et le taux de réponse, la SSP et la SG. De même, aucun impact significatif n'était retrouvé pour les autres paramètres nutritionnels.
En revanche, une ΔAFP C1-2,3,4 défavorable < 20% était significativement associée à la progression radiologique (OR ajusté 4,41 ; IC95% (1,37–16,2) ; p = 0,012) ainsi qu'à une diminution de la SSP (HR = 1,72 ; IC95% (1,03–2,89) ; p = 0,040 en univariée). Une ΔAFP Cn-n+1 défavorable < 20% survenant entre 2 cures successives était également associée à la progression (OR ajusté = 4,14 ; IC95% (1,32–14,9) ; p = 0,014) et la SSP (HR = 1,67, IC95% (1,02 – 2,75) ; p = 0,042 en univariée). A l'inverse, aucune association significative n'a été retrouvée avec la SG. Enfin, la présence combinée de la sarcopénie (selon la définition SMI3) et d'une ΔAFP C1-2,3,4 défavorable < 20% était associée à une augmentation non significative du risque de progression (62% en cas de présence des 2 critères, *vs* 42% si 0 ou 1 critère présent, p = 0,42). Une tendance similaire était observée pour la combinaison de la sarcopénie et d'une ΔAFP Cn-n+1 défavorable < 20% (62% en cas de présence des 2 critères, *vs* 37% si 0 ou 1 critère présent, p = 0,24).

Conclusion : La présence d'une sarcopénie ne semble pas impacter l'efficacité de l'ATEZO-BV. En revanche, la variation précoce de l'AFP est un marqueur dynamique qui pourrait être utilisé dans de futures études pour guider les thérapeutiques.

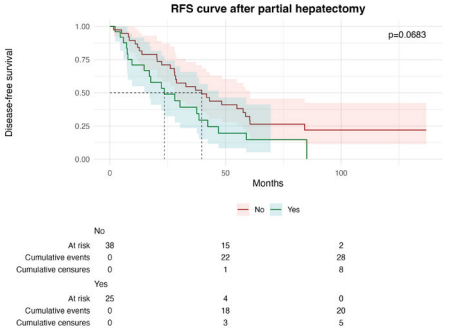
P.037

Impact de la localisation du carcinome hépatocellulaire sur le risque de récidive après hépatectomie : étude préliminaire dans un centre unique à haut volume

W. Paillusson [(1)], E. Vibert [(1)], D. Pietrasz [(2)], C. Salloum [(1)], O. Ciacio [(1)], G. Pittau [(1)], M.A. Allard [(1)], D. Azoulay [(1)], R. Adam [(1)], D. Cherqui [(1)], A. Sa Cunha [(1)], N. Golse [(1)]
(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Contexte et objectifs. La signification pronostique de la localisation du carcinome hépatocellulaire (CHC), et plus particulièrement de sa proximité avec les veines principales, reste à élucider. Cette étude visait à déterminer si la proximité de la veine cave inférieure ou des veines supra-hépatiques est corrélée à un risque élevé de récidive.

Matériels et Méthodes : Conception de l'étude. Une étude rétrospective, menée dans un seul centre tertiaire à haut volume, a été réalisée sur des patients consécutifs ayant subi une résection pour un carcinome hépatocellulaire (CHC) entre 2012 et 2021. Afin d'éviter les biais biologiques (tumeurs agressives) ou chirurgicaux (résection incomplète), l'étude s'est concentrée sur un sous-groupe de 63 patients présentant des tumeurs peu agressives (α-fœtoprotéine < 100 ng/mL), sans invasion macrovasculaire préopératoire et ayant subi une résection R0 selon le rapport pathologique. Le suivi s'est poursuivi jusqu'au 31 décembre 2024. Sur la base du scanner préopératoire, une covariable binaire composite a été construite pour saisir la proximité de la tumeur par rapport à la veine cave inférieure (≤ 3 mm) ou aux veines supra-hépatiques (≤ 10 mm).



Analyse statistique. Les variables continues sont présentées sous forme de médiane (intervalle interquartile) et comparées à l'aide des tests de Wilcoxon ; les variables catégorielles sont comparées à l'aide des tests exacts de Fisher ou χ^2. L'estimation de la survie sans récidive (DFS) et de la survie globale (OS) a été réalisée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier, suivie d'une comparaison des résultats à l'aide du test du log-rank. Les modèles Cox univariés ont identifié les candidats (p < 0,20) pour la régression Cox multivariée ; p < 0,05 a été considéré comme significatif et 0,05 ≤ p < 0,20 a été interprété comme une tendance. Les risques proportionnels ont été évalués à l'aide des résidus de Schoenfeld.

Résultats : Résultats. La durée médiane du suivi était de 56 mois. En analyse de Cox univariée, le nombre de nodules visibles sur l'imagerie préopératoire (rapport de risque [HR] 1,46, intervalle de confiance [IC] à 95 % 1,02-2,09, p = 0,038), le score préopératoire du modèle pour l'insuffisance hépatique terminale (MELD) (HR 1,16, IC à 95 % 1,00-1,35, p = 0,043) et la proximité des vaisseaux (HR 1,70, IC à 95 % 0,95-3,04, p = 0,071) ont été identifiés comme des facteurs pronostiques significatifs. En analyse multivariée, la proximité des vaisseaux a montré une forte tendance à être indépendamment associée à une réduction de la SSE (HR 1,76, IC à 95 % 0,96-3,23, p = 0,066), tandis qu'un score MELD plus élevé restait significatif (HR 1,17, IC à 95 % 1,00-1,37, p = 0,045). La proximité de la tumeur par rapport aux veines principales s'est avérée associée à une DFS plus faible

à 1, 3 et 5 ans. Les taux de survie sans récidive à 1, 3 et 5 ans dans le groupe proche étaient respectivement de 68,0 %, 32,0 % et 12,0 % ; dans le groupe distant, les taux de survie sans récidive correspondants étaient de 84,2 %, 52,6 % et 23,7 % (log-rank p = 0,068). Les CHC proches des vaisseaux principaux ont plus souvent récidivé dans des localisations extra-hépatiques. Le taux de survie global à 12, 36 et 60 mois était respectivement de 94,7 %, 84,1 % et 77,8 % pour le groupe non proximal, contre 87,7 %, 69,4 % et 54,8 % pour le groupe proximal (log-rank p = 0,046).

Conclusion : Discussion et conclusion. La proximité du CHC avec les veines supra-hépatiques ou la veine cave inférieure a été identifiée comme un facteur prédictif défavorable de récidive, même après une résection R0 dans les tumeurs présentant par ailleurs des caractéristiques à faible risque. Il est raisonnable de conclure que, puisque ce critère n'est pas systématiquement évalué avant l'opération, une validation prospective et des analyses de sensibilité de ses composants sont nécessaires pour adapter la surveillance postopératoire et éventuellement orienter le traitement adjuvant.

P.038

Prévalence et facteurs associés à la positivité du PEth chez les candidats à la transplantation hépatique : étude preuve de concept

M. Delhomme [(1)], J. Ursic Bedoya [(1)], L. Moulis [(1)], M. Russello [(1)], M. Idir [(1)], N. Langendorfer [(1)], L. Jaubert [(1)], G.P. Pageaux [(1)], H. Donnadieu [(1)]

(1) Montpellier.

Introduction : La transplantation hépatique (TH) est le traitement de référence des hépatopathies chroniques terminales et du cancer du foie selon certaines conditions. Quelle qu'en soit l'étiologie, la rechute sévère d'alcool en post-TH a un impact majeur sur la morbi-mortalité de la personne concernée. L'intégration d'une équipe d'addictologie au sein des programmes de TH permet de réduire ces taux de rechute, mais les modalités de repérage et de suivi des patients à risque sont hétérogènes et peu standardisées. Fondée sur des données déclaratives et sur des marqueurs biologiques indirects peu spécifiques, l'évaluation clinique peut sous-estimer certaines consommations. L'émergence de marqueurs biologiques directs d'alcoolisation, tel que le phosphatidyléthanol (PEth) sanguin, offre désormais une évaluation plus objective et précoce de l'exposition à l'alcool. Cette étude preuve de concept visait à évaluer la contribution du PEth comme marqueur biologique direct de la consommation excessive d'alcool chez des personnes en bilan pré-greffe et de les mettre en concordance avec les facteurs de risque connus.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude interventionnelle, monocentrique de phase II incluant des patients inscrits dans un parcours de TH. Tous ont bénéficié d'une consultation addictologique pré-TH. Les données sociodémographiques, addictologiques et psychiatriques étaient recueillies de manière standardisée. Le PEth était dosé tous les trois mois durant toute la période pré-greffe. Chaque patient a été suivi pendant douze mois après la consultation initiale. Les analyses ont porté sur la description de la population pré-greffe, la prévalence de la positivité du marqueur, ainsi que sur les caractéristiques cliniques et addictologiques associées à un PEth positif.

Résultats : 24 patients ont été inclus, dont 75 % d'hommes, avec un âge médian de 60.5 ans. 58.8 % des patients présentaient une cirrhose décompensée (29.4 % CHILD B, 29.4 CHILD C) avec un MELD médian de 9. La majorité, 66.67 %, présentait un trouble d'usage de l'alcool (TAU). Au moment de la consultation pré-greffe, 91.6 % étaient sevrés, avec une durée médiane d'abstinence de 12 mois et 16.67% recevaient un traitement addictolytique. 4 patients (16.6 %) présentaient un PEth fortement positif (> 200 ug/L), compatible avec une consommation d'alcool importante, alors que trois d'entre eux (75 %) déclaraient être sevrés. Ces patients avaient un TUA plus sévère (≥ 6 critères DSM-5 : 50 % contre 0 %). Leur durée d'abstinence médiane avant inclusion était significativement plus courte (1.5 mois [0.7 ; 3.0] contre 18 mois [9.5 ; 57.0]; p = 0,006) et leur croyance, mesurée par échelle visuelle analogique, en la réussite de celle ci était moindre (7/10 [5.0 - 7.5] contre 9/10 [8.0 - 10.0]; p = 0.33) La proportion de fumeurs actifs était plus élevée dans ce groupe (50% contre 35%). Aucun facteur sociodémographique (âge, sexe, situation matrimoniale) ni indicateur de sévérité hépatique (MELD, Child-Pugh) n'était associé à la positivité du marqueur.

Conclusion : Le dosage régulier du PEth chez les patients en évaluation pré-TH permet d'identifier des consommations récentes non déclarées. Les patients PEth positifs présentaient un profil addictologique plus sévère indépendamment des caractéristiques hépatiques ou sociodémographiques. Ces résultats soutiennent l'intégration du PEth comme outil de repérage objectif et complémentaire à l'évaluation clinique dans le parcours pré-TH, afin d'optimiser la décision et le suivi addictologique.

P.039

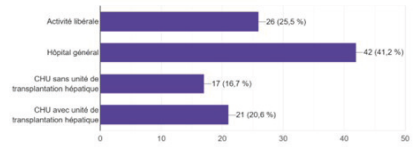
État des lieux de l'endo-hépatologie en France

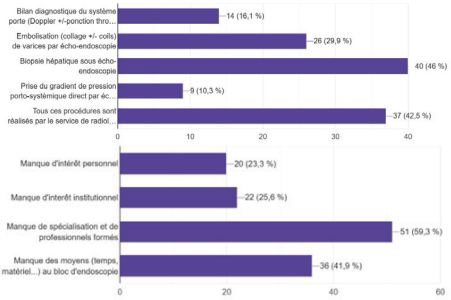
E. Tenorio González [1], P. Castellani [2]
(1) Paris ; (2) Marseille.

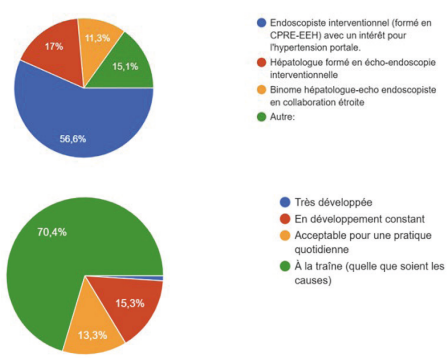
Introduction : L'endo-hépatologie, définie comme l'intégration des procédures endoscopiques dans la pratique hépatologique, représente un domaine émergent en pleine expansion grâce au développement de l'échoendoscopie et à la nécessité engendrée par les changements épidémiologiques des patients atteints d'hypertension portale.

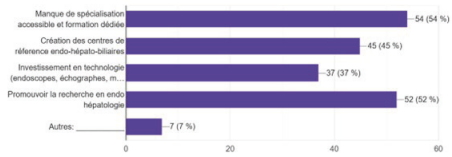
Matériels et Méthodes : Une enquête nationale composée par neuf questions à choix unique ou multiple et une question à choix ouvert a été menée entre mai et juillet 2025 auprès de 102 gastro-entérologues français permettant d'évaluer la diffusion et l'intérêt pour l'endo-hépatologie.
Nous présentons et analysons les résultats face à la littérature existante et à notre expérience.

Résultats : Les résultats montrent que 77 % des participants connaissent le domaine, mais 81 % ne pratiquent pas ou peu ces interventions. Les procédures sont souvent réalisées de manière ponctuelle par des radiologues interventionnels (42,5%) ou des endoscopistes formés à l'écho-endoscopie, tandis que les collaborations étroites entre hépatologues et endoscopistes restent limitées.
Lorsqu'elles sont réalisées par un gastro-entérologue, il s'agit principalement des biopsies hépatiques (46%) et d'embolisations de varices par échoendoscopie (26%), avec seulement 16,1% réalisant un bilan diagnostique du système porte, et 10 % réalisant une prise du gradient de pression par échoendoscopie. Il paraît donc que chaque geste est réalisé de manière ponctuelle, ciblée et ne semble pas s'integrer dans un examen echo endoscopique complet et systèmatique aucours duquel le geste est ensuite effectué.
Parmi les avantages rapportés, la possibilité de mesures directes de pression portale, la réalisation de procédures complètes en une seule séance (« one stop-shop ») et une meilleure sécurité pour le patient sont particulièrement valorisées. A l'opposé, les obstacles évoquent l'accès limité à des créneaux dédiés et la nécessité d'une formation spécialisée.









Discussion : Jusqu'à 70,4 % des hépatologues et endoscopistes interrogés estiment que la mise en place actuelle de l'endo-hépatologie en France est en pleine mutation, tandis que seulement 13,3 % la jugent acceptable pour la pratique quotidienne. 15,3 % la considèrent au moins en développement constant, et seulement pour 1 % elle atteint un niveau avancé.
Au vu des mesures jugées nécessaires et prioritaires pour améliorer cette situation, 54 % des répondants estiment qu'il existe effectivement un problème d'accès à une formation spécialisée et dédiée, pour laquelle 45 % considéreraient comme utile la création de centres de référence endo-hépato-biliaires. Pour 37 % d'entre eux, il existe un manque d'investissement dans les technologies nécessaires, et pour plus de la moitié, 52 %, la recherche dans ce domaine devrait être encouragée.

Conclusion : L'échoendoscopie dans l'hypertension portale permet un diagnostic précis, un suivi thérapeutique intégré et améliore la sécurité et confort du patient, tout en nécessitant une formation spécialisée.
La mise en pratique et la diffusion de l'endo-hépatologie doivent passer par un apprentissage progressif, diagnostique puis thérapeutique pour l'écho-endoscopiste. Il serait souhaitable de conforter sa « culture hépatologique » pour une optimisation de cet outil dans ce domaine. Ceci pourrait être également réalisé par un « hépatologue-interventionnel », si formé, ou par un binôme « hépatologue – endoscopiste interventionnel » en collaboration étroite. La discipline vise à compléter, et non remplacer, la radiologie interventionnelle, en privilégiant la collaboration multidisciplinaire.
Pour favoriser le développement de l'endo-hépatologie en France, les auteurs proposent la création de centres de référence, l'intégration dans les DU nationaux et la promotion de la recherche.
À l'avenir, des études multicentriques seront nécessaires pour affiner les indications, les détails techniques et les protocoles d'utilisation de l'écho-endoscopie dans le cadre de l'hypertension portale et d'autres pathologies hépatiques, pouvant devenir le nouveau standard de soins.

Remerciements, financements, autres : Les auteurs remercient les sociétés savantes qui ont permis la difusión du questionnaire: AFEF ANGH Club d'echoendoendoscopie CFE- Club Francophone pour l'Etude de l'Hypertension Portale, CREGG et SFED.

P.040

Création d'un centre de transplantation de microbiote fécal (TMF) : bilan à 5 ans

S. Truong [(1)], C. Landman [(1)], A.C. Joly [(1)], A. Bleibtreu [(1)], P. McLellan [(1)], R. Sintes [(1)], F. Barbut [(1)], N. Kapel [(1)], A. Moreno Sabater [(1)], C. Eckert [(1)], A. Schnuriger [(1)], S. Delage [(1)], V. Toison [(1)], N. Benech [(2)], N. Grellier [(1)], P. Seksik [(1)], H. Sokol [(1)]

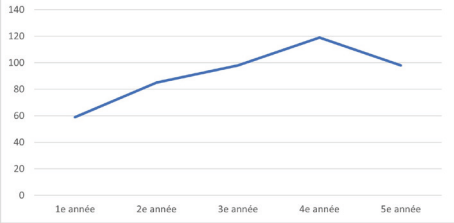
(1) Paris ; (2) Lyon.

Introduction : La Transplantation de Microbiote Fécal (TMF) est le traitement de choix dans les infections à *Clostridioides difficile* multi-récidivantes avec une efficacité de plus de 90% (1).
Avant 2020, plusieurs hôpitaux avaient la possibilité de préparer et réaliser les TMF sans centralisation ou banque de donneurs.
Le centre TMF APHP a été ensuite créé afin de centraliser cette activité en Ile de France.
Le but de notre travail est de décrire l'organisation et l'activité du centre TMF APHP 5 ans après son ouverture en septembre 2020.

Patients et Méthodes : Le centre TMF APHP est une structure multidisciplinaire composée d'une infirmière de coordination, de médecins/pharmaciens et préparateurs en pharmacie provenant de différents services : gastroentérologie, maladies infectieuses, pharmacie, laboratoires de microbiologie.
L'infirmière de coordination se charge du circuit de la sélection et du bilan de validation des donneurs.
L'Unité de Préparation de Transplants de Microbiote (UPTM) se charge de la préparation et du stockage des transplants congelés.
Les indications sont systématiquement validées par l'équipe médicale du centre par télé-expertise.
Nous avons inclus toutes les TMF produites par le centre de septembre 2020 à août 2025 dans le cadre du soin. Les données suivantes ont été recueillies : indication de la TMF (*Clostridioides difficile* ou compassionnelle), la voie d'administration, le lieu (services dépendants du centre, envoi hors du centre).

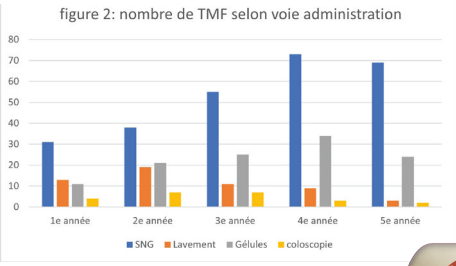
Résultats : Entre septembre 2020 et août 2025, 459 TMF ont été fournies par le centre TMF APHP avec une augmentation progressive (figure 1), la plupart pour une infection à *Clostridioides difficile* récidivante ou réfractaire (85%). Les autres indications à titre compassionnel ont été validées au préalable par la commission du GFTF (Groupe Français de Transplantation Fécale).

figure 1 : évolution nombre de TMF



Les différentes voies d'administration utilisées sont la voie haute par sonde nasogastrique (58%) ou gélules (25%), la voie basse par lavement (12%) ou coloscopie (5%) (figure 2).

figure 2: nombre de TMF selon voie administration



La majorité des TMF a eu lieu au sein du groupe hospitalier du centre TMF APHP (56%), 44% ont été envoyées en dehors du centre (28% en IDF et 16% hors IDF).Cet envoi est accompagné de la procédure d'administration protocolisée.
113 TMF (soit 25% des TMF réalisées dans la période d'étude) ont été faites en ambulatoire dans l'hôpital de jour du service de Gastroentérologie lié au centre.

Conclusion : Depuis septembre 2020, l'ouverture du centre TMF APHP a permis, grâce à une équipe pluridisciplinaire, la mise en place d'un circuit de sélection des donneurs, la création d'une banque de selles, le développement de différentes voies d'administration et une validation médicale centralisée des indications de TMF. Son activité a augmenté progressivement avec 459 TMF en 5 ans dont 44% réalisées hors centre.

P.041

Tolérance et efficacité de la souche EXL01 de *F. prausnitzii* pour prévenir la récidive de l'infection à *C. difficile* en alternative à la transplantation de microbiote fécal. Résultats d'une étude de phase 1 multicentrique

N. Benech [1], P. Guarino-Vignon [2], P. McLellan [2], S. Truong [2], A. Schoch [1], C. Landman [2], A. Bourrier [2], L. Alric [3], J. Scanzi [4], N. Cassir [5], A. Dureault [6], E. Piet [7], S. Gallet [8], E. Botelho-Nevers [9], M. Guillet [1], H. Sokol [2]

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Toulouse ; (4) Clermont-Ferrand ; (5) Marseille ; (6) Valence ; (7) Annecy ; (8) Grenoble ; (9) Saint-Étienne.

Introduction : La transplantation de microbiote fécal (TMF) est actuellement le traitement de référence pour l'infection à C. difficile multi-récidivante (ICDr) avec 80% à 90% d'efficacité (1). Toutefois la TMF en tant que produit issu du corps humain reste un traitement aux multiples limites : production limitée, composition imparfaitement caractérisable, risques de transmission d'agents infectieux et non infectieux. Le développement de thérapies issues du microbiote en alternative à la TMF dans l'ICDr est un champ actif de recherche. Parmi les facteurs microbiens impliqués dans l'ICD, l'espèce bactérienne Faecalibacterium prausnitzii constitue une cible thérapeutique spécifique. F prausnitzii est fortement diminuée dans l'ICDr (2). Son abondance dans les selles est augmentée après TMF et est l'une des espèces dont le transfert est prédictif de l'absence de récidive (3). Nous présentons ici les résultats d'une étude de phase 1 visant à évaluer la sécurité et l'efficacité de l'administration par voie orale d'EXL01, une souche isolée unique non modifiée de *F. prausnitzii* pour prévenir la récidive d'ICD chez des patients à haut risque.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude de phase 1 ouverte multicentrique réalisée entre 2024 et 2025 visant à évaluer la tolérance d'un traitement par EXL01 chez 6 patients présentant ≥3 épisodes d'ICD prouvée (≥3 selles liquides par jour et détection de C. difficile toxinogène dans les selles par PCR ou test immuno-enzymatique ou immunochromatographique ou culture toxigénique) en 6 mois avec ≤ 12 semaines depuis la fin du traitement de l'épisode d'ICD résolutif précédent. Après ≥10 jours de traitement par vancomycine, les patients étaient traités pendant 8 semaines par EXL01 (10 gélules/jour pendant 14 jours, puis 4 gélules par jour pendant 14 jours, puis 1 gélule par jour pendant 28 jours). Les patients étaient ensuite suivis jusqu'à 8 semaines après l'arrêt de la prise d'EXL01. Le critère de jugement principal était la tolérance au traitement définie par la survenue d'évènements indésirables graves (grade CTCAE≥3) au cours du traitement et du suivi dus à des effets indésirables attribués au traitement. L'efficacité évaluée par le taux de récidive d'ICD prouvée à 8 semaines constituait un objectif secondaire. La composition du microbiote fécal était évaluée tout au long du traitement et du suivi par analyse métagénomique shotgun (Novaseq Illumina). Une analyse métabolomique du sang et des selles a également été réalisée (spectrométrie de masse MS/MS). Le protocole a été validé par un Comité de Protection des Personnes le 20/11/2023 et l'étude est déclarée sur clinicaltrial.gov au numéro suivant NCT06306014.

Résultats : Au cours de l'étude, aucun évènement indésirable grave attribué au traitement n'a été rapporté. Deux patients ont présenté une diarrhée fonctionnelle de grade 2 avec recherche de C. difficile négative, d'évolution spontanément favorable sans arrêt de traitement. L'efficacité du traitement pour prévenir la récidive était de 83.3% avec un seul patient qui a rechuté au cours du suivi à 15 jours de traitement avec une ICD non sévère selon la définition ESCMID (4) d'évolution favorable après reprise d'une antibiothérapie anti-C. difficile en hospitalisation. La présence de la souche EXL01 étaient détectée dans les selles des patients traités jusqu'à 8 semaines après la fin du traitement suggérant une colonisation du microbiote du receveur.

Conclusion : La tolérance de la prise d'EXL01 à forte dose dans l'ICDr était très bonne. L'efficacité pour prévenir la récidive d'ICD était comparable à celle décrite pour la TMF dans cette population à haut risque sous réserve d'un faible nombre de patients évalués. Ces résultats doivent être confirmés dans une étude comparative. Une étude de phase 2 contrôlée randomisée en double aveugle est en cours de recrutement.

Remerciements, financements, autres : L'étude est financée par un financement PHRC-interrégional -AURA 2022 et EXELIOM Biosciences, compagnie qui développe EXL01.

P.042

Le pH colique : facteur prédictif de la réponse au régime pauvre en glucides fermentescibles (FODMAP) dans le syndrome de l'intestin irritable ?

H. Mikhael-Moussa [1], N. Cenac [2], A. Gillibert [1], K. André [1], E. Lacroix [1], A.M. Leroi [1], C. Desprez [1], V. Vernon [1], A. Zalar [1], G. Gourcerol [1], C. Melchior [1]

(1) Rouen ; (2) Toulouse.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est l'un des troubles de l'interaction intestin-cerveau les plus fréquents. Il s'agit d'une pathologie hétérogène, définie par les critères de Rome IV, et caractérisée par des douleurs abdominales chroniques associées à des troubles du transit. Le rôle du microbiote intestinal et de la fermentation colique dans la physiopathologie du SII ont été mis en évidence (1). Un pH colique plus acide, reflet d'une fermentation accrue, a notamment été observé chez ces patients (2). Cette fermentation anormale pourrait expliquer la sensibilité aux glucides fermentescibles, en particulier aux oligo-, di-, monosaccharides et polyols (FODMAP), dont la réduction alimentaire améliore les symptômes chez certains patients (3). Cependant, la réponse au régime pauvre en FODMAP demeure variable et difficile à prédire, d'autant qu'il s'agit d'un régime restrictif contraignant pouvant avoir un impact nutritionnel. Dans ce contexte, cette étude vise à évaluer le pH colique comme marqueur prédictif de l'efficacité de ce régime.

Patients et Méthodes : Des patients atteints de SII selon les critères de Rome IV avec un score de Francis >175/500 ont été inclus. L'ensemble des patients a bénéficié d'une mesure du pH colique par capsule SmartPill® et d'une éducation nutritionnelle au régime pauvre en FODMAP qu'ils ont suivi pendant 6 semaines. Les patients ont complété des questionnaires validés, avant et après le régime, sur la sévérité (score de Francis), la qualité de vie (GIQLI) et les symptômes d'anxiété et de dépression (HAD-S). L'efficacité du régime a été évaluée par la variation absolue du score de Francis avant et après le régime. Des échantillons de selles ont été recueillis avant et après le régime pour analyses des acides gras à chaines courtes (AGCC) par GC-MS. Les patients ont également bénéficié d'une mesure de la sensibilité viscérale par barostat rectal et d'inflammation par dosage de la calprotectine fécale. Les corrélations entre le pH colique et l'efficacité du régime (variation absolue du score de Francis avant et après régime), ainsi qu'avec les variations absolues du score de GIQLI, HAD-S, de la fréquence et la consistance des selles, et des AGCC ont été analysées. Le nombre de patients prévu à l'inclusion était de 50 ; cependant, en raison de l'arrêt de la commercialisation de la capsule SmartPill®, l'étude a dû être interrompue prématurément.

Tableau 1 : Analyse descriptive et corrélative des critères de jugements avec le pH colique

	moyenne ± écart-type [nb de sujets]	Corrélation de Pearson avec pH colique estimation (IC95%, p, nb de sujets)
Pression max atteinte Barostat (mmHg)	38.82 ± 8.92 [17]	-0.42 (95% CI -0.72 to 0.22, p=0.17, n=15)
Score de Francis à BL	278.73 ± 90.80 [22]	-0.23 (95% CI -0.67 to 0.26, p=0.34, n=20)
GIQLI à BL	82.91 ± 19.20 [22]	0.08 (95% CI -0.55 to 0.66, p=0.77, n=20)
HAD total à BL	15.36 ± 8.72 [22]	-0.11 (95% CI -0.62 to 0.42, p=0.68, n=20)
Calprotectine	45.78 ± 39.97 [23]	0.09 (95% CI -0.51 to 0.52, p=0.77, n=20)
Nb de selles par jour à BL (moyenne sur calendrier)	1.75 ± 1.04 [24]	0.01 (95% CI -0.34 to 0.37, p=0.93, n=20)
Score de bristol (moyenne sur calendrier)	4.19 ± 0.85 [22]	0.27 (95% CI -0.17 to 0.74, p=0.24, n=20)

Le nombre de sujets intégrés dans l'analyse de corrélation de Pearson est inférieur au nombre de sujets ayant la donnée concernée, car les sujets dont le pH moyen de 1 à 3 minutes est manquant sont exclus de cette analyse corrélative mais pas de la description.

Le pH colique était calculé comme la moyenne des 3 premières minutes qui suivent l'expulsion de la valvule de Bauhin.

BL, baseline.

Résultats : Parmi 23 patients répondant aux critères d'inclusion, 20 ont été retenus dans l'analyse, disposant de données complètes du score de Francis avant et après le régime ainsi que de la mesure du pH colique. Chez ces 20 patients, le pH moyen ± écart-type était de 6.83 ± 0.59. Le score moyen de Francis était de 271.0 ± 90.4 avant le régime, et de 226.5 ± 87.4 après régime, soit une diminution moyenne de 44.5 points. Le coefficient de corrélation entre le pH colique et la variation absolue du score de Francis était de r= -0.40, suggérant qu'un pH plus acide pourrait être associé à une meilleure réponse clinique au régime pauvre en FODMAP, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif (p=0.23). De plus, aucune corrélation significative n'a été observée entre le pH colique et la pression maximale atteinte au barostat rectal, GIQLI, HAD-S, la calprotectine fécale, la fréquence ou la consistance des selles (Tableau 1). De même, les AGCC n'étaient pas significativement corrélés à l'amélioration du score de Francis après le régime (données non présentées).

Conclusion : Ces résultats suggèrent que le pH colique ne constitue pas un facteur prédictif pertinent de l'efficacité d'un régime pauvre en FODMAP chez des patients souffrant de SII. De plus, le pH colique ne semble corrélé à aucun autre paramètre clinico-biologique du SII dans cette étude exploratoire.

Remerciements, financements, autres : Financements : Cette étude a bénéficié d'un soutien de la Bourse Benjamin Delessert (2018) et d'un appel d'offres Jeune Chercheur du CHU de Rouen (2019).

P.043

Projet EMPATHIC : groupes d'accompagnEMent et de PArole destinés aux éTudiants en médecine confrontés à des situations HospItalières Complexes

A. Boilève [1], F. Rolland [2], X. Monnet [3], S. Proust [1], T. Pham [3], I. Pendola Luchel [4], M. Alais [3], V. Gajdos [3], C. Sarkozy [5], L. Albigès [1], N. Bigé [1]

(1) Villejuif ; (2) Rueil-Malmaison ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Paris ; (5) Saint-Cloud.

Introduction : Les étudiants en médecine qui effectuent des stages cliniques sont exposés à des situations complexes et émotionnellement difficiles, notamment les soins de fin de vie, l'annonce de mauvaises nouvelles ou les interactions avec des patients et des familles en détresse.
Le projet EMPATHIC a été développé à Gustave Roussy, un centre de lutte contre le cancer affilié à l'université Paris-Saclay, afin d'apporter un soutien structuré aux étudiants pendant leurs stages cliniques. Le programme avait trois objectifs : (1) éducatif, en renforçant les compétences en communication ; (2) de soutien, en favorisant le dialogue entre pairs grâce à des groupes de discussion animés par deux médecins seniors ; et (3) évaluatif, en évaluant l'exposition des étudiants à des situations médicales complexes et leur vécu, leur bien-être et leur empathie, ainsi que leur satisfaction à l'égard des groupes de soutien.

Patients et Méthodes : Entre juillet 2024 et juin 2025, tous les étudiants en médecine de la 4ème à la 6ème année effectuant des stages à Gustave Roussy (n = 233) ont été invités à participer à deux sessions par stage : une session d'introduction présentant les principes fondamentaux de la communication patient-médecin et de l'annonce d'une maladie grave, ainsi que les ressources de soutien existantes et, et une session de clôture offrant un espace confidentiel aux étudiants pour échanger sur des situations émotionnellement difficiles. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires complétés anonymement par les étudiants volontaires, comprenant des questions fermées et ouvertes.

Résultats : Au total, 159 questionnaires ont été remplis au cours de 15 sessions (sur 233 étudiants), ce qui correspond à un taux de participation de 47% pour les premières sessions et de 23% pour les secondes sessions (p<0,0001). La plupart des étudiants (87%) ont déclaré avoir été confrontés à des situations médicales complexes, le plus souvent des soins de fin de vie (48%), des maladies graves (43%) et des décès (35%). La proportion d'étudiants exposés aux situations complexes augmentait au long de leur cursus : 79% en DFASM1, 92% en DFASM2, pour atteindre la totalité en DFASM3 (p<0.05). Les étudiants réussissaient à surmonter ces situations dans 81% des cas mais moins souvent en DFASM1 (70% *vs* 91 % et 86% respectivement en DFASM2 et 3)(p<0.05). Leurs principaux soutiens étaient leurs amis et leur famille (61%), d'autres étudiants (45%), des internes (42%) et des médecins seniors (32%). Soixante-huit pour cent des étudiants ont déclaré avoir des besoins de soutien non satisfaits, et aurait souhaité une aide complémentaire principalement de la part des médecins seniors (50%) et des internes (27%). Les étudiants se sont sentis libres de s'exprimer lors des sessions dans 94% des cas. Le programme a suscité un haut niveau de satisfaction (97%) et d'expression favorable à son extension à d'autres hôpitaux et à la faculté (95%).

Conclusion : Le projet EMPATHIC démontre la faisabilité et l'intérêt de groupes de soutien et de parole structurés pour les étudiants en médecine dans le domaine de l'oncologie. De telles initiatives peuvent leur apporter des ressources pour faire face aux expériences difficiles auxquelles ils sont confrontés et leur fournir un espace sécurisé pour échanger sur ces situations, en particulier au début de leur cursus hospitalier, période semblant associée à une vulnérabilité accrue. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact de ce type de programme sur le bien-être, l'empathie et les performances académiques.

P.044

Infection à norovirus chez les patients immunodéprimés : trajectoires cliniques et facteurs prédictifs de rémission clinique dans 12 CHU français

A. Cortier [1], F. Ader [1], T. Briot [1], M. Guillet [1], C. Ramiere [1], C. Merveilleux [1], N. Benech [1]

(1) Lyon.

Introduction : Chez les patients immunodéprimés, le Norovirus peut provoquer une diarrhée chronique responsable de dénutrition, de désordres hydro-électrolytiques et d'hospitalisations prolongées. Les traitements actuellement disponibles reposent sur un niveau de preuve limité, et les diagnostics différentiels sont souvent insuffisamment explorés. Cette étude a chercher à décrire les caractéristiques cliniques, les évolutions et les approches thérapeutiques chez les patients adultes présentant une infection à Norovirus dans 12 centres hospitaliers tertiaires.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique incluant tous les adultes ayant eu au moins une PCR Norovirus positive enregistrée au département de microbiologie de 12 hôpitaux universitaires français entre novembre 2014 et septembre 2023. Les données cliniques, microbiologiques, biologiques, endoscopiques et thérapeutiques ont été extraites des dossiers médicaux électroniques. Les caractéristiques des patients immunodéprimés et non immunodéprimés ont été comparés par Student t-test pour les variables continues et test exact de Fischer pour les variables catégorielles. L'immunodépression était définie par la présence d'au moins une des conditions suivantes : transplantation d'organe solide, hémopathie maligne traitée, greffe de moelle osseuse allogénique, immunodéficience commune variable, corticothérapie supérieure à 20 mg/jour pendant plus de deux mois, traitement par biothérapie, ou cancer solide sous chimiothérapie en cours. La réponse clinique était définie par une diminution du nombre de selles supérieure à 30 % ou une amélioration cliniquement significative de la diarrhée rapportée lors de la consultation pour les patients ambulatoires, sans normalisation complète du transit intestinal. La rémission clinique était définie par une fréquence des selles inférieure à trois par jour ou un retour au rythme habituel des selles. La rechute clinique était définie par la réapparition d'une diarrhée associée à une PCR Norovirus positive concomitante. Les facteurs de risque associé à la rémision clinique à 3 et 6 mois ont été évalués par analyses univariées et régressions logistiques multivariées.

Résultats : Parmi les 249 patients avec un test PCR Norovirus positifs, 154 (61,8 %) étaient immunodéprimés, principalement en raison d'une transplantation d'organe solide (n = 101, 65,5 %), d'hémopathies malignes traitées (n = 21, 13,6 %) ou d'une greffe de cellules souches allogéniques (n = 18, 11,6 %). Comparés aux patients non immunodéprimés (n = 85), ces patients présentaient des formes cliniques plus sévères, notamment une perte de poids (15,5 %), une insuffisance rénale aiguë (63,6 %) et des hospitalisations plus fréquentes (45,5 %).Dans ce groupe, 52 % (n = 80) n'ont reçu aucun traitement spécifique du Norovirus ; néanmoins, une rémission clinique a été observée chez 75 % (n = 60) et 77,5 % (n = 62) des patients à 3 et 6 mois, respectivement. L'intervention la plus fréquemment mise en œuvre était la réduction de l'immunosuppression (n = 48, 65 %), suivie de l'administration de nitazoxanide (n = 17, 23 %), de la modification du schéma immunosuppresseur (n = 9, 12 %), des immunoglobulines intraveineuses (n = 8, 11 %) et de la transplantation de microbiote fécal (n = 7, 9 %). Malgré une amélioration transitoire des symptômes, aucune de ces approches n'était significativement associée à une probabilité accrue de rémission à 3 ou 6 mois selon l'analyse multivariée. Parmi les patients présentant une diarrhée persistante à 3 mois, seuls 12 % (n = 4) ont bénéficié d'une exploration endoscopique.

Conclusion : Chez la majorité des patients immunodéprimés, l'infection à Norovirus évolue vers une résolution spontanée des symptômes en moins de trois mois. Les données disponibles ne permettent pas de retenir une approche thérapeutique préférentielle pour les patients avec une diarrhée persistante. Des études prospectives sont

nécessaires pour mieux définir les stratégies thérapeutiques efficaces dans cette population à haut risque incluant une évaluation systématique des diagnostics différentiels.

P.045

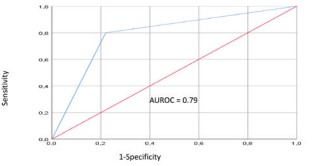
La diminution des anticorps anti-αvα6 sériques pendant le traitement d'induction par vedolizumab est un facteur prédictif significatif et sélectif de rémission clinique durable de la RCH à un an

X. Roblin [1], S. Nancey [2], F. Mechi [1], M. Fumery [3], X. Hébuterne [4], R. Altwegg [5], A.S. Peaucelle [1], L. Bastide [1], G. Duru [2], M. Barrau [1], S. Paul [1]
(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon ; (3) Amiens ; (4) Nice ; (5) Montpellier.

Introduction : Des anticorps dirigés contre l'intégrine αvβ6 ont été détectés dans le sérum de patients atteints de MICI traités par vedolizumab (VDZ). L'objectif de cette étude était d'évaluer la relation entre les anticorps anti-αvβ6 sériques et leur pharmacocinétique avec l'évolution de la maladie chez les patients atteints de MICI traités par VDZ pendant 52 semaines.

Patients et Méthodes : Des données de vie réelle ont été recueillies à partir de deux études observationnelles multicentriques, prospectives, l'une incluant des patients atteints de MICI sous traitement par VDZ (VEDOPREDIRESP) et l'autre incluant des patients atteints de RCH sous traitement par golimumab avec intensification de la dose (GOLILOR). Les titres sériques d'anticorps anti-αvβ6 ont été mesurés par test ELISA avant le début du traitement par VDZ (baseline) et à S6. Les facteurs prédictifs de rémission clinique prolongée ont été évalués à l'aide de tests univariés et d'une régression logistique multivariée.

Fig 1 : Analyse de la courbe ROC identifiant la meilleure valeur seuil de réduction des taux d'anticorps sériques αvβ6 entre S0 et S6 associés à une rémission clinique soutenue chez les patients atteints de RCH traités par VDZ.



Résultats : Au cours de l'étude VEDOPREDIRESP, 115 atteints de MICI (67 RCH et 48 MC) ont été inclus. Au terme du suivi (S52), 49 % des patients atteints de MICI (RCH, 54 %) ont obtenu une rémission clinique. À l'inclusion, les taux sériques anormaux d'anticorps αvβ6 (> 9,1 µg/mL sur la base des titres médians + 3 écarts-types par rapport aux témoins) étaient significativement plus fréquents chez les patients atteints de RCH que chez les patients atteints de MC (94 % contre 19 %, respectivement ; p < 0,001). De même, les titres médians étaient significativement plus élevés chez les patients atteints de RCH [271 µg/mL (IQR, 38-884) contre 5,2 µg/mL (2,5-10) ; p < 0,001]. La meilleure valeur seuil pour distinguer la RCH de la MC était de 15 µg/mL (AUROC : 0,95 ; Sen : 0,92, Spe : 0,95). Dans la RCH, les titres médians d'anticorps sériques αvβ6 des patients débutant le VDZ diminuaient significativement au fil du temps entre S0 et S6 (243 contre 190 µg/mL, respectivement ; p = 0,04). Pendant le traitement d'induction par VDZ chez les patients atteints de RCH, une réduction des titres d'anticorps αvβ6 de plus de 30 % entre S0 et S6 était associée à une rémission clinique prolongée à S52 (AUROC : 0,79 ; Se : 0,78, Sp : 0,80) (Fig 1). Inversement, à S0, ces taux étaient comprables entre les patients ayant eu ou non une réponse soutenue dans le suivi (239 *vs* 245 µg/mL ; p =0,76) En analyse multivariée, le seul facteur indépendant associé à la rémission clinique soutenue était la réduction des titres d'anticorps αvβ6 de plus de 30 % entre S0 et S6 (OR : 5,36, IC95 : 1,12-8,54 ; p : 0,04). Contrairement au VDZ, dans la cohorte indépendante de patients atteints de RCH traités par golimumab, les titres médians d'anticorps αvβ6 ne différaient pas au fil du temps, tant chez les répondeurs, que chez les non-répondeurs à l'intensification du traitement.

Conclusion : Les anticorps sériques αvβ6 sont de nouveaux marqueurs précis permettant de distinguer la RCH de la MC. Chez les patients atteints de RCH, la surveillance des titres d'anticorps αvβ6 sériques pendant l'induction

par VDZ est un facteur prédictif significatif et spécifique au traitement associé à une rémission clinique durable à un an et pourrait être d'un intérêt primordial pour guider la décision du clinicien.

P.046

Efficacité et tolérance du vedolizumab et de l'ustekinumab à 5 ans, chez les patients atteints de maladie de Crohn réfractaire aux anti-TNF : étude comparative en vie réelle

A. Amiot [1], J. Kirchgesner [2], H. Alric [2], X. Treton [3], M. Uzzan [4], N. Hammoudi [2], C. Gagnière [4], M. Allez [2], C. Bresteau [5], Y. Bouhnik [3], P. Seksik [2], F. Carbonnel [1], A. Meyer [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Paris ; (3) Neuilly-sur-Seine ; (4) Créteil ; (5) Clichy.

Introduction : Le vedolizumab et l'ustekinumab sont indiqués dans la maladie de Crohn (MC) en cas d'échec ou d'intolérance des anti-TNF. Il n'existe pas d'essai contrôlé comparatif dans cette indication. En France, de mai 2014 à novembre 2016, seul le vedolizumab a été remboursé dans cette indication puis de décembre 2016 à aout 2018 seul l'ustekinumab l'a été. Ceci est de nature à diminuer le biais d'indication entre ces deux médicaments. Dans une précédente étude, nous avions montré que le taux de rémission clinique à la semaine 48 était plus élevé avec l'ustekinumab qu'avec le vedolizumab chez les patients atteints de MC en échec des anti-TNF. Le but de cette étude était de comparer l'efficacité et la tolérance de l'ustekinumab et du vedolizumab après 5 ans de suivi dans cette même cohorte.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude observationnelle, rétrospective et multicentrique entre mai 2014 et aout 2018. Les patients inclus avaient plus de 18 ans et une MC active (Indice d'Harvey-Bradshaw >4), réfractaires ou intolérants à au moins un anti-TNF, et naïfs de vedolizumab et d'ustekinumab. Les patients avec pochite, stomie, ou traités dans le cadre de la prévention de la récidive post-opératoire étaient exclus. L'ustekinumab était administré par voie intraveineuse (6 mg/kg) puis, à partir de la 8ème semaine par voie sous-cutanée (90 mg toutes les 4 à 12 semaines). Le vedolizumab était administré par voie intraveineuse à la dose de 300 mg aux semaines 0,2 et 6 puis toutes les 4 à 8 semaines. Les critères de jugement étaient le taux de rémission clinique sans corticoïdes après 2, 3 et 5 ans, la survenue d'évènement indésirable et la persistance du traitement au cours du temps. Les analyses ont été réalisée en intention de traiter en prenant en compte les caractéristiques initiales des patients par une pondération sur l'inverse du score de propension.

Résultats : 239 patients ont été inclus, 107 ont reçu de l'ustekinumab et 132 ont reçu du vedolizumab. Les taux de rémission clinique sans corticoïdes étaient plus élevés avec l'ustekinumab qu'avec vedolizumab, à 2 ans (48,1% *vs* 28,9%; ORa 2,27 [1.25-4.13]), 3 ans (49,5% *vs* 25,4%; ORa 2,88 [1,56-5,32]) et 5 ans (41,2% *vs* 20,5%; ORa 2.72 [1.43-5.18]) (p<0,01 pour toutes les comparaisons). Les taux de persistance étaient plus élevés avec l'ustekinumab qu'avec le vedolizumab (46,8% *vs* 22,5%; ORa 3,03 [1,63-5,63]). Après 5 ans de suivi, il n'y avait pas de différence de taux de résection intestinale (11,9% *vs* 10,8% ; OR 1,11 [0,44-2,79], p=0,83). L'ustekinumab a été associé à des taux de rémission clinique sans stéroïdes plus élevés dans le sous-groupe du CDST-vedolizumab bas (ORa 22,05, [3,02-160,79]), dans le sous-groupe du CDST-vedolizumab intermédiaire (ORa 3,25, [1,08-9,76]), mais pas pour le sous-groupe du CDST-vedolizumab haut (ORa 1,02, [0,16-6,44]). La supériorité de l'ustekinumab était plus prononcée chez les patients atteints de MC iléale, de phénotype sténosant ou fistulisant, et ayant un antécédent de chirurgie intestinale.
173 évènements indésirables (EI) soit 1,31 EI par patient traité par vedolizumab et 75 soit 0,70 EI par patient traité par ustekinumab, ont été observés. Un patient traité par vedolizumab est décédé d'une cardiopathie. Trois cancers ont été rapportés (un myélome multiple dans le groupe ustekinumab, un cancer de l'endomètre et un carcinome basocellulaire cutané dans le groupe vedolizumab).

Conclusion : L'ustekinumab est associé à un taux de rémission clinique sans corticoïdes et à une persistance à 5 ans supérieure à celle du vedolizumab chez les patients atteints de MC réfractaires aux anti-TNF. Un CDST-vedolizumab haut était associé à une efficacité identique entre les 2 médicaments et devrait être utilisé avant d'envisager le vedolizumab dans ce contexte.

Remerciements, financements, autres :
Tous les membres de Paris IBD-U

P.047

ICARE-II : une cohorte nationale prospective française évaluant la tolérance et l'efficacité des nouvelles thérapies avancées

J. Kirchgesner [1], S. Nancey [2], M. Ferry [3], G. Bouguen [4], M. Nachury [5], A.L. Pelletier [1], A. Buisson [6], M. Barrau [7], C. Atanasiu [1], J.M. Gornet [1], C. Le Berre [8], R.A. Stoia [9], D. Laharie [10], X. Hébuterne [11], S. Nahon [12], A. de Maissin [13], L. Vuitton [14], D. Moussata [15], M. Vidon [16], A. Bourrier [1], N. Richard [17], C. Bresteau [18], F. Goutorbe [19], C. Locher [20], R. Altwegg [21], L. Caillo [22], C. Gilletta de Saint-Joseph [23], L. Sirmai [1], R. Olivier [9], M. Cavicchi [24], S. Viennot [1], F. Heluwaert [25], P. Faure [23], L. Peyrin-Biroulet [3], M. Fumery [26]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Nancy ; (4) Rennes ; (5) Lille ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Saint-Étienne ; (8) Nantes ; (9) Poitiers ; (10) Bordeaux ; (11) Nice ; (12) Montfermeil ; (13) La Roche-sur-Yon ; (14) Besançon ; (15) Tours ; (16) Créteil ; (17) Rouen ; (18) Clichy ; (19) Bayonne ; (20) Meaux ; (21) Montpellier ; (22) Nîmes ; (23) Toulouse ; (24) Charenton-le-Pont ; (25) Annecy ; (26) Amiens.

Introduction : L'émergence de nouvelles thérapies pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) nécessite une évaluation approfondie de leur tolérance en conditions réelles d'utilisation. Après l'étude I-CARE, qui a permis de documenter les risques liés aux anti-TNF, l'étude ICARE-II a pour objectif d'évaluer prospectivement la tolérance des thérapies avancées au sein d'une large cohorte prospective française.

Patients et Méthodes : La cohorte ICARE-II est une étude prospective nationale incluant des patients atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH) initiant une thérapie avancée dans 71 centres français. L'objectif principal est d'évaluer le risque d'évènements indésirables majeurs (cancers, infections sévères, évènements thromboemboliques artériels et veineux) chez les patients traités par inhibiteurs de JAK, anti-IL23 ou modulateurs de S1pR. Il est prévu d'inclure 6000 patients entre 2024 et 2026, qui seront suivis pendant quatre ans. Les caractéristiques à l'inclusion des patients inclus de novembre 2023 à septembre 2025 sont présentées ici.

Résultats : Un total de 1476 patients a été inclus entre janvier 2024 et septembre 2025 dont 966 (65%) patients atteints de MC. L'âge médian à l'inclusion était de 38 ans (IQR, 29-50), 52% étaient des femmes avec une durée médiane d'évolution de la MICI de 9 ans (3-17). Parmi eux, 54 (4.4%) présentaient des antécédents de cancer, 43 (3.5%) d'événements thromboemboliques veineux, 35 (2.3%) d'événements cardiovasculaires majeurs et 363 (30%) avait déjà été opérés pour leur MICI (MC, 30% et RCH, 6.5%). Deux-cent trente-deux (16%) patients présentaient une autre maladie inflammatoire immunomédiée (dont psoriasis (n=103, 8,4%) et spondylarthrite ankylosante (n=86, 7%)).
A l'inclusion, un tiers des patients (28%) étaient naïfs de thérapies avancées, 29% avait été exposés à une ligne, 19% à deux lignes et 24% à ≥ 3 lignes thérapeutiques. A l'inclusion, les traitements administrés étaient les anti-TNF (n=341, 23%), les anti-intégrines (n=312, 21%), les anti-IL12/23 (n=311, 21%), les anti-IL23p19 (n=293, 20%), les inhibiteurs de JAK (n=214, 14%), ou les modulateurs de S1P (n=5, 0,3%). Des corticoïdes étaient associés chez 175 (14%) patients, un traitement par 5-ASA oral chez 138 (11%) et par thiopurines chez 99 (8%) patients.

Conclusion : ICARE-II est une cohorte observationnelle prospective nationale ayant déjà inclus plus de 1 400 patients. Cette étude fournira des données inédites permettant d'évaluer la balance bénéfice/risque à long terme des nouvelles thérapies avancées au cours des MICI.

P.048

Devenir à long terme des colites aiguës graves dans la rectocolite hémorragique à début pédiatrique : étude en population générale

D. Ley [1], M. Pauloin [1], N. Richard [2], C. Dupont-Lucas [3], D. Turck [1], V. Bertrand [4], N. Guillon [1], C. Gower-Rousseau [5], G. Savoye [2], P. Wils [1], H. Sarter [1], M. Fumery [6], A. Leroyer [1]

(1) Lille ; (2) Rouen ; (3) Caen ; (4) Le Havre ; (5) Reims ; (6) Amiens.

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) est une complication redoutée de la rectocolite hémorragique (RCH), nécessitant une colectomie en urgence dans 10 à 15 % des cas chez l'adulte. Le pronostic de la CAG s'est considérablement amélioré au cours des dernières décennies, notamment grâce à l'utilisation des anti-TNF et de la ciclosporine dans les formes corticorésistantes. L'objectif de cette étude était d'évaluer en population générale le risque de CAG et l'évolution à long terme chez des patients atteints de RCH à début pédiatrique.

Patients et Méthodes : Tous les enfants identifiés au sein d'un registre en population générale avec un diagnostic de RCH avant 17 ans, effectué entre 1988 et 2011, étaient suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. Les patients ayant présenté une CAG au cours du suivi étaient inclus dans la présente étude. La CAG était définie par une poussée sévère (score Mayo >11), ayant nécessité une hospitalisation et un traitement soit par corticothérapie intraveineuse (IV), soit par ciclosporine IV, soit une colectomie. Le risque cumulé de colectomie était évalué à 1, 3 et 5 ans de la CAG. Les facteurs associés au risque de CAG et ceux associés au risque de colectomie étaient évalués selon un modèle de Cox.

Résultats : Parmi les 337 patients atteints de RCH, 79 (23 %) présentaient une CAG au cours du suivi, révélant la maladie chez 12 de ces patients. Parmi les patients ayant présenté une CAG, 43 % avaient reçu une corticothérapie orale dans les 3 mois précédents, 14 % un traitement immunosuppresseur et 9 % un anti-TNF. L'incidence cumulée de CAG à 1 an, 3 ans et 5 ans du diagnostic était respectivement de 13 % [IC 95 % : 8,9-16,1], 19 % [14,4-23,0] et 22 % [17,6-26,9]. Une atteinte pancolique (E4) au diagnostic était associée à un risque plus élevé de CAG (HR : 2,60 [1,31-5,12], p=0,020). Le traitement de 1ère ligne de la CAG était la corticothérapie IV pour 58 patients (73 %), la ciclosporine IV pour 12 (15 %) et l'infliximab pour 1 (1,3 %). Dix patients (13 %) nécessitaient une colectomie d'emblée, et 13 (16 %) après échec du traitement de 1ère ligne. Le risque cumulé de colectomie à 1 an, 3 ans et 5 ans de la CAG était respectivement de 39 % [26,7-48,5], 44 % [31,8-48,5], et 48 % [34,8-57,9]. Aucun décès n'était observé. Un diagnostic de la RCH à l'ère des anti-TNF (2001-2011) était associé à un moindre risque de colectomie (HR = 0,28 [0,14-0,57], p<0,001).

Conclusion : Dans cette cohorte en population générale de patients atteints de RCH à début pédiatrique, un patient sur 4 présentait une CAG. Le risque de colectomie après un épisode de CAG était élevé et concernait 1 patient sur 2 à 5 ans. Toutefois, l'arrivée des anti-TNF était associée à une diminution du risque de colectomie.

P.049

Place de l'IRM pelvienne dans la surveillance des LAP au cours de la maladie de Crohn

M. Dkhissi [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], H. El Bacha [1], F.Z. Mghyly [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn expose fréquemment à des lésions ano-périnéales (LAP) qui peuvent altérer la qualité de vie. L'IRM pelvienne, déjà reconnue comme l'examen de référence pour le diagnostic et la cartographie initiale, joue un rôle essentiel dans le suivi à long terme. Elle permet de surveiller l'évolution morphologique des trajets fistuleux, d'apprécier l'activité inflammatoire, de détecter des abcès silencieux et de guider les décisions thérapeutiques.L'objectif de ce travail est d'évaluer la contribution de l'IRM pelvienne dans la surveillance prolongée des LAP au cours de la maladie de Crohn.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective descriptive a été menée entre juillet 2018 et juillet 2025 et a inclus l'ensemble des patients atteints de maladie de Crohn compliquée de LAP suivis dans notre service. Tous ont bénéficié d'un examen proctologique et d'au moins deux IRM pelviennes, comportant les séquences conventionnelles T2 et T1 avant et après injection de gadolinium, ainsi qu'une diffusion.Les paramètres étudiés comprenaient le type de fistule, la classification de Parks, le nombre de trajets, la présence d'abcès, de sténose, l'évolution de l'activité inflammatoire et la survenue de nouvelles lésions au cours du suivi. La rémission radiologique était définie par la disparition de l'hypersignal T2, l'absence de rehaussement et d'épaississement pariétal.

Résultats : L'étude a inclus 168 patients, d'âge moyen 37,8 ± 11,4 ans, avec une prédominance féminine faite de 101 femmes (60 %, sexe ratio F/H = 1,5). Sur le plan clinique, les proctalgies étaient présentes chez 141 patients (soit 84 %), un écoulement purulent chez 79 patients (soit 47 %) et une incontinence anale chez 3 patients (soit 2 %). L'examen proctologique initial avait retrouvé une fistule dans 74 % des cas (124 patients), des ulcérations dans 22 % (37 patients) et une sténose dans 12 % (20 patients).
L'IRM pelvienne de référence avait confirmé la présence d'une fistule anale chez 154 patients. Selon la classification de Parks, 42 % étaient de type I (intersphinctérienne), 33 % de type II (transsphinctérienne), 10 % de type III (suprasphinctérienne) et 15 % de type IV (extrasphinctérienne). Des fistules complexes extra-anales étaient identifiées dans 16 cas (9.5%): 1 recto vaginale (0.6%), 4 fistules ano-vulvaires (2.3%), 3 fistules ano-vaginales (1.8%), 2 fistules ano-urethrale (1%) et 6 fistules borgnes alimentant des abcès profonds latents (3.6%). Un total de 20 abcès étaient retrouvés chez 18 patients (10,7 %), dont 25 % étaient cliniquement silencieux. 7 Abcès étaient supra lévatoriens ; 6 inter-spnicteriens, 5 infra-lévatoriens communiquant en fer à cheval, 1 pré-coccigien et le dernier de siège périnéal. Parmi les 20 patients avec des sténoses anales à l'examen proctologique, l'IRM pelvienne montrait une sténose fibreuse chez 8 malades (40% des malades avec sténoses anales), inflammatoires chez 07 patients (35%) et aucune sténose visible chez 05 malades (25%).
Au cours du suivi, 142 patients disposaient d'au moins deux IRM pelviennes. À l'IRM de contrôle après traitement, 36.3 % des patients (61 patients) présentaient une rémission radiologique complète, 38.7 % (65 patients) une réponse partielle avec réduction de l'hypersignal T2 et du rehaussement, 14,3 % (24 patients) une stabilité et 10,7 % (18 patients) une progression : De nouveaux trajets fistuleux étaient apparus chez 8 patients (4.8%) et 10 (6%) avaient développé un abcès en cours de suivi, dont plus de la moitié étaient cliniquement silencieux.
Cliniquement,138 patients (82,1%) avaient des trajets asséchés, alors que 30 patients (17,8%) présentaient encore des signes d'activité (douleur, écoulement). La comparaison a montré une concordance clinico-radiologique dans 70,8 % des cas (119 patients). Tandis que dans 29,2 % des cas (49 patients), l'IRM objectivait une activité persistante sur des trajets cliniquement asséchés et des lésions additionnelles non détectées à l'examen clinique. L'association entre l'activité clinique et activité IRM était statistiquement significative

(p<0,01), soulignant la sensibilité de l'IRM à détecter plus de lésions que l'examen clinique seul, conduisant à une modification thérapeutique (pose ou révision de séton, drainage, intensification ou changement de biothérapie).

Conclusion : L'IRM pelvienne constitue un outil incontournable dans la surveillance des LAP au cours de la maladie de Crohn. Elle permet de documenter la cicatrisation, de détecter précocement les récidives ou les complications, et de guider les ajustements thérapeutiques. Intégrée systématiquement dans le suivi, elle contribue à optimiser la prise en charge et à améliorer le pronostic fonctionnel à long terme.

P.050

Maladies inflammatoires chroniques intestinales associées à une hidradénite suppurée : étude de cohorte

A. Tesson [(1)], S. Brand [(1)], C. Cassius [(1)], M. Allez [(1)], C. Baudry Schraub [(1)], M.L. Tran-Minh [(1)], J. Bonnet [(1)], N. Hammoudi [(1)], J.M. Gornet [(1)]
(1) Paris.

Introduction : Les données de vraie vie concernant les patients ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) et une hidradénite suppurée (HS) sont peu nombreuses

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique en centre tertiaire chez des patients présentant une MICI et une HS. Les patients ont été identifiés par l'intermédiaire du logiciel cohorte 360. Tous les diagnostics d'HS ont été validé par un dermatologue expert.

Résultats : Cinquante-sept patients ont été inclus avec une durée médiane de suivi de 17 ans en cas de primo diagnostic de MICI et de 10 ans en cas de primo diagnostic d'HS avec un délai diagnostic entre les 2 pathologies de 10 ans et 5 ans respectivement. La MICI précédait le plus souvent l'HS (61% *vs* 39%, p=0,006). L'âge médian au diagnostic de MICI était de 22 ans et de 25 ans au diagnostic d'HS. Il existait une prédominance de femmes (63%) de fumeurs (62%) et de maladie de Crohn (MC ; 91%) de topographie principalement ileo-colique et colique (73% ; p=0,006) avec un phénotype perforant ou sténosant dans 42% des cas. Une atteinte périnéale de MC était retrouvée chez 43 % des patients et significativement plus fréquente lorsque l'HS précédait la MICI (61 % versus 31 %, p=0,04). En cas de primo diagnostic de MICI, la proportion de patients ayant eu une résection intestinale était de 15% à 1 an, 18% à 3 ans, 24% à 5 ans et 40% à 10 ans. En cas de primo diagnostic d'HS, la proportion de patients ayant eu une résection intestinale était de 0% à 1,3 et 5 ans et 7,7% à 10 ans (p=0,04). En cas de primo diagnostic de MICI, la proportion de patients ayant eu au moins une chirurgie périnéale était de 2,9% à 1 an, 5,9% à 3 ans et 18% à 5 ans. En cas de primo diagnostic d'HS, la proportion de patients ayant eu au moins une chirurgie périnéale était de 21% à 1 an et 33% à 3 et 5 ans. Les principales localisations de l'HS étaient périnéale antérieure (89%), axillaire (73%), et périnéale postérieure (46%) et de sévérité modérée à sévère dans 61% des cas (stade 2 et 3 de la classification de Hurley) avec atteinte d'au moins 2 sites dans 80% des cas. Une autre atteinte cutanée associée à l'HS était retrouvée dans 40 % des cas (principalement acné 33% et sinus pilonidal 18%). Deux tiers des patients ont reçu une cure courte d'antibiotiques pour le traitement d'une poussée (pristinamycine ou amoxicilline-acide clavulanique). les 3/4 ont reçu au moins un antibiotique en prise prolongée en prophylaxie pour une forme légère d'HS (doxycycline ou triméthoprime-sulfaméthoxazole), et presque la moitié une prophylaxie pour une forme modérée d'HS (association rifampicine-clindamycine, bithérapie céphalosporine de 3e génération-métronidazole ou fluoroquinolone). Un quart des patients avaient eu une exérèse chirurgicale large pour HS. La quasi-totalité de la cohorte était exposé aux anti-TNF (96%, Infliximab 67% et Adalimumab 26%) avec nécessité d'une optimisation dans 56% des cas principalement pour la MICI, d'un recours plus rapide au traitement en cas de primo diagnostic d'HS (21 mois *vs* 52 mois) et de l'utilisation d'un deuxième anti-TNF dans 42% des cas. Les autres biothérapies utilisées étaient l'Ustekinumab (30%), le Védolizumab (14 %), un inhibiteur de JAK (5%) et un anti IL17 (2%). En cas de primo diagnostic de MICI, la première biothérapie était initiée quasi exclusivement pour la MICI (94%) alors que lorsque la MICI apparaissait après l'HS, ce pourcentage n'était que de 35% (p < 0,001). La proportion de patients exposés à une première biothérapie à un, trois et cinq ans était respectivement de 25%, 44% et 58%. La probabilité d'exposition à une biothérapie à 1, 3, 5 et 10 ans en cas de primo diagnostic de MICI était de 18%, 36%,52% et 70% et de 39%, 57%, 71% et 100% en cas de primo diagnostic d'HS respectivement (p=0,004). Le ratio d'exposition aux traitements biologiques rapportée à la durée totale de suivi selon le premier diagnostic posé, montrait une durée d'exposition cumulée plus importante (0.59 *vs* 0.39) chez les patients ayant eu un primo diagnostic de MICI (p = 0.49).

Conclusion : Les MICI sont de diagnostic plus précoce et associées à une HS modérée à sévère dans 2/3 des cas. Une atteinte périnéale spécifique de la MC et de l'HS est fréquente. Le recours aux anti-TNF est nécessaire chez la quasi-totalité des patients et plus précoce en cas de primo diagnostic d'HS. Une prise en charge multi-disciplinaire est nécessaire pour améliorer le pronostic de ces deux pathologies si elles sont associées.

P.051

Caractérisation d'une population de patients atteints de maladie de Crohn nouvellement diagnostiquée : résultats issus de la cohorte prospective multicentrique CROCO

S. Vieujean [(1)], M. Fumery [(2)], M. Nachury [(3)], A. Buisson [(4)]

(1) Liège, BELGIQUE ; (2) Amiens ; (3) Lille ;
(4) Clermont-Ferrand.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une affection chronique et évolutive dont la prévalence mondiale augmente et qui entraîne des lésions intestinales et un handicap. Les données actuelles sur le tableau clinique, les résultats et les choix thérapeutiques chez les patients nouvellement diagnostiqués de MC en Europe sont essentielles pour éclairer les médecins.
L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques au diagnostic d'une cohorte européenne contemporaine de patients atteints de MC récemment diagnostiqués.

Patients et Méthodes : La cohorte de la maladie de Crohn (CROCO) est une étude prospective européenne multicentrique dont les inclusions sont terminées mais le suivi en cours, menée auprès de patients atteints de MC diagnostiqués au cours des 12 derniers mois. Son objectif est de suivre la progression de la destruction intestinale (indice de Lémann) et le handicap fonctionnel.

Résultats : D'août 2021 à septembre 2025, 539 patients (55,3 % d'hommes, 25,3 % de fumeurs, 18,4 % d'anciens fumeurs) dont l'âge médian au diagnostic était de 33,7 ans [24,8 ; 49,8] ont été recrutés dans 18 centres. Le délai médian entre l'apparition des symptômes et le diagnostic était de 6,0 mois [2,1 ; 15,1], et la durée médiane de la maladie à l'inclusion était de 3,7 mois [1,5-7,3]. Une atteinte iléale (L1/L3) a été rapportée chez 85,7 % des patients. Globalement, 15,6 % présentaient une maladie ano-périnéale et 26,4 % des manifestations extra-intestinales, principalement de l'arthrite/arthralgie (16,2 % du total). Un phénotype compliqué de la maladie a été observé chez 31,2 % des patients au moment du diagnostic (B2 sténosante : 18,2 % ; B3 pénétrante : 13 %) ; 9,5 % avaient nécessité une chirurgie intestinale et 3,2 % une chirurgie ano-périnéale entre le diagnostic et l'inclusion. Des hospitalisations liées à la MC ont été rapportées par 19,6 % des patients.
Concernant les traitements reçus dans l'année suivant le diagnostic, 56,6 % ont reçu des corticoïdes systémiques, 16,5 % du 5-ASA, 1,2 % une monothérapie par immunosuppresseurs et 64,8 % ont débuté une biothérapie (245 anti-TNF, 32 anti-IL 12/23 et 8 anti-intégrine). L'évaluation du handicap fonctionnel a montré que 48 % des patients ne rapportaient aucun handicap, 24 % un handicap léger et 28 % un handicap modéré à sévère.

Conclusion : Dans cette cohorte européenne prospective de patients atteints de MC nouvellement diagnostiquée, près d'un tiers présentaient un phénotype compliqué et un handicap modéré à sévère, malgré un délai diagnostique relativement court. Bien que l'utilisation de corticoïdes reste courante, l'instauration précoce d'une biothérapie chez près de deux tiers des patients reflète une évolution des stratégies de prise en charge de la MC.

P.052

ChatGPT face aux recommandations ECCO 2025 : un outil prometteur mais encore perfectible dans la prise en charge des MICI ?

M. Amine [(1)], A. Benhamdane [(1)], S. Mrabti [(1)], S. Azammam [(1)], C. Hiji [(1)], I. Karam [(1)], C. Haddad Hachimi [(1)], S. Hdiye [(1)], F. Ait Iken [(1)], T. Addajou [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) représentent un défi majeur en gastroentérologie, nécessitant une prise en charge personnalisée basée sur des recommandations actualisées, comme celles publiées par l'European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) en juillet 2025. L'émergence de l'intelligence artificielle, notamment via ChatGPT, soulève la question de son utilité pour l'aide à la décision clinique.
L'objectif de cette étude est d'évaluer la fiabilité de ChatGPT à fournir des réponses conformes aux recommandations ECCO 2025, en vue de son utilisation comme outil d'aide à la décision clinique pour les MICI.

Matériels et Méthodes : Quarante-quatre questions ont été posées, réparties en six domaines : diagnostic initial (n=7), suivi des patients (n=9), imagerie et endoscopie (n=10), dépistage du cancer colorectal (n=8), scores d'activité (n=8) et suivi de la femme enceinte (n=2). Chaque réponse a été analysée par un expert en MICI et classée selon 4 catégories : (1) correctes et complètes, (2) correctes mais incomplètes, (3) mélange de données correctes et incorrectes, (4) incorrectes.

Résultats : Les performances de ChatGPT varient selon les thématiques. Le modèle est fiable dans les domaines bien standardisés, avec 85,7 % de réponses correctes et complètes pour le diagnostic initial et 100 % de conformité aux recommandations ECCO 2025 pour le dépistage du cancer colorectal. Il fournit également des réponses correctes (80 %) sur l'imagerie dans les différentes formes de la maladie de Crohn. En revanche, dans les situations nécessitant une approche individualisée, comme le suivi, seules 11 % des réponses étaient complètes. Des erreurs fréquentes concernaient les intervalles de surveillance et la sous-estimation de l'échographie intestinale. Concernant les scores d'activité, les réponses étaient souvent incomplètes, sans détail sur les méthodes de calcul ni les seuils. Le suivi de la femme enceinte a donné lieu à des réponses globalement justes.

Conclusion : Ces résultats soulignent la nécessité d'une mise à jour régulière des modèles d'IA pour intégrer les évolutions récentes des pratiques cliniques, notamment en matière de suivi personnalisé. ChatGPT peut être un outil d'aide pertinent, mais ne remplace pas l'expertise médicale, surtout pour les décisions complexes.

P.053

Rôle de l'Enhancer of Zeste Homolog 2 (EZH2) dans la fibrose intestinale associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

N. Richard [(1)], G. Savoye [(1)], P.A. Thiebault [(1)], E. Rebollo [(1)], L. Ratel [(1)], K. Auble [(1)], C. Bole-Feysot [(1)], C. Guérin [(1)], M. Leboutte [(1)], R. Marion-Letellier [(1)]

(1) Rouen.

Introduction : La fibrose intestinale est complication sans traitement préventif ni curatif retrouvée chez 20 à 30% des patients atteints de maladie de Crohn (MC) pouvant conduire à la survenue d'épisodes d'occlusion et à la résection intestinale(1). L'Enhancer of Zeste Homolog 2 (EZH2), est enzyme de modulation épigénétique chargée de la triméthylation de l'histone H3K27 dont l'action est pro-fibrosante au niveau hépatique, rénal, myocardique, cutané et pulmonaire. Le but de ce travail était d'explorer le rôle d'EZH2 dans le développement de la fibrose intestinale.

Matériels et Méthodes : Deux bases de données publiques regroupant l'expression génique en qPCR au niveau muqueux colique et iléal de patients atteints de MC et de rectocolite hémorragique (RCH) ont été exploitées. Une étude histologique sur une cohorte monocentrique de 29 patients opérés d'une MC iléale sténosante a été menée. *In vivo*, un modèle de colite murine au dextran sodium sulfate (DSS) a été utilisé. In vitro, quatre types cellulaires (fibroblastes coliques CCD-18Co, cellules endothéliales HIMC, cellules épithéliales Caco-2 et HT-29) ont été étudiés en conditions pro-fibrosantes (TGF-β 10-20ng/mL) et présence d'un inhibiteur d'EZH2 (GSK126 0,5-1µM).

Résultats : Chez les patients atteints respectivement de MC et de RCH, EZH2 est surexprimé en période inflammatoire au niveau iléocolique ($p<0,001$) et au niveau colique ($p<0,0001$). En histologie, le gradient d'expression d'EZH2 dans les cellules épithéliales présente une tendance à la modification dans le sens d'une surexpression à distance des cryptes au niveau des zones fibrosées.
In vivo, chez la souris mâle, la colite au DSS induit une surexpression d'EZH2 au sein des couches musculaires intestinales ($p<0,0001$).
In vitro, en conditions pro-fibrosantes, les fibroblastes surexpriment EZH2 en qPCR ($p<0,001$) et en Western Blot ($p<0,05$). Une tendance similaire est retrouvée en qPCR au niveau des cellules épithéliales ($p=0.06$) mais pas endothéliales. L'inhibition pharmacologique d'EZH2 en conditions pro-fibrosantes prévient la surexpression d'ACTA2 en qPCR ($p<0,05$) et d'αSMA en Western Blot ($p<0,05$) mais pas celle du collagène ou de la fibronectine. Une tendance à la diminution de la surexpression d'ACTA2 est observée au cours de la transition épithélio-mésenchymateuse de cellules HT-29.

Conclusion : Ces résultats confirment l'implication potentielle d'EZH2 dans la survenue de la fibrose intestinale. Des données complémentaires sur l'effet de l'inhibition pharmacologique d'EZH2 chez l'animal sont nécessaires pour confirmer l'intérêt thérapeutique de cette cible au cours de la MC sténosante.

Remerciements, financements, autres : Les auteurs souhaitent remercier pour leur soutien financier à ce projet la SNFGE (bourse FARE) et le CHU de Rouen.

P.054

Comparaison à court et long termes des 3 inhibiteurs de JAK dans la RCH modérée à sévère : résultats d'une méta-analyse en réseau

A. Buisson [1], T. Guilmoteau [1], M. Hupé [2], B. Pereira [1]

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

Introduction : Bien que trois inhibiteurs de JAK soient désormais disponibles dans la rectocolite hémorragique (RCH), il n'existe aucune comparaison directe entre ces médicaments, ce qui complique la hiérarchisation de ces options thérapeutiques.
L'objectif de cette méta-analyse en réseau était de comparer l'efficacité à court et à long terme des trois inhibiteurs de JAK (JAKi) disponibles (tofacitinib/TOFA, filgotinib/FILGO, upadacitinib/UPA) chez les patients atteints de RCH modérée à sévère.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique suivie d'une méta-analyse en réseau (recommandations PRISMA) d'essais contrôlés randomisés (y compris des analyses post-hoc) menés chez l'adulte, évaluant l'efficacité des JAKi dans la RCH modérée à sévère. Les critères d'évaluation étaient : 1) la rémission symptomatique après traitement d'induction (score Mayo partiel ≤ 2), 2) la rémission (score Mayo partiel ≤ 2 + score Mayo endoscopique ≤ 1) après traitement d'induction, 3) la rémission symptomatique sans corticoïde à un an chez les patients répondeurs au traitement d'induction, 4) la rémission symptomatique sans corticoïde à un an chez les patients en rémission clinique après traitement d'induction.
La méta-analyse en réseau a été réalisée selon un modèle à effets aléatoires. Les résultats sont présentés sous forme de risque relatif (RR) avec un intervalle de confiance à 95 %. Le risque de biais des études a été évalué selon l'outil Cochrane d'évaluation du risque de biais pour les essais randomisés et l'hétérogénéité statistique globale entre les études a été évaluée à l'aide de τ.
La méthode de SUCRA ranking a été utilisée pour classer les traitements (probabilité, 1 étant le maximum, qu'un traitement donné soit plus efficace qu'un traitement théorique qui serait le plus efficace).

Résultats : Neuf études ont été incluses dans cette méta-analyse en réseau, portant sur un total de 215 patients. TOFA 10 mg 2 fois par jour, FILGO 200 mg 1 fois par jour et UPA 45 mg 1 fois par jour se sont révélés plus efficaces que le placebo pour induire la rémission symptomatique et la rémission. Des comparaisons deux-à-deux entre les JAKi ont révélé une efficacité supérieure de l'UPA 45 mg 1 fois par jour par rapport au FILGO 200 mg 1 fois par jour (RR = 0,22 [0,10 ; 0,45]) pour l'induction, mais aucune autre différence significative entre les JAKi. Le SUCRA ranking hiérarchise les traitements d'induction comme suit : UPA 45 mg 1 fois par jour (0,99), TOFA 10 mg 2 fois par jour (0,75), FILGO 200 mg 1 fois par jour (0,27) et placebo (0,01).
Parmi les patients répondeurs à l'induction, tous les traitements d'entretien par JAKi (TOFA 10 mg 2 fois par jour, TOFA 5 mg 2 fois par jour, FILGO 200 mg 1 fois par jour, FILGO 100 mg 1 fois par jour, UPA 30 mg 1 fois par jour, UPA 15 mg 1 fois par jour) se sont révélés plus efficaces que le placebo pour atteindre la rémission symptomatique sans corticoïde à un an, avec le classement (SUCRA ranking) suivant : UPA 30 mg 1 fois par jour (0,85), TOFA 10 mg 2 fois par jour (0,80), FILGO 200 mg 1 fois par jour (0,64), TOFA 5 mg 2 fois par jour (0,56), UPA 15 mg (0,44) et placebo (0,01).
Parmi les patients ayant atteints une rémission symptomatique après la phase d'induction, tous les protocoles d'entretien par JAKi (TOFA 10 mg 2 fois par jour, TOFA 5 mg 2 fois par jour, FILGO 200 mg 1 fois par jour, FILGO 100 mg 1 fois par jour, UPA 30 mg 1 fois par jour, UPA 15 mg 1 fois par jour) se sont révélés plus efficaces que le placebo pour atteindre la CFREM à un an, avec un classement différent (SUCRA) : TOFA 10 mg 2 fois par jour (0,84), FILGO 200 mg 2 fois par jour (0,74), TOFA (5 mg 2 fois par jour) (0,66), UPA 30 mg 1 fois par jour (0,63), UPA 15 mg (0,44) et placebo (0,09).

Conclusion : Bien que cette méta-analyse en réseau confirme l'efficacité des JAKi pour induire et maintenir la CFREM dans la RCH modérée à sévère, l'UPA semble être le JAKi le plus efficace pour induire et maintenir la rémission symptomatique sans corticoïde. Cependant, une fois la rémission symptomatique atteinte après l'induction, le maintien de la même dose que pendant l'induction, comme le TOFA (10 mg deux fois par jour) ou le FILGO 200 mg, semble plus efficace qu'une réduction de la dose (UPA 30 mg ou UPA 15 mg) pour maintenir la rémission, soulignant ainsi la relation dose-efficacité de JAKi.

P.055

Efficacité du guselkumab dans la rectocolite hémorragique active modérée à sévère, selon l'étendue de la maladie et la charge inflammatoire : analyse en sous-groupes de l'étude d'entretien de phase 3 QUASAR

L. Peyrin-Biroulet [1], J.R. Allegretti [2], T. Hisamatsu [3], B. Bressler [4], M. Germinaro [5], S. Yarandi [5], N. Shipitofsky [5], Y. Miao [5], B. Sands [6], D. Rubin [7], A. Dignass [8]

(1) Nancy ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Tokyo, JAPON ; (4) Vancouver, CANADA ; (5) Spring House, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Francfort, ALLEMAGNE.

Introduction : Guselkumab (GUS) est un inhibiteur de la sous-unité p19 de l'IL-23, à double action, qui neutralise l'IL-23 et se lie au CD64, un récepteur sur les cellules qui produisent l'IL-23. Dans l'étude de phase 3 d'entretien QUASAR (NCT04033445), les deux doses de 100 mg toutes les 8 semaines (q8s) et de 200 mg toutes les 4 semaines (q4s) par voie sous-cutanée (SC) étaient efficaces. Ici, nous avons évalué l'efficacité des deux doses chez des sous-groupes de participants avec ou sans rectocolite hémorragique (RCH) étendue ou charge inflammatoire élevée.

Matériels et Méthodes : les répondeurs cliniques après 12 semaines d'induction par voie intraveineuse (IV) de GUS ont été randomisés selon un rapport 1:1:1 pour recevoir GUS 100 mg SC Q8s, GUS 200 mg SC Q4s ou un placebo (PBO) au début de l'étude d'entretien (M-0). Les critères d'efficacité ont été analysés à la semaine 44 (S44) dans la population primaire d'analyse de patients randomisés et traités dans l'étude d'entretien qui présentaient un score Mayo modifié de 5-9 au début de l'induction (I-0). Les analyses en sous-groupes ont été réalisées par (1) étendue de la maladie (limitée au côté gauche du côlon *vs* étendue) sur la base de l'endoscopie de dépistage et/ou des antécédents médicaux à I-0 et (2) charge inflammatoire basée sur les taux sériques de protéine C-réactive (CRP) (≤3 *vs* >3 mg/L) à M-0.

Tableau. Principaux critères d'efficacité à l'entretien S44 dans les sous-groupes de pts de QUASAR définis par l'étendue de la RCH (limitée au côté gauche du côlon vs étendue) à I-0 et la charge inflammatoire (CRP sérique ≤3 vs >3 mg/L) à M-0

	Étendue de la maladie de RCH						CRP sérique					
	Limité au côté gauche du côlon			Étendu			≤3 mg/L			>3mg/L		
	PBO (N=95)	GUS 100mg SC Q8W (N=109)	GUS 200 mg SC Q4W (N=107)	PBO (N=95)	GUS 100 mg SC Q8W (N=79)	GUS 200 mg SC Q4W (N=83)	PBO (N=127)	GUS 100 mg SC Q8W (N=125)	GUS 200 mg SC Q4W (N=134)	PBO (N=63)	GUS 100 mg SC Q8W (N=63)	GUS 200 mg SC Q4W (N=56)
La rémission clinique	26,3%	42,2 %*	40,2 %*	11,6 %	49,4%‡	62,7%‡	21,3 %	52,8%‡	50,7%‡	14,3 %	30,2 %*	48,2%‡
Maintien de la rémission clinique	45,2 % (14/31)	56,1 % (23/41)	64,1 % (25/39)	21,4 % (6/28)	68 %‡ (17/25)	83,3%‡ (25/30)	41,5% (17/41)	63,5 %* (33/52)	67,3 %* (35/52)	16,7 % (3/18)	50 % (7/14)	88,2%‡ (15/17)
Amélioration endoscopique	26,3%	47,7%†	42,1 %*	11,6 %	51,9%‡	63,9%‡	21,3 %	56,8%‡	51,5%‡	14,3 %	34,9 %*	51,8%‡
HEMI	24,2 %	43,1%†	40,2 %*	9,5 %	44,3%‡	57,8%‡	18,9 %	51,2%‡	48,5%‡	12,7 %	28,6 %*	46,4%‡
La rémission endoscopique	22,1 %	31,2 %	25,2 %	8,4 %	39,2%‡	44,6%‡	18,1 %	40,0 %‡	34,3%†	9,5 %	23,8 %*	32,1%†

Inclut les patients avec un score Mayo modifié de 5 à 9 à l'inclusion qui ont obtenu une réponse clinique à l'induction par GUS et ont été re-randomisés à l'entrée dans l'étude d'entretien.

*P<0,05, †P<0,01, ‡P<0,001 vs PBO (sauf vs de P rosemarque), basé sur le test de Cochran-Mantel-Haenszel stratifié par le statut de rémission clinique au début de la maintenance et le traitement d'induction, sauf pour le maintien de la rémission clinique où les valeurs de P n'existent basées sur le test exact de Fisher.

Démontre inclut uniquement les patients en rémission clinique au début de la phase de maintenance.

La rémission clinique est définie par un sous-score de fréquence des selles de 0 ou 1 et non augmenté par rapport à la baseline d'induction, un sous-score de saignement rectal de 0 et un sous-score d'endoscopie de 0 ou 1 sans friabilité. Le maintien de la rémission clinique est défini comme une rémission clinique à S44 parmi les pts en rémission clinique au début de la phase d'entretien. L'amélioration endoscopique est définie comme un sous-score endoscopique de 0 ou 1 sans friabilité. L'HEMI est défini comme l'objectifs d'une combinaison d'amélioration histologique et d'amélioration endoscopique. La rémission endoscopique est définie comme un sous-score endoscopique de 0.

Les pts ayant subi une stomie ou une colectomie, un ajustement de dose, un changement interdit du traitement de la RCH ou ayant arrêté le traitement à l'étude en raison d'un manque d'efficacité ou d'un EI d'aggravation de la RCH avant S44 ont été considérés comme n'ayant pas atteint les critères d'efficacité. Pour les pts qui ont arrêté le produit à l'étude pour des raisons liées au COVID-19 (à l'exclusion de l'infection par COVID-19) ou pour une crise régionale en Russie et en Ukraine avant la S44, les valeurs observées ont été utilisées si elles étaient disponibles. Les pts ayant arrêté le produit de l'étude pour d'autres raisons avant la S44 ont été considérés comme n'ayant pas atteint le critère d'évaluation. Imputation des non-répondeurs pour les données manquantes : les pts qui manquaient ≥ ou plus un point 1 ou plusieurs des composantes relatives à un critère d'évaluation à S44 ont été considérés comme n'ayant pas atteint le critère d'évaluation. Les pts ayant subi une biopsie non évaluable ont été considérés comme n'ayant pas atteint les critères histologiques.

EI = événement indésirable ; CRP = protéine C-réactive ; GUS = Guselkumab ; HEMI = amélioration histologique-endoscopique de la muqueuse ; I-0 = inclusion dans l'étude d'induction ; M-0 = début de l'étude d'entretien ; PBO = placebo ; pts = participants ; Q4s = toutes les 4 semaines ; Q8s = toutes les 8 semaines ; SC = sous-cutané ; RCH = rectocolite hémorragique ; s = semaine.

Résultats : sur 568 patients (pts) dans la population de l'analyse primaire, 257 (45,2 %) avaient une RCH étendue à I-0 et 182 (32,0 %) avaient une CRP sérique >3 mg/L à M-0. Les proportions de pts atteignant les critères d'efficacité clinique et histologique-endoscopique à S44 étaient plus élevées avec les deux schémas posologiques de GUS par rapport à PBO dans les sous-groupes (Tableau). Pour les patients atteints d'une RCH étendue, la proportion de patients atteignant une rémission clinique à S44 était numériquement plus élevée avec GUS 200 mg Q4s (62,7 %) par rapport à GUS 100 mg Q8s (49,4 %) (PBO, 11,6 %). Pour les patients ayant une CRP élevée (> 3 mg/L) à M-0, la rémission clinique à S44 a été obtenue par 48,2 % des pts sous GUS 200 mg Q4s contre 30,2 % des patients sous GUS 100 mg Q8s (PBO, 14,3 %). Les proportions de pts atteignant une amélioration endoscopique, une amélioration histo-endoscopique, une rémission endoscopique et un maintien de la rémission clinique étaient également plus élevées avec GUS 200 mg Q4s dans ces sous-groupes. Parmi les patients atteints de RCH limitées au côté gauche du côlon ou de CRP ≤3 mg/L à M-0, les proportions de patients atteignant ces critères d'efficacité étaient similaires avec GUS 100 mg Q8s et GUS 200 mg Q4s.

Conclusion : Pour les patients atteints de RCH active modérée à sévère avec une maladie étendue ou une charge inflammatoire élevée, des taux d'efficacité plus élevés ont été observés avec GUS 200mg SC q4s comparativement à GUS 100mg SC q8s.

P.056

Coaching orienté solution et amélioration de la fatigue, de l'anxiété et du sommeil dans les maladie inflammatoires chroniques intestinales : résultats d'une étude prospective interventionnelle monocentrique

J. Collin [1], L. Moor [1], S. Vieujean [1], C. Van Kemseke [1], P. Latour [1], E. Louis [1], L. Monin [1], C. Reenaers [1]

(1) Liège, BELGIQUE.

Introduction : La fatigue touche 40–70 % des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI), y compris en rémission. Peu d'études portant sur des approches pro-actives sont disponibles. Le coaching orienté solution (COS), ou solution-focused brief therapy, est une méthode brève centrée sur les ressources et réussites du patient plutôt que sur ses difficultés. Elle favorise autonomie et engagement. L'objectif était d'évaluer l'impact du COS sur la fatigue, l'anxiété, la dépression, la qualité du sommeil, la qualité de vie et d'identifier des facteurs prédictifs de réponse et d'adhérence.

Patients et Méthodes : Étude prospective, interventionnelle, monocentrique, non contrôlée menée au CHU de Liège entre 2020 et 2024). Les patients MICI présentant une fatigue (score IBD-F>1, Inflammatory Bowel Disease Fatigue Scale), un traitement de la MICI stable sans corticoïdes depuis ≥ 3 mois étaient éligibles. La fatigue et son retentissement étaient évalués par les scores IBD-F1 et IBD-F2 respectivement ; l'anxiété et la dépression par le HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, score>8 = positif) ; la qualité du sommeil par le PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) et la qualité de vie par le SHS (Short Health Scale). Les traitements psychotropes stables ou un suivi psychiatrique étaient autorisés. Le COS était assuré par un coach unique formé à cette approche. Le nombre de séances (3 à 6) dépendait de la progression du patient. L'adhérence était complète en cas de réalisation de toutes les séances, et nulle en cas d'arrêt après la première. Les abandons étaient inclus dans l'analyse des facteurs d'adhérence.

Résultats : Soixante-sept patients ont été évalués ; 6 référés en psychiatrie et 11 ont abandonné précocement (1,6 séance en moyenne). Cinquante patients ont été analysés : 68 % de femmes, âge médian 43 ans (37-54), 65 % avec maladie de Crohn. Le score IBD-F1 était significativement corrélé avec le SHS ($r = 0,52$, $p < 0,0001$), le PSQI ($r = 0,37$, $p = 0,0029$) et le HADS ($r = 0,65$, $p < 0,0001$). Le COS améliorait significativement l'IBD-F1 ($p < 0,0001$), l'IBD-F2 ($p < 0,0001$), le HADS ($p < 0,0001$), le PSQI ($p = 0,0001$) et le SHS ($p < 0,0001$). Parmi les 40 patients avec HADS > 8, 15 (37,5 %) ont répondu : 7 sur les deux dimensions, 5 sur l'anxiété seule, 3 sur la dépression seule.L'adhérence complète concernait 71,6 % des participants ; 11,9 % ont arrêté après une séance. Les facteurs associés à la réduction de la fatigue (IBD-F1) étaient : sexe féminin ($p = 0,017$), classification de Montréal E1 *vs* E3 ($p = 0,009$), score initial IBD-F1 élevé ($p = 0,025$) et poids plus faible ($p = 0,010$).La diminution de l'impact de la fatigue (IBD-F2) était liée à un HADS élevé ($p = 0,012$), des lésions ano-périnéales ($p = 0,032$) et l'absence de rémission clinique ($p = 0,001$).Une meilleure adhérence était associée à l'absence de suivi pendant la période COVID ($p = 0,035$), à une maladie plus récente ($p = 0,023$), à un traitement anxiolytique/antidépresseur ($p = 0,006$), à un suivi psychiatrique ($p = 0,001$) et à une fatigue initiale plus marquée ($p = 0,017$).

Conclusion : Le COS est une approche prometteuse pour la prise en charge de la fatigue dans les MICI. Elle améliore les niveaux fatigue, l'anxiété, la dépression, le sommeil et la qualité de vie. Le bénéfice semble plus marqué chez les femmes et les patients présentant une fatigue ou une anxiété initiale élevées. Des études contrôlées sont nécessaires pour confirmer ces résultats et préciser le profil des répondeurs.

P.057

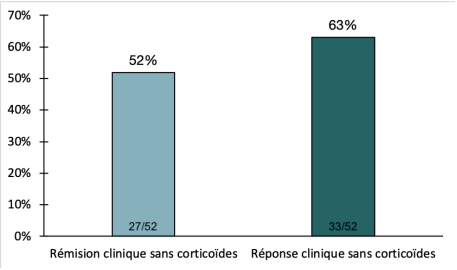
Efficacité et tolérance de l'ustekinumab dans la rectite réfractaire : une étude observationnelle multicentrique

A. Loiez [1], A. Amiot [2], B. Caron [3], A. Nuzzo [4], R. Altwegg [5], L. Caillo [6], L. Vuitton [7], A. Buisson [8], M. Vidon [9], A. Cremer [10], N. Richard [11], J. Kirchgesner [12], X. Roblin [13], M. Amil [14], M. Hupé [15], N. Duveau [16], P. Wils [1]

(1) Lille ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Nancy ; (4) Clichy ; (5) Montpellier ; (6) Nîmes ; (7) Besançon ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Créteil ; (10) Bruxelles, BELGIQUE ; (11) Rouen ; (12) Paris ; (13) Saint-Étienne ; (14) La-Roche ; (15) Grenoble ; (16) Roubaix.

Introduction : Les rectites, bien qu'associées à des symptômes invalidants et responsables d'une altération de la qualité de vie, sont exclues de la plupart des essais contrôlés randomisés portant sur la rectocolite hémorragique (RCH). L'ustekinumab a démontré son efficacité dans les formes modérées à sévères de RCH, mais les données concernant son efficacité dans les rectites restent limitées. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'ustekinumab dans les rectites réfractaires.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective multicentrique a été conduite entre novembre 2016 et avril 2025. Tous les patients atteints de rectite réfractaire et débutant un traitement par ustekinumab ont été inclus. La présence d'une rectite active à l'inclusion était définie par un score Mayo partiel > 2 et/ou un sous-score Mayo endoscopique ≥ 2 et/ou un score UCEIS > 4. Le critère de jugement principal était la rémission clinique sans corticoïdes à 12 semaines, définie par un score Mayo partiel ≤ 2 (sans sous-score individuel > 1). Les critères de jugement secondaires étaient la réponse clinique, la persistance thérapeutique et la tolérance.



Résultats : Au total, 55 patients (femmes : 71% ; âge médian : 33 ans [IQR :23-41,5]) issus de 15 centres Français et Belge ont été inclus. La durée médiane d'évolution de la maladie était de 6 ans (IQR : 2,5-11,5). Concernant les traitements antérieurs, 89% des patients avaient reçu un anti-TNF, 60% du vedolizumab et 20% un inhibiteur de JAK. Plus d'un tiers des patients ont été exposés à au moins 3 thérapies avancées. Tous les patients ont reçu une induction d'ustekinumab à 6 mg/kg en intraveineux. À noter que 16 patients (30%) étaient sous corticothérapie orale concomitante à l'inclusion. Le score Mayo partiel médian à l'inclusion était à 5 (IQR : 4-7). Par ailleurs, 49 patients (89%) ont bénéficié d'une évaluation endoscopique avant l'instauration de l'ustekinumab. Le taux médian de calprotectine fécale était de 1218 µg/g (disponibles pour 18 patients), et la CRP était élevée (> 5 mg/L) chez 17 patients (31%). À 12 semaines de l'introduction de l'ustekinumab, une rémission clinique sans corticoïdes a été obtenue chez 52% (27/52) des patients. Une réponse clinique a été observée chez 63% (33/52) des patients à 12 semaines. Le taux d'urgence fécale et d'incontinence a diminué entre l'inclusion et la semaine 12, passant de 57 % (28/49) à 37 % (18/49) des patients ($p = 0,02$), et de 27 % (13/49) à 14 % (7/49) des patients ($p = 0,01$), respectivement. Une optimisation du traitement par ustekinumab a été rapportée chez 44% (22/50) des patients à la semaine 12, majoritairement à 90mg/4semaines. Une réévaluation endoscopique a été réalisée chez 14 (25%) patients à la semaine 12 et a montré

une réponse endoscopique chez 50% (7/14) des patients. En analyse multivariée, une CRP ≤ 5 mg/L et l'absence de corticothérapie orale concomitante à l'inclusion étaient significativement associées à la rémission clinique sans corticoïdes à 3 mois. Parmi les 26 patients réévalués à 1 an, 81% (21/26) étaient en rémission clinique sans corticoïdes. L'ustekinumab a été optimisé pour 53% (19/26) des patients à 1 an. Le taux de persistance de l'ustekinumab était de 82% à 6 mois et de 62% à 12 mois. À 1 an, une extension vers une forme gauche ou pancolique a été observée chez 12% (3/26) des patients. Des événements indésirables sont survenus chez 5 patients : arthralgies (n = 2), réaction au site d'injection (n = 1) et infections (n=2) (infection à *Clostridium difficile* et mycose vaginale), responsables d'un arrêt du traitement chez 2 patients (arthralgie (n=1) et infection à *Clostridium difficile* (n=1)). Enfin, 2 patients ont nécessité une intervention chirurgicale au cours du suivi (une colectomie à 10 mois de suivi, une appendicectomie à 3 mois de suivi).

Conclusion : Il s'agit de la plus large cohorte de patients atteints de rectite réfractaire traités par ustekinumab. Tout comme dans les formes plus étendues de RCH, nos résultats suggèrent que l'ustekinumab pourrait être une option thérapeutique à la fois efficace et bien tolérée dans les rectites réfractaires, améliorant également des symptômes invalidants tels que l'incontinence fécale.

P.058

Lésions cutanées non infectieuses survenant sous traitement par ustekinumab dans la maladie de Crohn : une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique du GETAID

G. Piga [1], A. Amiot [2], J. Bonnet [3], A.L. Charlois [1], A. Benezech [4], X. Hébuterne [5], D. Laharie [6], L. Peyrin-Biroulet [7], S. Nancey [1]

(1) Lyon ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Paris ; (4) Avignon ; (5) Nice ; (6) Bordeaux ; (7) Nancy.

Introduction : A la différence des lésions cutanées paradoxales induites par anti-TNF, les atteintes dermatologiques sous ustekinumab sont rares. Leurs caractéristiques cliniques, leur distribution et les facteurs de risques sont mal connus. Objectif : décrire, chez des malades atteints de maladie de Crohn (MC), les caractéristiques cliniques, le type et la distribution des lésions cutanées survenues sous traitement par ustekinumab, ainsi que leur sévérité, leur prise en charge et les facteurs de risque de survenue.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique incluant tous les patients suivis sur la période de juin 2015 à décembre 2024 dans 7 Centres GETAID répondant aux critères d'inclusion suivants : adultes > 18 ans avec une MC, ayant des lésions cutanées non infectieuses significatives survenues sous traitement par ustekinumab et ayant conduit à un avis dermatologique spécialisé. Les caractéristiques démographiques de la population et les caractéristiques de la MC ont été enregistrées. Les lésions cutanées et leur distribution ont été caractérisées par un dermatologue. La prise en charge des lésions cutanées, la nécessité de stopper l'ustekinumab et les facteurs de risques de survenue ont été analysés.

Résultats : Au total, 32 patients (21 femmes, âge médian 38 ans) avec une MC et des lésions cutanées non infectieuses survenues sous ustekinumab ont été identifiés dans 7 centres GETAID. Tous les patients avaient reçu au préalable des anti-TNF. Les raisons de débuter l'ustekinumab étaient un échec ou une intolérance aux anti-TNF antérieurs, respectivement chez 74% et 23 % des patients. Le délai médian entre l'induction d'ustekinumab et l'apparition des lésions cutanées était de 5,5 mois (intervalle de 0 à 75). Il n'y avait pas de relation entre la dose et le rythme d'injection d'ustekinumab et la survenue ou localisation des lésions cutanées. Quarante pour cent des patients avaient des antécédents d'atopie dans l'enfance ou de psoriasis. Vingt-et-un (65 %) patients avaient développé auparavant une dermatose induite par les anti-TNF. Au moment du diagnostic des lésions cutanées, la majorité des patients (59 %) présentait une MC active. Des lésions psoriasiformes et eczématiformes étaient observées chez 13 (40 %) et 10 patients (31 %), respectivement, des lésions acnéiformes chez 8 patients (25 %) et un cas de vascularite cutanée (Figure). Les zones touchées étaient le visage (43 %), le tronc (40 %) et, dans une moindre mesure, les membres (28 %), une atteinte palmo-plantaire (21 %) ou plus rarement le cuir chevelu. Les lésions cutanées étaient traitées en majorité (88 %) par un topique (stéroïdes,

kératolytiques, analogues de la vitamine D, acide azélaïque ou peroxyde de benzoyle) avec succès chez plus de la moitié des patients (amélioration ou résolution des lésions dans 70 %, 50 % et 37 % des cas, respectivement en cas de lésions eczématiformes, psoriasiformes ou acnéiformes). Le traitement par ustekinumab a été interrompu chez huit patients (25 %) en raison de lésions cutanées persistantes malgré le traitement (n=2) ou jugées sévères (atteinte du scalp, vascularite)(n=2) en dépit d'une MC inactive, lésions cutanées persistantes sous traitement et MC mal contrôlée sous ustekinumab (n=3), résolution des lésions cutanées sous traitement mais persistance d'une MC active (n=1)). Les antécédents d'atteintes cutanées paradoxales induites par les anti-TNF étaient associés à un risque accru de lésions psoriasiformes sous ustekinumab (risque relatif à 6,85 [IC à 95 % 1,01-46,6]; p = 0,04).

Conclusion : Les lésions cutanées non infectieuses survenant sous ustekinumab dans la MC sont rares et se manifestent le plus souvent par des lésions psoriasiformes ou eczématiformes. Elles touchent préférentiellement le visage et le tronc et nécessitent l'arrêt de l'ustekinumab chez près d'un quart des patients. La survenue antérieure de lésions cutanées paradoxales sous anti-TNF était un facteur de risque d'atteintes cutanées non infectieuses sous ustekinumab.

P.059

Efficacité et tolérance d'un traitement d'induction par obefazimod chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérément à sévèrement active : résultats des essais de phase III ABTECT en fonction de l'exposition antérieure à un traitement avancé

L. Peyrin-Biroulet [1], X. Treton [2], S. Nancey [3], C. Le Berre [4], R. Altwegg [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], F. Cataldi [7], D. Jacobstein [7], C.J. Rabbat [7], K. Shan [7], M. Charkaoui [8], L. Vuitton [9], D. Laharie [10], G. Bouguen [11], X. Roblin [12], M. Amil [13], X. Hébuterne [14], Y. Bouhnik [2]

(1) Nancy ; (2) Neuilly-sur-Seine ; (3) Lyon ; (4) Nantes ; (5) Montpellier ; (6) Toulouse ; (7) Paris ; (8) Dijon ; (9) Besançon ; (10) Bordeaux ; (11) Rennes ; (12) Saint-Étienne ; (13) La Roche-sur-Yon ; (14) Nice.

Introduction : L'obefazimod (Obe) est une petite molécule administrée par voie orale [une prise par jour (QD)] qui augmente l'expression du microARN-124. Obe a été évalué dans deux essais d'induction de phase II, suivis d'études de maintenance en ouvert [1-3], chez des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) modérément à sévèrement active. Nous présentons les résultats d'efficacité à 8 semaines issus des essais d'induction de phase III ABTECT-1 [NCT05507203] et ABTECT-2 [NCT05507216]. L'analyse a porté sur les sous-groupes de patients ayant présenté (AT-IR-Oui) ou non (AT-IR-Non) une réponse inadéquate à un traitement avancé antérieur.

Patients et Méthodes : Les essais ABTECT, multicentriques, randomisés, en double insu, contrôlés par placebo (PBO), ont inclus des patients atteints de RCH modérée à sévère (définie par un score de Mayo modifié [MMS] ≥ 5, un sous-score de saignement rectal [RBS] ≥ 1 et un score endoscopique centralisé ≥ 2). Les patients présentaient une réponse inadéquate, une perte de réponse ou une intolérance à au moins un traitement antérieur (corticostéroïdes, immunosuppresseurs, biothérapies, modulateurs du récepteur S1P et/ou inhibiteurs de JAK [JAKi]). Ils ont été randomisés (2:1:1) pour recevoir l'obefazimod 50 mg QD (Obe-50), 25 mg QD (Obe-25) ou PBO pendant 8 semaines. La rémission clinique (MMS) et d'autres critères d'efficacité (réponse clinique, amélioration endoscopique, rémission symptomatique, amélioration histo-endoscopique de la muqueuse) ont été évalués dans les sous-groupes AT-IR-Oui et AT-IR-Non. Toutes les valeurs de p sont nominales.

Tableau : Efficacité de l'obefazimod à la semaine 8 chez les patients avec ou sans réponse inadéquate aux traitements avancés – ABTECT-1, ABTECT-2 et analyse groupée*

	ABTECT-1 : AT-IR-Oui			ABTECT-1 : AT-IR-Non			ABTECT-2 : AT-IR-Oui			ABTECT-2 : AT-IR-Non			Analyse groupée – ABTECT-1 et ABTECT-2 : AT-IR-Oui			Analyse groupée – ABTECT-1 et ABTECT-2 : AT-IR-Non		
	PBO (N=78)	Obe-50 (N=78)	Obe-25 (N=39)	PBO (N=74)	Obe-50 (N=74)	Obe-25 (N=37)	PBO (N=79)	Obe-50 (N=79)	Obe-25 (N=40)	PBO (N=75)	Obe-50 (N=75)	Obe-25 (N=38)	PBO (N=157)	Obe-50 (N=157)	Obe-25 (N=79)	PBO (N=149)	Obe-50 (N=149)	Obe-25 (N=75)
Critères d'efficacité à la semaine 8																		
Rémission clinique, N (%) [valeur p vs placebo]	7 (9,0)	12 (15) [p=0,2096]	7 (17,9) [p=0,0039]	5 (6,8)	9 (12) [p=0,2001]	3 (8,1) [p=0,9999]	7 (8,9)	11 (14) [p=0,2096]	5 (12,5) [p=0,0652]	7 (9,3)	8 (10,7) [p=0,6080]	3 (7,9) [p=0,9999]	14 (8,9) [p=0,0039]	23 (14,6) [p=0,0109]	12 (15,2) [p=0,0009]	12 (8,1) [p=0,2778]	17 (11,4) [p=0,1139]	6 (8,0) [p=0,2323]
Réponse clinique, N (%) [valeur p vs placebo]	13 (16,7)	19 (24,4) [p=0,2096]	11 (28,2) [p=0,0652]	9 (12,2)	15 (20,3) [p=0,1139]	5 (13,5) [p=0,9999]	14 (17,7)	20 (25,3) [p=0,1139]	11 (27,5) [p=0,0652]	11 (14,7)	15 (20,0) [p=0,2778]	5 (13,2) [p=0,9999]	27 (17,2) [p=0,0109]	39 (24,8) [p=0,0109]	22 (27,8) [p=0,0109]	20 (13,4) [p=0,1139]	30 (20,1) [p=0,0109]	10 (13,3) [p=0,1139]
Rémission endoscopique, N (%) [valeur p vs placebo]	4 (5,1)	8 (10,3) [p=0,2096]	6 (15,4) [p=0,0652]	6 (8,1)	7 (9,5) [p=0,2001]	2 (5,4) [p=0,9999]	5 (6,3)	7 (8,9) [p=0,2096]	3 (7,5) [p=0,0652]	5 (6,7)	6 (8,0) [p=0,2778]	2 (5,3) [p=0,9999]	9 (5,7) [p=0,0109]	15 (9,6) [p=0,0109]	9 (11,4) [p=0,0109]	11 (7,4) [p=0,1139]	13 (8,7) [p=0,0109]	4 (5,3) [p=0,1139]
Amélioration endoscopique, N (%) [valeur p vs placebo]	13 (16,7)	17 (21,8) [p=0,2096]	9 (23,1) [p=0,0652]	11 (14,9)	14 (18,9) [p=0,2001]	4 (10,8) [p=0,9999]	15 (19,0)	21 (26,6) [p=0,1139]	11 (27,5) [p=0,0652]	11 (14,7)	15 (20,0) [p=0,2778]	5 (13,2) [p=0,9999]	28 (17,8) [p=0,0109]	38 (24,2) [p=0,0109]	20 (25,3) [p=0,0109]	22 (14,8) [p=0,1139]	29 (19,5) [p=0,0109]	9 (12,0) [p=0,1139]
Rémission symptomatique, N (%) [valeur p vs placebo]	14 (18,0)	20 (25,6) [p=0,2096]	8 (20,5) [p=0,0652]	8 (10,8)	14 (18,9) [p=0,1139]	3 (8,1) [p=0,9999]	9 (11,4)	16 (20,3) [p=0,1139]	6 (15,0) [p=0,2778]	8 (10,7)	11 (14,7) [p=0,4452]	3 (7,9) [p=0,9999]	23 (14,6) [p=0,0109]	36 (22,9) [p=0,0109]	14 (17,7) [p=0,0652]	16 (10,7) [p=0,1139]	25 (16,8) [p=0,0109]	6 (8,0) [p=0,1139]
Réponse histologique, N (%) [valeur p vs placebo]	13 (16,7)	18 (23,1) [p=0,2096]	8 (20,5) [p=0,0652]	9 (12,2)	13 (17,6) [p=0,2001]	3 (8,1) [p=0,9999]	12 (15,2)	18 (22,8) [p=0,1139]	8 (20,0) [p=0,2778]	10 (13,3)	13 (17,3) [p=0,4452]	4 (10,5) [p=0,9999]	25 (15,9) [p=0,0109]	36 (22,9) [p=0,0109]	16 (20,3) [p=0,0652]	19 (12,8) [p=0,1139]	26 (17,4) [p=0,0109]	7 (9,3) [p=0,1139]
Rémission histologique, N (%) [valeur p vs placebo]	10 (12,8)	15 (19,2) [p=0,2096]	7 (17,9) [p=0,0652]	6 (8,1)	11 (14,9) [p=0,1139]	2 (5,4) [p=0,9999]	9 (11,4)	14 (17,7) [p=0,1139]	6 (15,0) [p=0,2778]	7 (9,3)	9 (12,0) [p=0,4452]	3 (7,9) [p=0,9999]	19 (12,1) [p=0,0109]	29 (18,5) [p=0,0109]	13 (16,5) [p=0,0652]	13 (8,7) [p=0,1139]	20 (13,4) [p=0,0109]	5 (6,7) [p=0,1139]

Le test Obe-Responder impartial (ORI) est un test qui intègre des données recueillies à la semaine 8 et pour lequel un patient répondeur est défini comme un patient ayant atteint une rémission clinique ou une réponse clinique et qui n'est jamais sur-traité avec des corticoïdes de Mayo Clinic sur-traité ou qui n'a pas présenté de facteurs de stratification de la randomisation : réponse inadéquate aux traitements avancés (oui/non), utilisation de corticostéroïdes oraux à la prise de base (oui/non), et région (oui/non) (cf. méthodes). Les acronymes de chaque variable sont définis dans le texte.

Rémission clinique : score total de Mayo ≤ 2 points et aucun sous-score supérieur à 1 point.

Réponse clinique : diminution du score total de Mayo ≥ 3 points et ≥ 30 % par rapport à la ligne de base, plus diminution du RBS d'au moins 1 point ou RBS absolu de 0 ou 1.

Amélioration endoscopique : sous-score endoscopique de Mayo ≤ 1.

Rémission symptomatique : sous-score de saignement rectal (RBS) = 0 et sous-score de selles molles ou de diarrhée (SFS) = 0.

Amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI) : combinaison d'une amélioration histologique (score de Nancy ≤ 1) et d'une amélioration endoscopique (score de Mayo ≤ 1).

Réponse histologique : diminution du score de Nancy ≥ 2 points.

Rémission histologique : score de Nancy = 0 ou 1.

* Réponse inadéquate = absence de réponse, perte de réponse ou intolérance aux traitements avancés.

** N1, N2 = nombre total de patients dans le sous-groupe respectif ; LRAI : limite de la zone à risque.

Résultats :

Parmi les patients ayant participé aux essais ABTECT-1, ABTECT-2 et à l'analyse groupée, 45,3 % (288/636), 49,4 % (314/636) et 47,3 % (602/1272) étaient AT-IR-Oui, respectivement ; 54,7 % (348/636), 50,6 % (322/636) et 52,7 % (670/1272) étaient AT-IR-Non. Dans ABTECT-1, ABTECT-2 et l'analyse groupée, une proportion plus élevée de patients AT-IR-Oui traités par Obe-50 a atteint l'ensemble des critères d'efficacité par rapport au PBO, notamment la rémission clinique (différence Obe-50 *vs* PBO : ABTECT-1 12,7 %, p=0,0039 ; ABTECT-2 7,6 %, p=0,0652 ; analyse groupée 10,1 %, p=0,0009). Dans ce sous-groupe, la différence par rapport au PBO était plus faible pour Obe-25 que pour Obe-50 sur l'ensemble des critères d'efficacité (Tableau). Dans le sous-groupe AT-IR-Non, des proportions significativement plus élevées de patients traités par Obe-50 ont atteint tous les critères d'efficacité *vs* PBO, y compris la

rémission clinique (ABTECT-1 25,0 %, p<0,0001 ; ABTECT-2 19,4 %, p=0,0004 ; groupé 22,4 %, p<0,0001). Dans ce sous-groupe, Obe-50 et Obe-25 ont montré des résultats similaires dans l'analyse groupée sur l'ensemble des critères. Dans le sous-groupe de patients en échec de JAKi, une proportion plus élevée de patients a obtenu une réponse clinique sous Obe-50 ou Obe-25 *vs* PBO, avec une efficacité comparable quelle que soit la ligne de traitement (de AT-IR-Non à ≥4 AT-IR) (Tableau). L'obefazimod aux deux doses a été bien toléré, avec un profil de sécurité comparable à celui observé dans les études précédentes.

Conclusion : Dans les sous-groupes AT-IR-Oui et AT-IR-Non, des améliorations des critères cliniques, endoscopiques, symptomatiques et combinés endoscopiques-histologiques ont été observées à la semaine 8 chez les patients traités par l'obefazimod comparativement au PBO dans ABTECT-1, ABTECT-2 et dans l'analyse groupée. Dans l'analyse groupée, des améliorations de la réponse clinique *vs* PBO ont également été observées chez les patients AT-IR-Oui en échec de JAKi ainsi que chez des patients ayant échoué jusqu'à plus de quatre lignes de traitement avec des thérapies avancées.

P.060

L'éducation thérapeutique améliore la dysfonction sexuelle des patients atteints de MICI : résultats d'une étude interventionnelle

L. Bourget [(1)], D. Laharie [(1)], F. Poullenot [(1)], E. Gohier [(2)], A. Auzas [(1)], M. Decourcelle [(1)], C. Macchi [(1)], F. Zerbib [(1)], A. Berger [(1)], P. Rivière [(1)]
(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) affectent la qualité de vie des patients et notamment leur qualité de vie sexuelle, principalement en lien avec des troubles anxio-dépressifs (1). La vie intime est un sujet rarement abordé avec les patients, notamment du fait de l'absence de prise en charge codifiée connue des praticiens (2). L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a déjà montré des effets bénéfiques sur la fonction sexuelle, dans le syndrome de l'intestin irritable par exemple (3). Nous avons donc cherché à évaluer l'impact sur la fonction sexuelle d'un atelier d'ETP centré sur la vie intime chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude interventionnelle monocentrique comparant un groupe de malades ayant participé à l'atelier d'ETP « Vie intime et image corporelle » avec un groupe de témoins appariés sur l'âge et le sexe n'y ayant pas participé. La fonction sexuelle masculine était évaluée par le score IIEF et la fonction sexuelle féminine par le score FSFI. Ces scores étaient complétés à l'inclusion et 6 mois plus tard, par des questionnaires anonymisés. Les scores IIEF et FSFI étaient normalisés sur 100 pour être analysés ensemble. L'atelier « Vie intime et image corporelle » consistait en un groupe de parole libre, encadré par un gastro-entérologue, une infirmière de coordination spécialisée dans les MICI, et un patient expert, avec l'aide de cartes thématiques permettant d'aborder les problématiques, les croyances et les craintes des patients

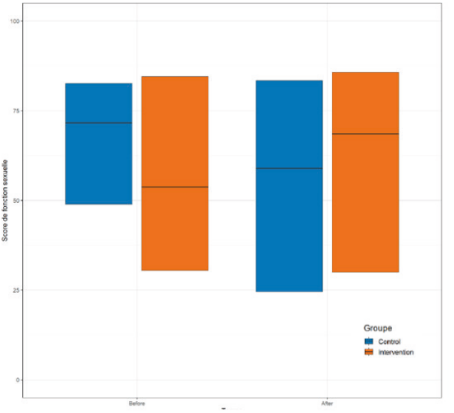


Figure 1 : Score de fonction sexuelle à l'inclusion et à 6 mois (n=77) (médiane, IQR) (p=0,0213)

Résultats : Entre novembre 2018 et juillet 2025, 77 patients ont répondu aux deux questionnaires, 41 dans le groupe ETP et 36 dans le groupe témoin, dont 81% de femmes et 18% d'hommes. A l'inclusion, il y avait un taux de dysfonction sexuelle masculine de 33% dans le groupe ETP et 17% dans le groupe témoin. Le taux de dysfonction sexuelle féminine était de 66% dans le groupe ETP et 50% dans le groupe témoin. A 6 mois, les scores de fonction sexuelle dans le groupe ETP étaient significativement améliorés par rapport au groupe témoin (+ 4,92 *vs* -9,28; p = 0,018). Dans le groupe interventionnel, 22% des patients (n=9/41) avaient une amélioration significative de leur fonction sexuelle à 6 mois, contre 6% (n=2/36) dans le groupe témoin (p = 0.04). Dans les analyses de sensibilité, ce bénéfice était retrouvé seulement chez les patients présentant une dysfonction sexuelle à l'inclusion (n=40), avec une amélioration significative du score

de fonction sexuelle moyen comparativement au groupe témoin (+15,1 *vs* -11,7; p=0.0025), et 33% des patients (n=8/24) atteignant une amélioration cliniquement significative de fonction sexuelle contre 0% dans le groupe témoin (p=0.013). Dans ce sous-groupe, on observait également une amélioration de l'anxiété comparativement au groupe contrôle (-2.5 *vs* 0; p=0.043). La perception initiale d'un impact modéré à majeur des troubles digestifs sur l'activité sexuelle était significativement corrélée à l'amélioration de la fonction sexuelle après ETP.

Conclusion : Il s'agit de la première étude suggérant que la fonction sexuelle des patients atteints de MICI est améliorée par la participation à un atelier d'éducation thérapeutique centré sur la vie intime. Ce bénéfice est principalement observé chez les patients ayant une dysfonction sexuelle.

Remerciements, financements, autres : Cette recherche a été financée par l'Association François Aupetit.

P.061

Efficacité et tolérance en vie réelle d'upadacitinib chez les patients atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère : résultats intermédiaires de l'étude PROFUNDUS

M. Fumery [1], R. Panaccione [2], G. Parkes [3], D. Bettenworth [4], S. Suravaram [5], P. Morisset [5]
(1) Amiens ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Londres, ROYAUME-UNI ; (4) Munster, ALLEMAGNE ; (5) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'upadacitinib (UPA) est un inhibiteur réversible de Janus kinase (JAKi) administré par voie orale, indiqué pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère.1-2 Bien qu'il existe des données consistantes issues d'essais cliniques en faveur de l'utilisation de l'UPA dans le traitement de la RCH, les données de vie réelle sur son efficacité et sa tolérance restent limitées.3 L'étude prospective en vie réelle de l'UPA dans la RCH (PROFUNDUS) est une étude internationale, ouverte, observationnelle, actuellement en cours pour évaluer l'efficacité et la tolérance de l'UPA chez des patients ayant une RCH modérée à sévère en vie réelle (lancée le 15 août 2022).

Patients et Méthodes : PROFUNDUS a recruté 785 patients adultes (âgés de 18 à 75 ans) ayant une RCH modérée à sévère débutant l'UPA dans 16 pays différents. L'UPA était prescrit conformément à l'AMM locale, le traitement choisi par l'investigateur et les patients seront suivis jusqu'à 3 ans (156 semaines [sem]). Cette analyse porte sur les données disponibles après que les 500 premiers patients ont suivi 6 mois de traitement ou arrêté avant 6 mois (date de cut-off 28 février 2025). Parmi les 500 premiers patients ayant donné leur consentement et correspondant aux critères d'inclusion, la population globale d'analyse (FAS, full analysis set) incluait 490 patients ayant commencé un traitement par UPA une fois par jour. Cette analyse décrit les caractéristiques démographiques et caractéristiques de la maladie à l'inclusion pour la population FAS ; le délai d'obtention de la première réponse clinique selon le score Mayo partiel adapté (pAMS) quotidien et le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse clinique selon le pAMS à la fin du traitement d'induction par UPA (sem 8) ou de l'induction prolongée (sem 16) pour les patients ayant pris au moins une dose d'UPA et disposant de scores permettant évaluer les résultats. Les résultats de tolérance étaient analysés jusqu'à la semaine 26 (6 mois), les événements indésirables survenus sous traitement (TEAE) étant présentés sous forme de nombre et pourcentage de patients.

Résultats : Les patients de la population FAS étaient âgés de 18 à 79 ans ; 43,3 % étaient des femmes. À l'inclusion (définie comme la dernière évaluation disponible avant ou à la date de la première administration d'UPA), la répartition du pAMS était la suivante : < 2 : 26,5 % ; 2-4 : 48,1 % ; > 4-5 : 18,8% ; > 5-6 : 6,6 % ; le score 0 correspondant à une maladie inactive et le score 6 à une maladie active et des saignements spontanés.4 À l'inclusion, 51,3 % des patients présentaient des antécédents d'intolérance ou de réponse inadéquate aux traitements avancés, avec échec de ≥ 1 JAKi pour 13,1 % des patients. Parmi les patients évaluables, le délai médian (IIQ) d'obtention de la première réponse clinique selon le pAMS quotidien était de 4 (3,0-8,0) jours (N = 373 ; Tableau). À l'issue du traitement d'induction (sem 8 ou 16), 79,6 % (258/324) des patients évaluables traités par UPA ont obtenu une réponse clinique selon le pAMS (Tableau). Parmi les patients traités par UPA, le taux d'événements indésirables (EI) apparaissant au cours du traitement (TEAE) et celui des EI possiblement liés au traitement à l'étude étaient les suivants : tous événements indésirables (EI) (51,2 % ; 34,9 %), EI graves (5,5 % ; 2,2 %) et EI sévères (5,1 % ; 2,2 %) (Tableau).

Conclusion : Cette analyse intermédiaire de l'étude en vie réelle PROFUNDUS a montré que l'UPA permet d'obtenir rapidement une réponse clinique chez les patients ayant une RCH modérée à sévère, dans un large éventail de tranches d'âge. Cette efficacité concorde avec celle observée lors des essais cliniques menés sur l'UPA dans la RCH.1 L'UPA a été globalement bien toléré, avec peu d'EI graves, la plupart étant considérés par l'investigateur comme non liés à l'UPA.

Efficacité[a]	Toute dose d'UPA
Délai de première obtention[b] d'une réponse clinique selon le pAMS quotidien[b] *Evénements analysés – n/N (%)* *Nombre médian de jours (IIQ)*	364/373 (97,6) 4,0 (3,0-8,0)
Réponse clinique selon le pAMS[c] à la semaine 8 ou 16 d'induction, n/N (%) [IC à 95 %]	258/324 (79,6) [75,2, 84,0]
Ensemble des TEAE, semaine 26 de traitement,[d] n (%)	**Toute dose d'UPA (N = 490)**
Tous EI	251 (51,2)
EI pouvant être liés au traitement à l'étude[e]	171 (34,9)
TEAE sévères	25 (5,1)
TEAE graves	27 (5,5)
EI ayant entraîné l'arrêt du médicament à l'étude	34 (6,9)
EI ayant entraîné le décès[f]	1 (0,2)
Vue d'ensemble des TEAE pouvant être liés au traitement à l'étude jusqu'à la semaine 26,[g] n (%)	**Toute dose d'UPA (N = 490)**
Tous EI[e]	171 (34,9)
TEAE sévères	11 (2,2)
TEAE graves	11 (2,2)
EI ayant entraîné l'arrêt du médicament à l'étude	24 (4,9)
EI ayant entraîné le décès	0

Tableau. Résumé des résultats intermédiaires d'efficacité et de tolérance de l'étude PROFUNDUS.
FAS, *full analysis set*, population globale d'analyse ; IIQ, intervalle interquartile ; pAMS, *partial Adapted Mayo Score*, score Mayo partiel adapté ; RBS, *rectal bleeding score*, score de rectorragie ; FS, fréquence des selles ; TEAE, traitement emergent adverse event, événement indésirable apparu sous traitement ; UPA, upadacitinib.
[a]La population d'efficacité incluait les patients évaluables ayant pris au moins 1 dose d'UPA et disposant de scores journaliers permettant d'établir l'atteinte du critère correspondant parmi les 500 premiers patients ayant donné leur consentement éclairé et remplissant les critères d'éligibilité. Les patients ayant arrêté en raison d'un manque d'efficacité ou d'une intolérance étaient classés en non répondeurs, tandis que ceux ayant arrêté pour d'autres raisons étaient traités comme données manquantes concernant l'obtention d'une réponse et censurés pour le délai de survenue de la réponse.
[b]Définie par une diminution du pAMS quotidien ≥ 1 point et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, en plus d'une diminution du RBS quotidien ≥ 1 ou d'un RBS quotidien ≤ 1. Le délai de première obtention d'une réponse était défini par le temps entre la date de première réponse et l'administration de la première dose d'UPA. Seuls les patients ayant un pAMS quotidien > 0 à l'inclusion et disposant d'au moins un score après l'inclusion sont inclus. Si un patient n'atteint jamais ce critère en 183 jours (semaine 26), le délai de première réponse pour ce patient est censuré au jour 183 (semaine 26), à l'arrêt de l'UPA, à l'arrêt de l'étude ou à la date de gel de base des données, selon ce qui survient en premier. Les estimations non-paramétriques de Kaplan-Meier ont été rapportées.
[c]Définie par une diminution du pAMS ≥ 1 point et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, en plus d'une diminution du RBS ≥ 1 par rapport à l'inclusion ou d'un RBS absolu ≤ 1. Les patients ayant un score ≥ 1 à l'inclusion et un score disponible à la fin de l'induction sont inclus.
[d]Incluait les patients ayant reçu au moins 1 dose d'UPA parmi les 500 premiers patients ayant donné leur consentement éclairé et remplissant les critères d'éligibilité. Incluait les événements survenus jusqu'à 26 semaines (183 jours) après le début du traitement à l'étude.
[e]Selon l'évaluation par l'investigateur de l'étude.
[f]1 décès par noyade, jugé comme n'ayant aucune possibilité d'être lié au médicament à l'étude.
La date de gel de base des données était le 28 février 2025.

Remerciements, financements, autres :

AbbVie et les auteurs adressent leurs remerciements aux participants, centres d'étude et investigateurs ayant participé à cet essai clinique. Paulette A. Krishack, PhD, collaboratrice d'AbbVie, a fourni un soutien à la rédaction médicale.
AbbVie a financé cette étude (PROFUNDUS ; NCT05494606) 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. Aucun honoraire ni paiement n'a été versé au titre de l'attribution d'auteur.

P.062

ChatGPT en gastroentérologie : promesses, limites et pratiques

I. Lachgar [(1)], G. Chelh [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA), et en particulier les grands modèles de langage tels que ChatGPT, s'imposent progressivement dans le domaine médical. Considérés par certains comme un outil innovant et par d'autres avec prudence, ces systèmes soulèvent à la fois des espoirs et des interrogations. Cette étude visait à explorer les usages, les avantages perçus et les limites de ChatGPT en gastroentérologie.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire anonyme en ligne a été diffusé auprès de professionnels de santé exerçant en gastroentérologie, afin de recueillir leurs expériences et opinions concernant l'utilisation de ChatGPT.

Résultats : Soixante-douze praticiens ont participé à l'enquête (âge moyen : 34,2 ans). Parmi eux, 47,2 % étaient internes, 31,9 % exerçaient en milieu universitaire hospitalier, 11,1 % en santé publique et 9,7 % en pratique privée. L'utilisation de ChatGPT était plus fréquente chez les internes que chez les médecins seniors (33 % contre 10 %).Dans l'ensemble, 60 % déclaraient utiliser ChatGPT, tandis que 40 % ne l'avaient jamais adopté, invoquant un manque d'intérêt (8 %), une réticence de principe (11 %) ou une absence de familiarité (17 %).Parmi les utilisateurs, 31,9 % y avaient recours rarement, 8,3 % mensuellement, 15,3 % de façon hebdomadaire et 4,2 % quotidiennement. Les usages les plus courants concernaient la reformulation (n=26), la traduction (n=24), la rédaction de courriels (n=18), la préparation de présentations (n=10), l'aide à la rédaction scientifique (n=10), le résumé d'articles (n=8), la recherche d'informations (n=6), l'enseignement (n=4) et le diagnostic (n=2).Les principaux bénéfices rapportés étaient le gain de temps (86,9 %), l'amélioration de la rédaction (54,3 %) et, dans une moindre mesure, l'aide à la décision médicale (10,8 %). Les limites identifiées incluaient des réponses jugées superficielles (55,5 %), un manque de fiabilité (55,5 %), une compréhension imparfaite des termes médicaux (53,3 %), la nécessité de valider les informations (37,7 %), des difficultés d'intégration dans la pratique (22,2 %) et des préoccupations liées à la confidentialité (17,7 %).Quant à la qualité perçue, 74 % considéraient l'information comme moyennement fiable, 24 % comme plutôt peu fiable et seulement 2 % comme très fiable. Enfin, une large majorité (90,4 %) exprimait le souhait de disposer d'un modèle d'IA spécifiquement dédié à la gastroentérologie.

Conclusion : L'expérience des gastroentérologues vis-à-vis de ChatGPT reste contrastée. S'il représente un outil novateur, facilitant notamment la rédaction et la communication, ses limites en termes de fiabilité et de pertinence médicale imposent une utilisation prudente. L'avenir semble orienté vers le développement de modèles spécialisés, mieux adaptés aux besoins cliniques.

P.063

Simulation en gastroentérologie pour les étudiants en médecine : réalité et impacts cliniques

B. Bennani [(1)], H. Delsa [(1)], O. Bahlaoui [(1)], A. Nadi [(1)], F. Belabbes [(1)], W. Khannoussi [(1)], N. Benjelloun [(1)], Y. Bennani [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La simulation médicale est de plus en plus utilisée comme outil pédagogique innovante dans la formation médicale. En gastro-entérologie, elle offre l'opportunité aux étudiants d'acquérir des compétences théoriques et pratiques dans un environnement sécurisé,sans risque pour le patient.L'objectif est d'évaluer l'apport de la simulation en gastro-entérologie chez les étudiants en médecine, à travers leur expérience, leur perception et leur ressenti, et identifier son impact pratique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée auprès des étudiants en médecine, qui ont bénéficiés de séances de simulation en gastro-entérologie,à travers un questionnaire anonyme en ligne.Les séances de simulation proposés étaient soit sous forme de scénario (hémorragie digestive),ou procédurales(ponction d'ascite et examen proctologique). Le questionnaire comprenait plusieurs questions,explorant les données générales des participants, leur auto-évaluation avant la simulation, l'organisation et le déroulement des séances, l'évaluation après la simulation, ainsi que l'impact global perçu.

Résultats : 51 étudiants en médecine ont répondu à notre questionnaire, répartis comme suivant :28 étudiants (3e à 7e année) et 23 internes et résidents. Parmi eux, 98% avaient déjà participé à une séance de simulation en gastro-entérologie.La simulation a été jugée bénéfique pour la formation par 88% des répondants, 96% recommandent d'en intégrer davantage dans le cursus, et 86% la considèrent comme une étape indispensable avant toute procédure invasive. Tandis que 100% estiment qu'elle devrait être élargie à d'autres gestes (endoscopie, sonde nasogastrique).
L'évaluation pré/post-simulation a montré une amélioration significative des performances, avec des gains de 58,8% en connaissances théoriques, 89,7% pour la gestion de l'hémorragie digestive, 82% pour la ponction d'ascite et 83,8% pour l'examen proctologique($p<0,001$).

Conclusion : La simulation constitue un outil pédagogique attractif en médecine.Notre étude a confirmé son apport dans l'amélioration des compétences théoriques et pratiques en gastro-entérologie, ainsi que dans la préparation à la gestion de situations cliniques complexes.Ces résultats soutiennent l'intégration systématique de la simulation dans le cursus médical,en complément de l'apprentissage théorique et de la pratique clinique supervisée.

P.064

Évaluation du rôle de la morphologie gastrique dans la prédiction des résultats cliniques du G-POEM

G. Galletti [(1)], J.M. Gonzalez [(1)], S. Gonzalez [(1)], V. Vitton [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : La gastroparésie est une affection clinique hautement invalidante. Au fil des années, la myotomie endoscopique pérorale gastrique (G-POEM) s'est imposée comme une option thérapeutique sûre et efficace chez les patients atteints de gastroparésie réfractaire au traitement médical. Récemment, une classification morphologique gastrique a été proposée sur la base d'analyses d'imagerie obtenues par scintigraphie de vidange gastrique (GES), incluant les formes suivantes :Crescentic-comma, Reversed-L, J-shaped, Bag-like stomach et Cylindrical. L'objectif de cette étude était d'évaluer la corrélation entre la morphologie gastrique et le succès clinique du G-POEM, mesuré par le score du Gastroparesis Cardinal Symptom Index (GCSI).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, incluant 98 patients atteints de gastroparésie ayant bénéficié d'un G-POEM entre février 2016 et juin 2025 et ayant préalablement réalisé une scintigraphie de vidange gastrique dans notre service de médecine nucléaire. Les critères d'inclusion comprenaient soit un retard de vidange gastrique à la scintigraphie au moment du diagnostic, soit un score GCSI > 2,3 indiquant une gastroparésie sévère en cas de scintigraphie normale. Les images scintigraphiques ont été relues de manière indépendante par un médecin nucléaire et un gastroentérologue expert en gastroparésie, afin d'évaluer la concordance inter-observateur. Le critère de jugement principal définissant l'efficacité du G-POEM était une réduction ≥ 50 % du score GCSI ou, à défaut, une réduction ≥ 50 % d'au moins un des trois sous-scores du GCSI. L'amélioration clinique subjective et l'amélioration du symptôme principal rapportée par chaque patient constituaient les critères secondaires.

Résultats : Soixante-six patients (67,3 %) ont présenté une amélioration clinique selon le critère principal, tandis que 68 (70,8 %) et 49 patients (51 %) ont respectivement rapporté une amélioration subjective et une amélioration de leur symptôme principal. Les taux de succès selon la morphologie gastrique pour le critère principal étaient les suivants: Bag-like stomach 75 %, Crescentic-comma 66,7 %, Cylindrical 72,7 %, J-shaped 66,7 % et Reversed-L 65,2 %. Après accord des critères d'interprétation, la concordance inter-observateur était statistiquement significative ($\kappa = 0,59$; $p < 0,001$). En analyse multivariée, les variables associées de manière indépendante aux critères de jugement étaient les antécédents de chirurgie thoracique (OR : 0,013 ; IC 95 % 0,013–0,014 ; $p < 0,001$), le poids corporel (OR : 1,04 ; IC 95 % 1,01–1,07 ; $p = 0,02$) et le sexe (OR : 50,5 ; IC 95 % 2,2–1171,3 ; $p = 0,014$).

Conclusion : La morphologie gastrique n'était pas statistiquement associée aux critères cliniques, que ce soit en analyse univariée ou multivariée. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer la corrélation potentielle entre la morphologie gastrique et la vidange gastrique mesurée par les examens d'imagerie.

P.065

Quadrithérapie bismuthée *versus* quadrithérapie concomitante : efficacité comparée et facteurs prédictifs d'échec thérapeutique

J. Rizkou [(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 : *Helicobacter pylori* (HP) reste une bactérie au cœur des préoccupations gastro-entérologiques. Responsable de pathologies allant de la simple gastrite chronique à des maladies plus graves comme l'ulcère gastroduodénal, le lymphome du MALT et le cancer gastrique, HP touche une large partie de la population mondiale. Face à la montée des résistances bactériennes aux antibiotiques, les recommandations internationales (Maastricht VI, ACG, Toronto) recommandent aujourd'hui deux schémas thérapeutiques en première ligne : La quadrithérapie bismuthée (QTB), et La quadrithérapie concomitante (QTNB). Si leur efficacité n'est plus à démontrer, le taux d'échec reste non négligeable, oscillant entre 5 % et 20 %, et soulève des interrogations quant aux facteurs prédictifs de non-éradication. Notre étude avait pour objectifs : évaluer et comparer le taux d'éradication de HP avec ces deux schémas thérapeutiques, et identifier les facteurs influençant l'échec du traitement afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, randomisée, analytique portant sur l'ensemble des patients adultes ambulatoires consultant au service d'hépato-gastroentérologie entre Septembre 2023 et juin 2025. Tous les patients avaient bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale et l'infection à HP a été confirmée par examen histologique des biopsies gastriques. Les critères d'exclusion étaient : Allergies connues aux antibiotiques utilisés, Grossesse ou allaitement, Traitement antérieur d'éradication. Les patients ont été randomisés en deux groupes : Groupe A sous Quadrithérapie bismuthée (QTB), et le Groupe B sous Quadrithérapie concomitante (QTNB).

Résultats : Un total de 86 patients a été inclus, avec 49 hommes et 37 femmes soit un sex-ratio H/F de 1,3. L'âge moyen était de 39 ans (extrêmes : 16 à 79 ans). La fibroscopie a été réalisé pour : des épigastralgies (83.7%), une dyspepsie (53.4%), des vomissements (29%), Reflux gastro-œsophagien (18.6 %), Altération de l'état général avec amaigrissement (15.1 %), anémie ferriprive (14%), et ATCD familial de cancer gastrique (1.1%). Le taux d'éradication d' *Helicobacter pylori* selon le protocole de traitement utilisé était de 93.02% pour la quadrithérapie au bismuth et de 95,34% pour la quadrithérapie concomitante. Les Effets secondaires ont été survenus dans 64 %, principalement des troubles digestifs bénins, sans nécessité d'arrêt du traitement. Les facteurs prédictifs d'échec thérapeutique identifiés dans le groupe QTNB comprenaient une mauvaise observance thérapeutique ($p = 0,005$), le sexe féminin ($p = 0,003$), le tabagisme actif ($p = 0,04$), ainsi que la résistance au métronidazole ($p < 0,05$) et à la clarithromycine ($p < 0,01$). Dans le groupe QTB, les facteurs associés à l'échec étaient une mauvaise observance thérapeutique ($p = 0,007$), un IMC > 25 kg/m² ($p = 0,002$) et le tabagisme actif ($p = 0,04$). En revanche, d'autres paramètres tels que l'âge avancé et les comorbidités n'ont pas montré de signification statistique.

Conclusion : Les résultats de cette étude confirment l'efficacité comparable des quadrithérapies bismuthée et concomitante dans l'éradication de *Helicobacter pylori*. La mauvaise observance reste le facteur le plus constant d'échec, soulignant la nécessité d'une éducation thérapeutique renforcée. Des facteurs spécifiques tels qu'un IMC > 25 kg/m² pour la QTB et le sexe féminin pour la QTNB méritent des investigations complémentaires pour optimiser les protocoles.

P.066

Probiotiques et *Helicobacter pylori* : un adjuvant efficace pour améliorer l'éradication et réduire les effets indésirables

J. Rizkou [(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 : *Helicobacter pylori* est une infection fréquente, responsable de gastrite chronique, d'ulcère gastroduodénal et de complications telles que lymphome du MALT ou cancer gastrique. Le traitement repose sur les quadrithérapies, mais l'efficacité est limitée par la résistance aux antibiotiques et les effets indésirables. Les probiotiques, grâce à leurs propriétés anti-inflammatoires et immunomodulatrices, pourraient améliorer l'éradication et la tolérance. L'objectif était d'évaluer l'apport des probiotiques associés au traitement standard.

Patients et Méthodes : Étude prospective menée entre septembre 2023 et janvier 2025 incluant 104 patients positifs à HP.
- Groupe A (n=52) : quadrithérapie concomitante ou bismuthée + probiotique (mêmes souches pour tous).
- Groupe B (n=52) : quadrithérapie seule.

L'infection a été confirmée par test respiratoire à l'urée (7,7 %) et par histologie (92,3 %). Un test de contrôle a été réalisé 6 à 8 semaines après traitement. Les effets secondaires ont été systématiquement relevés.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 35 ans, avec un sex ratio H/F de 1,1. Les symptômes les plus fréquents étaient les épigastralgies (72 %), le reflux gastro-œsophagien (61 %), le syndrome anémique (28 %) et les vomissements (12 %). Au total, 47,1% des patients ont présenté des effets indésirables, dominés par la diarrhée aiguë (51%), suivie des douleurs abdominales (34.7%), des nausées et vomissements (14.3%). L'analyse comparative a montré une réduction significative des effets secondaires dans le groupe recevant des probiotiques ($p < 0,005$). Le taux d'éradication était significativement plus élevé dans le groupe A (probiotiques) avec 82,6 % de tests de contrôle négatifs, contre 65,3 % dans le groupe B ($p=0,01$).

Conclusion : L'association de probiotiques aux schémas d'éradication de HP améliore à la fois l'efficacité thérapeutique et la tolérance. Ces résultats encouragent leur utilisation en pratique courante. Des études multicentriques et de plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer ces données et préciser les souches les plus efficaces.

P.067

Facteurs associés à l'usage de l'intelligence artificielle dans la rédaction scientifique en gastroentérologie

M. Tebourski [(1)], D. Cherif [(1)], F. Ghrab [(1)], H. Yacoub [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Hassine [(1)], H. Kchir [(1)], N. Maamouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) transforme progressivement les pratiques de rechercheet de rédaction scientifique, notamment grâce à l'émergence de plusieurs outils detraitement du langage. Si ces technologies offrent un potentiel considérable pouraméliorer la productivité et la clarté des textes scientifiques, leur appropriation par lesprofessionnels de santé reste hétérogène. Cette étude vise à identifier les facteurssociodémographiques et professionnels associés à l'usage de l'IA pour la rédactionscientifique chez les gastro-entérologues tunisiens.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a été réalisée auprès de 60 gastro-entérologues tunisiens à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Celui-ci recueillait des informationsrelatives à l'âge, au sexe, au statut professionnel des participants, ainsi qu'à lafréquence d'utilisation de l'intelligence artificielle et au niveau de confiance accordéaux contenus générés. Les associations entre les variables qualitatives ont étéanalysées à l'aide du test du χ^2 (khi-deux), tandis que les corrélations ordinales ontété examinées à l'aide du test de Spearman. Le seuil de significativité a été fixé à p<0,05.

Résultats : L'étude a inclus 60 participants, dont 43 femmes (71,7 %) et 17 hommes (28,3 %). L'échantillon comprenait 36 interne en formation (60 %) et 24 spécialistes (40 %), avec un âge moyen de 33,9 ans (extrêmes : 19 à 66 ans).Parmi les répondants, neuf médecins sur dix avaient déjà entendu parler de l'intelligence artificielle appliquée à la médecine, et environ les 2/3 déclaraient avoir utilisé au moins une fois un outil d'IA pour la rédaction scientifique.
La fréquence d'utilisation de l'IA variait significativement selon le statut professionnel.Parmi les internes (n = 36, soit 60 % de l'échantillon), 61 % déclaraient utiliser l'IA « souvent » ou « toujours » pour la rédaction scientifique, 28 % rapportaient un usage occasionnel et 11 % n'en faisaient pas usage. Chez les spécialistes (n = 18, soit 30 % des participants), seulement 33 % mentionnaient un usage fréquent, contre 44 % un usage occasionnel et 23 % une absence d'usage. Enfin, parmi les enseignants hospitalo-universitaires (n = 6, soit 10 %), l'utilisation demeurait limitée : 17 % déclaraient un usage régulier, tandis que 83 % affirmaient ne l'utiliser que rarement ou jamais.
Le test du χ^2 a mis en évidence une association statistiquement significative entre le statut professionnel et la fréquence d'usage (χ^2 = 28,7 ; p = 0,018), indiquant que le statut influence fortement le niveau d'adoption de l'IA.En revanche, aucune corrélation significative n'a été observée entre l'âge et la fréquence d'usage (ρ non significatif).
Concernant la confiance envers les contenus générés par l'IA, 58 % des répondants ont exprimé une confiance modérée, 30 % une bonne confiance, et 12 % une confiance faible.

Conclusion : L'usage de l'intelligence artificielle pour la rédaction scientifique apparaît étroitement lié au statut professionnel, les jeunes praticiens en formation l'adoptant plus rapidement que leurs aînés. Ces résultats plaident pour la mise en place de programmes de sensibilisation et de formation continue adaptés à chaque profil professionnel, afin d'encourager une utilisation critique, éthique et méthodologiquement rigoureuse de l'IA dans la recherche médicale.

P.068

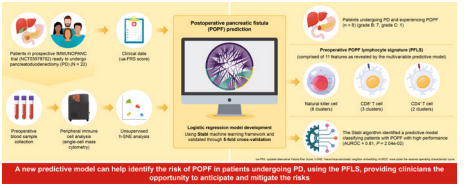
Immunité circulante et intelligence artificielle : anticiper le risque de fistule pancréatique après duodénopancréatectomie céphalique pour cancer

J. Garnier [(1)], G. Bellan [(2)], A. Palen [(1)], X. Durand [(2)], J. Ewald [(1)], A. Ben-Amara [(1)], M.S. Rouvière [(1)], B. Choisy [(2)], F. Verdonk [(2)], B. Gaudillière [(3)], C. Gouarné [(1)], O. Turrini [(1)], D. Olive [(1)], A.S. Chrétien [(1)]
(1) Marseille ; (2) Paris ; (3) Palo Alto, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : La fistule pancréatique postopératoire (FP) représente l'une des principales complications après duodénopancréatectomie céphalique (DPC), avec un impact majeur sur la morbi-mortalité. Les modèles de prédiction préopératoire actuels manquent de précision. Cette étude explore le potentiel d'une signature immunitaire circulante associée à un algorithme d'intelligence artificielle pour prédire la survenue d'une FP, avant la chirurgie.

Patients et Méthodes : Vingt-deux patients ayant eu une DPC pour cancer ont été inclus prospectivement dans l'étude IMMUNOPANC (NCT03978702). Des échantillons sanguins préopératoires ont été analysés par cytométrie de masse. L'algorithme Stabl, basé sur l'intelligence artificielle et publié dans Nature Biotechnology en 2024, a été utilisé pour identifier une signature lymphocytaire préopératoire prédictive de la FP. Un modèle de régression logistique a été construit et validé par validation croisée. Le critère principal était la survenue d'une FP cliniquement significative, de grade B ou C selon les critères de l'ISGPS.

Résultats : Huit patients (36 %) ont développé une FP (grade B : n=7 ; grade C : n=1). Le modèle multivarié obtenu via l'algorithme Stabl a identifié 11 sous-populations lymphocytaires discriminantes, définissant une Pancreatic Fistula Lymphocyte Signature (PFLS) préopératoire : six sous-types de cellules NK, trois de lymphocytes T CD8+ et deux de lymphocytes T CD4+. Le modèle prédictif a atteint une performance élevée (AUC = 0,81 ; p = 0,02), et de façon indépendante des facteurs prédictifs classiques (sexe, indice de masse corporelle, consistance du parenchyme pancréatique, taille du canal pancréatique principal).



Conclusion : La composition immunitaire préopératoire en cellules lymphocytaires circulantes pourrait constituer un outil de prédiction pertinent du risque de FP après DPC. Cette étude est la première mondiale utilisant cette approche innovante combinant immunité circulante et intelligence artificielle pour prédire les complications de la chirurgie pancréatique. Elle est en cours de révision dans Nature Communication Medecine. Une étude multicentrique nationale impliquant des centres français à haut volume est en cours de financement pour valider ces résultats.

P.069

Impact de la chimiothérapie post-opératoire chez les patients opérés d'un adénocarcinome œsogastrique en réponse pathologique majeure après chimiothérapie pré-opératoire : une étude issue de la base nationale FREGAT

L. Corazzin [1], E. Jeanbert [1], O. Glehen [2], U. Marchese [3], L. Benhaim [4], F. Di Fiore [5], O. Bouché [6], D. Tougeron [7], A. Adenis [8], G. Piessen [9], M. Muller [1]

(1) Nancy ; (2) Lyon ; (3) Paris ; (4) Villejuif ; (5) Rouen ; (6) Reims ; (7) Poitiers ; (8) Montpellier ; (9) Lille.

Introduction : L'adénocarcinome de la jonction œsogastrique et de l'estomac (AOG) est un problème de santé publique à l'échelle mondial. Il s'agit du 6ème cancer le plus fréquent dans le monde et il correspond à la 3ème cause de mortalité par cancer. Lorsqu'il est localisé, le standard thérapeutique des tumeurs de stade ≥ IB dans les pays occidentaux est actuellement la chirurgie associée à une chimiothérapie péri-opératoire selon le protocole FLOT (fluorouracile, oxaliplatine, docétaxel). En plus d'apporter un gain en survie globale (SG), ce triplet de chimiothérapie a permis d'améliorer le taux de réponse pathologique complète (RPC ; 15%). Dans ce contexte, et notamment en cas de petite tumeur et/ou de RPC ou RP majeure (RPM), peu de données sont disponibles afin d'évaluer l'impact de la chimiothérapie post-opératoire sur la survie des patients.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective comparative multicentrique à partir de la base prospective nationale FREGAT (FRench EsoGAstric Tumour). Tous les patients âgés de ≥ 18 ans, avec diagnostic d'un AOG localement avancé fait entre janvier 2015 et janvier 2024 qui présentaient une bonne réponse pathologique (ypT0-2, ypN0, R0 ou ypT3 Mandard TRG 2, ypN0, R0) après une chimiothérapie pré-opératoire (minimum de 6 semaines de traitement) ont été inclus.
L'objectif principal était d'évaluer l'impact de la chimiothérapie post-opératoire sur le taux de survie globale (SG) à 3 ans. Les objectifs secondaires principaux étaient la survie sans récidive (SSR) à 3 ans et l'identification des facteurs prédictifs associés à la SG.
Les variables quantitatives ont été décrites par leurs médianes et interquartiles (IQR 25-75) et ont été comparées par le test de Student ou Wilcoxon. 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 Log-Rank.

Résultats : 1870 patients avec AOG traités par chimiothérapie péri-opératoire ont été identifiés dans la base FREGAT. Au total, 345 répondaient aux critères d'inclusion dont 218 (63,2%) avaient reçu une chimiothérapie post-opératoire. La majorité était des hommes (80,3%), l'âge médian au diagnostic de l'AOG était de 66,0 ans. Les tumeurs étaient principalement localisées au cardia (45,3%). Le protocole le plus souvent administré était le triplet FLOT (56,5%). La médiane de suivi était de 36,0 mois.
Une différence significative en survie globale a été observée selon la stratégie post-opératoire : ne pas recevoir de chimiothérapie post-opératoire était associé à une SG plus faible, quel que soit le protocole de traitement utilisé (taux de SG à 3 ans de 73,2 % *vs.* 89,4 % dans le groupe chimiothérapie post-opératoire ; HR 2.5 ; IC95 % 1.4-4.2 ; p = 0.0011). De même, on notait un bénéfice en SSR dans le groupe de patients traité par chimiothérapie post-opératoire (SSR à 3 ans = 82,6 % *vs.* 66,1 % ; HR 2.0 ; IC95 % 1.3-3.1 ; p = 0.0029).
Un tabagisme actif (HR 2.2 ; p = 0.0160), la localisation de la tumeur primitive (œsophage et jonction *vs.* gastrique ; HR 4.9 ; p = 0.0003), le stade ypT0 *vs.* ≥ ypT1 (p = 0.0006), le score ASA préopératoire 1 *vs.* ≥ 1 (p = 0.0476) et l'absence de chimiothérapie après la chirurgie (HR 2.9 ; p = 0.0160) étaient les facteurs associés à une moins bonne survie.

Conclusion : La traitement par chimiothérapie péri-opératoire dans le cadre de l'AOG localisé de stade ≥ IB est un standard thérapeutique. Notre étude démontre que le bénéfice en survie de cette stratégie est conservé en cas de résection R0 d'un AOG de petite taille et/ou en bonne réponse pathologique après chimiothérapie pré-opératoire. L'essai français ATTENUATION, dont le déploiement est imminent, évaluera cette même question de manière prospective.

P.070

Syndrome de résection antérieure après un cancer du rectum : quelle place pour les déterminants non cliniques ?

O. Dejardin [(1)], V. Bouvier [(1)], R. Morello [(1)], A. Alves [(1)]
(1) Caen.

Introduction : Le syndrome de résection antérieure (SRA) concerne un grand nombre de patients opérés d'un cancer du rectum. Pour de nombreuses pathologies digestives, les études récentes ont montré de façon itérative que les déterminants non cliniques pouvaient jouer un rôle dans la prise en charge, le vécu et le devenir des patients. Si les déterminants cliniques de la variabilité du SRA sont bien décrits dans la littérature (traitement néoadjuvant, indice de masse corporelle, anastomose basse, etc.), notre hypothèse est qu'il existe une influence de la défavorisation sociale et/ou de l'accès aux soins sur gravité et le ressenti lu LARS qui pourrait être liée à une prise en charge sous-optimale de ce syndrome pour ces populations à risque.

Patients et Méthodes : Le questionnaire LARS score, validé en langue française et permettant de mesurer le SRA (Eid et al, 2020) a été envoyé à 1234 patients opérés d'un adénocarcinome rectal dans l'un des 39 centres français participants (taux de participations 79%, N=977). A l'exception du score ASA et de la voie d'abord, il n'existait pas de différence majeure entre les répondants et les non-répondants pour les principales variables de l'étude. Les patients ont été séparés selon la gravité du LARS-score [LARS majeur (>=29) ou non]. Les facteurs de risque d'avoir un LARS-score majeur ont été recherchés à l'aide d'une régression logistique à effet mixte afin de tenir compte d'un éventuel effet centre. L'adresse des patients a permis d'une part d'attribuer un indice de défavorisation social (EDI) et d'autre part d'estimer son accessibilité à une offre de soins primaires (indice SCALE).

Résultats : Un LARS majeur était identifié chez 35% des patients. L'anastomose rectale basse, le traitement néoadjuvant, l'année de la chirurgie, l'obésité et la voie d'abord étaient significativement associés à la probabilité d'un LARS majeur. Une corrélation entre un LARS majeur et une altération de la qualité de vie a été retrouvée. La mise en place d'un traitement adjuvant était associée à une augmentation de la probabilité d'un LARS majeur (ORa= 2.,64 (1.,86 to- 3.,74)) à l'inverse de l'âge à la chirurgie et du sexe. Le fait de vivre dans une zone peu pourvue en soins primaires était associé à une plus grande probabilité d'éprouver un LARS majeur (RR = 1.,03 (1,.00 – 1,.05). La défavorisation sociale n'était pas significativement associée au LARS. Après ajustement sur les facteurs cliniques (âge, sexe, BMI, traitement néoadjuvant), les patients ayant eu un moindre accès aux soins primaires présentaient une plus grande probabilité d'éprouver un LARS majeur (RR= 1,.76 (1,.05 to 2,.93) pour le 4ème quartile *Vs* le 1er).

Discussion : En utilisant un questionnaire évaluant le syndrome de résection antérieure, nos résultats suggèrent qu' au-delà des éléments cliniques déjà identifiés dans la littérature, il existe un effet d'un moindre accès aux soins primaires sur le fait d'avoir un LARS majeur. En revanche, la défavorisation sociale n'était soit pas associée à un LARS majeur. Ces résultats préliminaires rapportés pour la première fois requièrent d'autres études afin de valider ou non ces constations.

Conclusion : Cet effet de l'isolement géographique sur le LARS score pourrait être expliqué soit par un profil de patients un peu différent soit par un déficit de prise en charge symptomatologique des patients à distance de leur l'opération chirurgie.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient l'Institut National du Cancer pour leur soutien financier par l'obtention d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC-K17-031) et la participation du GRECCAR – SFCD French Lars Project Team : Hélène Meillat (marseille), Yves Panis (Paris), Yann Parc (Paris), Marc Pocard (Paris), Jean Jacques Tuech (Rouen), Christine Denet (Paris), Anne Dubois (Clermont-Ferrand), Mehdi Ouaissi (Tours), Jean Luc Faucheron (Grenoble), Jérôme Loriau (Paris), Léonor Benhaim (Paris), Emilie Duchalais (Nantes), Thomas Bardol (Montpellier), Aurélien Venara (Angers), Etienne Buscail (Toulouse), Eric Rullier (Bordeaux), Bogdan Badic (Brest), Frederic Marchal (Nancy), Zaher Lakkis (Besançon), Benoit Romain (Strasbourg), Guillaume Piessen (Lille), Charles Sabbagh (Amiens), Eddy Cotte (Lyon), Antoine Brouquet (Paris); Niki Christou (Limoges), Adeline Germain (Nancy), Merhdad Jafari (Lille), Nicola De Angelis (Paris) et Véronique Desfourneaux (Rennes).

P.071

Une diminution précoce du ctDNA permet de prédire la survie dans le cancer colorectal métastatique MSI traité par immunothérapie

J. Taïeb [1], F. Sullo [1], A. Lecanu [1], T. André [1], D. Tougeron [2], F. Di Fiore [3], A. Gandini [1], C. Borg [4], C. Gallois [1], P. Laurent-Puig [1]

(1) Paris ; (2) Poitiers ; (3) Rouen ; (4) Besançon.

Introduction : Cette étude est la première étude complémentaire préplanifiée d'un essai contrôlé randomisé comparant les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI) au traitement standard chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (mCRC) dMMR/MSI-H.

Patients et Méthodes : Évaluer le rôle pronostique et prédictif de l'ADN tumoral circulant (ctDNA), détecté par des marqueurs de méthylation spécifiques à la tumeur, chez les patients atteints d'un mCRC dMMR/MSI-H. Conception, cadre, participants et interventionsCette étude translationnelle a analysé l'ADNct chez des patients atteints d'un mCRC avec réparation des mésappariements déficiente/instabilité microsatellitaire élevée (dMMR/MSI-H) participant à l'essai PRODIGE 54-FFCD-SAMCO, une étude prospective, multicentrique, randomisée et contrôlée, dans laquelle les patients ont été assignés à recevoir soit de l'avélumab, soit une chimiothérapie standard ± un agent ciblé en deuxième ligne. Des échantillons sanguins ont été prélevés de manière prospective pour l'analyse de l'ADNct et l'amplification par réaction en chaîne par polymérase à gouttelettes numériques de l'ADN libre (ADNcf) converti au bisulfite pour les gènes WIF1 et NPY a été utilisée pour quantifier les niveaux d'ADNct. Les échantillons ont été prélevés au début de l'étude (V1) et un mois après le début du traitement (V2).

Résultats : Des échantillons de plasma adaptés à l'évaluation de l'ADNct à V1 étaient disponibles pour 99 patients ayant donné leur consentement. Pour 74 patients, des échantillons étaient disponibles à V1 et V2. Dans la population globale, la positivité ou la concentration de ctDNA à l'inclusion n'étaient pas associées aux résultats cliniques. Le ΔctDNA (seuil à la valeur médiane) était significativement corrélé à la fois à la PFS (HR : 2,98 ; p < 0,0001) et à l'OS (HR : 3,61, p < 0,0001). Cette corrélation était plus forte chez les patients traités par avelumab (PFS HR = 4,22, p = 0,0005 ; OS HR : 17,4, p < 0,0001) que chez ceux recevant une chimiothérapie (PFS HR : 2,09, p = 0,037 ; OS HR = 1,51, 95 %, p = 0,38). L'avélumab (par rapport à la chimiothérapie) a amélioré la SSP chez les patients présentant une bonne réponse ctDNA (p < 0,01), mais pas chez ceux présentant une mauvaise réponse (p = 0,42). La combinaison de la réponse ctDNA et de l'évaluation RECIST 1.1 a permis de prédire avec précision la SG à long terme. Dans l'analyse multivariée, l'absence de réponse au ctDNA était associée à un risque accru de progression de la maladie et de décès dans le groupe avelumab (HR : 7,27, p = 0,001), mais pas dans le groupe chimiothérapie (HR : 1,61, p = 0,3). ConclusionsLe ΔctDNA à un mois permet de prédire les résultats à long terme chez les patients atteints d'un CCRm dMMR/MSI-H traités par ICI.

Conclusion : Le ΔctDNA à un mois permet de prédire les résultats à long terme chez les patients atteints d'un CCRm dMMR/MSI-H traités par ICI.

P.072

Evaluation du statut MMR tumoral dans le cancer colorectal : comparaison des techniques immunohistochimique, de PCR-Pentaplex et de NGS, à l'ère de la médecine personnalisée en oncologie digestive

F. Bibeau [1], C. Bellot [1], A. Over [1], C. Molimard [1], F. Monnien [1], J.P. Feugeas [1], S. Zohair [1]

(1) Besançon.

Introduction : Le statut deficient MisMatch Repair (dMMR)/Microsatellite instable (MSI) est présent dans 15% des cancers colorectaux (CCR). La détection de ce statut est aujourd'hui indispensable à des fins diagnostique (dépistage du syndrome de Lynch), pronostique (meilleure survie des CCR localisés) et thérapeutique (absence de bénéfice de la chimiothérapie adjuvante dans les stades II et réponse à l'immunothérapie utilisant les inhibiteurs des verrous de l'immunité ciblant l'axe PD-1/PD-L1). Sa détermination repose classiquement sur l'immunohistochimie (IHC) et/ou la PCR-Pentaplex. Dans ce contexte le séquençage nouvelle génération (NGS: Next Generation Sequencing), largement utilisé pour le ciblage thérapeutique en 1ère ligne des CCR métastatiques, ne figure cependant pas dans les techniques recommandées par l'Institut National du Cancer (INCa) diffusées en 2021 et a fait l'objet de controverses. L'objectif de cette étude rétrospective était de comparer l'évaluation du statut MMR entre les techniques IHC, de PCR-Pentaplex et de NGS dans le CCR.

Matériels et Méthodes : Tous les cas de CCR pour lesquels une demande d'analyse de statut MMR par IHC et/ou biologie moléculaire a été effectuée au sein de notre centre hospitalo-universitaire entre le 18/03/2021 et le 03/12/2024 ont été recensés. Le statut MMR tumoral déterminé par i) IHC, avec 4 anticorps anti-MLH1 (clone M 1 ou G168, Roche Ventana), PMS2 (clone G219-1129, Roche Ventana), MSH2 (clone EP51, Agilent), MSH6 (clone EP49, BIOSB), ii) PCR Pentaplex (Kit Promega: BAT-25, BAT-26 Mono-27 NR-21, NR-24, + HT17) et iii) NGS (KIT STS de Sophia Genetics comportant 6 microsatellites analysés : BAT-25, BAT-26, CAT-25 NR-21, NR-22, NR-27), a été recueilli.

Résultats : Au total, 910 cas de CCR pour lesquels le statut MMR était déterminé, ont été recueillis. Au sein de ces cas, IHC, PCR-Pentaplex et NGS étaient disponibles dans 857, 204 et 731 cas respectivement. Les sensibilités (se) et spécificités (sp) de la PCR-Pentaplex et du NGS sur tissus par rapport à l'IHC étaient respectivement de 91,8% (se) et 99,1% (sp) et de 90,8% (Se) et 99,4% (sp). Quatorze cas discordants étaient initialement objectivés, 9 liés à l'IHC et 5 à des techniques de biologie moléculaire. Après réévaluation, tous les cas IHC initialement discordants ont été réinterprétés de façon appropriée: il s'agissait de 8 cas faux positifs dMMR reclassés pMMR et 1 faux négatif pMMR reclassé dMMR. Il ne subsistait que 5 cas véritablement discordants liés à des techniques de biologie moléculaire: 1 sur PCR Pentaplex par erreur d'interprétation, 4 sur NGS notamment liés à des scores de run faussés en raison d'un marqueur non analysé et de quantités d' ADN insuffisantes. Cette seconde analyse aboutissait à des sensibilités et spécificités de la PCR-Pentaplex et du NGS par rapport à l'IHC respectivement de 98,6% (Se) et 100% (Sp) et de 97,6% (Se) et 99,6% (Sp).

Conclusion : Notre étude met en évidence d'excellentes sensibilité et spécificité du NGS sur prélèvements tissulaires par rapport à l'IHC, pour l'évaluation du statut MMR dans le CCR. Ces données, traduisant les bonnes performances diagnostiques du NGS, autorisent son utilisation en routine de façon complémentaire à l'IHC. Elles incitent à actualiser les recommandations de l'INCa sur le statut MMR à une période où le NGS est largement répandu et représente une des techniques de choix pour la médecine personnalisée en oncologie digestive.

P.073

Résultats à 5 ans de l'essai OPERA : quand et comment évaluer la réponse tumorale pour proposer une préservation rectale

J.P. Gérard [1], T. Pace-Loscos [2], S. Ben Dhia [2], N. Barbet [1], D. Baron [2], A. Sun Mynth [3], J. Doyen [2]
(1) Lyon ; (2) Nice ; (3) Clatterbridge, ROYAUME-UNI.

Introduction : Quand une stratégie de préservation d'organe (PO) est envisagée pour un adénocarcinome du bas ou moyen rectum, l'évaluation de la réponse tumorale au traitement néo-adjuvant (TNA) est essentielle. L'essai OPERA a montré qu'une radiothérapie de contact 50kV (RTC 50) associée à une radio-chimiothérapie (RCT), avec évaluation à la semaine 24 (S24), offrait un gain de PO à 5 ans : 79% *vs* 56% (p=0.004). Cette analyse post-hoc étudie la pertinence d'une décision stratégique plus précoce (S14) et l'intérêt de l'évaluation clinique de la réponse tumorale (ECRT) via TR et rectoscopie.

Matériels et Méthodes : Les données ECRT à S14 ont été recueillies selon RECIST : cCR (aucune tumeur visible/palpable, paroi souple), RP (diminution >30%), et ncR (lésion pariétale résiduelle <1 cm sans tumeur visible). L'IRM était évaluée selon le score TRG : TRG1 (pas de tumeur), TRG2 (fibrose seule), TRG3-5 (tumeur visible). Les décisions étaient : PO (notamment si bonne réponse = ncCR), ECRT à S20-24, exérèse locale ou TME. Les résultats ont été corrélés au taux de PO à 5 ans.

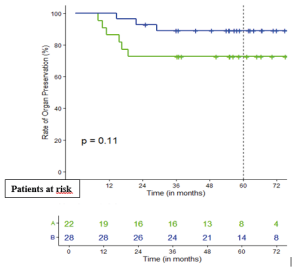


Figure 1 : préservation d'organe (PO) à 5 ans chez 50 patients en ECRT (évaluation clinique de la réponse tumorale) complète ou presque complète (ncCR) orientés vers W&W en fonction du bras de l'essai A ou B.

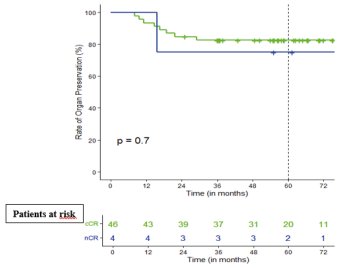


Figure 2 : Taux de préservation d'organe (PO) à 5 ans selon l'ECRT (évaluation clinque de la réponse tumorale) : cCR vs nCR à la semaine 14 (après le début du traitement)

Résultats : À S14, 122/141 patients (87%) ont eu une ECRT. Parmi eux, 93 (76%) avaient une bonne réponse (ncCR), 29 (24%) une RP/SD. Le taux de ncCR était de 65% (40/62) dans le bras A et 88% (53/60) dans le bras B (p=0.004). Une IRM à S14 était faite chez 82 patients ncCR ; 80/82 classés TRG1-2 (98%). Chez 38 pts ncCR, on observait : ulcération (19), fibrose seule (14), bourgeon (4). Parmi les 93pts en ncCR, 50 ont été orientés dès la S14 vers une PO (A : 22 ; B : 28). À 5 ans, PO : A = 67% *vs* B = 89% (p=0.11) cf figure1. Le taux de PO à 5 ans était similaire entre cCR et nCR (proche de 80%) cf figure2. Entre S14 et S24-30 : une TME précoce a été faite pour 22 pts ; une exérèse locale pour 23 pts (tous en stratégie PO), dont 12 ont poursuivi la PO. À S24-30, ECRT chez 68 pts dont 26 déjà en ncCR à la S14 (confirmés). Parmi 15 pts PR à S14, 4 étaient ncCR à S24-30 (A : 1/9 ; B : 3/6). Chez 16 pts sans ECRT à la S14 et sans TME précoce, on observait 11 ncCR à S24-30 (A : 3/14 ; B : 8/12).

Conclusion : Une évaluation fiable est possible dès la S14 dans 75% des cas. L'ECRT (TR+rectoscopie) est comparable à l'IRM (TRG1-2) chez les pts ncCR. Une nCR, souvent associée à un ulcère pariétal, a une valeur pronostique identique à une cCR. Elle doit être considérée comme une cCR avec effet radique et ne pas conduire à une chirurgie radicale immédiate. Un délai de surveillance supplémentaire (S24) peut permettre une PO chez certains PR à S14, surtout après un boost de RT contact.

P.074

Étude observationnelle monocentrique des altérations moléculaires tumorales de patients atteints d'un adénocarcinome œsogastrique métastatique

L. Deker [1], P. Simon [1], V. Attignon [1], O. Trédan [1], S. Boyault [1], A. Streichenberger [2], P. Marolleau [1], C. de La Fouchardière [3], B. Gibert [1], P. Cassier [1], C. Coutzac [1]

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

Introduction : Dans les dernières années, l'arsenal thérapeutique des patients atteints d'un adénocarcinome œsogastrique s'est significativement élargi s'orientant vers une médecine personnalisée. Dans ce type de cancer, les thérapies ciblées sont recommandées en fonction des caractéristiques de la tumeur à partir de marqueurs protéiques étudiés en immunohistochimie. La biologie moléculaire est une approche complémentaire avec une étude non plus des protéines mais directement de l'ADN tumoral. Aujourd'hui, l'utilité des données moléculaires à visée théranostique est débattue dans le cadre de la prise en charge des adénocarcinomes œsogastriques. Notre objectif est d'étudier la faisabilité, l'efficacité et l'impact thérapeutique du profilage moléculaire dans un contexte de routine chez les patients atteints d'un adénocarcinome œsogastrique métastatique.

Matériels et Méthodes : Notre étude prospective, multicentrique a inclus les patients atteints d'adénocarcinomes œsogastriques métastatiques dans le programme d'analyses de biologie moléculaire de notre centre (PROFILER- NCT NCT01774409). Chaque profil moléculaire a été établi à partir d'échantillons tumoraux par un panel Next-Generation-Sequencing (NGS) de 238 gènes, puis examiné par un comité moléculaire (MTB) afin d'identifier les traitements recommandés basés l'anomalie moléculaire. Le principal résultat visait à évaluer le taux d'incidence des mutations génomiques dans un contexte de routine. Les objectifs secondaires comprenaient une description clinique et tumorale des patients présentant des altérations exploitables.

Résultats : Au total, 98 patients atteints d'adénocarcinome œsogastriques ont été inclus dans le programme PROFILER entre février 2017 et mai 2024, et 80 (81.6%) profils moléculaires ont pu être examinés en RCP moléculaire. L'âge médian des patients au diagnostic était de 55 ans (24,8-75,9), 56 (70%) patients étaient des hommes, et 34 (42,5%) patients étaient en première ligne thérapeutique à l'inclusion. Des recommandations thérapeutiques selon les scores ESCAT (ESMO Scale for Clinical Actionability of molecular Targets) ont été émises pour 43 (53 %) patients dont 10 (23 %) ESCAT-I, 5 (12 %) ESCAT-II, 17 (40 %) ESCAT-III et 11 dont l'altération n'était pas classée selon la classification ESCAT. Seulement 5 (12 %) patients ont reçu un traitement personnalisé selon les recommandations émises. Treize (16%) patients sont décédés avant la RCP moléculaire. Les mutations les plus fréquemment observées portaient sur les gènes TP53 (66,7%), ATM (11,5%), BRCA2 (11,5%), SMARCA4 (11,5%), APC (9%), ARID1A (7,7%), CDKN2A (7,7%) et ERBB2 (7,7%). Les gènes les plus amplifiés étaient KRAS (6%), CCNE1 (5%), EGFR (5%), ERRB2 (5%), FRS2 (5%) et MDM2 (5%). Nous avons observé une fréquence significativement plus importante d'amplifications géniques dans les tumeurs de la jonction œsogastrique (50 %) ou de l'œsophage (53 %) par rapport aux tumeurs gastriques (16 %). La fréquence des mutations ponctuelles était similaire quel que soit la localisation de la tumeur primitive.

Conclusion : Notre étude décrit en vie réelle des données de biologie moléculaires d'une cohorte de 80 patients atteints d'adénocarcinomes œsogastriques métastatiques. Bien que des recommandations thérapeutiques aient été émises pour plus de la moitié des patients, très peu de patients ont réellement bénéficié d'un traitement personnalisé. Nos résultats suggèrent que la réalisation de panel NGS doit être précoce pour augmenter les chances d'accès à une médecine de précision.

P.075

PRODIGE 29-UCGI 26 (NEOPAN) : essai randomisé de phase III comparant la chimiothérapie par Folfirinox ou gemcitabine dans le carcinome pancréatique localement avancé (LAPC). Résultats de l'évaluation de la qualité de vie

A. Boilève [1], R. Desgrippes [2], Y. Rinaldi [3], F. Di Fiore [4], R. Guimbaud [5], L. Evesque [6], J.B. Bachet [7], P. Vanelslander [8], T. Lecomte [9], O. Capitain [10], A. Parzy [11], M. Bolliet [12], P.L. Etienne [13], J. Forestier [14], F. El Hajbi [15], A.L. Bignon [11], V. Lebrun-Ly [16], M. Ducreux [1], N. De Sousa Carvalho [7], M. Texier [1], O. Bouché [17]

(1) Villejuif ; (2) Saint-Malo ; (3) Marseille ; (4) Rouen ; (5) Toulouse ; (6) Nice ; (7) Paris ; (8) Saint-Quentin ; (9) Tours ; (10) Angers ; (11) Caen ; (12) Colmar ; (13) Plérin ; (14) Lyon ; (15) Lille ; (16) Limoges ; (17) Reims.

Introduction : Dans l'essai NEOPAN, nous avons montré que le FOLFIRINOX (FFX) améliorait la survie sans progression par rapport à la gemcitabine (Gem) chez les patients atteints d'un cancer du pancréas localement avancé (LAPC), sans impact sur la survie globale. Nous présentons ici les résultats de l'analyse de la qualité de vie.

Patients et Méthodes : Les patients présentant un LAPC histologiquement prouvé, non éligibles à la chirurgie, avec un score OMS ≤ 1 et sans ischémie cardiaque, étaient éligibles. La randomisation était stratifiée selon le centre, la localisation tumorale (tête du pancréas : oui/non), le score OMS (0 *vs* 1) et l'âge (≤ 60 ans vs > 60 ans). Les patients recevaient soit FFX, soit Gem.
Le critère principal était la survie sans progression (PFS). La qualité de vie constituait un critère secondaire.
L'évaluation de la qualité de vie reposait sur le questionnaire EORTC QLQ-C30 (version 3.0) de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer. Les questionnaires étaient remplis toutes les deux semaines. L'analyse des QLQ-C30 a été effectuée en étudiant le temps jusqu'à la détérioration sur différentes sous-échelles. Une détérioration était définie comme une baisse d'au moins 10 points du score par rapport à la valeur précédente.

Résultats : Au total, 171 patients, âgés de 35 à 84 ans, ont été inclus et suivis pendant un maximum de 5 ans. Avec un suivi médian de 59,6 mois (IC 95 % : 42,3 – NR), la survie sans progression médiane était de 9,7 mois (IC 95 % : 7,0 – 11,7) sous FFX *versus* 7,7 mois (IC 95 % : 6,2 – 9,2) sous Gem, HR stratifié = 0,57 (IC 95 % : 0,3 – 1,08), p = 0,0468.
La proportion de patients ayant des questionnaires QLQ-C30 exploitables à l'inclusion était de 79 % dans le groupe Gem et 86 % dans le groupe FFX. Le taux de complétion du questionnaire était de 64 % dans les deux groupes à 2 mois, de 44 % dans le groupe FFX et 37 % dans le groupe Gem à 6 mois.
Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant l'état de santé global, les difficultés financières, les fonctions cognitives et sociales, la fatigue ou la perte d'appétit.
Concernant le score de fonction physique, aucune différence significative n'a été constatée, mais le taux de patients conservant un score physique préservé était légèrement plus faible dans le groupe Gem après 6 mois (40 % *vs* 50 %) et à 12 mois (25 % *vs* 41 %). Une tendance non significative en faveur du FFX a également été observée pour la constipation, l'insomnie et la fonction émotionnelle.
Enfin, le taux de patients sans détérioration du score de diarrhée était plus faible sous Gem que sous FFX : 89 % *vs* 50 % à 3 mois, 63 % *vs* 38 % à 6 mois, 37 % *vs* 20 % à 1 an (p = 0,02). À l'inverse, une détérioration légèrement moindre liée à la dyspnée a été observée dans le groupe FFX : 83 % *vs* 73 % à 3 mois, 71 % *vs* 52 % à 6 mois, 57 % *vs* 39 % à 12 mois (p = 0,052).

Conclusion : À l'exception de la diarrhée induite par le FFX, qui altérait significativement la qualité de vie, aucune différence significative de qualité de vie n'a été observée entre FFX et gemcitabine, avec une tendance souvent légèrement favorable au FFX (notamment concernant la dyspnée).

P.076

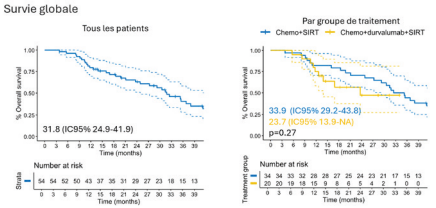
Efficacité et tolérance de la radiothérapie interne sélective (SIRT) associée à la chimiothérapie et à l'immunothérapie dans les cholangiocarcinomes intra-hépatiques localement avancés

M. Remond [(1)], M. Dioguardi Burgio [(2)], C. Hollande [(1)], A. Dejaeger [(3)], V. Leclerc [(2)], Y. Ben Merabet [(2)], J. Grégory [(2)], C. Hobeika [(2)], M. Lesurtel [(2)], M. Alabdoaburas [(2)], A. Beaufrère [(2)], V. Paradis [(2)], V. Vilgrain [(2)], R. Lebtahi [(2)], M. Ronot [(2)], M. Bouattour [(2)]

(1) Paris ; (2) Clichy ; (3) Amiens.

Introduction : Le cholangiocarcinome intrahépatique (iCCA) est un cancer de mauvais pronostic souvent diagnostiqué à un stade non résécable. Les traitements systémiques seuls ont une efficacité limitée. Cette étude avait pour objet d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et la sécurité de la radiothérapie interne sélective (SIRT) associée avec la chimiothérapie ±l'immunothérapie chez les patients avec un iCCA localement avancé.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective incluant les patients traités par SIRT en combinaison avec un traitement systémique par GEMCIS ou GEMOX, associé ou non au durvalumab, entre 2017 et 2024. Des résultats préliminaires ont été présentés à l'ESMO, mais du fait de la participation d'autres centres, l'effectif rapporté aux JFHOD sera plus important.
Pour la SIRT, des microsphères de résine (SIR-Spheres) étaient utilisées, avec une dosimétrie personnalisée. La réponse était évaluée selon les critères mRECIST, et les événements indésirables étaient gradés selon CTCAE v5.0. La survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été estimées selon la méthode de Kaplan-Meier.



Résultats : Cinquante cinq patients ont été inclus (âge médian : 67 ans ; 98 % PS 0/1). Une fibrose avancée (F3/F4) était présente dans 28% des cas. Sur l'imagerie de référence, 44% des patients avaient ≥2 lésions hépatiques avec une somme médiane des lésions cibles de 85mm (IQR: 65-110). 12% des patients avaient une maladie oligométastique au diagnostic.
Le traitement systémique reposait sur le GEMCIS-durvalumab (n=20), GEMCIS (n=20) ou GEMOX (n=15). La SIRT était réalisée après un nombre médian de 1 cycle de traitement systémique. La dose tumorale médiane délivrée était de 122 Gy (IQR : 93–168), et une seconde séance était nécessaire chez 44% des patients. Un échec technique de la SIRT est survenu chez 2 patients.
Le taux de réponse objective était de 49%, incluant 18% de réponses complètes ou quasi complètes, et 31% de réponses partielles. Chez 27% des patients, la meilleure réponse était une stabilité globale, et 24% étaient en progression précoce. Des toxicités de grade ≥3 ont été observées chez 34% des patients, dont aucune attribuée à la SIRT. Sept patients (13%) ont eu une résection secondaire après "downstaging". Parmi ces patients opérés, 2 récidives ont été observées après un suivi médian de 23 mois.
La SSP médiane était de 12.9 mois (IC95% 7.9-18.1). La progression était liée à une reprise évolutive des lésions traitées par SIRT chez 28% des patients, de nouvelles lésions hépatiques chez 26%, des métastases extra-hépatiques isolées chez 9% ; les autres 37% avaient une progression multi-site. Un nouveau traitement locorégional était réalisé à progression chez 27%. Une deuxième ligne de traitement systémique a été initiée chez 78% des patients. La SG médiane était de 31.8 mois (IC95% 24.9-41.9). Les taux de SG à 2 ans et 3 ans étaient de 63.1% et 41.5% respectivement. Le caractère peu différencié de la tumeur, et une somme des lésions cibles >90mm sur le scanner baseline étaient prédictifs d'une SSP et une SG plus courte en analyse multivariée.

Conclusion : L'association SIRT + chimiothérapie standard ± durvalumab est faisable et bien tolérée, permettant d'obtenir des taux élevés de réponse et une survie prolongée dans l'iCCA localement avancé. Une réponse complète ou quasi-complète a été observée chez 18% des patients, et 13% ont eu une résection secondaire. Il s'agit des premières données rapportant cette stratégie de triple combinaison SIRT + chimiothérapie + immunothérapie dans cette situation.

P.077

Analyse exploratoire des biomarqueurs de l'essai de phase 3 RATIONALE 305 : tislélizumab (TIS) en première intention (1L) + chimiothérapie (CT) par rapport à placebo (PBO) + CT pour le cancer gastrique avancé/adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne

L. Evesque [1], M.Z. Qiu [2], K. Wang [3], J. Shi [3], Y. Shi [3], M. Lai [2], J. Yang [2], O. Do-Youn [4], Y. Bai [5], R. Huang [6], D.S. Shames [7], R.H. Xu

(1) Nice ; (2) Guangzhou, CHINE ; (3) Beijing, CHINE ; (4) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (5) Harbin, CHINE ; (6) Shanghai, CHINE ; (7) San Carlos, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Dans la phase 3 de l'essai randomisé RATIONALE 305 (NCT03777657), les patients (pts) atteints de GC/GEJC avancé et traités par TIS + CT en première ligne ont présenté une amélioration significative de la survie globale par rapport au traitement par PBO + CT. Nous présentons les résultats exploratoires des biomarqueurs et du sous-typage moléculaire de l'essai RATIONALE 305, obtenus à partir des données de séquençage de l'ARN (RNA-seq) et de séquençage de l'exome complet (WES).

Matériels et Méthodes : Le RNA-seq (507/997, 50,9 %) du tissu tumoral d'inclusion (BL) a été utilisé pour évaluer les signatures d'expression génique (GES) ; les sous-groupes GES ont été définis par une valeur seuil médiane. Le WES (235/997, 23,6 %) du tissu tumoral d'inclusion et des échantillons sanguins correspondants a été réalisé pour évaluer la charge mutationnelle tumorale (TMB), le génotypage HLA, les gènes ayant muté de manière significative et les amplifications (amp) des marqueurs cytogénétiques. L'immunohistochimie multiplex a été utilisée comme test de validation. Les associations entre le statut des biomarqueurs et la survie globale ont été évaluées. Toutes les valeurs P sont descriptives.

Population	Sous-population	TIS + CT par rapport à PBO + CT			
		N	SG RR (IC de 95 %)	Valeur *P*	Interactions *Valeur P*
GES évaluable		507			
	CTL élevés	254	0.69 (0.52, 0.91)	0.009	0.063
	Faibles CTL	253	1.00 (0.76, 1.32)	0.999	
	Neutrophiles élevés	254	1.01 (0.76, 1.33)	0.970	0.044
	Faibles neutrophiles	253	0.67 (0.50, 0.89)	0.005	
WES évaluable		235			
	cTMB élevé (90^{e} percentile)	24	0.37 (0.14, 0.95)	0.038	0.125
	Faible cTMB (90^{e} percentile)	211	0.80 (0.59, 1.08)	0.144	
	HLA B27	52	1.30 (0.70, 2.41)	0.401	0.045
	HLA non-B27	183	0.64 (0.46, 0.89)	0.007	
	Mutation *TP53* [a]	148	0.96 (0.67, 1.38)	0.825	0.025
	TP53 de type sauvage	84	0.48 (0.29, 0.78)	0.003	
	20q13.13 non amplifié	205	0.64 (0.47, 0.88)	0.005	0.002
	20q13.13 amplifié	30	2.58 (1.15, 5.79)	0.021	
	MS1	59	2.32 (1.26, 4.27)	0.007	
	MS2	59	0.90 (0.52, 1.56)	0.712	
	MS3	71	0.53 (0.32, 0.89)	0.017	
	MS4	46	0.27 (0.13, 0.53)	<0,001	

[a]Pts avec amplification de TP53 non inclus

Résultats : Les caractéristiques d'inclusion des patients évaluables par le GES ou le WES étaient similaires à celles de la population ITT. Les GES proinflammatoires (par exemple, lymphocytes T cytotoxiques [CTL]) et à faiblement immunosuppresseurs (par exemple, neutrophiles) ont été associées à une meilleure survie globale pour TIS + CT par rapport à PBO + CT (Tableau). Une charge mutationnelle tumorale clonale élevée a été associée à une amélioration de la survie globale avec TIS + CT par rapport à PBO + CT (Tableau), tandis que la charge mutationnelle tumorale totale n'a révélé aucune association claire. Un supertype non-HLA B27, un TP53 de type sauvage ou l'absence d'amplification 20q13.13 étaient associés à une amélioration de la survie globale avec TIS + CT par rapport à PBO + CT (Tableau). Un nouveau système de notation moléculaire intégrant des biomarqueurs dérivés du WES (favorables : cTMB-élevée, mutation ARID1A, supertype B62 ; défavorables : mutation TP53, amplifications 20q13/11q13, HLA B27) a été utilisé pour classer les patients en sous-types moléculaires (MS1MS4), avec des bénéfices thérapeutiques variables (Tableau). La validation par immunofluorescence a montré qu'une infiltration intratumorale plus importante de cellules T IFNγ□CD8□ pourrait être corrélée à une amélioration de la survie globale.

Conclusion : L'analyse exploratoire des biomarqueurs a mis en évidence qu'une signature génique caractérisée par une activité CTL élevée et une infiltration neutrophilique faible, ainsi qu'une TMB clonale accrue, certains allèles HLA, un statut TP53 non muté et un profil cytogénétique non amplifié, étaient associés à une amélioration de la survie globale chez les patients atteints d'un GC/GEJC avancé traités en première ligne par TIS + CT, par rapport au groupe PBO + CT. Ces observations constituent une base solide pour le développement de biomarqueurs prédictifs permettant de mieux sélectionner les patients susceptibles de bénéficier de l'immunothérapie.

Remerciements, financements, autres : cette étude a été sponsorisée par BeOne Medicines Co., Ltd. L'aide à la rédaction médicale a été fourni par Nitya Venkataraman, docteure, de Parexel, et a bénéficié du soutien de BeOne Medicines Co., Ltd.

P.078

Efficacité et tolérance d'inébilizumab dans la maladie associée aux IgG4 : analyses en sous-groupes de l'étude MITIGATE selon les organes atteints

N. Schleinitz [1], A. Khosroshahi [2], E.L. Culver [3], W. Zhang [4], K. Okazaki [5], Y. Tanaka [6], M. Löhr [7], X. Dong [8], S. Cheng [8], D. Cimbora [8], J.H. Stone [9]

(1) Marseille ; (2) Atlanta, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Oxford, ROYAUME-UNI ; (4) Pékin, CHINE ; (5) Osaka, JAPON ; (6) Kitakyūshū, JAPON ; (7) Stockholm, SUÈDE ; (8) Thousand Oaks, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : La maladie associée aux IgG4 (MAG4) est une maladie fibro-inflammatoire systémique progressive, caractérisée par des poussées imprévisibles et récurrentes, entraînant des lésions organiques et une diminution de la qualité de vie. Inébilizumab (INEB) est un anticorps monoclonal humanisé afucosylé, qui, en ciblant l'antigène CD19, induit une déplétion des cellules B, dont les plasmablastes et certains plasmocytes. MITIGATE (NCT04540497) est une étude de phase III internationale randomisée contrôlée en double aveugle *vs* placebo (PBO) évaluant l'efficacité et la tolérance d'inébilizumab dans le traitement de la MAG4. Le critère principal (réduction des poussées, INEB *vs* PBO) et tous les critères secondaires ont été atteints. L'objectif de cette analyse post-hoc de l'étude MITIGATE est d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'inébilizumab selon le type d'organes atteints à l'inclusion, en se concentrant sur les organes les plus fréquemment touchés dans la population étudiée, ceux nécessitant une prise en charge (pec) urgente et ceux présentant un phénotype fibrosant de MAG4.

Matériels et Méthodes : Les premiers résultats de l'étude MITIGATE ont déjà été rapportés (Stone et al., 2024). Les patients avaient tous eu une poussée récente préalable à leur screening nécessitant un traitement par glucocorticoïdes (GC). Les sous-groupes des analyses post-hoc d'efficacité et de tolérance d'inébilizumab ont été définis selon les organes les plus fréquemment touchés (touchant au moins 20 % des patients), ceux présentant des atteintes graves ou nécessitant une pec urgente : pancréatique, rénale, biliaire, orbitaire, aortique et des gros vaisseaux sanguins, et ceux associés à un phénotype fibrosant de MAG4 de siège rétropéritonéal, médiastinal, mésentérique, thyroïdien et méningé (Lanzillotta et al., 2023).

Résultats : 135 patients ont été randomisés et ont reçu au moins une dose d'inébilizumab (n=68) ou du PBO (n=67). A l'inclusion, les organes atteints étaient assez bien répartis entre les deux groupes de traitement. Le traitement par inébilizumab a réduit le risque de poussée par rapport au PBO dans tous les sous-groupes d'organes, avec des valeurs de HR similaires à celles de la population globale (HR 0,13). L'effet thérapeutique le plus important a été observé chez les patients ayant une atteinte pancréatique (nombre de poussées : INEB 1/27 *vs* PBO 17/24, HR 0,03), biliaire (nombre de poussées : INEB 0/13 *vs* PBO 12/15, HR 0,00) et rénale (nombre de poussées : INEB 1/27 *vs* PBO 17/24, HR 0,08). Les patients des groupes avec une atteinte orbitaire et un profil d'atteinte phénotypique fibrosante ont également eu une réduction du nombre de poussées (nombre de poussées : INEB 1/7 *vs* PBO 8/9 et INEB 0/10 *vs* PBO 3/8, respectivement). La proportion de patients ayant une rémission complète sans poussée et sans glucocorticoïdes à la semaine 52 était plus élevée dans tous les sous-groupes d'organes traités par inébilizumab comparé aux groupes traités par PBO. La proportion de patients nécessitant des glucocorticoïdes pendant l'étude pour contrôler la MAG4 et la dose quotidienne moyenne de glucocorticoïdes par patient ont été considérablement réduites dans tous les sous-groupes d'organes traités par inébilizumab comparé au PBO. Les résultats de tolérance seront présentés.

Conclusion : L'étude MITIGATE confirme la sécurité et l'efficacité d'inébilizumab de manière homogène dans l'ensemble des sous-groupes de patients atteints de MAG4, catégorisés selon les organes atteints au début de l'étude. Cette cohérence a été observée tant pour les organes les plus fréquemment atteints que pour les organes nécessitant une prise en charge urgente ou ceux associés à un phénotype fibrosant de la maladie.

P.079

Profil et devenir des longs survivants après résection d'un adénocarcinome du pancréas en vie réelle

A. Glenet [1], C. Canivet [1], B. Bournet [1], C. Couteau [1], B. Delaunay [1], F. Muscari [1], C. Maulat [1], N. Carrere [1], L. Buscail [1], A.C. Brunac [1], B. Morera [1], F. Mokrane [1], N. Fares [1], E. Alouani [1], R. Guimbaud [1]

(1) Toulouse.

Introduction : La prise en charge de l'adénocarcinome du pancréas (ADKP) réséqué a considérablement évolué au cours de la dernière décennie, notamment avec l'introduction du FOLFIRINOX en situation adjuvante, permettant une amélioration significative de la survie globale (53,5 mois *vs* 35,5 mois avec la gemcitabine ; Conroy et al., JAMA 2022). L'émergence de stratégies péri-opératoires plus efficaces conduit à un nombre croissant de longs survivants, et l'un des principaux défis pour les cliniciens est la gestion et le suivi de ces patients (pts). Pourtant, la fréquence de ces pts et leur devenir clinique restent mal caractérisés en pratique courante, alors même que leur survie représente un enjeu majeur.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant l'ensemble des pts majeurs opérés à visée curative d'un ADKP dans notre centre entre 2014 et 2023. L'objectif principal était de déterminer la proportion de pts sans récidive deux ans après chirurgie (longs survivants) et leur survie globale médiane. Les objectifs secondaires incluaient : la survie sans récidive médiane, le nombre et les sites de rechute, la proportion et les causes des décès non spécifiques ainsi que la survenue d'évènements non spécifiques au cancer (diabète, dénutrition, infections sévères, hospitalisations non programmées etc.).

Résultats : Après un suivi médian de 63,3 mois, 157 pts opérés d'un ADKP ont été inclus. Parmi eux, 60 (38,2%) n'ont pas récidivé dans les 2 ans post-résection, définissant la population des longs répondeurs. Ces patients étaient majoritairement des femmes (55%), d'âge médian de 65,5 ans ; 80% présentaient une tumeur céphalique ; 69% bien différenciées ; 53% étaient pN0 et 81% avaient une résection R0. La majorité (78%) a reçu une chimiothérapie péri-opératoire : 9 (15%) pts en néo-adjuvant et 45 (75%) pts en adjuvant (dont 55,6% de combinaison à base de gemcitabine, 40% de FOLFIRINOX et 4,4% d'autres protocoles à base de 5FU).

La survie globale médiane était de 113,8 mois (IC 95% - 95,6 ; NA), et la survie sans récidive médiane était de 112,8 mois (IC 95% - 56,3 ; NA). La récidive a concerné 23 pts (38,3%) survenant après un délai médian de 67,2 mois avec une récidive loco-régionale chez 8 pts (34,8%) et métastatique chez 19 pts (82,6%). La récidive était unisite chez 15 pts (68%) : 4/15 (26,7%) de récidive loco-régionale uniquement et 11/15 (73,3%) de récidive unisite à distance, dont la majorité (9/11 ; 81,8%) pulmonaire.

Au total, 16,7% des pts ont développé des comorbidités sévères (avec 15% d'infections graves, 11,7% d'évènements cardio-vasculaires, 6,7% d'hypertension artérielle, 8,3% de diabète, 13,3% d'introduction d'anxiolytiques et 3,3% d'antidépresseurs) et 33% ont eu des hospitalisations non programmées non en lien avec le cancer ou la chirurgie. Seize pts sont décédés, dont 2 (12,5%) de cause non spécifique (syndrome coronarien aigu, défaillance hépatique sur cirrhose).

Conclusion : Dans cette cohorte de vie réelle, 38,2% des patients opérés d'un ADKP sont des longs survivants, avec une survie globale médiane dépassant 9 ans. Cette population présente un risque non négligeable de récidives tardives, souvent unisites et potentiellement accessibles à un traitement loco-régional, ainsi que d'évènements médicaux non spécifiques pouvant impacter leur pronostic. Ces résultats suggèrent l'intérêt d'un suivi prolongé et multidisciplinaire de ces patients, incluant la détection précoce des récidives oligométastatiques et prévention des comorbidités non oncologiques.

P.080

NGS dans les lésions kystiques pancréatiques : faisabilité et performances diagnostiques dans une cohorte bicentrique française

J. Albouys [(1)], D. Lorenzo [(2)], A. Perani [(1)], L. Richard [(1)], J. Jacques [(1)], R. Legros [(1)], R. Collin [(1)], T. Claveloux [(1)], K. Durand [(1)], U. Chaput [(3)]

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

Introduction : Les lésions kystiques pancréatiques (LKP) sont de plus en plus fréquemment diagnostiquées grâce à l'imagerie, mais leur prise en charge reste complexe en raison de leur grande hétérogénéité et du risque variable et difficilement previsible de transformation maligne. La distinction entre lésions mucineuses (TIPMP, Cystadenome mucineux) et non mucineuses (Cystadenome sereux, pseudokystes) conditionne la stratégie thérapeutique, allant de la surveillance simple à la résection chirurgicale. Les méthodes classiques présentent des performances limitées. Le séquençage à haut débit (NGS) a permis d'identifier des mutations récurrentes, en particulier KRAS et GNAS, fortement associées aux lésions mucineuses, tandis que des altérations de gènes suppresseurs de tumeur tels que TP53, SMAD4 ou CDKN2A sont corrélées à la progression dysplasique et au risque de carcinome. Si plusieurs travaux nord-américains (Singhi et al., PancreaSeq) ont confirmé l'intérêt diagnostique et pronostique de ces profils moléculaires, il n'existe pas de données françaises publiées évaluant le NGS dans ce contexte.

Patients et Méthodes : L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et la performance diagnostique du NGS sur analyse de liquide de kyste pancreatique ponctionné sous echo endoscopie dans une cohorte bicentrique française (CHU de Limoges et Hôpital Saint-Antoine, AP-HP), en comparaison à l'histologie définitive, et de d'évaluer sa place dans la prise en charge des lésions kystiques pancréatiques (LKP). Les patient inclus opresentaient soit une LKP d'origine indéterminée ou une probable TIPMP présentant au moins un worrisome feature. Les échantillons de liquide kystique ont été analysés par NGS, et les mutations de KRAS, GNAS et TP53 ont été recherchées puis comparées à l'histologie de référence lorsu'elle etait disponnible dans le suivi.

Résultats : Au total, 49 patients ont été inclus entre novembre 2023 et août 2025
La cohorte était majoritairement féminine (65 %), avec un âge moyen au diagnostic de 60,7 ± 15,7 ans. La taille médiane des lésions était de 31 mm (IQR : 24–68 mm). Le délai moyen entre la découverte du kyste et l'exploration par NGS était de 2,7 ± 3,5 ans. Aucune complication de ponction n'a été rapportée.Le NGS n'a pas pu être réalisé chez 7 patients en raison d'un matériel ADN insuffisant (taux d'échec.Lors de la comparaison aux données histologiques :
- Les mutations KRAS/GNAS permettaient d'identifier les lésions mucineuses avec une sensibilité de 90,9 %, une spécificité et une VPP de 100 %, une VPN de 66,7 %, et une exactitude de 92,3 %.
- Les mutations TP53 étaient associées aux lésions de haut grade ou carcinomateuses, avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 50 %, une VPP de 75 %, une VPN de 100 %, et une exactitude de 80 %.
Aucun cystadénome séreux ni pseudokyste n'a présenté de mutation KRAS, GNAS ou TP53.
Le suivi médian de la cohorte était de 12,5 mois.

Conclusion : Cette étude bicentrique française démontre la faisabilité du NGS sur liquide kystique et tissu pancréatique, avec un taux d'échec limité lié à la quantité d'ADN, et confirme ses performances diagnostiques, notamment pour l'identification des LKP mucineuses via les mutations KRAS/GNAS. La détection de TP53 pourrait représenter un marqueur complémentaire de sévérité ou de transformation maligne. Le panel utilisé a été optimisé au cours de la période d'étude et de nouveaux gènes, notamment SMAD4 (impliqué dans la dysplasie) et VHL (associé aux cystadénomes séreux), seront très prochainement disponibles afin d'affiner encore la caractérisation moléculaire. Ces résultats soulignent l'apport du NGS dans l'évaluation des LKP et soutiennent son intégration, déjà reconnue dans les Kyoto Guidelines, comme outil complémentaire à l'imagerie et la biochimie pour optimiser la prise en charge des patients. Toutefois, ces résultats doivent être confirmés sur une cohorte plus larges afin de définir la place réelle du NGS dans l'algorithme diagnostique et thérapeutique des LKP.

P.081

Fistules ano-scrotales : un défi diagnostique et thérapeutique. Expérience d'un centre tertiaire européen

E. Gialamas [(1)], M. Skoufou [(1)], E. Pommaret [(1)], N. Fathallah [(1)], D. Roland [(1)], A.A. Alam [(1)], M. Aubert [(1)], C. Michaud [(1)], X. Durand [(1)], M.A. Haouari [(1)], V. de Parades [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La fistule ano-scrotale est une forme rare et peu reconnue de fistule anale. En effet, la littérature reste limitée, principalement issue de séries asiatiques, avec peu de données européennes. L'objectif de ce travail était donc de décrire les caractéristiques des fistules ano-scrotales prises en charge dans un centre tertiaire européen, ainsi que leur évolution sous traitement.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective monocentrique a inclus tous les hommes traités pour fistule ano-scrotale entre 2014 et 2024. Les données démographiques, cliniques, radiologiques et chirurgicales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. La guérison était définie par la fermeture complète des orifices fistuleux sans récidive au dernier suivi. Une analyse statistique univariée a exploré les facteurs associés à la guérison.

Résultats : Vingt-neuf patients ont été inclus (âge moyen 48,2 ans ±14.6). Douze patients (41 %) étaient des fumeurs actifs.

La présentation initiale était un abcès dans 55 % des cas et un écoulement purulent dans 45 %. Aucun patient n'avait d'infection urinaire au moment du diagnostic. Un orifice scrotal externe était présent chez 90 % des patients. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne, réalisée dans la majorité des cas, a identifié un trajet complexe dans 59 % (Image 1). Le tractus principal était unique dans deux tiers des cas, et la majorité ont été classés comme fistules trans-sphinctériennes (79 %), avec 3 tractus suprasphinctériens et 3 tractus extrasphinctériens. Des extensions secondaires ont été observées chez 11 patients (38 %), le plus souvent intramurales ou en fer à cheval. Les étiologies étaient cryptoglandulaires (63 %), maladie de Crohn (15 %), maladie de Verneuil (11 %), tuberculose (7 %) et actinomycose (4 %). Dix-neuf patients (66 %) avaient déjà été opérés pour leur fistule. Dans notre centre, la plupart (72 %) ont bénéficié d'un drainage initial par séton, suivi d'une fistulotomie (31 %), d'un lambeau d'avancement (12 %) ou d'autres techniques d'épargne sphinctérienne. Un urologue est intervenu dans 31 % des cas. Deux patients ont nécessité une stomie temporaire (au cours de leur prise en charge globale) et 9 ont nécessité un cathéter urinaire

Après un suivi médian de 22 mois [IQR 11.7–28.6], 59 % des patients étaient guéris, 28 % présentaient une maladie persistante et aucune récidive n'a été observée chez les patients guéris. La continence a été préservée dans tous les cas, et 73 % des patients se déclaraient très satisfaits. Aucune variable n'a été identifiée comme facteur prédictif de guérison.

Conclusion : Cette étude représente l'une des plus importantes séries européennes consacrées aux fistules ano-scrotales. Elle met en évidence la fréquence des causes spécifiques non cryptoglandulaires, le rôle déterminant de l'imagerie par IRM et la nécessité d'une prise en charge conservatrice pour préserver la continence, individualisée et multidisciplinaire. Malgré la diversité des approches chirurgicales, une guérison durable sans altération de la continence est atteignable dans plus de la moitié des cas.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions M. Stéphane Morisset pour l'analyse statistique et M. Olivier Billuart pour l'aide à l'identification des patients.

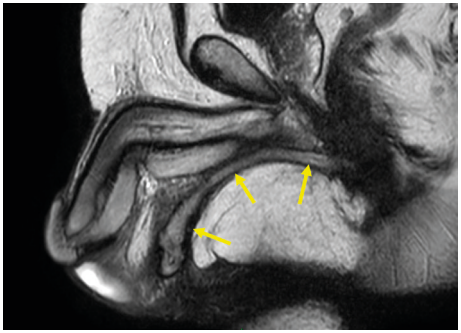


Image 1: : Image IRM pondérée en T2 en coupe sagittale centrée sur le périnée, montrant une fistule ano-scrotale profonde (flèches) avec un orifice interne anal antérieur, un trajet fistuleux longeant la face inférieure du pénis et un orifice cutané externe scrotal.

P.082

Traduction en langue française du score d'évaluation de la qualité de vie avec une fistule anale cryptoglandulaire (AF-QoL)

M. Torrao Gomes [1], M. Haas [1], J. Herpin [2], G. Pope [3], I. Etienney [1]

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

Introduction : La prise en charge des fistules anales reste difficile au plan chirurgical et l'impact de cette pathologie dans la vie quotidienne des patients souvent occulté, alors même que la qualité de vie liée à la santé (QVLS) par rapport à la population générale serait altérée (1). Récemment Iqbal et al., ont développé un score spécifique en langue anglaise, dédié aux fistules anales cryptoglandulaires : l'AF-QoL, « Anal Fistula Quality of Life » (1). Dans ce questionnaire de 22 items, calculé sur une échelle de 0 à 100, un score plus élevé correspond à une qualité de vie plus importante. L'objectif de cette étude est d'adapter ce score en langue française après la traduction et validation chez des patients opérés d'une fistule anale cryptoglandulaire.

Patients et Méthodes : La méthodologie d'adaptation d'un questionnaire suit plusieurs étapes précises (2).
La première consiste en la traduction du questionnaire en langue française, après consensus de deux traductions indépendantes, par deux traducteurs bilingues dont la langue maternelle est le français. Cette première version francophone est ensuite soumise à un traducteur bilingue dont la langue maternelle est l'anglais, qui élabore une « rétro traduction ». Les différentes versions anglaises (originale et rétro-traduction) et française sont ensuite soumises pour comparaison à un groupe d'experts proctologues et gastro-entérologues afin d'obtenir une version finale. Ce comité valide la version française finale après quelques ajustements sémantiques visant à améliorer la clarté des items.
La deuxième étape consiste en la validation d'utilisation du questionnaire en pratique, par sa soumission à une cohorte de patients suivis pour une fistule anale cryptoglandulaire et comparaison à un questionnaire de qualité de vie validé en langue française mais non spécifique des fistules anales, le SF-36. Nous avons également ajouté quelques questions de « retour sur expérience » concernant le questionnaire traduit.

Résultats : Entre le 01/09/2025 et le 16/09/2025, 47 patients consécutifs, opérés d'une fistule cryptoglandulaire dans un seul centre ont été invités lors d'une consultation post-opératoire, à répondre au questionnaire consensuel AF-QoL en langue française, au SF-36 et à quelques questions de « retour sur expérience ». L'âge moyen était de 45±13,7 ans, 34% des patients étaient des femmes et 48% étaient drainés d'un trajet fistuleux complexe. La durée médiane entre le drainage chirurgical et la remise du questionnaire était de 60,04±43,8 jours. Sur les 47 patients ayant accepté de répondre aux questionnaires, 41 réponses à l'AF-QoL étaient interprétables (3 questionnaires non remplis pour cause d'une barrière de langue, 3 retards de retour des questionnaires complétés). Le score moyen de QL*Vs* obtenu selon la version française du AF-QoL est de 53,4±16,2.
Il est prévu de soumettre une nouvelle fois le questionnaire traduit et le SF-36 à cette même cohorte de patients, 6 semaines après la première complétion. Cette deuxième complétion permettra d'évaluer la validité interne et externe du questionnaire. Ses résultats seront disponibles pour présentation au congrès.

Conclusion : L'adaptation et la validation en langue française d'un questionnaire de qualité de vie spécifique des fistules anales cryptoglandulaires (AF-QoL) permettra de disposer d'un outil spécifique et standardisé pour la prise en compte de la QVLS, en vue d'une meilleure mesure de l'impact de nos pratiques sur la qualité de vie des patients à différents stades de la prise en charge, en pratique courante ou lors d'études de recherche clinique.

P.083

Impact du retrait des cellules souches mésenchymateuses (CSM) sur la prise en charge des fistules anales de la maladie de Crohn : une enquête de pratique nationale de la SNFCP

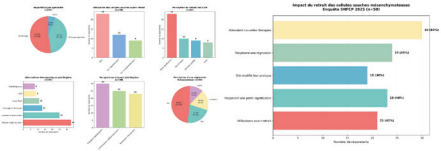
N. Fathallah [1], L. Abramowitz [1], D. Bouchard [2], C. Favreau-Weltzer [2], A. Laurain [1], D. Mege [3], G. Meurette [4], L. Maggiori [1], D. Soudan [5], A. Venara [6], V. Vitton [3], V. de Parades [1]

(1) Paris ; (2) Talence ; (3) Marseille ; (4) Genève, SUISSE ; (5) Saint-Herblain ; (6) Angers.

Introduction : La thérapie par CSM était une option innovante pour les fistules anales complexes (FAC) de la maladie de Crohn. Son retrait récent du marché a potentiellement modifié le paysage thérapeutique. L'objectif de cette enquête était d'évaluer l'impact de ce retrait sur la pratique des gastroentérologues proctologues et chirurgiens français, et d'identifier les stratégies alternatives et les perspectives d'avenir.

Patients et Méthodes : Un questionnaire anonyme a été diffusé en ligne aux membres de la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP) entre février et avril 2025. Le questionnaire portait sur le profil des praticiens, leur expérience, leur utilisation passée des CSM, la perception de leur retrait, les stratégies thérapeutiques alternatives et les futures pistes envisagées.

Résultats : Cinquante praticiens ont répondu (21%). Le panel était composé majoritairement de gastroentérologues proctologues (48%) et de chirurgiens digestifs (38%), expérimentés (56% avec >10 ans d'expérience). L'activité était répartie entre les secteurs universitaire (46%) et libéral (42%).
Avant le retrait, 42% des répondants utilisaient les CSM (24% régulièrement, 18% occasionnellement). Parmi les non-utilisateurs, les freins principaux étaient le coût jugé trop élevé (cité par 100% d'entre eux) et un manque de croyance en l'efficacité (61%).
Le retrait a été perçu comme une « perte significative dans l'arsenal thérapeutique » par 46% des praticiens. Près de la moitié (48%) estimaient que cet événement a entraîné une régression dans les options de traitement. En conséquence, 38% ont déclaré avoir adopté d'autres techniques.
Les alternatives privilégiées étaient des approches classiques comme le retrait simple du séton (66%) et le lambeau d'avancement rectal (50%). Les techniques mini-invasives comme le laser (22%) et la radiofréquence (16%) étaient également citées.
Concernant l'avenir, une forte attente se portait sur les nouvelles thérapies régénératives (60%), les nouvelles combinaisons de traitements médicaux (50%) et l'amélioration des techniques chirurgicales actuelles (46%).



Conclusion : Le retrait des CSM du marché a laissé un vide thérapeutique selon une part importante des praticiens. La plupart ont considéré cet événement comme une régression dans la prise en charge des FAC de la maladie de Crohn. Si les approches chirurgicales classiques restent la base de la prise en charge, une forte attente se porte sur l'émergence de nouvelles thérapies, notamment régénératives.

Remerciements, financements, autres :
La SNFCP remercie les sociétaires qui ont pris le temps de répondre à cette enquête de pratique.

P.084

Modalités de prise en charge endoscopique des sténoses gastro-duodénales d'origine tumorale : comparaison entre les gastro-entéro-anastomoses endoscopiques et les stents duodénaux

M. Attali [1], J. Branche [1], A. Blondeaux [1], M. El Amrani [1], A. Ploquin [1], J. Veziant [1], G. Piessen [1], R. Gérard [1]
(1) Lille.

Introduction : Les sténoses gastro-duodénales malignes représentent une complication fréquente des tumeurs primitives ou des métastases développées aux dépends de l'antre gastrique, des voies biliaires, du pancréas, du duodénum, ou encore de l'ampoule de Vater. Les gastro-jéjunostomies chirurgicales constituent le traitement historique des sténoses tumorales gastro-duodénales malignes, tandis que les stents duodénaux sont moins invasifs et associés à un risque moindre de complications, mais sont associés à des obstructions fréquentes. La gastro-entéro-anastomose sous écho-endoscopie est une technique récente et prometteuse, pouvant combiner les avantages des deux techniques.

Matériels et Méthodes : Étude observationnelle, monocentrique rétrospective, réalisée au CHU de Lille entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2024, incluant l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une gastro-entéro-anastomose endoscopique ou d'un stent duodénal en raison d'une sténose gastro-duodénale d'origine tumorale.
L'objectif de l'étude était de relever les modalités de réalisation des gastro-entéro-anastomoses sous écho-endoscopie et des stents duodénaux dans le cadre des sténoses tumorales gastro-duodénales malignes, et de comparer leurs taux respectifs de durée de perméabilité, de succès technique et clinique, et de complications.

Résultats : 84 sténoses gastro-duodénales d'origine tumorale ont été incluses. 19 patients ont bénéficié d'une EUS-GEA et 65 patients d'un SD. Le succès technique était de 100 % (65/65) pour les SD, et de 95 % (18/19) pour les EUS-GEA. Le succès clinique à un mois était de 69 % (45/65) dans le groupe stent duodénal, contre 63 % (12/19) dans le groupe EUS-GEA (p=0.78). À trois mois, le succès clinique était de 53 % (10/19) dans le groupe EUS-GEA, contre 28 % (18/65) pour le SD (p=0.06). À six mois, le succès clinique était équivalent entre les deux groupes (11 %) (p=1). La médiane de durée de perméabilité de prothèse était de 10 mois [10,1–19,9] dans le groupe SD contre 12,5 mois [0–28,7] dans le groupe EUS-GEA (p = 0,6). Les événements indésirables de gravité modérée ont été observés chez 2 patients (11%) du groupe EUS-GEA, contre 3% (2 patients) dans le groupe SD (p=0.21). Aucun effet indésirable de gravité sévère n'a été rapporté dans l'un ou l'autre des groupes. La migration de prothèse est survenue chez 5% (1 patient) dans le groupe EUS-GEA, contre 11 % (7 patients) dans le groupe SD (p=0.68). L'obstruction de la prothèse a concerné un patient (1.3 %) dans le groupe EUS-GEA et quatre patients (4.8%) dans le groupe SD (p=1). Un mauvais déploiement de la prothèse a été rapporté chez 2 patients (11%), dans le groupe EUS-GEA, avec mise en place d'un clip TTS pour l'un, et d'un stent dans le stent pour l'autre, avec 100% de succès.

Conclusion : L'EUS-GEA devrait être considérée comme la modalité de choix pour la prise en charge des sténoses gastro-duodénales malignes symptomatiques, avec des taux de succès technique, clinique et des durées de perméabilité de prothèse similaires voire supérieures aux SD. Les effets indésirables et complications sont similaires entre les deux techniques.

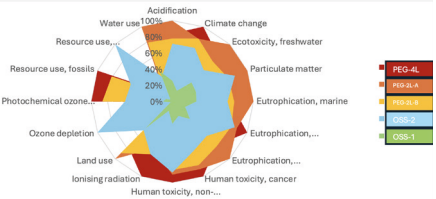
P.085

Impacts environnementaux des préparations intestinales actuelles pour la coloscopie : analyse du cycle de vie

M. Pioche [1], J. Rivory [1], A. Laporte [2], A. Lupu [1], A. Berger [3], J.C. Saurin [1], J. Jacques [4], R. Grau [1], M. Biscay [3], J. Grimaldi [1]
(1) Lyon ; (2) Montardon ; (3) Bordeaux ; (4) Limoges.

Introduction : La préparation intestinale est une condition préalable essentielle à une coloscopie de haute qualité. Si les performances cliniques et l'acceptabilité par les patients ont traditionnellement guidé le choix de la préparation, leur impact environnemental a été largement négligé. Cette étude vise à réaliser une ACV comparative de 5 préparations intestinales actuellement utilisées dans la pratique clinique.

Matériels et Méthodes : Une analyse du cycle de vie a été réalisée indépendamment pour cinq des préparations intestinales les plus courantes disponibles sur le marché, dont trois à base de polyéthylène glycol (PEG-4L, PEG-2L-A et PEG-2L-B) et deux à base de sulfate de sodium oral (OSS-1, OSS-2). Une méthode du « berceau » à la « tombe » a été utilisée, de l'extraction des matières premières à la fin de vie. Les principaux impacts environnementaux ont été évalués, notamment l'empreinte carbone, l'écotoxicité, l'épuisement des ressources en eau et fossiles, la toxicité humaine et l'eutrophisation.La biodégradabilité des PEGs en milieu enrichi de station d'épuration est en cours, en laboratoire spécialisé.



Résultats : L'empreinte carbone des différentes préparations coliques variait de 0,118 kg CO2eq par unité (OSS-1) à 0,585 (OSS-2), 0,684 (PEG-2L-A), 0,685 (PEG-2L-B) et 0,814 kg CO2eq (PEG-4L). Le principe actif avait moins d'impact dans la préparation orale à base de sulfate (OSS-1 : 0,08 kg CO2eq, OSS-2 : 0,012 kg CO2eq) que dans la préparation à base de PEG (PEG-2L-A 0,6 kg CO2eq, PEG-2L-B 0,5 kg CO2eq, PEG-4L 0,8 kg CO2eq). L'emballage variait de 0,03 pour l'OSS-1 à 0,454 kg CO2eq pour l'OSS-2. L'utilisation de ressources fossiles variait de 1,6 MJ par unité (OSS-1) à 10,7 MJ (OSS-2), 13,9 MJ (PEG-2L-B), 15,6 MJ (PEG-2L-A) et 19,3 MJ (PEG-4L). La biodégradabilité des PEGs en milieu enrichi de station d'épuration semble possible mais est en cours de confirmation en laboratoire.

Conclusion : La préparation intestinale orale au sulfate avec un emballage minimaliste (OSS-1) a un impact environnemental très faible, plus de 5 fois moins impactants que les PEGs les plus courants.

P.086

Impact carbone et financier du passage à des cale-dents réutilisables en endoscopie digestive

G. Marcellier [1], M. Moizard [1], D. Tan [1], D. Seytre [2], S. Gerardin [2], I. de Maisoncelle [1], P. Frelet [1], B. Lopez [2], F. Prat [2]

(1) Paris ; (2) Clichy.

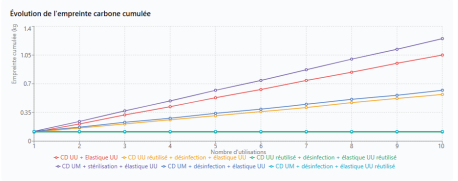
Introduction : Chaque année, plus d'un million d'endoscopies hautes sont réalisées en France. Bien qu'aucune norme ou règlement ne l'impose, l'usage courant consiste à utiliser des cale-dents jetables pour chaque examen. Nous avons évalué le bénéfice écologique du recours à des cale-dents réutilisables pour les endoscopies digestives hautes.

Matériels et Méthodes : Des cale-dents réutilisables en polyoxyméthylène (POM, TEC-CARE®, France), associés à des élastiques en caoutchouc, ont été testés. Des essais préliminaires ont consisté à soumettre ces cale-dents à des cycles répétés de stérilisation vapeur à haute température après leur utilisation chez nos patients. Après validation de leur intégrité sur au moins 10 cycles successifs de lavage, une analyse de cycle de vie (ACV) comparée a été réalisée entre les cale-dents jetables (de marque ALTON®, marché Ageps) et réutilisables selon différents scénarios (réutilisation ou non de l'élastique, désinfection simple en lave-endoscope ou stérilisation en autoclave). L'ACV simplifiée (composante carbone en kgCO□e) a été réalisée à l'aide de l'outil CAREBONE™ développé par l'AP-HP (https://bit.ly/carebone).

Résultats : Vingt cale-dents réutilisables ont été utilisés dans le service pendant deux mois. Tous ont supporté au moins dix cycles de stérilisation sans dégradation limitant leur usage. En revanche, les élastiques n'ont pas résisté à la stérilisation, ce qui a conduit à conserver des modèles à usage unique, faute de solution réutilisable adaptée.
Plusieurs scénarios ont été comparés, sur la base de dix utilisations du cale-dent :

- Cale-dents usage unique et élastique à usage unique : 1,05 kgCO□e
- Cale-dents réutilisable stérilisé + élastique à usage unique : 1,25 kgCO□e
- Cale-dents réutilisable désinfecté + élastique à usage unique : 0,62 kgCO□e
- Cale-dents réutilisable désinfecté + élastique réutilisable (hypothétique faute d'élastique adapté à ce jour) : 0,12 kgCO□e

Dans l'hypothèse où l'emploi du cale-dents réutilisable avec élastique réutilisable serait généralisé, les émissions évitées à l'échelle nationale (Pour environ 1 million d'actes par voie orale) s'élèveraient à environ 930tCO2e soit l'équivalent de 260 000 cheeseburgers ou encore de quoi construire 20 maisons individuelles neuves.



Discussion : Sur le plan réglementaire, les cale-dents à usage unique ne peuvent pas être réutilisés. Toutefois, certains centres en Europe les réemploient après une simple désinfection avec l'endoscope. Nous avons démontré la résistance des cale-dents réutilisables en POM à des stérilisations répétées, la FAQ3 (2023) autorise cependant leur simple désinfection avec l'appareil dans les lave-endoscopes, simplifiant ainsi les aspects organisationnels et réduisant leur impact environnemental. Nos calculs ont été réalisés sur la base de 10 stérilisations des cale-dents mais leur simple désinfection permettra très probablement un nombre bien plus important de réutilisation.

Conclusion : La stérilisation de cale-dents réutilisables associés à des élastiques jetables n'apporte pas de bénéfice écologique par rapport aux dispositifs à usage unique en raison de l'impact propre de la stérilisation. En revanche, la désinfection en LDE permet une réduction d'environ 40 % des émissions de CO□. Ces résultats ont conduit à un changement de pratique dans notre service, avec l'adoption de cale-dents réutilisables (et élastiques jetables dans un 1er temps) désinfectés avec l'endoscope de chaque patient.

Remerciements, financements, autres : Remerciements à M Gilles Tordjman, Sté Tec-Care, pour la fabrication et la fourniture gracieuse des cale-dents utilisés dans l'étude

P.087

Thérapie entérale continue par lévodopa-carbidopa dans la maladie de Parkinson avancée : quelles complications digestives après 5 ans d'expérience multicentrique ?

A. Achemlal [(1)], J. Coelho [(1)], I. Popa [(1)], R.O. Haroun [(1)], D. Grabli [(1)], A. Meneret [(1)], L. Mantisi [(1)], H. Letrillart [(1)], X. Amiot [(1)]
(1) Paris.

Introduction : L'objectif principal de notre étude était de rapporter notre expérience dans la mise en place et la gestion des complications chez des patients atteints de maladie de Parkinson (MP) avancée traités par administration intestinale continue d'un gel de lévodopa-carbidopa (GILC) via sonde de gastro-jéjunostomie (GEP-J). Ce travail a été mené dans le cadre d'une collaboration étroite entre une unité de neurologie et un service de gastroentérologie. Par ailleurs, les facteurs associés à la persistance du système, à la survenue de complications et à la nécessité de remplacement du dispositif ont également été analysés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, réalisée chez des patients atteints de MP avancée et de longue durée, porteurs d'une GEP-J pour un traitement par GILC, entre Décembre 2019 et Juin 2025. La décision de traitement, prise par le service de neurologie selon l'état clinique, l'historique thérapeutique et les préférences du patient, faisait suite à une information sur les bénéfices et risques. Après consentement, la GEP-J était posée en endoscopie, et le traitement initié puis ajusté lors d'une courte hospitalisation. Un remplacement annuel systématique de la sonde était prévu pour prévenir les complications, tandis que les patients et leurs aidants étaient formés aux mesures préventives. Les dysfonctionnements ou complications étaient pris en charge en urgence, avec ou sans endoscopie. L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel Jamovi® version 2.3.

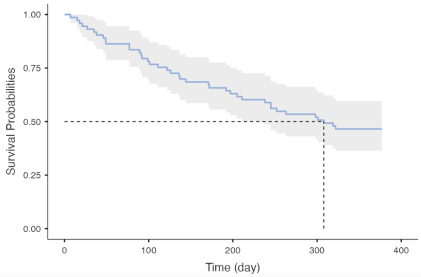
Résultats : Un total de 91 patients ont été inclus, pour 361 procédures réalisées sur une période de cinq ans. Le sex-ratio H/F était de 2,37, et l'âge moyen des patients au moment des interventions était de 68,5 ± 8,7 ans. La majorité des GEP-J posées étaient de calibre 15 French (96,1 %). La dose médiane de propofol utilisée par procédure était de 245 mg [186 ;346].
Parmi les interventions réalisées :
- 57 (15,8 %) correspondaient à une première pose de sonde,
- 140 (38,8 %) à un remplacement systématique annuel,
- 67 (18,6 %) à une réparation endoscopique complète sous anesthésie,
- 92 (25,5 %) à une réparation sans anesthésie,
- et 5 patients (1,4 %) ont nécessité un retrait complet de la sonde pour inefficacité thérapeutique.

Une ou plusieurs complications ont été rapportées chez plusieurs patients, conduisant à un changement partiel ou total du dispositif (Fig. 1).La médiane de survie du dispositif à un an, avant remplacement programmé, était estimée à 308 jours (Fig. 2).

Fig. 1 : Évènements indésirables et complications conduisant à une nouvelle procédure

Évènements indésirables/ Complications		N(%)
A) Au niveau de la stomie	Infection de la plaie	2(0,9)
	Bouchon Externe	9(4,2)
B) Atteinte digestive	Buried Bumper Syndrome (BBS)	6(2,8)
	Bezoard	5(2,3)
	Ulcération digestive	4(1,9)
	Autres lésions gastriques	1(0,5)
C) Dispositif	Migration sonde J	37(17,2)
	Déplacement matériel	11(5,1)
	Dislocation	7(3,3)
	Occlusion (boucle, nœud…)	52(24,2)
D) Complications dites sévères	Péritonite	2(0,9)
	Pneumopathie d'inhalation	1(0,5)
E) Autre :	Arrachage du dispositif	78(36,3)

Fig. 2 : Durée de vie du dispositif initial GEP-J (avant changement annuel programmé)



Conclusion : Les complications liées aux sondes de GEP-J pour le traitement par GILC dans la maladie de Parkinson avancée sont fréquentes mais généralement bénignes. Une prise en charge optimale repose sur une collaboration étroite entre neurologues, gastro-entérologues, soignants et aidants, afin d'assurer la détection précoce et la gestion efficace des complications, garantissant ainsi la continuité du traitement et de meilleurs résultats cliniques.

P.088

Prise en charge endoscopique des fistules après chirurgie bariatrique au CHU de Lille : étude descriptive et rétrospective

R. Liu [1], R. Caiazzo [1], R. Gérard [1], A. Blondeaux [1], N. Duveau [2], G. Baud [1], C. Marciniak [1], M. Pahul [1], P. Wils [1], F. Pattou [1], J. Branche [1]
(1) Lille ; (2) Roubaix.

Introduction : La fistule complique jusqu'à 5% des chirurgies bariatriques à type de sleeve gastrectomy et gastric by pass. A ce jour, il n'existe pas de consensus clair sur l'algorithme optimal de prise en charge. L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques initiales et évolutives ainsi que les modalités de prise en charge chirurgicale et/ou endoscopique des patients pris en charge au CHU de Lille, Centre Intégré de l'Obésité, suite à un diagnostic de fistule compliquant une chirurgie bariatrique, selon le type de chirurgie initiale et la taille de l'orifice fistuleux au diagnostic.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée au CHU de Lille, centre de recours régional pour les complications précoces de la chirurgie bariatrique. Entre janvier 2020 et février 2024, 59 patients ayant présenté une fistule post-sleeve gastrectomy (SG, n=33) ou gastric bypass (GBP, n=26) ont été inclus. Les caractéristiques démographiques, clinico-biologiques, ainsi que les modalités de prise en charge chirurgicale, endoscopique et radiologique ont été analysées en fonction de la chirurgie initiale et de la taille de la fistule (< 2 cm *versus* ≥ 2 cm).

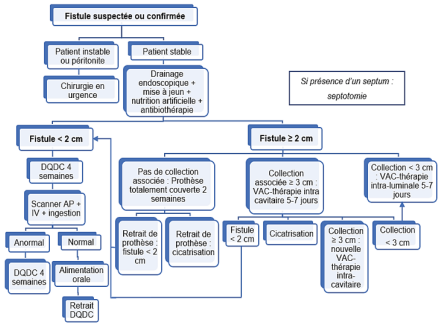


***Figure 1** : Proposition d'un algorithme de prise en charge endoscopique des fistules après chirurgie bariatrique, selon la taille initiale*

Résultats : L'âge moyen des patients était de 41 ans, avec une prédominance féminine (71%) et un IMC moyen de 39 kg/m². Le délai médian de diagnostic était court (8 jours), avec une localisation préférentielle à l'angle de His après SG (70%) et à l'anastomose gastro-jéjunale après GBP (69%). La majorité des fistules étaient de petite taille après SG (79%), tandis que les fistules de grande taille prédominaient après GBP (50%).
La prise en charge a été multimodale dans 64% des cas. Les drains en queue de cochon constituaient la technique endoscopique la plus fréquemment utilisée (77%) notamment pour les fistules <2 cm, tandis que les prothèses totalement couvertes étaient réservées aux désunions larges ou associées à une sténose.
Le délai médian de guérison était de 57 jours, sans différence significative selon la taille de la fistule ni le type de chirurgie. L'analyse multivariée retrouvait comme facteurs associés au délai de cicatrisation la durée d'antibiothérapie et le recours à une nutrition artificielle.

Conclusion : Cette étude illustre l'expérience d'un centre tertiaire expert et propose un algorithme de prise en charge des fistules post-chirurgie bariatrique fondé sur l'état clinique initial, la taille de l'orifice et le type de chirurgie. Nos résultats confirment l'importance d'une approche multimodale, précoce et centralisée pour optimiser la guérison tout en limitant la morbidité.

P.089

L'amélioration des performances de détection en coloscopie par l'intelligence artificielle est opérateur dépendante et fonction du temps de retrait

E. Lefebvre [1], L. Plastaras [1], I.A. Amaritei [1], P. André [1], M. Bolliet [1], M. Clavel [1], R. Darrius [1], J. Faller [1], P. Montet [1], S. Vuola [1], B. Denis [1]
(1) Colmar.

Introduction : Les essais randomisés contrôlés ont démontré que l'intelligence artificielle (IA) permettait d'augmenter significativement le taux de détection des adénomes (TDA), davantage chez les opérateurs à faible TDA, au prix d'une augmentation du taux de résections inutiles de lésions non néoplasiques et sans amélioration du taux de détection des lésions festonnées (TDLF)(1). Cependant, dans la vraie vie, l'IA n'engendre pas d'augmentation du TDA ni du TDLF (2) et a même été incriminée comme source potentielle de perte de compétence (3). Le but de ce travail était de comparer les performances de détection des endoscopistes d'une unité d'endoscopie sans puis avec IA.

Patients et Méthodes : Comparaison rétrospective de données enregistrées prospectivement évaluant les performances de détection en coloscopie des endoscopistes d'un centre hospitalier général entre 2 périodes, sans IA (IA-, janvier 2023 - juin 2024) puis avec IA (IA+, novembre 2024 - août 2025). Les indicateurs évalués étaient les taux de détection des polypes (TDP), TDA, TDLF sessiles et TDLF proximales (toute lésion festonnée en amont jonction sigmoïde – colon gauche), et de résections inutiles (TRI) chez les plus de 50 ans, MICI exclues. Les endoscopistes étaient classés par ancienneté en juniors (<5 ans) et seniors (≥5 ans), par TDA en faible (<30), moyen (30-45) et fort (>45) détecteurs, et par temps de retrait en long (>11 min), intermédiaire (9-11 min) et rapide (<9 min).

Indicateur	global			retrait <9			retrait ≥9		
	IA-	IA+	p	IA-	IA+	p	IA-	IA+	p
TDP	49,6	58,6	<0,01	39,5	40,5	0,9	55,1	63,4	0,02
TRI	10,2	13,8	0,05	9,1	27,3	0,02	14,8	14,8	0,9
TDA	27,9	37,7	<0,01	21,5	16,5	0,3	31,4	43,2	<0,01
TDLF sess	7,7	7,7	0,9	6,6	2,2	0,1	8,2	8,9	0,7
TDLF prox	9,8	7,3	0,1	7,5	2,2	0,07	10,9	8,4	0,2

Résultats : Après exclusion des coloscopies incomplètes, mal préparées (Boston <7), urgentes ou de recours thérapeutique, 2914 coloscopies étaient évaluées (1692 IA- et 1222 IA+), réalisées par 10 endoscopistes (6 juniors, 4 seniors, de 10 à 20 coloscopies mensuelles par endoscopiste, 13,8 en moyenne). Les principales indications étaient : symptômes (41,2%), dépistage (25,2%), surveillance (23,4%) et MICI (10,2%). Les résultats des différents indicateurs figurent dans le tableau. Globalement, par rapport à la période sans IA, une augmentation significative des TDP et TDA était observée avec IA, sans modification des TDLF sessiles et TDLF proximales. Individuellement, l'augmentation significative de TDA n'était observée que chez 4 endoscopistes (2 juniors et 2 seniors, 1 faible détecteur, 2 moyens et 1 fort). Une augmentation significative de TDP n'était observée que chez 1 endoscopiste senior. Une augmentation significative de TDA était observée chez les endoscopistes au temps de retrait long et intermédiaire et une baisse non significative chez les endoscopistes au temps de retrait rapide. Les

performances de l'IA pour la caractérisation des polypes étaient insuffisantes pour réduire les polypectomies inutiles.

Conclusion : L'utilisation de l'IA était associée à une augmentation globale significative des TDP et TDA, sans effet sur les TDLF, au prix d'une augmentation significative des résections inutiles. Elle était cependant opérateur dépendante, ne concernant que 4 endoscopistes sur 10, sans lien avec leur ancienneté, leur volume d'activité et leur TDA initial. Son impact dépendait par contre du temps de retrait, n'étant favorable que chez les endoscopistes à temps de retrait ≥9 minutes.

P.090

Résection endoscopique de l'endobrachyœsophage en dysplasie de bas grade

T. Denat [1], S. Petruzzella [2], J.P. Ratone [3], Y. Dahel [3], S. Hoibian [3], V. Garbay [3], M. Giovannini [3], S. Godat [4], E. Romailler [4], M. Philippart [4], M. Dalex [4], M. Marx [4], L. Monino [1], F. Caillol [3]

(1) Montpellier ; (2) Rennaz, SUISSE ; (3) Marseille ; (4) Lausanne, SUISSE.

Introduction : La dysplasie de bas grade (DBG) de l'œsophage de Barrett ou endobrachyœsophage (EBO) présente un risque d'évolution vers une dysplasie de haut grade (DHG) ou un adénocarcinome estimé entre 9 à 13%/patient/an en cas de DBG confirmée (1). L'ESGE recommande une éradication par radiofréquence avec des résultats non parfaits et contradictoires (2). La résection endoscopique par mucosectomie (EMR) pourrait offrir un avantage diagnostique et thérapeutique par rapport aux techniques ablatives. Il n'y a pas d'étude portant sur la DBG confirmée prise en charge par résection endoscopique. Le but de cette étude était d'évaluer les résultats de l'EMR pour la DBG confirmée dans l'EBO.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique (2008–2023) incluant les patients ayant bénéficié d'une EMR pour DBG histologiquement confirmée dans trois centres tertiaires. Les critères d'inclusions étaient une dysplasie de bas grade confirmée sur par 2 anatomopathologistes, associées à un résultat histologique de DBG sur la pièce de résection. Le but de la résection endoscopique était l'éradication de l'EBO. Un traitement adjuvant pouvait être appliqué à la discrétion des opérateurs. Le critère principal d'évaluation était l'absence de progression vers la DHG ou l'adénocarcinome. Le début du suivi commençait lors de la première résection, et se terminait lors de la dernière endoscopie de contrôle. Les critères secondaires comprenaient les taux d'éradication et de récidive de la DBG et de la métaplasie intestinale, ainsi que la morbidité.

Résultats : Cinquante-deux patients (âge moyen 62,9 ± 10,3 ans ; 77 % d'hommes) ont été inclus. La classification de Prague médiane de l'EBO était C1M3. Un nodule était visible chez 2 patients. 32 patients ont eu 1 séance de résection, 15 patients en ont eu 2, 3 patients en ont eu 3, 1 patient en a eu 4 et 1 patient en a eu 5. Un traitement adjuvant a été effectué chez 24 patients (46,2%). 10 patients ont bénéficié de RFA complémentaire, 10 patients ont bénéficié d'un traitement par APC, 4 patients ont eu les deux modalités de traitement complémentaire.
L'éradication initiale de la DBG a été obtenue chez 100 % des patients, avec une récidive chez 8 patients (15,4 %) après 30,5 mois en moyenne. Les 7 patients avec récidive ayant bénéficié d'un traitement ont présenté une éradication finale de la DBG, évaluée à 98,1 % (51/52 patients) dans la population d'étude après un suivi moyen de 54 ± 22,3 mois. Aucune progression vers la DHG ou l'adénocarcinome n'a été observée. L'éradication de l'EBO a été obtenue chez 65,4 % des patients avec un taux de récidive de 11,8 %. La morbidité liée à la procédure était de 1,9% (une hémorragie nécessitant un traitement endoscopique), et les événements indésirables retardés (15,4 %) — sténoses (9,6%) ou dysphagies (5,8%)— ont été traités par voie endoscopique.

Conclusion : L'EMR semble être une option sûre et efficace pour la DBG confirmée dans l'EBO, permettant des taux d'éradication élevés. Le point important est l'absence d'évolution vers la DHG/ADK pendant un suivi de 4,5 ans. Cette prise en charge est prometteuse mais nécessite des confirmations prospectives.

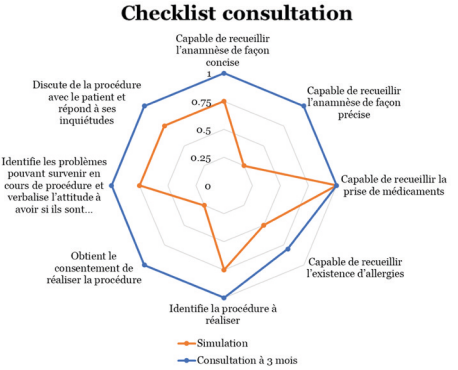
P.091

Simulation hybride en endoscopie digestive : une approche globale pour développer les compétences non techniques

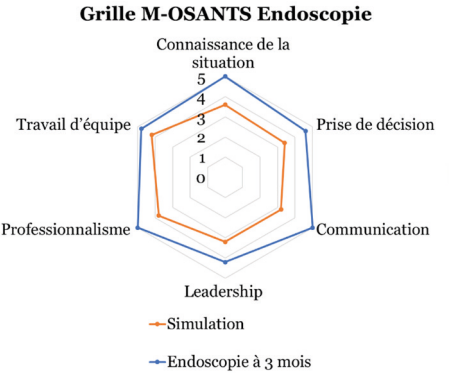
G. Le Cosquer [1], A. Culetto [1], B. Bournet [1]
(1) Toulouse.

Introduction : Au cours des vingt dernières années, la complexité croissante des procédures endoscopiques a profondément modifié les exigences de la formation en endoscopie digestive. L'acquisition des gestes techniques ne suffit plus à elle seule, la qualité et la sécurité des actes reposent également sur un ensemble de compétences dites « non techniques », incluant les aptitudes cognitives (prise de décision, anticipation), sociales (communication, leadership, travail en équipe) et personnelles (gestion du stress, conscience situationnelle). Malgré leur importance démontrée, la formation structurée à ces compétences demeure limitée en France. L'objectif de cette étude préliminaire était de concevoir et d'évaluer la faisabilité d'un parcours complet de simulation hybride intégrant l'apprentissage des compétences non techniques dans le cadre du DES d'hépato-gastro-entérologie.

Matériels et Méthodes : Une étude prospective observationnelle a été menée en 2025 auprès de l'ensemble des internes de 3e semestre d'hépato-gastro-entérologie d'une même subdivision.
Le programme pédagogique comportait quatre étapes successives. Dans un premier temps, une consultation simulée de vingt minutes, conduite avec un patient standardisé selon des scénarios préétablis, était réalisée. Un mois plus tard, deux séances de simulation hybride étaient organisées en centre de simulation, utilisant un simulateur haute-fidélité GI Mentor®, avec la participation d'un patient simulé et d'une infirmière d'endoscopie digestive. Ces séances, d'une durée de deux à trois heures, comprenaient un briefing de quinze minutes, une mise en situation d'environ quinze minutes et un débriefing de trente minutes pour chaque passage, conduit selon le modèle PEARLS.
Enfin, un cours interactif de trente minutes consacré aux compétences non techniques en endoscopie digestive venait conclure la session. Trois mois plus tard, les internes réalisaient en pratique réelle une consultation pour test immunologique fécal positif (3ème étape), suivie de la coloscopie programmée dans le prolongement de cette consultation (4ème étape).
Les compétences non techniques étaient évaluées par deux membres de l'équipe pédagogique à l'aide d'outils validés dans la littérature : une checklist de 18 items et la grille M-OSANTS (Modified Objective Structured Assessment of Non-Technical Skills)(1).



Résultats : Cinq internes (trois femmes, deux hommes) ont participé au programme. Entre la première simulation et la consultation réelle à trois mois, le score cumulé sur la checklist s'est significativement amélioré (7,8 ± 0,4 sur 8 items *vs* 5 ± 1,4 ; p = 0,0048).
Les compétences non techniques évaluées lors des procédures endoscopiques et de la restitution des résultats en post-geste immédiat se sont également significativement améliorées entre la simulation hybride initiale et la coloscopie en pratique réelle, aussi bien selon la checklist (moyenne 9,8 ± 0,4 sur 10 items *vs* 7,2 ± 0,4; p < 0,0001) que selon la grille M-OSANTS (moyenne 4,8 ± 0,1 *vs* 3,6 ± 0,5 ; p = 0,0033 ; Figure 2).
La satisfaction globale des internes, mesurée sur une échelle de Likert, était élevée (4,45 ± 0,18 / 5).



Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité et l'efficacité à court terme d'un parcours de simulation hybride intégrant les compétences non techniques en endoscopie digestive. Ce dispositif constitue une première étape vers l'intégration systématique de l'apprentissage des compétences non techniques en endoscopie (notamment via la simulation hybride) dans la formation initiale des gastro-entérologues, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

P.092

Apport de la coloscopie virtuelle dans la planification pré-opératoire du cancer colique

M. Cadi [(1)], M. Jeay [(1)], A. Lansier [(1)], G. Perrod [(1)], O. Clément [(1)], A. Saltel [(1)], C.A. Cuenod [(1)], E. Elghoul [(1)], G. Manceau [(1)], C. Cellier [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La colectomie laparoscopique est aujourd'hui la technique de référence dans le traitement du cancer colique. Toutefois, l'absence de palpation et les limites du champ opératoire rendent la localisation tumorale préopératoire particulièrement cruciale. Les taux d'erreurs de localisation rapportés sont de l'ordre de 15 % pour la coloscopie optique (CO) et de 10 % pour le tatouage endoscopique. Par ailleurs, la détection tumorale par scanner TAP standard n'atteint que 59 %. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance de la coloscopie virtuelle (CV) dans la localisation des tumeurs coliques, en la comparant aux données peropératoires et aux examens préopératoires standards (CO et scanner TAP).

Patients et Méthodes : Parmi les 161 patients opérés, d'une colectomie droite laparoscopique pour cancer, 44 patients dont 24 femmes et 20 hommes, (âge moyen de 70 ans) ont bénéficié entre Janvier 2020 et Décembre 2023 d'une CV avec injection de produit de contraste intégrée au scanner TAP. Les résultats ont été comparés aux données de la chirurgie et de la coloscopie optique.

Résultats : La CV a permis d'identifier 100% des tumeurs (n=44). Elle a modifié la stratégie chirurgicale chez 4 patients (9%), en corrigeant une indication initiale de colectomie gauche vers une colectomie droite. Les erreurs de localisation observées lors de la CO se sont produites au niveau de l'angle gauche (n=2), du côlon transverse (n=1) et du côlon gauche (n=1). Une tumeur synchrone du côlon droit a été détectée par CV après une CO incomplète du fait d'une sténose sigmoïdienne infranchissable. La CV a également rectifié une localisation erronée par le scanner TAP, qui décrivait une invagination colo-colique au niveau du côlon transverse gauche alors que la tumeur était localisée à droite. L'intégration de la CV avec injection de contraste au scanner TAP a été aisément réalisée lorsque ce dernier n'avait pas été effectué au préalable.

Conclusion : La coloscopie virtuelle apparaît comme un outil fiable et facilement intégrable au scanner TAP, améliorant significativement la localisation préopératoire des cancers coliques. Elle permet d'optimiser la planification chirurgicale, de limiter les erreurs de localisation et, in fine, d'améliorer la prise en charge opératoire des patients

P.093

Intelligence artificielle et décision endoscopique : évaluation des performances lors de cas d'urgence et de routine

A. Achemlal [(1)], C. Haddad Hachimi [(1)], C. Hiji [(1)], S. Azammam [(1)], S. Oualaalou [(1)], S. Berrag [(1)], F. Nejjari [(1)], T. Adioui [(1)], M. Tamzaourte [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'objectif de cette étude est d'évaluer dans quelle mesure l'intelligence artificielle constitue un outil pertinent pour guider les gastroentérologues dans la réalisation des procédures endoscopiques, qu'elles soient programmées ou réalisées en situation d'urgence.

Matériels et Méthodes : Nous avons élaboré 120 scénarios (cas cliniques) à partir de données réelles de patients, répartis de manière égale entre quatre thématiques :
- Gastroscopie dans les hémorragies digestives hautes
- Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) en urgence dans le cadre d'angiocholite
- Polypectomie colique
- Pose de gastrostomie percutanée endoscopique (GPE)

Chaque scénario a été évalué par trois modèles d'intelligence artificielle : Google GEMINI®, ChatGPT® (version GPT-4o mini) et Microsoft Copilot. Les recommandations de ces modèles, à qui on a demandé d'agir comme de véritables experts virtuels en gastro-entérologie, ont été analysés pour chaque thématique
- Ont-ils proposé une gastroscopie urgente ou différée ?
- Pour les cas d' angiocholite, ont-ils recommandé une CPRE dans les 12 heures, dans les 48 à 72 heures, ou de manière différée (« à froid ») ?
- Quelle stratégie de prise en charge ont-ils suggérée pour les polypes coliques en fonction de leur description endoscopique ?
- Ont-ils indiqué la nécessité ou non d'une pose de GPE ?

Les recommandations générées par les modèles d'IA ont été consignées dans un fichier Excel et comparées à celles d'endoscopistes experts, conformément aux recommandations de l'ESGE pour chaque thématique.
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi® (version 2.3). Le niveau d'accord entre les modèles d'IA et les experts humains a été mesuré à l'aide du coefficient kappa de Cohen (κ).

Résultats : Concernant le premier thème, un accord modéré a été observé entre les trois modèles d'IA pour les recommandations de gastroscopie en urgence ($\kappa = 0,540$; $p < 0,001$).L'accord entre le gastroentérologue et ChatGPT, ainsi qu'entre le gastroentérologue et Microsoft Copilot, était faible ($\kappa = 0,267$ et $0,203$ respectivement). En revanche, un accord substantiel a été observé avec GEMINI ($\kappa = 0,733$; $p < 0,001$).
Pour le deuxième thème, un accord modéré a également été noté entre les trois modèles d'IA concernant le timing de réalisation de la CPRE ($\kappa = 0,583$; $p < 0,001$). Microsoft Copilot a présenté le meilleur accord avec le gastroentérologue, atteignant un niveau substantiel ($\kappa = 0,663$; $p < 0,001$).
Concernant le troisième thème, les modèles d'IA ont montré de bonnes performances dans la détermination de la procédure appropriée pour la prise en charge d'un polype colique. ChatGPT a démontré un accord presque parfait avec l'expert ($\kappa = 0,954$; $p < 0,001$).
Enfin, les indications de pose de gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) ont donné des résultats globalement moins satisfaisants. Un accord faible à modéré a été observé entre les trois modèles d'IA ($\kappa = 0,375$; $p < 0,001$). ChatGPT a toutefois obtenu les meilleurs résultats, atteignant un accord substantiel avec le gastroentérologue ($\kappa = 0,796$; $p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude met en évidence le potentiel des modèles d'intelligence artificielle en tant qu'outils d'aide à la décision en endoscopie, avec des niveaux de concordance variables selon les thématiques. Si GEMINI et ChatGPT ont démontré de bonnes performances dans certains domaines spécifiques, les divergences observées entre les modèles soulignent la nécessité d'une optimisation supplémentaire.

P.094

Recours thérapeutique après vidéocapsule de l'intestin grêle pour saignement digestif obscur au CHU de Dijon : impact thérapeutique et recherche de facteurs prédictifs de rendement thérapeutique

D. Ditac [(1)], M. Charkaoui [(1)], C. Lepage [(1)], C. Bazin [(1)]
(1) Dijon.

Introduction : Le saignement digestif obscur représente 10% des cas d'anémie et d'hémorragie digestive et est défini par l'absence de cause retrouvée après un bilan endoscopique par gastroscopie et coloscopie. Dans ce cas, il convient d'explorer l'intestin grêle en réalisant une vidéocapsule endoscopique (VCE). Selon ses résultats, une entéroscopie peut être réalisée afin d'effectuer un geste thérapeutique sur l'intestin grêle. L'impact diagnostique de la VCE est bien connu mais son rendement thérapeutique reste incertain. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le taux de recours à un geste thérapeutique sur l'intestin grêle après VCE au CHU de Dijon.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective et observationnelle incluait toutes les VCE réalisées pour saignement digestif obscur entre le 1er janvier 2021 et le 31 mars 2024 au CHU de Dijon. Toutes les entéroscopies réalisées dans les suites d'une VCE ont été analysées afin d'identifier le taux de recours à un geste interventionnel sur l'intestin grêle. Des facteurs prédictifs de rendement diagnostique et thérapeutique et de récidive ont été recherchés.

Résultats : Au total, 300 VCE ont été incluses dans l'analyse. Soixante-treize VCE étaient réalisées pour saignement digestif extériorisé, et 227 pour anémie. Le rendement diagnostique global était de 44%, 47% en cas d'hémorragie et 44% en cas d'anémie. Parmi les 133 VCE positives, 70 ont permis de conclure à une origine grêlique (53% ; 23% de toutes les VCE). Parmi ces patients, 34 (49%) ont bénéficié d'une prise en charge spécifique, dont 30 ont eu un geste thérapeutique endoscopique et/ou chirurgical, soit un rendement thérapeutique interventionnel de 43% en cas de VCE positive retenant une cause grêlique. Une entéroscopie a été réalisée chez 26 patients et a permis de retrouver et traiter la lésion vue en VCE dans 77% des cas. Les facteurs prédictifs de rendement diagnostique identifiés étaient la réalisation d'une préparation intestinale et, dans le cas des VCE réalisées pour hémorragie, la réalisation de la VCE dans les 48 heures après la dernière extériorisation (OR 4,3 ; IC [1,1 – 17,5], p = 0,04). Dans le groupe hémorragie, 46% des VCE étaient réalisées à plus de 48 heures de la dernière extériorisation. La présence d'un saignement à la VCE était le seul facteur prédictif de recours à un geste thérapeutique interventionnel (OR 8,55 IC 95% [2,9 – 24,9], p < 0,01). Dans le groupe hémorragie, 92% des entéroscopies ont été réalisées chez des patients ayant eu une VCE précoce (≤ 48h de la dernière extériorisation), a contrario, aucune des VCE réalisées au-delà de 10 jours de la dernière extériorisation n'a conduit à une prise en charge spécifique. Enfin, 86 patients ont présenté une récidive de saignement digestif obscur. En analyse multivariée, aucun facteur de risque de récidive n'a été mis en évidence.

Discussion : Le taux de rendement diagnostic de la VCE pour anémie est similaire aux données de la littérature, mais inférieur en cas de saignement digestif extériorisé. Cette différence peut s'expliquer par le nombre important de VCE réalisées au-delà de 48 heures de la dernière extériorisation. Bien que positif dans notre étude, nous ne réalisons plus de préparation intestinale dans notre service depuis la parution de travaux de plus grande ampleur ne démontrant pas d'impact à sa réalisation. Notre faible taux de recours thérapeutique est en partie expliqué par le faible taux de VCE concluant à une étiologie grêlique. Par ailleurs, il semblerait qu'en cas d'hémorragie digestive, la réalisation d'une VCE à plus de 10 jours de la dernière extériorisation soit futile.

Conclusion : Nous avons identifié un taux de recours à un geste thérapeutique interventionnel sur l'intestin grêle après VCE positive incriminant l'intestin grêle de 43% au CHU de Dijon, concordant avec les données de la littérature. Le seul facteur prédictif de recours à l'entéroscopie identifié était la présence d'un saignement à la VCE, lui-même favorisé par la précocité de réalisation de la VCE.

P.095

Concordance entre endoscopistes et intelligence artificielle ChatGPT-5 dans la classification de Paris des polypes colorectaux

N. Sardi [(1)], N. Lagdali [(1)], F.Z. Chabib [(1)], M. Kadiri [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Ajana [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La classification de Paris décrit la morphologie des polypes colorectaux et guide leur prise en charge endoscopique. Cependant, une variabilité inter-observateur persiste, notamment pour les lésions planes ou déprimées.L'intelligence artificielle (IA) pourrait contribuer à standardiser cette évaluation morphologique.Cette étude vise à comparer la classification de Paris réalisée par des endoscopistes à celle proposée par l'intelligence artificielle ChatGPT-5, à partir d'images endoscopiques réelles.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, comparative et analytique portant sur 100 images endoscopiques réelles de polypes colorectaux collectées en routine dans un service de gastro-entérologie.Chaque image a été analysée indépendamment par un endoscopiste selon la classification de ParisLes mêmes images ont ensuite été soumises à ChatGPT-5 (version professionnelle) à l'aide d'un prompt standardisé demandant une interprétation morphologique conforme à la classification de Paris, ainsi qu'une localisation supposée.Les classifications ont été uniformisées selon la nomenclature de Paris afin de permettre la comparaison.La concordance endoscopistes–IA a été évaluée par le taux d'accord global et le κ de Cohen.
Une analyse qualitative a été menée pour identifier les facteurs limitant l'interprétation par l'IA.Enfin, la comparaison des localisations réelles et suggérées par l'IA a été analysée de façon descriptive.

Résultats : Sur les 100 images analysées, 98 cas valides ont été retenus.La répartition selon les endoscopistes était dominée par les classes 0-IIa (34,7 %), 0-Is (27,6 %) et 0-Ip (15,3 %).L'intelligence artificielle ChatGPT-5 a classé préférentiellement les polypes en 0-Is (43,9 %) et 0-IIa (27,6 %).Le taux d'accord global était de 55,1 %, avec un κ de Cohen = 0,40, traduisant une concordance modérée.Les meilleurs accords concernaient les polypes sessiles (0-Is : 70,4 %) et pédiculés (0-Ip : 66,7 %), tandis que les lésions planes (0-IIa : 50 %) et déprimées (0-IIc : 45,5 %) étaient moins concordantes.Les principales discordances observées étaient 0-IIa → 0-Is (n = 11) et 0-Is → 0-IIa (n = 7), traduisant la difficulté de l'IA à apprécier le relief et la profondeur des lésions.L'accord sur la localisation anatomique restait faible (5,1 %).Les principaux facteurs limitant la classification par l'IA étaient le cadrage imparfait, le flou, l'angle oblique, la surface non caractérisée et l'absence de zoom.

Conclusion : Cette tude illustre l'apport de l'intelligence artificielle dans la description morphologique des polypes colorectaux.Nos résultats montrent que ChatGPT-5 présente une concordance modérée avec les endoscopistes, avec des limites pour les lésions planes et déprimées.d'où la nécessité d'améliorer et de valider les modèles d'intelligence artificielle sur des bases d'images plus larges et variées afin d'optimiser leur fiabilité diagnostique.

P.096

Influence des saisons sur la fréquence et les anomalies endoscopiques chez les patients atteints de maladies auto-immunes : étude prospective sur deux ans

M. Aouroud [1], H. Aouroud [1], F. Machayi [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 : Les patients atteints de maladies auto-immunes, comme le lupus, la polyarthrite rhumatoïde et les connectivites, présentent souvent des manifestations digestives nécessitant des endoscopies. Bien que certaines études aient suggéré une variation saisonnière de l'activité de ces maladies, l'impact des saisons sur la fréquence et la nature des anomalies endoscopiques reste peu exploré. Comprendre cette influence pourrait permettre une planification plus efficace des endoscopies et une meilleure surveillance des patients à risque. Des facteurs environnementaux, tels que l'exposition solaire, les variations de température et le statut en vitamine D, pourraient contribuer à cette saisonnalité.

Matériels et Méthodes : Une étude prospective observationnelle a été réalisée sur 24 mois incluant 67 patients atteints de maladies auto-immunes référés pour endoscopie digestive. Les données collectées comprenaient le type de maladie auto-immune, le traitement immunosuppresseur, les antécédents digestifs, l'indication de l'examen, la saison de réalisation, l'âge et le sexe des patients. Les anomalies endoscopiques ont été classées selon des critères standardisés en inflammation muqueuse diffuse, ulcérations localisées et lésions dysplasiques précoces. Des biomarqueurs inflammatoires tels que la CRP et la calprotectine fécale ont été relevés lorsque disponibles. L'analyse descriptive a permis de comparer la fréquence et la nature des anomalies selon les saisons, le type de maladie, le traitement et les caractéristiques démographiques.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 52 ± 14 ans, avec 62 % de femmes. Les endoscopies étaient plus fréquentes au printemps (28 %) et à l'automne (32 %), contre 20 % en été et 20 % en hiver. Parmi les 67 patients, 44 (66 %) présentaient des anomalies endoscopiques. Les anomalies étaient réparties en 60 % d'inflammation muqueuse diffuse, 30 % d'ulcérations localisées et 10 % de dysplasie précoce. La proportion d'anomalies détectées était plus élevée au printemps (75 %) et en automne (72 %) par rapport à l'été (55 %) et à l'hiver (50 %). Les patients atteints de lupus et de connectivites présentaient proportionnellement plus d'inflammation diffuse, tandis que ceux suivis pour polyarthrite rhumatoïde avaient davantage d'ulcérations localisées. Les patients sous traitement immunosuppresseur à forte dose avaient un risque accru d'anomalies sévères. Les biomarqueurs inflammatoires disponibles ont montré des valeurs plus élevées au printemps et en automne, concordant avec la fréquence accrue d'anomalies endoscopiques. Aucun événement indésirable grave n'a été rapporté. L'analyse par âge et sexe n'a pas montré de différence significative, bien que les patients plus jeunes aient tendance à présenter plus d'inflammation diffuse.

Conclusion : Cette étude démontre que les saisons influencent la fréquence et la nature des anomalies endoscopiques chez les patients atteints de maladies auto-immunes, avec un pic au printemps et en automne. Les variations observées pourraient être liées à des facteurs environnementaux et au statut inflammatoire. La planification saisonnièrement ciblée des endoscopies pourrait permettre une détection précoce des anomalies et une meilleure prise en charge des patients. L'intégration de biomarqueurs inflammatoires et un suivi longitudinal sont recommandés pour confirmer ces tendances et affiner la surveillance clinique.

P.097

Programme assurance qualité et gastroscopie : doit mieux faire !

S. Vuola [1], L. Plastaras [1], I.A. Amaritei [1], P. André [1], M. Bolliet [1], J. Bottlaender [1], M. Clavel [1], R. Darrius [1], J. Faller [1], P. Montet [1], B. Denis [1]

(1) Colmar.

Introduction : La gastroscopie (G) est l'examen endoscopique le plus pratiqué et le moins évalué. Ses indicateurs qualité sont moins consensuels que ceux concernant la coloscopie (1). Pourtant, 10,7% des patients chez qui on diagnostique un cancer œso-gastro-duodénal (OGD) ont eu une G négative dans les 3 ans qui précèdent (2). Buts : rapporter les résultats d'un programme assurance qualité concernant les G réalisées dans un service d'endoscopie digestive.

Patients et Méthodes : 2 enquêtes prospectives (avril-juin 2020 et juin-septembre 2025) évaluant plusieurs indicateurs qualité des G réalisées dans un centre hospitalier général.

Résultats : En 2020, 184 G étaient réalisées par 8 endoscopistes (8 à 45 par endoscopiste) (31,5% <50 ans, 24,5% ≥75 ans, 54,9% hommes), par voie nasale dans 14,7% des cas. Il s'agissait pour moitié des patients de leur 1ère G. La fiche d'information SFED était lue dans 76,4% des cas et estimée utile dans 81,7% des cas. Sur une échelle de 0 à 10, l'appréhension vis-à-vis de la G était ≥7 dans 37,6% des cas et vis-à-vis du résultat de la G dans 27,2% des cas. La tolérance de la G était ≥7 dans 27,6% des G par voie buccale et 53,8% par voie nasale (p<0.001). La G était plus difficile qu'attendu dans 22,3% des cas (moins difficile 40,6%), sans différence entre voies nasale et buccale. 71,8% étaient prêts à refaire la G dans les mêmes conditions, sans différence entre voies nasale et buccale. La durée moyenne des G était de 4,8 minutes (médiane 5 ; IQR 4-6). Elle était ≥7 minutes pour 9,3% des G. En 2025, 830 G étaient réalisées par 10 endoscopistes, 4 seniors (ancienneté ≥5 ans) et 6 juniors (50 à 115 par endoscopiste). La population étudiée se répartissait en : 27,1% <50 ans, 18,6% ≥75 ans, 49,2% hommes. La G était réalisée sous sédation dans 32,0% des cas. 81 G thérapeutiques ou urgentes étaient exclues, laissant 749 G pour la suite de l'évaluation. Une consultation préalable par un gastroentérologue n'était réalisée que dans 45,1% des cas. Les principales indications étaient : exploration de symptômes 61,5%, surveillance d'affection connue 15,2%, dépistage 9,5%, chirurgie bariatrique 6,4%, hypertension portale 4,4%. Sans sédation, un naso-gastroscope était utilisé dans 81,4% des cas (voie nasale 84,0%). La durée moyenne des G, biopsies comprises, était de 5,7 minutes (médiane 5,3 ; IQR 4,4-6,4) (6,1 avec sédation, 5,6 sans). Elle variait de 4,8 à 7,9 minutes selon l'endoscopiste. Seuls 3 endoscopistes dépassaient la moyenne de 7 minutes. Elle était ≥7 minutes pour 19,1% des G. Le score de GRACE était = 3 dans 93,0% des cas dans l'œsophage, dans 70,1% des cas dans l'estomac (85,5% sous sédation et 60,8% sous anesthésie locale, p<0.001) et dans 96,8% des cas dans le duodénum. L'ampoule de Vater était vue dans 64,5% des G sous sédation et 45,3% des G sans (p<0.001). Des biopsies étaient réalisées dans 80,1% des G, une recherche d'*H. pylori* par PCR et culture dans 70,5% des G. La proportion de G avec biopsies variait de 62,5% à 89,5% selon l'endoscopiste (médiane 84,0%, 3 endoscopistes <75%). Une coloration vitale électronique était utilisée dans 61,6% des cas et une photo-documentation dans 66,7% des cas. Ces G étaient normales dans 61,9% des cas, révélaient diverses pathologies bénignes dans 29,5% des cas (*H. pylori* 13,8%), une lésion précancéreuse dans 5,5% et un cancer dans 3,1% des cas. Sur 10 cas d'œsophage de Barrett, 7 protocoles de Seattle étaient réalisés. L'indication d'une G de surveillance était posée dans 21,2% des cas. La tolérance de la G était ≥7 dans 58,2% des G par voie buccale et 69,2% par voie nasale (p=0.06). Sans sédation, 93,4% des patients étaient prêts à refaire la G dans les mêmes conditions par voie nasale, 87,4% par voie buccale (p=0.01). Six complications étaient colligées : 2 désaturations en cours de G sous sédation, 2 saignements sur biopsies et 2 épistaxis.

Conclusion : Si les pratiques se sont améliorées entre 2020 et 2025, quelques points d'amélioration subsistent :

durée d'examen trop courte pour la majorité des endoscopistes, proportion suboptimale de G avec biopsies et de protocoles de Seattle pour une minorité d'endoscopistes ; visibilité suboptimale de la muqueuse gastrique en cas d'anesthésie locale lors d'un accès par voie nasale (intérêt d'une préparation systématique par siméticone dans ce cas). La G sous anesthésie locale par voie nasale offre une alternative mieux disante à la G sous sédation dans la grande majorité des cas.

P.098

Impact environnemental de l'endoscopie digestive : retour d'expérience d'un service hospitalier et perspectives d'avenir

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

Introduction : L'endoscopie digestive est devenue un outil incontournable en gastro-entérologie. Toutefois, son développement s'accompagne d'un impact environnemental croissant, soulevant des préoccupations majeures. Le secteur de la santé génère 8 % des émissions de gaz à effet de serre, et l'endoscopie en est l'un des principaux contributeurs en raison de sa forte consommation de ressources (eau et électricité) et de l'usage croissant de dispositifs à usage unique.
Dans ce contexte, cette étude vise à évaluer l'impact environnemental d'un service d'endoscopie et à identifier les principaux axes d'amélioration pour une pratique plus durable.

Matériels et Méthodes : Étude descriptive menée au sein du service d'Hépato-Gastro-Entérologie « Médecine B » du CHU Ibn Sina de Rabat, entre juillet 2024 et juin 2025. Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des registres du service, incluant le nombre total d'actes réalisés, leur nature (diagnostiques ou thérapeutiques) ainsi que l'utilisation des dispositifs (jetables ou réutilisables). Une observation directe a permis d'évaluer la quantité moyenne de déchets par procédure, triés par catégorie et pesés. Ces données ont ensuite été extrapolées pour estimer la production annuelle totale de déchets.

Résultats : Au total, 1282 actes d'endoscopie digestive ont été réalisés entre juillet 2024 et juin 2025, dont 1078 diagnostiques et 204 thérapeutiques. 704 biopsies ont été effectuées. Les dispositifs à usage unique constituaient la majorité du matériel utilisé, incluant le matériel de protection individuelle, les consommables d'anesthésie, les consommables endoscopiques (pinces à biopsie, anses de polypectomie, cathéters, sphinctérotomes), les emballages des dispositifs médicaux ainsi que les déchets liés au retraitement des endoscopes. La quantité totale de déchets générés a été estimée à 2734 kg (2,73 tonnes), variant selon le type d'acte (1,5 à 5 kg par procédure). (Tableau 1) La stérilisation des équipements réutilisables a nécessité une consommation d'eau estimée à 50 L par procédure, soit une consommation annuelle de 64 100 litres d'eau. L'activité endoscopique (colonne d'endoscopie, laveur-désinfecteur, générateurs électrochirurgicaux, éclairage de la salle) a entraîné une consommation électrique annuelle de 3575 kWh, équivalant à 1,95 tonne de CO□ émis.

Discussion : Notre étude confirme l'empreinte écologique élevée de l'endoscopie digestive, en ligne avec les données internationales. Parmi les pistes d'amélioration envisagées, l'intelligence artificielle (IA) pourrait constituer un levier prometteur pour réduire cet impact. D'une part, en limitant les examens inutiles : les algorithmes prédictifs de préparation colique évitent les coloscopies répétées et les outils d'aide à la décision clinique permettent de mieux cibler les patients à explorer. D'autre part, en réduisant les prélèvements superflus : la caractérisation optique assistée par IA (« biopsie virtuelle ») pourrait diminuer le nombre de biopsies réalisées, réduisant ainsi l'usage de pinces jetables, de formol et de réactifs. Enfin, en optimisant la consommation énergétique : la mise en veille automatisée des colonnes et une planification intelligente pourraient réduire de 10 à 30 % la dépense électrique annuelle.

Conclusion : Ces résultats invitent à repenser l'endoscopie digestive dans une double exigence : maintenir la sécurité et l'efficacité pour le patient tout en réduisant l'empreinte écologique. L'intégration de l'IA ouvre la voie à une endoscopie plus performante et durable, conciliant exigences cliniques et responsabilité environnementale.

P.099

Épaississement colique à l'imagerie : corrélation avec les données endoscopiques, et facteurs de risque de néoplasie

O. Trabelsi [(1)], R. Harbi [(1)], S. Zarrouk [(1)], S. Mrabet [(1)], I. Akkari [(1)], E. Ben Jazia [(1)]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'épaississement pariétal colique est un signe courant en tomodensitométrie (TDM) abdominale, observé aussi bien chez des patients symptomatiques que de manière fortuite. Sa nature non spécifique pose un défi diagnostique, pouvant relever d'étiologies bénignes (inflammatoires, infectieuses) ou malignes. Si la coloscopie reste l'examen de référence pour caractériser ces lésions, la stratégie optimale de prise en charge des épaississements coliques isolés à la TDM reste à définir. Cette étude a pour objectif d'évaluer la concordance entre les épaississements coliques détectés par TDM et les lésions observées en coloscopie, ainsi que d'identifier les facteurs prédictifs de néoplasie.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant les patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour un épaississement colique à la TDM entre 2021 et 2025. Les données recueillies incluaient les caractéristiques démographiques, les indications de l'imagerie, le délai TDM-coloscopie, le taux d'hémoglobine, ainsi que les résultats endoscopiques et histologiques. La concordance était définie par la présence d'une anomalie macroscopique en coloscopie sur le segment colique correspondant à l'épaississement TDM, tandis que toute autre lésion était considérée comme fortuite.

Résultats : Cent six (n=106) patients ont été inclus d'âge moyen 58,2 ± 13,6 ans, avec une prédominance masculine (n=60, 56,6 %). Neuf patients avaient des antécédents familiaux de néoplasies coliques et cinq avaient des antécédents personnels de néoplasies extra-coliques. Les indications de TDM étaient variées : douleurs abdominales chroniques, constipation, occlusion intestinale, altération de l'état général, fièvre prolongée, ou découverte fortuite.
L'épaississement scanographique concernait le rectum (14,2 %), le sigmoïde/colon gauche (28,3 %), le colon transverse (18,9 %), le colon droit (18,9 %) et la dernière anse iléale (19,8 %). Une anémie (Hb médiane à 12,5 g/dL) était présente chez 24 % des patients.
La coloscopie était normale dans 49,1 % des cas. Une néoplasie a été diagnostiquée chez 20,8 % des patients (21 adénocarcinomes et 1 lymphome) avec une prédominance sigmoïdienne (36,6%). Les autres diagnostics comprenaient des iléites/colites (12,3 %) (11 MICI, 1 tuberculose digestive, 1 colite à éosinophiles), des polypes (11,3 %), des angiodysplasies (3,8 %) et une diverticulose (1,9 %).
L'analyse comparative a montré que les patients avec néoplasie étaient significativement plus âgés (65,4 *vs* 58,2 ans, p=0,006) et plus souvent anémiques (Hb médiane 11,05 g/dL *vs* 12,5 g/dL, p<0,001). Aucune association significative n'a été retrouvée avec les antécédents familiaux de néoplasie.

Conclusion : Cette étude révèle que près d'un patient sur cinq présentant un épaississement colique isolé à la TDM présente une néoplasie sous-jacente, le sigmoïde étant le segment le plus fréquemment concerné. L'âge avancé et l'anémie sont des facteurs de risque indépendants significatifs. Ces résultats confirment la nécessité d'une exploration endoscopique systématique devant tout épaississement colique, particulièrement chez les patients âgés ou anémiques, afin d'écarter une pathologie maligne.

P.100

Que change l'intelligence artificielle en dissection sous-muqueuse endoscopique et en myotomie per-orale endoscopique ? État des preuves

M.A. Assili [(1)], M. Belaich [(1)], O. Elmhajri [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]
(1) Agadir, MAROC.

Introduction : Les gestes d'endoscopie digestive avancée notamment la dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD) et myotomie per-orale endoscopique (POEM) restent hautement dépendants de l'opérateur, avec une variabilité des résultats et un risque non négligeable de complications. De nouveaux outils d'intelligence artificielle (IA) prétendent combler cette zone de fragilité. Mais, au-delà des démonstrations séduisantes, réduisent-ils réellement les complications, raccourcissent-ils les procédures et rendent-ils la performance plus reproductible d'un centre à l'autre ?Notre objectif est d'examiner, à partir de la littérature publiée, ce que ces approches apportent concrètement à la dissection sous-muqueuse endoscopique et à la myotomie per-orale endoscopique aujourd'hui.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une revue ciblée de la littérature sur PubMed jusqu'en septembre 2025, incluant des études cliniques et précliniques portant sur la dissection sous-muqueuse endoscopique et la myotomie per-orale endoscopique utilisant des outils d'intelligence artificielle reposant sur la vision par ordinateur et l'apprentissage automatique. Les principaux critères analysés étaient : détection des vaisseaux, guidage de l'incision, reconnaissance des étapes opératoires et prédiction du risque de saignement après ESD.

Résultats : Dans les études disponibles, l'IA améliore la sécurité en ESD en augmentant le taux de détection des vaisseaux(environ de 56 % à 72 %) et en réduisant le temps nécessaire pour les repérer (d'environ 6,7 secondes à 5,2 secondes par vaisseau), au prix d'un faible taux de fausses alertes (≈ 4,5 %). Un système d'aide à la décision pour la coagulation après ESD a retrouvé tous les vaisseaux à traiter lors du contrôle, a correctement identifié environ 73 % des vaisseaux ne nécessitant pas d'hémostase et a surestimé le besoin de traitement dans environ 23 % des cas. La reconnaissance automatique des étapes de la procédure atteint près de 90 % d'exactitude en ESD œsophagienne, et en POEM elle se situe autour de 88 %, avec de meilleurs résultats pour les étapes longues que pour les étapes très courtes. Le guidage de l'incision par IA (détection des marques et projection d'une ligne d'ouverture) montre des performances élevées en validation interne (≈ 86 %) et externes (≈ 79 %), meilleures que chez les opérateurs débutants et proches de celles des opérateurs experts. Des travaux précliniques montrent aussi une segmentation en temps réel des tissus avec une latence très faible (≈ 0,04 seconde), compatible avec l'usage au bloc. Enfin, pour la prédiction du risque de saignement après ESD, des modèles atteignent une bonne capacité de discrimination, classant les patients en groupes de faible, intermédiaire et haut risque avec des taux de saignement observés croissants (≈ 2 %, 9 % et 29 %).

Conclusion : Globalement, les données suggèrent que l'intelligence artificielle améliore la sécurité procédurale, standardise l'exécution et soutient l'orientation peropératoire en temps réel, avec un gain de temps potentiel sur des tâches critiques. Ces bénéfices proviennent toutefois d'études principalement mono- ou multicentriques non randomisées, parfois en modèles animaux ou sur des vidéos rétrospectives. Des évaluations prospectives, multicentriques et standardisées demeurent nécessaires afin de confirmer l'impact sur les résultats cliniques et la sécurité.

P.101

Quand la médecine guide la machine : l'effet des lignes directrices sur l'intelligence artificielle

A. Kahwagi [(1)], P. Wehbe [(1)], R. Alawieh [(1)], E. Mikhael [(1)], E. Mahfouz [(1)], J. Amara [(1)], K. Honein [(1)], R. Slim [(1)], C. Yaghi [(1)]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) s'impose progressivement en coloscopie, où elle améliore la détection en temps réel des polypes et adénomes (1). Cependant, la majorité des études se limitent à évaluer sa performance technique, tandis que son potentiel dans l'interprétation clinique et la formulation de recommandations demeure peu exploré. Cette étude évalue, pour la première fois, la capacité de ChatGPT et DeepSeek à interpréter des rapports de coloscopie et à formuler des recommandations conformes aux lignes directrices, afin d'améliorer la cohérence clinique et la compréhension des rapports par les patients.

Patients et Méthodes : Une étude comparative a été menée sur 92 rapports de coloscopie ainsi que des rapports anatomopathologiques afin d'évaluer les performances d'interprétation des modèles d'IA ChatGPT 5.0 et DeepSeek, avant et après l'application des directives de l'American Gastroenterological Association (AGA), de l'American College of Gastroenterology (ACG), de l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) et de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Chaque rapport médical a été analysé par les deux systèmes d'IA dans deux conditions : sans directives et avec directives d'interprétation spécifiques. Les principaux critères évalués étaient la précision et la complétude de l'interprétation des rapports médicaux. La collecte des données a utilisé un système de notation binaire (1 pour une interprétation correcte, 0 pour une interprétation incorrecte). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R, en appliquant le test du khi carré de McNemar avec correction de continuité pour comparer les résultats catégoriels appariés. Le seuil de signification statistique a été fixé à p<0,05.

Modèle	Condition	Précision (%)	p	Complétude (%)	p2
ChatGPT	Avant lignes directrices	55,4	—	77,2	—
	Après lignes directrices	**91,3**	**<0.001**	**92,4**	**0,0107**
DeepSeek	Avant lignes directrices	57,6	—	45,7	—
	Après lignes directrices	**71,7**	**0,031**	**27,2**	**0,003**
Comparaison (après lignes directrices)	ChatGPT vs DeepSeek	**91,3 vs 71,7**	**<0.001**	**92,4 vs 27,2**	**<0.001**

Résultats : La mise en œuvre des lignes directrices a significativement amélioré les performances de ChatGPT, tant en précision qu'en complétude, comme illustré dans le tableau ci-dessous. DeepSeek a montré des résultats contrastés, avec une amélioration de la précision mais une diminution paradoxale de la complétude après l'application des directives. ChatGPT, après intégration des lignes directrices, a démontré une performance nettement supérieure à celle de DeepSeek, à la fois en termes de précision et de complétude. L'analyse de sensibilité a montré que ChatGPT (après intégration des lignes directrices) a atteint une sensibilité de 72,6 % et une spécificité de 37,5 % pour la précision, avec une valeur prédictive positive (VPP) de 92,4 % et une valeur prédictive négative (VPN) de 11,5 %.Ces résultats confirment que l'application de directives structurées renforce de manière significative la qualité de l'interprétation médicale assistée par intelligence artificielle, ChatGPT bénéficiant davantage de l'intégration des lignes directrices que DeepSeek.

Conclusion : L'intégration de lignes directrices structurées révèle deux approches fondamentalement différentes. ChatGPT les utilise comme un guide d'enrichissement, améliorant simultanément précision et complétude. DeepSeek, de manière inattendue, semble les interpréter comme des filtres restrictifs : bien que la précision augmente, la complétude chute de façon significative, reflétant un phénomène de sur-filtrage problématique.
Cette dichotomie transcende la simple comparaison de performance. Elle révèle comment différents paradigmes d'entraînement façonnent la relation modèle-instruction : enrichissement contextuel *versus* restriction algorithmique. Le fait que ChatGPT non optimisé surpasse DeepSeek optimisé souligne une capacité intrinsèque différenciée à traiter la complexité médicale.
En pratique clinique, l'équilibre entre précision et complétude est essentiel : négliger l'un affaiblit la fiabilité de l'autre. Le sur-filtrage observé peut entraîner la perte d'informations cliniques pertinentes, avec un risque pour la sécurité des patients. ChatGPT s'impose ainsi non par simple supériorité numérique, mais par son équilibre architectural optimal entre rigueur et complétude, critères indissociables d'une aide à la décision médicale fiable.
ChatGPT, associé à des lignes directrices structurées, représente le choix optimal pour l'interprétation des rapports médicaux, atteignant à la fois une précision élevée (91,3 %) et une complétude remarquable (92,4 %), surpassant de manière significative toutes les autres configurations ($p < 0,001$).
Une question essentielle s'impose : À quel seuil de précision l'intelligence artificielle cesse-t-elle d'être un simple outil d'aide et devient-elle un véritable partenaire décisionnel ?

P.102

Intelligence artificielle et transformation de l'apprentissage médical en gastroentérologie

L.J. Masgnaux [(1)], J. Grimaldi [(1)], J. Rivory [(1)], T. Wallenhorst [(2)], F. Pinard [(3)], R. Legros [(4)], J. Jacques [(4)], M. Pioche [(1)]
(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Quimper ; (4) Limoges.

Introduction : L'émergence de l'intelligence artificielle, accessible depuis ChatGPT 3.5 (2022), transforme radicalement l'apprentissage médical, son évaluation et la pratique clinique. Cette revue examine quatre dimensions : la pertinence de l'apprentissage encyclopédique face aux LLM, le potentiel de l'IA comme tuteur empathique, la performance de l'IA seule *versus* collaboration humain-IA, et l'évaluation objective des compétences.

Matériels et Méthodes : Revue narrative 2023-2025. Bases : PubMed, Nature, JAMA, Lancet, ArXiv. Mots-clés : intelligence artificielle, LLM, éducation médicale, gastroentérologie, OSCE, empathie. Inclusion : études sur IA en formation, benchmarks, évaluation. Analyse d'études randomisées, méta-analyses et consensus.

Résultats : Apprentissage encyclopédique *versus* LLM : Les LLM (LLaMA 3 : 15 trillions de tokens)dépassent largement les capacités mnésiques (médecin ~100M tokens)(1). En gastroentérologie, scores quasi-parfaits aux examens(2). Le dicton "AI is the worst today it will ever be" souligne une amélioration continue. Cette réalité questionne l'apprentissage par cœur : pourquoi apprendre comme une machine si celle-ci est supérieure ? Mais sans cet entrainement comment alors maintenir la capacité des médecins à analyser de grands jeux de connaissances ?
IA et empathie : L'empathie serait-elle la clef face aux IA ? Paradoxalement non : les LLM démontrent une empathie perçue supérieure. L'étude JAMA (n=195) qui évaluait les réponses à des messages reddit de patients jugeait que ChatGPT fournissait des réponses empathiques dans 45,1% *vs* 4,6% pour les médecins, soit un ratio de 9,8:1(3), et ce même après que l'identité du rédacteur du message soit révélée(4). Plusieurs études ont évalué l'intérêt de l'IA pour paradoxalement apprendre l'empathie aux étudiants, et les résultats sont encourageants! (5,6). L'IA pourrait servir de tuteur analysant en temps réel le ton et contenu lors d'annonces difficiles (cancer, limitations).
Performance IA seule *vs* collaboration : Méta-analyse MIT (106 études) : les équipes humain-IA surpassent humains seuls mais PAS l'IA seule ! (7). Aucune "synergie humain-IA" ne semble émerger. En endoscopie, on observe même un "deskilling" : les endoscopistes exposés à l'IA voient leur détection d'adénomes diminuer sans assistance(8). Biberonnés par IA diagnostiques, les jeunes endoscopistes atteindront-ils la compétence requise ou deviendront-ils des caméramans à IA ?
Évaluation objective : La fameuse étude Danziger de 2011 évaluant le taux d'acceptation des juges aux USA de demandes de remise en liberté conditionnelle qui chutent de 65% à 0% avant le repas(9), illustre les biais cognitifs. A la lumière de cet apprentissage, les ECOS, bien que plus réalistes que les ECNs, entrainent une variabilité inter et intra jurys majeurs ainsi que la fuite possible des sujets avant le test. Des études de 2024-2025 démontrent la faisabilité de l'évaluation OSCE par IA, avec une fiabilité α=0,98, précision 0,67-0,87(10). L'IA élimine biais, les fuites, garantit l'équité et libère temps enseignants.

Discussion : Quatre constats : LLM rendent obsolète l'encyclopédisme, nécessitant refonte vers raisonnement critique. L'IA offre des applications pédagogiques empathiques. La collaboration humain-IA ne surpasse pas systématiquement l'IA seule, cantonnant potentiellement l'humain à la place de l'assistant. L'évaluation IA offre objectivité et reproductibilité face aux biais.
Cependant, les benchmarks surestiment possiblement capacités des IA actuelles en simplifiant la complexité clinique réelle. Les hallucinations (résultats fallacieux) restent problématiques pour des applications cliniques aux conséquences potentiellement dramatiques.

Conclusion : L'IA transforme la formation en gastroentérologie : fin de l'encyclopédisme en tentant malgré tout de maintenir la capacité à apprendre et comprendre de grands jeux de données, tuteur empathique, questionnement collaboration optimale, évaluation objective des connaissances et compétences.
Il semble nécessaire de développer le raisonnement clinique, l'expertise relationnelle, la collaboration efficace IA tout en préservant dimension humaine irremplaçable... jusque dans un futur plus ou moins lointaint où l'IA, maîtrisant texte, voix, image, sera incarnée dans un robot pouvant lui aussi, à son tour, s'asseoir au lit du malade.

P.103

Colonoscopie assistée par IA : perception et attentes des endoscopistes en formation lors de la phase pré-implantation

M. Belaich [(1)], M.A. Assili [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : Les systèmes de détection assistée par IA (CADe) en colonoscopie améliorent le taux de détection des adénomes (TDA), avec un gain relatif estimé à 20 % (1). Ils présentent néanmoins certaines limites, notamment les faux positifs, une surcharge cognitive potentielle et des enjeux médico-légaux (2,3). Des risques de diminution des performances des endoscopistes lorsque l'IA est désactivée après une exposition prolongée, ont également été suggérés, soulignant la nécessité d'une intégration pédagogique encadrée (2). Dans ce contexte, l'évaluation des connaissances, des perceptions et des attentes des endoscopistes en formation apparaît essentielle avant l'implantation de tels dispositifs. Notre étude vise ainsi à documenter ces éléments dans un centre en phase pré-implantation.

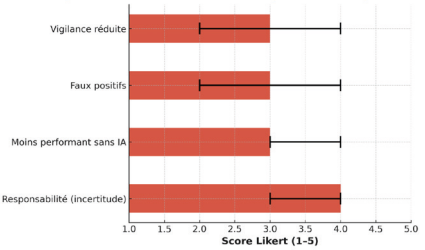
Matériels et Méthodes : Enquête transversale anonyme conduite au mois d'aout 2025 auprès des internes d'hépato-gastro-entérologie d'un même centre, ayant commencé ou non leur formation en endoscopie digestive, en phase pré-implantation d'un CADe. Le questionnaire (20 items) explorait : profil et exposition, connaissances perçues et objectives (Vrai/Faux), acceptation et motivations, réticences (Likert 1–5) et attentes pédagogiques (Likert 1–5). Les résultats ont été analysés de manière descriptive (médiane [IQR]).

Tableau 1. Caractéristiques des internes et niveau de connaissance du CADe avant son implantation (N = 28)

VARIABLE	N (%)
ANNÉE DE FORMATION EN ENDOSCOPIE	
0 AN (PAS ENCORE DÉBUTÉ)	16 (57,1)
< 1 AN	6 (21,4)
1–2 ANS	4 (14,3)
> 2 ANS	2 (7,1)
NOMBRE APPROXIMATIF DE COLONOSCOPIES RÉALISÉES/SUPERVISÉES	
0	12 (42,9)
1–50	8 (28,6)
51–100	5 (17,9)
> 100	3 (10,7)
A DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UN CADE	23 (82,1)
CONNAISSANCE DU DISPOSITIF SPÉCIFIQUE À IMPLANTER	
JAMAIS ENTENDU	13 (46,4)
VU/LU	12 (42,9)
UTILISÉ	3 (10,7)
CONNAISSANCES PERÇUES	
CONNAÎT LES BÉNÉFICES ATTENDUS (↑ TDA, SÉCURITÉ, ETC.)	18 (64,3)
CONNAÎT LES LIMITES (FAUX POSITIFS, DÉPENDANCE, MÉDICO-LÉGAL)	5 (17,9)
CONNAISSANCES OBJECTIVES	
« LE CADE AMÉLIORE LE TDA » (VRAI)	27 (96,4)
« LE CADE PEUT GÉNÉRER DES FAUX POSITIFS » (VRAI)	25 (89,3)
« LE CADE SUPPRIME TOUT RISQUE D'ERREUR » (FAUX)	25 (89,3)
« LE CADE SOULÈVE DES ENJEUX MÉDICO-LÉGAUX » (VRAI)	21 (75,0)

Résultats : Vingt-huit internes ont participé, dont 42,9 % avaient déjà débuté leur formation en endoscopie digestive. La majorité (82,1 %) avait entendu parler des systèmes CADe, mais la connaissance du dispositif spécifique destiné à être implanté dans notre service restait limitée : 46,4 % n'en avaient jamais entendu parler et 42,9 % rapportaient uniquement une exposition indirecte (« vu/lu »). S'agissant des connaissances perçues, 64,3 % déclaraient connaître les bénéfices attendus du CADe, alors que seuls 17,9 % en identifiaient les limites. L'évaluation objective montrait toutefois un bon niveau de compréhension : 96,4 % savaient que le CADe améliore le TDA, 89,3 % reconnaissaient l'existence de faux positifs, 89,3 % réfutaient l'idée d'une suppression totale du risque d'erreur et 75 % identifiaient les enjeux médico-légaux (Tableau 1). L'acceptation atteignait 96,4 % : la quasi-totalité souhaitait utiliser un CADe durant leur formation, seuls 3,6 % s'y opposaient et aucun n'était indécis. Les principales motivations invoquées étaient la réduction du risque de lésions manquées (96,3 %), l'amélioration de la compétence de détection (92,6 %), la sécurité du patient (77,8 %) et l'actualisation technologique (77,8 %). Les réticences concernaient surtout les dimensions médico-légales incertaines (médiane 4 [3–4]) et la crainte d'être moins performant sans IA à l'avenir (3 [3–4]). Les faux positifs (3 [2–4]) et la baisse de vigilance potentielle (3 [2–4]) constituaient également des préoccupations (Figure 1).Les attentes pédagogiques étaient marquées : la majorité souhaitait des formations par vidéos et simulation (5 [4–5]), considérait que l'IA devait rester un outil de complément et non de substitution (5 [4–5]) et plébiscitait l'alternance de séquences « IA activée » et « IA désactivée » pour développer leurs compétences propres (5 [4–5]). L'importance d'un cadre médico-légal clair et de protocoles définis en cas d'erreur de l'IA était également soulignée (5 [4–5]).

Figure 1. Réticences vis-à-vis du CADe (médiane et IQR)



Conclusion : Chez les internes en phase pré-implantation, l'acceptation du CADe est élevée, mais coexiste avec un déficit de connaissance des limites, des réticences médico-légales et des inquiétudes liées aux performances « sans IA ». Les attentes prioritaires convergent vers une intégration pédagogique encadrée : simulation, alternance IA off/on, cadre médico-légal clarifié et protocoles d'escalade. En cohérence avec la littérature (gain de TDA confirmé, vigilance requise vis-à-vis des faux positifs, de la charge cognitive et du risque de dépendance), nos résultats soutiennent l'implémentation du CADe comme outil complémentaire à des parcours pédagogiques structurés et mesurés.

P.104

Impact de la dévolvulation endoscopique sur la stratégie chirurgicale du volvulus sigmoïdien

F. Ghrab [(1)], D. Cherif [(1)], H. Yacoub [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Hassine [(1)], H. Kchir [(1)], N. Maamouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le volvulus sigmoïdien (*Vs*) est une urgence abdominale dont la prise en charge optimale reste débattue. Si la chirurgie en urgence expose à une morbi-mortalité élevée, la dévolvulation endoscopique (DE) permet non seulement de lever l'occlusion, mais aussi d'optimiser la préparation et les conditions du geste chirurgical définitif. L'objectif de notre étude était d'évaluer les résultats de la DE, d'identifier les facteurs prédictifs de son succès et d'analyser son impact sur la stratégie chirurgicale et le pronostic postopératoire.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, menée sur 15 ans (janvier 2005 – décembre 2020) incluant des patients pris en charge pour un volvulus sigmoïdien non compliqué au service de chirurgie viscérale et ayant bénéficié d'une tentative de DE au sein de service de gastro-entérologie. En cas de succès, une chirurgie élective était programmée, tandis qu'un échec ou une récidive compliquée imposait une chirurgie en urgence. Les données cliniques, radiologiques et opératoires ont été analysées. Une étude statistique descriptive et analytique a permis d'identifier les facteurs prédictifs de succès de la DE et leur impact sur la chirurgie. Elle a été réalisée avec un logiciel SPSS (test Khi², p significatif si <0,05).

Résultats : Trente patients ont été colligés. L'âge moyen était de 64,3 ± 11 ans (extrêmes 42–85), avec une prédominance masculine (70 %). Les antécédents retrouvés étaient dominés par la constipation chronique (60 %) et la chirurgie abdominale antérieure (25 %). Sur le plan clinique, tous les patients présentaient un tableau d'occlusion intestinale basse, caractérisé par un météorisme abdominal (100 %), des douleurs diffuses (90 %) et un arrêt des matières et des gaz (87 %). Le diagnostic était confirmé dans tous les cas par l'imagerie (ASP et/ou scanner).
La dévolvulation endoscopique a été réussie dans 75 % des cas (23 patients), permettant un soulagement rapide des symptômes et un délai moyen de 22 jours avant chirurgie élective. Dans ce groupe, 90 % des patients ont bénéficié d'une sigmoïdectomie programmée avec anastomose termino-terminale réalisée en un seul temps. Les suites postopératoires étaient simples dans la majorité des cas, avec une morbidité faible se limitant à quelques infections pariétales superficielles et aucune mortalité rapportée.
En revanche, chez les patients opérés en urgence après échec de la DE ou récidive compliquée (7 patients, 25 %), la chirurgie a nécessité le plus souvent une résection avec colostomie selon Bouilly-Volkmann (88 %) ou un Hartmann (12 %). La morbidité postopératoire y était nettement plus élevée, atteignant 30 %, avec un décès enregistré dans cette série.
L'analyse statistique a montré que les facteurs prédictifs de succès de la DE étaient les antécédents de crises subocclusives, l'aspect typique à l'ASP, une dilatation caecale < 10 cm, un délai de consultation < 72 h et une réalisation de l'endoscopie < 77 h (p < 0,001). À l'inverse, les antécédents chirurgicaux, une dilatation caecale > 10 cm et un délai > 77 h étaient significativement associés à l'échec. La réussite de la DE était corrélée à la possibilité d'une chirurgie définitive en un seul temps avec rétablissement immédiat de continuité digestive (p = 0,025).

Conclusion : La dévolvulation endoscopique du *Vs* non compliqué constitue un pivot thérapeutique majeur. Elle permet de différer la chirurgie et d'optimiser les conditions opératoires, offrant la possibilité d'une résection élective avec anastomose primaire dans des conditions plus sûres et avec un meilleur pronostic. L'identification précoce des patients à haut risque d'échec reste essentielle afin d'orienter vers la stratégie la plus adaptée et de réduire la morbi-mortalité liée à la chirurgie en urgence.

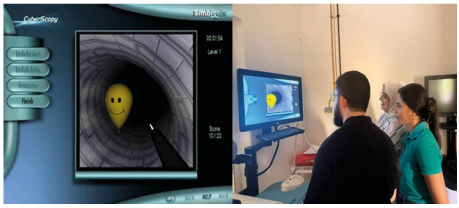
P.105

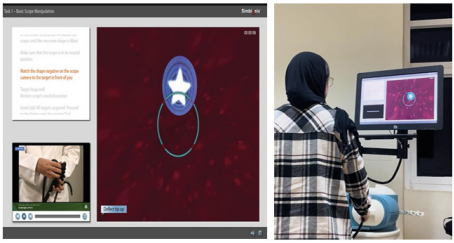
La simulation en réalité virtuelle : un outil efficace et durable pour la formation initiale en endoscopie digestive haute

A. Boutaleb [(1)], O. Elmhajri [(1)], M. El Bied [(1)], A. El Amghari [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]
(1) Agadir, MAROC.

Introduction : La formation en endoscopie digestive haute représente aujourd'hui un véritable défi pédagogique. Dans ce contexte, la simulation en santé, et en particulier la réalité virtuelle, s'impose comme une révolution pédagogique permettant l'acquisition de compétences techniques et cognitives sans risque pour le patient. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre étude : évaluer l'apport du simulateur de réalité virtuelle Simbionix GI Mentor II dans la formation initiale des résidents en endoscopie digestive haute.

Matériels et Méthodes : Une étude prospective quasi-expérimentale a inclus 14 résidents en formation initiale en hépato-gastroentérologie (1ère année et 2ème année) n'ayant jamais pratiqué d'endoscopie. Le programme de simulation sur simulateur GI Mentor II s'est déroulé sur 6 mois avec des évaluations à J0, M3 et M6. Les performances pratiques ont été mesurées à l'aide de deux modules (Fundamental Skills et Endobubble) selon des indicateurs objectifs (temps de procédure, précision, collisions, nombre de tentatives, cibles atteintes). Un questionnaire a évalué la satisfaction, l'utilité pédagogique et le réalisme perçu (logiciel, matériel, retour haptique et sonore).



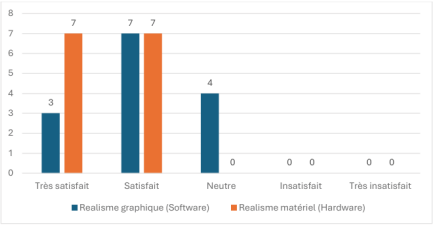


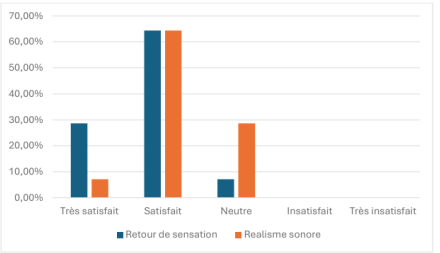
Score Jeu N°2*	Pré-simulation	Post-simulation (M3)	Post-simulation (M6)	P-value**
Durée totale de progression(s)*	706 ± 257	497 ± 95.8	353±86.4	0.002
Pourcentage de cibles acquises avec succès (%)**	92.5[75 ;100]	100 ±12.5	100	0.03
Temps moyen pour acquérir une cible	39.5[31.8 ;54.5]	32.9 ± 13.1	24[21.5 ;26]	0.005
Nombre moyen de tentatives pour atteindre toutes les cibles*	2.33±0.49	2.25 ± 0.452	1.83±0.38	0.04
Nombre total de tentatives pour atteindre toutes les cibles **	40.5[32 ;45]	32 ± 4.01	25.5[23.5 ;27.8]	0.02

*exprimé en moyenne ± écart type ** exprimé en médiane [intervalle interquartile] *** Entre Pré-simulation et Post-simulation (M6)

	Pré-simulation*	Post-simulation (M6)*	P-value
Compréhension du maniement l'endoscope	1.21 ± 0.42	3.79±0.970	<0.001
Navigation dans le tube digestif	1.07 ± 0.26	3.64 ± 0.92	<0.001
Reconnaissance anatomique	1.14 ± 0.36	3.79 ± 0.80	<0.001
Gestion des complications	1.07 ± 0.26	2.86 ±1.03	<0.001

*exprimé en moyenne ± écart type





Résultats : Performances techniques : Amélioration significative entre l'évaluation initiale et la dernière session : Pour le jeu Endobubble, nous avons noté une réduction du temps de procédure, diminution du nombre de collisions, augmentation du nombre de ballons éclatés. Dans le module Fundamental Skills, la durée totale de progression a diminué, le temps moyen par cible s'est réduit et le nombre de tentatives a baissé
Compétences théoriques: Progression hautement significative ($p<0,001$) dans tous les domaines évalués : maniement de l'endoscope, navigation, reconnaissance anatomique et gestion des complications.
Satisfaction et réalisme : 100% des résidents ont jugé la formation pédagogiquement utile. Le réalisme global a été noté à 86%, Plus en détail, les résultats montrent que 50% ont évalué positivement le réalisme du matériel,71% ont jugé le réalisme graphique favorable, 93% ont approuvé le feedback haptique et 71% était satisfaits du réalisme sonore.

Discussion : Notre discussion s'articule autour de 4 volets principaux :
Apport dans l'acquisition des compétences théoriques : Nos résultats, montrant une nette progression des scores théoriques ($p<0,001$), sont parfaitement concordants avec les données de la littérature, notamment les travaux de Sedlack et al. et Grover et al., confirmant que la simulation améliore la compréhension et les connaissances des débutants.
Évaluation des performances techniques : L'amélioration significative de tous nos paramètres pratiques valide l'efficacité de l'outil. Comme le montrait Ferlitsch et al., le GI Mentor permet une différenciation et une progression des compétences. Une comparaison avec les centres de Tanger et d'Argentine montre des tendances similaires, renforçant la reproductibilité de la méthode. La limite commune à ces études, y compris la nôtre, reste l'évaluation du transfert des compétences vers la pratique clinique réelle.
Satisfaction des apprenants et perception du réalisme : Le niveau de satisfaction et le réalisme perçu dans notre étude sont nettement supérieurs à ceux rapportés par Sedlack et al., ce que nous attribuons aux avancées technologiques du simulateur utilisé. Contrairement au rapport de l'ASGE qui nuance le réalisme, nos utilisateurs débutants l'ont jugé élevé, justifiant son intégration dans les cursus modernes.
Durabilité des bénéfices et rétention des compétences : Le maintien des performances à M6 est un résultat fort, renforçant l'hypothèse d'un impact durable de la simulation. Ceci est cohérent avec les observations de Sedlack et al., qui soulignaient également la nécessité d'un entraînement répété pour éviter le déclin

Conclusion : La simulation par réalité virtuelle est un pilier incontournable de la formation moderne en endoscopie. Son intégration dans le cursus des résidents est impérative. L'enrichissement futur de ces simulateurs par les technologies d'IA promet une personnalisation et une efficacité pédagogie encore accrues, faisant de la simulation intelligente l'avenir immédiat de la formation médicale spécialisée.

P.106

Corrélation entre la calprotectine fécale et l'apport de la coloscopie dans le diagnostic des pathologies digestives

O. Outifa [1], N. Harrak [1], M. Salihoun [1], F. Bouhamou [1], S. Elaoula [1], I. Serraj [1], M. Acharki [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La Calprotectine fécale (CF), protéine libérée par les polynucléaires neutrophiles, constitue un marqueur fiable et non invasif de l'inflammation intestinale. Son intérêt majeur réside dans sa capacité à distinguer les troubles fonctionnels intestinaux des maladies organiques, orientant ainsi la nécessité d'un examen endoscopique. Ce travail a pour but d'évaluer sa valeur diagnostique et son intérêt dans l'orientation vers la réalisation d'une coloscopie.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus de façon rétrospective les patients qui ont bénéficié d'un dosage de calprotectine fécale avant la réalisation d'une coloscopie totale, sur une période de 5 ans, de Janvier 2019 à Juillet 2025.

Résultats : Sur 1336 patients ayant bénéficié d'une coloscopie, 71 ont été inclus. Avec une légère prédominance féminine à 56% (sex ratio F/M à 1.2). L'âge médian était de 42 ans.
Parmi les antécédents, un diabète et une appendicectomie antérieure étaient présents chacun dans 9,5 % (n=7), les ATCD familiaux de MICI et le tabagisme chronique dans 4 % (n=3). Cliniquement, les symptômes principaux étaient dominés par un syndrome de koening chez 56 % (n=40), des diarrhées glaireuses chez 45 % (n=32), et alternance de diarrhées/constipation chez 17 % (n=12), avec rectorragies dans certains cas. A la biologie, la CF était > à 1000 µg/g chez 16.9% (n=12), comprises entre 250 et 1000 µg/g chez 53.5% (n=38) et <50 µg/g dans un seul cas.
Sur le plan endoscopique, 59% des coloscopies (n=42) étaient en faveur d'une MICI : une maladie de Crohn dans 45% (n=32), à localisation iléale ou iléo-colique avec atteinte ano-périnéale chez 9.8% (n=7), et une rectocolite hémorragique dans 14% (n=10), à extension colique gauche ou pancolique. Dans 7% des cas (n=5), des lésions inflammatoires (iléites érosives, iléite terminale ulcérative, iléite nodulaire, recto-sigmoïdite érosive) étaient observées sans confirmation histologique. 2 cas révélaient un processus ulcéro-bourgeonnant. Par ailleurs, 29% (n=21) étaient strictement normales.

Conclusion : Notre étude met en évidence une corrélation significative entre le taux de CF et l'indication à la coloscopie, avec 71 % des examens révélant des anomalies endoscopiques. Ces résultats confirment l'intérêt de ce bilan, en particulier pour le dépistage des MICI, tout en suggérant une sensibilité élevée dans le dépistage du carcinome colorectal. Toutefois, un taux élevé de CF, bien que souvent associé à des lésions endoscopiques sévères, ne présente pas de valeur prédictive absolue.

P.107

Dissection sous-muqueuse et mucosectomie : comparaison de leur efficacité et de leur coût

C. Gilles [1], C. Jolly [1], S. Baillot [1], C. Jacob [1], M. Schaefer [1], J.B. Chevaux [1]
(1) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La résection endoscopique est la référence pour les polypes digestifs, la chirurgie n'étant indiquée qu'en cas d'invasion profonde. Deux techniques sont utilisées : la mucosectomie, plus ancienne et économique, et la dissection sous-muqueuse (DSM), plus récente et permettant une résection monobloc. L'objectif est de comparer leur efficacité clinique et leur coût dans la prise en charge des polypes coliques ≥ 20 mm.

Patients et Méthodes : Étude prospective monocentrique (27/01-07/02/2025) incluant les patients bénéficiant d'une résection de polypes pour identifier ceux en ayant eu un ≥ 20 mm. Les données cliniques ont été recueillies dans le dossier patient informatisé (DX CARE version 8.2021.3.1) dans 4 salles d'endoscopie avec une grille de recueil. Ont été analysées : données démographiques (sexe, âge, IMC, score ASA (American Society of Anesthesiologists), données relatives à la procédure (complications pré et post-procédure), caractéristiques des polypes (localisation, nombre, taille, classification CONECCT (COlorectal NEoplasia Endoscopic Classification to Choose the Treatment), résultats anatomopathologiques).
L'impact économique des 2 techniques a été analysé par la méthode du microcosting. Ont été pris en compte la donnée de décomposition des charges des Groupes Homogènes de Malades « Endoscopie digestive thérapeutiques et anesthésie : séjour de moins de 2 jours » : Dépenses cliniques et médicotechniques, Logistique et Gestion Générale, Logistique Médicale, coûts liés à la Structure et les Charges Directes prenant en compte le coût total des dispositifs médicaux (DM) pour une intervention. Les montants ont été comparés au Groupe Homogène de Séjour (GHS).

Résultats : Parmi 66 patients, 11 répondaient aux critères d'inclusion : 6 DSM et 5 mucosectomie (2 mucosectomie exclues car c'était des polypes gastriques).
En moyenne, l'âge est de 65 ans, l'IMC de 27 kg/m² et un score ASA de 2. Chaque patient présentait en moyenne 2 polypes de 25,6 mm. Les localisations principales étaient : duodénum (1), caecum (4), côlon droit (6), côlon gauche (2), sigmoïde (1) et rectum (1).
Selon la classification CONECCT, les DSM concernaient 4 adénomes à risque/cancers superficiels (IIC) et 2 lésions festonnées sessiles (IS). Les mucosectomies concernaient 2 lésions festonnées sessiles (IS), 2 adénomes simples (IIA), 1 adénome à risque ou cancer superficiel (IIC) et 1 lésion non cotée.
Des hémorragies per-procédure sont survenues chez 4 patients DSM et 2 en mucosectomie, toutes contrôlées par pinces hémostatiques. Aucune perforation ni complication retardée n'a été rapportée.
5 patients traités par DSM ont été hospitalisés en J0 (1 nuit d'hospitalisation) et 1 en hospitalisation conventionnelle. En mucosectomie, 3 patients ont été hospitalisés en J0 et 2 en UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire).
Sur le plan économique, la moyenne des coûts directs des patients du groupe DSM était de 2 648 € et de 1 952 € pour les patients du groupe mucosectomie ($p<0,05$ selon test de Wilcoxon rank sum exact). Le coût des DM est de 713 € pour la DSM et 329 € pour la mucosectomie ($p<0,05$ selon test de Wilcoxon rank sum exact).

Discussion : La DSM, plus onéreuse du fait des couteaux, assure une résection monobloc avec marges saines (R0), optimisant l'analyse anatomopathologique et réduisant le risque de récidive. La mucosectomie, souvent fragmentée, limite l'analyse et majore le risque de récidive.

La pratique de la DSM colique dans l'établissement révèle un manque d'actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) adaptés. En pratique, elles sont souvent codées comme des mucosectomies, faute d'alternative adaptée. Cela impacte négativement la valorisation financière des séjours, avec des recettes insuffisantes au regard des coûts engagés.

Conclusion : DSM et mucosectomie sont sûres et efficaces pour les polypes ≥ 20 mm. La DSM, bien que plus chère, améliore la qualité de résection et les perspectives pronostiques. La mucosectomie reste une alternative fiable et économique. Ce travail souligne la nécessité d'adapter codage et remboursement pour une prise en charge optimisée et viable.

P.108

Adoption, freins et attentes vis-à-vis de l'intelligence artificielle en endoscopie digestive : expérience d'un centre hospitalo-universitaire

H. Lamraoui [(1)], F. Belabbes [(1)], O. Bahlaoui [(1)], N. Benjelloun [(1)], Y. Bennani [(1)], H. Delsa [(1)], A. Nadi [(1)], W. Khannoussi [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) représente une avancée majeure en endoscopie digestive, notamment pour l'aide à la détection et à la caractérisation des lésions. Cependant, son adoption en pratique clinique demeure hétérogène. Cette étude vise à évaluer le niveau de connaissance, les freins perçus et les attentes des gastro-entérologues vis-à-vis de l'IA en endoscopie digestive au sein d'un centre hospitalo-universitaire.

Patients et Méthodes : Une enquête anonyme a été menée en ligne entre le 7 et le 12 octobre 2025 auprès de 45 gastro-entérologues exerçant dans un hôpital universitaire. Le questionnaire comportait des items sur les caractéristiques démographiques, le niveau de connaissance de l'IA, son utilisation actuelle, les obstacles à son intégration et les attentes des praticiens. Les réponses ont été analysées de manière descriptive.

Résultats : La majorité des répondants avaient moins de 45 ans (87 %), avec une prédominance féminine (83 %).
Concernant la connaissance et l'utilisation de l'IA : Bien que plus de 90 % aient entendu parler des applications de l'IA en endoscopie, seuls 29 % l'utilisent actuellement, le plus souvent de façon occasionnelle, et 18 % l'emploient régulièrement pour l'aide à la détection des polypes.
Les principaux freins identifiés étaient le manque de formation (61 %), le coût d'acquisition (77 %) et les problèmes d'interopérabilité (55 %). Les inquiétudes médico-légales et de confidentialité des données concernaient respectivement 65 % et 74 % des participants.
Perception et attentes des participants : Malgré ces réserves, 80 % anticipent un impact positif ou très positif de l'IA sur la qualité des soins dans les cinq prochaines années.
Les modalités de formation jugées les plus pertinentes sont : Ateliers pratiques interactifs (48,4%), modules e-learning certifiants (22,6%),sessions de démonstration sur simulateur ou logiciel d'IA (12,9%)
Enfin, 84 % des praticiens se déclarent prêts à participer à des essais cliniques évaluant l'IA, et plébiscitent la formation via ateliers pratiques et modules en ligne.
Les principaux résultats de notre enquête montrent que l'enthousiasme pour l'IA est réel, mais que son intégration dans la pratique reste limitée. Les principaux freins identifiés sont le déficit de formation et les contraintes économiques. Les jeunes praticiens apparaissent comme une population-clé pour favoriser une adoption rapide et éclairée.

Conclusion : L'intégration de l'IA en endoscopie digestive reste limitée par des obstacles pédagogiques, économiques et réglementaires. La mise en place de programmes de formation dédiés, associée à des initiatives de validation clinique et à un cadre médico-légal clarifié, apparaît essentielle pour favoriser une adoption progressive et sécurisée au sein des centres universitaires.

P.109

Performance des scores pré-endoscopiques dans l'évaluation pronostique au cours des HDH : quelles limites chez le sujet âgé ? 65 ans

Z. Bennine [(1)], A. Darif [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], Z. Boukhal [(1)], M. Tahiri [(1)], H. Fouad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est une urgence fréquente, particulièrement à risque chez le sujet âgé. La prise en charge repose sur une évaluation rapide pour stratifier le risque et guider l'endoscopie. Divers scores pré-endoscopiques, tels que le Glasgow-Blatchford, AIMS65 et Rockall, ont été développés pour prédire la mortalité ou la nécessité d'un traitement. Cependant, leur performance chez les patients ≥ 65 ans reste incertaine. Cette étude vise donc à évaluer la performance des scores pré-endoscopiques dans l'évaluation pronostique des hémorragies digestives hautes chez les patients âgés de 65 ans et plus, afin d'identifier leurs limites et d'éventuelles pistes d'amélioration.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude monocentrique rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les patients admis pour hémorragie digestive haute ulcéreuse entre janvier 2016 et décembre 2024. Les données démographiques, clinico- biologiques et endoscopiques ont été recueillies. Les scores Glasgow-Blatchford (GBS), AIMS65 ont été calculés. Les critères d'évaluation pronostic comprenaient : la mortalité intra-hospitalière, le besoin de transfusion (≥2 CG), l'hémostase endoscopique et le recours à un traitement chirurgical. Une analyse ROC (AUROC) a été réalisée pour comparer la performance des différents scores entre les 2 groupes d'âge <65 ans et ≥ 65 ans par le logiciel jamovi 2.7.6.

Résultats : Sur 431 patients inclus, 31, 1% étaient âgés de ≥ 65 ans, avec un âge moyen de 74 ± 7,61 ans et une nette prédominance masculine de 68, 9% .Les principales comorbidités retrouvées étaient : L'HTA (39,6%), diabète type 2 (20,8%), cardiopathie (19,8%) et 18, 9% des patients étaient tabagiques. 55,7 %avaient un ulcère duodénal, le stade III selon la classification de Forrest était dans 34% des cas et dans 12,3% des cas une hémostase endoscopique a été réalisée. 60,4 % des patients avaient reçu plus de 2CG, aucun patient de ce groupe n'a bénéficié d'un traitement chirurgical et le taux de mortalité intra-hospitalière été caluclé à 2,8%. Concernant la prédiction du besoin de transfusion ≥ 2 CG, chez les patients âgés de < 65 ans Blatchford présentait une AUC de 0,70 (IC95 % : 0,700–0,71 ; p < 0,001 ; Se=85,9 %, Sp=46,3 %), Rockall une AUC de 0,59 (IC95 % : 0,59–0,60 ; p < 0,001 ; Se= 32,6 %, Sp= 81,1 %) et AIM65 une AUC de 0,62 (IC95 % : 0,61–0,63 ; p < 0,001 ; Se= 34,4 %, Sp=88,7 %). Pour l'hémostase endoscopique, les performances étaient modérées : Blatchford AUC 0,649 (IC95 % : 0,641–0,658 ; p < 0,001 ; Se= 47,5 %, Sp= 69,6 %), Rockall AUC 0,72 (IC95 % : 0,71–0,730 ; p < 0,001 ; Se= 46,5 %, Sp= 93,6 %), et AIM65 AUC 0,75 (IC95 % : 0,74–0,76 ; p < 0,001 ; Se= 46,5 %, Sp=100 %). Pour la chirurgie, le score AIM65 présentait la meilleure performance (AUC 0,81 ; Se= 88,9 %, Sp= 74,9 % ; p < 0,001), suivi de Rockall (AUC 0,76 ; Se=77,8 %, Sp=73,3 % ; p < 0,001) et Blatchford (AUC 0,52 ; Se=37,5 %, Sp= 83,9 % ; p = 0,007).Concernant la prédiction de la mortalité, le Blatchford présentait une AUC de 0,70 (IC95 % : 0,69–0,71 ; Se= 33,3% ;Sp=94% p < 0,001). Le score Rockall avait une AUC de 0,859 (IC95 % : 0,84–0,86 ; Se=71,4 % ; Sp=95,8 % % p < 0,001), tandis que le score AIM65 affichait la meilleure performance avec une AUC de 0,922 (IC95 % : 0,91–0,93 ; Se=78,6 % ;Sp=97,1 % p < 0,001).
Pour le besoin transfusionnel ≥2CG, chez les patients âgés de≥ 65 ans, le score de Blatchford présentait une AUC de 0,69 (IC95 % : 0,68–0,71 ; p < 0,001), avec une sensibilité de 65,5 % et une spécificité de 61,1 %. Le score Rockall avait une AUC de 0,66 (IC95 % : 0,64–0,679 ; p < 0,001), avec une sensibilité de 78,1 % et une spécificité de 50,0 % et le score AIM65 présentait une AUC de 0,66 (IC95 % : 0,64–0,67 ; p < 0,001), avec une sensibilité de 45,3 % et une spécificité de 83,3 %. Pour l'hémostase endoscopique chez le même groupe, les AUC étaient modérées : Blatchford 0,61 (Se=50,0 %, Sp=73,2 % ; p < 0,001), Rockall 0,71 (Se= 46,2 %, Sp= 94,6 % ; p < 0,001) et AIM65 0,81 (Se= 53,8 %, Sp=93,5 % ; p < 0,001).Concernant la mortalité le score de Blatchford présentait une AUC très faible (0,35 ; p < 0,001) avec une sensibilité nulle et une spécificité de 98,9%, indiquant une utilité limitée. En revanche, Rockall et AIM65 conservaient une excellente performance pour la mortalité (AUC 0,97 et 0,98 ; Se= 100 %, Sp=92,2 % et 97,1 % ; p < 0,001).

Conclusion : notre étude montre que les scores pré-endoscopiques développés pour la population générale présentent des limites importantes chez le sujet agé en particulier Blatchford, tandis que Rockall et AIM65 restent fiables pour la mortalité mais moins performants pour la prédiction des interventions ou transfusions d'où la nécessité de développer des scores pré-endoscopiques spécifiquement pour le sujet âgé.

P.110

Indications de la coloscopie selon les critères de l'EPAGE II : les indications sont-elles toutes pertinentes ?

L. Marhraoui [(1)], O. Elabd [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Salih [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Face à l'augmentation des cancers colorectaux, la coloscopie s'est imposée comme l'examen de référence pour le dépistage, le diagnostic et le traitement endoscopique des polypes et des cancers *in situ*. Toutefois, les indications peuvent parfois être excessives, en raison de la facilité d'accès à cet examen peu coûteux, d'une part, et de la crainte de passer à côté d'une pathologie néoplasique, d'autre part. Le but de ce travail est d'évaluer les critères de l'EPAGE II (European Panel on the Appropriateness of gastrointestinal Endoscopy) dans la validation de la pertinence de l'indication d'une coloscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique, colligeant 1140 patients ayant eu une coloscopie dans l'unité d'endoscopie digestive entre janvier 2024 et décembre 2024. L'indication de l'examen endoscopique a été évaluée selon les critères de l'EPAGE II qui classent la pertinence en : appropriée, incertaine, inappropriée selon un logiciel qu'on retrouve sur le site ; (http://www.epage.ch). Les coloscopies basses, les coloscopies thérapeutiques ainsi que les coloscopies dont les indications ne figuraient pas dans les critères de l'EPAGE II ont été exclues.

Résultats : Au total, 1140 coloscopies ont été étudiées. Six cent cinq patients d'âge moyen de 47.8 ans (15–88) ont été inclus. Le sex-ratio (F/H) était de 1,3. Les indications de la coloscopie les plus fréquentes étaient : Contrôle de cicatrisation d'une MICI (26.3%), confirmation d'une lésion identifiée sur une autre procédure diagnostique notamment radiologique (17.4%) et une hémorragie digestive (13.7%). Dans 435 coloscopies (71,9 %), la pertinence a été jugée appropriée ; elle était incertaine dans 8.2 % des cas et inappropriée dans 19.3 % des cas. Cette inappropriété s'explique en grande partie par la préférence de s'appuyer sur des examens moins invasifs pour contrôler les lésions de MICI à savoir la coloscopie basse pour la RCH ou les techniques d'imagerie notamment l'entéro IRM pour la maladie de crohn . Une lésion endoscopique a été retrouvée dans 390 (64.4 %) coloscopies. La lésion endoscopique significative la plus retrouvée était des lésions de MICI active dans 21.6% des cas suivie de polypes coliques dans 14.5% des cas et des lésions de cancer colo rectal dans 9.4% des cas . Dans le groupe des patients ayant une lésion endoscopique, la pertinence a été appropriée selon les critères de l'EPAGE II dans 76,9 % des cas (n = 300). La pertinence de l'indication et le résultat de la coloscopie étaient significativement associés (p < 0,001).

Conclusion : Nos indications étaient appropriées dans plus que 70 % des coloscopies .La demande de coloscopie pour confirmation de lésions radiologiques était le motif de demande de coloscopie le plus pertinent. La corrélation significative entre ces critères et la présence de lésions endoscopiques nous mène à encourager le recours à ce logiciel permettant d'améliorer le coût/efficacité des examens endoscopiques.

P.111

L'intelligence artificielle en endoscopie digestive : alliée ou piège ergonomique ?

M.A. Assili [(1)], M. Belaich [(1)], M. El Mazghi [(1)], M. Zouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) s'impose en endoscopie digestive comme « observateur secondaire » et aide à la décision. Au-delà des performances diagnostiques, son impact ergonomique sur l'opérateur (posture, gestes, charge mentale, attention, formation) devient un enjeu de sécurité et de qualité. Les endoscopistes présentent une forte prévalence de troubles musculosquelettiques (TMS) et une charge cognitive soutenue. Nous avons réalisé une revue des données indexées pour identifier effets favorables, risques et leviers de conception/usage plus ergonomiques.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une revue bibliographique sur PubMed (jusqu'en septembre 2025), incluant revues, essais, études observationnelles et travaux de facteurs humains en endoscopie. Nous avons ensuite réalisé une extraction qualitative des résultats, centrée sur la charge de travail et l'attention, les interruptions/fausses alertes, les biais d'automatisation et la perte de compétences, la biomécanique et la posture, ainsi que la formation et les interfaces.

Résultats : Les études de facteurs humains décrivent un double visage : l'IA peut soulager la charge cognitive en signalant des lésions fugaces, soutenir la vigilance au retrait, homogénéiser certaines tâches et améliorer des indicateurs (p. ex. taux de détection d'adénomes), tout en restant peu sensible à la fatigue de l'opérateur ; toutefois, l'excès d'alertes et de faux positifs peut induire des interruptions, des micro-ruptures de flux et une fatigue d'alarme, des effets fortement modulés par l'ergonomie de l'interface (taille, contraste, position, timing) et le réglage des seuils.
Plusieurs travaux signalent un biais d'automatisation (suivre la machine, relâchement de la recherche visuelle). Une étude multicentrique suggère, après exposition régulière à l'assistance, une chute du taux de détection lors d'actes sans assistance, évoquant un risque de désapprentissage si l'usage n'est pas encadré. Les approches oculométriques montrent que la reconnaissance d'une alerte dépend du regard effectivement porté sur la zone signalée.
Sur le versant biomécanique, la pratique expose à un risque élevé de TMS. Des solutions d'IA basées sur la vision par ordinateur, sans capteurs portés, estiment en temps réel la posture, identifient les postures à risque (hauteur de table, orientation des poignets/épaules) et délivrent des retours correctifs. Des périphériques et schémas de commande optimisés visent à réduire contraintes de préhension et sollicitation de l'épaule.
En formation, l'exposition précoce à l'assistance peut accélérer l'apprentissage de la détection mais doit éviter l'« apprentissage sous pilotage automatique » ; des cadres méthodologiques recommandent interfaces sobres, réduction des fausses alertes, supervision graduée et explicabilité.

Discussion : L'IA peut améliorer l'ergonomie cognitive (attention soutenue, standardisation) mais peut aussi la dégrader (surcharge d'alertes, fragmentation attentionnelle, biais d'automatisation, désapprentissage). L'ergonomie physique bénéficie d'innovations appuyées par l'IA (mesure objective de posture, assistance robotique/périphériques plus neutres), nécessitant néanmoins une évaluation en conditions réelles. Une trajectoire crédible consiste à concevoir des interfaces frugales en signaux, calibrer dynamiquement les seuils selon expertise et contexte, documenter systématiquement charge mentale et biomécanique, et programmer des séances sans assistance pour entretenir la compétence visuelle propre.

Conclusion : L'impact ergonomique de l'IA n'est ni uniformément bénéfique ni délétère ; il dépend de la qualité de l'interaction humain-machine et de l'ingénierie des usages. Nous proposons, pour tout déploiement, un tableau de bord ergonomique combinant : charge mentale déclarée et oculométrique, taux d'interruptions/fausses alertes, indicateurs de posture/effort, alternance avec et sans assistance pour préserver les compétences, et audits réguliers des interfaces. Cette approche aligne innovation,

sécurité, santé au travail et performance clinique, et doit être testée dans des études prospectives en vie réelle.

P.112

Connaissance du corps médical en radioprotection en salle d'endoscopie et bloc opératoire

M. Cherkaoui [(1)], I. Errabih [(1)], S. Mechhor [(1)], F.Z. Mghyly [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], H. El Bacha [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le développement de l'endoscopie interventionnelle au cours des dernières décennies a permis l'introduction de l'utilisation des rayonnements ionisants émis par un amplificateur de brillance, largement utilisé dans la pratique endoscopique. Que ce soit pour une CPRE, une dilatation, la pose de prothèses ou une anastomose bilio-digestive, l'endoscopiste et le patient sont exposés à ces rayonnements, qui ne sont pas exempts d'effets secondaires, parfois graves. L'objectif de cette étude est d'évaluer dans quelle mesure les endoscopistes et autres utilisateurs connaissent ces effets secondaires et les moyens de s'en protéger.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle menée au sein du service d'hépatogastroentérologie et d'endoscopie. Un questionnaire détaillé sur les rayonnements ionisants et la radioprotection a été diffusé auprès des utilisateurs d'amplificateurs de brillance émettant des rayonnements ionisants. Les participants comprenaient des médecins endoscopistes, des chirurgiens ainsi que le personnel paramédical (infirmiers, anesthésistes).

Résultats : Nos résultats préliminaires sont les suivants : 35 sujets ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 21 (60%) étaient des médecins ou chirurgiens, dont une majorité d'endoscopistes, et 4 étaient des infirmiers (11,4%). Le sexe-ratio F/H était de 1,33. Concernant l'usage des dosimètres, 53,1 % des répondants ont indiqué ne pas en porter, 21,9 % les portent de façon irrégulière et 9,4 % les portent systématiquement. En ce qui concerne la formation en radioprotection, 94 % des répondants ont déclaré ne jamais avoir reçu de formation ni de sensibilisation à ce sujet. De plus, 80 % n'ont jamais entendu parler du principe ALARA, et près de la moitié des répondants ignorent les principes fondamentaux de la radioprotection. 45 % des participants ne connaissent pas les effets stochastiques et déterministes des rayonnements, 64,7 % ne connaissent pas la dose globale maximale d'exposition, et seulement 5 % ont jugé leur niveau de connaissances suffisant.

Conclusion : Ces résultats préliminaires montrent à quel point les endoscopistes et chirurgiens manquent de sensibilisation aux risques liés aux rayonnements ionisants, ainsi qu'une lacune notable dans leurs connaissances en radioprotection. Il est crucial d'améliorer la formation et la sensibilisation de ces professionnels pour garantir la sécurité des patients et des intervenants.

P.113

Innocuité et efficacité de la dilatation endoscopique au cours du syndrome de Plummer-Vinson : à propos de 18 cas

H. Hassen [1], M.H. Loghmari [2], E. Souilem [1], M. Ben Abdelwahed [2], A. Sabbek [2], I. Jemni [2], R. Baklouti [2], A. Nciri [2], M. Zakhama [2], A. Guediche [2], L. Safer [2]
(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de Plummer Vinson est une affection rare caractérisée par la triade classique : dysphagie, anémie ferriprive et membrane du tiers supérieur de l'œsophage. La carence en fer semble être la caractéristique essentielle de son étiopathogénie. Le risque ultime est la dégénérescence en particulier de l'hypopharynx et de l'œsophage cervical. Le traitement repose sur la supplémentation martiale qui peut être associée à dilatation endoscopique L'objectif de notre travail est de déterminer les particularités épidémio-cliniques de cette entité ainsi que l'innocuité et l'efficacité de la dilatation endoscopique dans notre centre

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et analytique menée dans le service d'hépato-gastro-entérologie au centre hospitalo-universitaire Monastir, durant une période totale de 19 ans allant de janvier 2006 jusqu'à Décembre 2024.Nous avons inclus les patients âgés de plus que 18 ans atteints du syndrome de Plummer Vinson ayant bénéficié d'une dilatation endoscopique. Les caractéristiques épidémiologiques et évolutives ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.

Résultats : En tout, 18 patients ont été inclus pour un total de 32 dilatations. L'âge médian de la population était de 40,5 ans [29,5 - 55,75] avec une nette prédominance féminine(sex-ratio H/F =1/8).Tous les patients présentaient une dysphagie aux solides.La dysphagie était légère chez 8 patients, modérée chez 9 patients, tandis qu'un seul patient a présenté une aphagie due à une impaction alimentaire. Une perte du poids a été objectivéechez11 patients (61%). Les taux moyens de l'hémoglobine et de la ferritinémie étaient8,2 g/dl [5,6-10] et 12,6 mg/L [3-20], respectivement. Deux patients ont nécessité une transfusionpour une anémie mal tolérée. En moyenne, 3calibres des bougies de Savary-Gillard ont été utilisés avec un maximum de 4. Le diamètre minimal moyen était de 8mm et le diamètre maximal moyen était de 13 mm.On n'a pas constaté de complications graves. Seulement 5 patients ont présenté un saignement minime en post-procédural immédiat. Le nombre moyen de séances était de 1,7 [1-4]. Douze patients(66,7%) ont nécessité une seule séance de dilatation sans récidive de la symptomatologie. Une récurrence a été notée chez 6 patients (33%) malgré la supplémentation martiale. La dégénérescence a été observée chez 2 patients soit 11%. La durée moyenne de suivi était de 6,9 ans avec une résolution totale des symptômes chez 13 patients (72%).

Conclusion : Le traitement endoscopique au cours de syndrome de PlummerVinson semble être efficace et anodin. Cependant, des études plus robustes à un échantillon plus élevé sont nécessaires pour une évaluation plus approfondie

P.114

Rôle de l'IA dans la détection et la caractérisation des polypes lors de colonoscopies. Étude ethnographique

M. Rostain [1], M. Pioche [2], F. Rostain [2], J. Rivory [2], A. Lupu [2], L. Calavas [2], J.C. Saurin [2], R. Huising [3]
(1) Coventry, ROYAUME-UNI ; (2) Lyon ; (3) Paris.

Introduction : Les récentes avancées en analyse d'images ont suscité un intérêt croissant pour l'intelligence artificielle (IA) dans la détection et la caractérisation des polypes, notamment afin de réduire les omissions et d'assister les jeunes praticiens dans l'évaluation de polypes complexes. Toutefois, les études actuelles sur l'IA en diagnostic médical se concentrent principalement sur des indicateurs techniques (sensibilité, spécificité, précision, F1-score), alimentant une logique de compétition entre médecins et IA. Cette approche, centrée sur la performance, néglige la compréhension des usages réels de l'IA en pratique clinique, des conditions favorisant son intégration, ainsi que de ses effets sur la confiance des médecins en leurs compétences et sur leur apprentissage. Cette recherche vise ainsi à analyser les conditions d'utilisation — ou de non-utilisation — de l'IA lors des colonoscopies, et leurs conséquences sur la performance, la confiance professionnelle et la production de connaissances médicales.

Patients et Méthodes : Cette étude adopte une approche ethnographique, reposant sur l'observation et la description des pratiques de travail en salle d'opération. Le premier auteur a observé 242 patients : 92 dans une salle sans IA, 78 avec une IA de détection, et 72 avec une IA de détection et de caractérisation. Présente durant chaque colonoscopie, elle a consigné l'ensemble des échanges, gestes et pratiques, constituant plus de 800 pages de notes de terrain. Les patients venus pour une fibroscopie (IA non fonctionnelle) ou une dissection sous-muqueuse (IA non nécessaire) ont été exclus de l'analyse. Les données ont été traitées selon une approche d'analyse ancrée (Charmaz, 2014), consistant en un codage ligne par ligne pour faire émerger des catégories analytiques regroupant des observations similaires. Cette analyse a révélé que l'intégration de l'IA dans les pratiques cliniques varie considérablement selon les cas, invitant à explorer les conditions, les mécanismes et les conséquences de ces variations.

Résultats : L'étude montre qu'une même IA peut jouer des rôles très différents auprès d'un même médecin au cours d'une même colonoscopie, selon quatre conditions principales.
La première condition concerne la synchronisation temporelle entre les actions du médecin et celles de l'IA. Lorsque l'IA intervient avec un léger retard sur le praticien, sa contribution arrive trop tard pour être intégrée. Par exemple, lorsqu'elle identifie un polype comme un adénome alors que le médecin l'a déjà classé comme non adénome et poursuit l'examen, ce décalage temporel conduit le praticien à l'ignorer (39,7 % des cas).
La deuxième condition relève du niveau de difficulté perçu. Lorsque le cas est jugé simple, la concordance entre le diagnostic initialement proposé par l'IA et celui du médecin devient déterminante. Lorsque l'IA avance un diagnostic perçu comme évident et que le médecin le confirme, elle agit comme un accélérateur, permettant une validation rapide sans justification explicite (25 % des cas). À l'inverse, lorsqu'elle propose un diagnostic jugé évident que le médecin infirme, l'IA apparait comme une interférence inutile, même lorsque sa divergence pourrait être fondée (16,2 % des cas).
Enfin, lorsque la situation est perçue comme difficile, c'est le sentiment de disposer de temps qui détermine le rôle joué par l'IA. Si le médecin estime avoir du temps, l'IA l'encourage à justifier son diagnostic à partir des données du patient, d'éléments anatomiques ou du contexte, renforçant ainsi sa confiance dans ses compétences médicales (10,2 % des cas). En revanche, lorsqu'il se sent pressé par le temps, le médecin retire presque automatiquement le polype, sans expliciter son diagnostic, ce qui tend à affaiblir sa confiance dans ses compétences médicales (8,9 % des cas).

Conclusion : L'implémentation d'une IA de détection ou de caractérisation des polypes ne peut se réduire à ses performances techniques. Selon le contexte de travail, la

même IA peut renforcer les compétences, accélérer le geste, être ignorée, perturber l'examen ou affaiblir les connaissances. Sa valeur n'est jamais intrinsèque, mais dépend toujours de la situation.

P.115

Perception et attentes vis-à-vis de l'intelligence artificielle (IA) appliquée à l'endoscopie digestive

N. Sardi [1], N. Lagdali [1], F.Z. Chabib [1], M. Kadiri [1], M. Borahma [1], F.Z. Ajana [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) constitue une avancée majeure en endoscopie digestive, avec des applications prometteuses dans la détection, la classification et la standardisation des examens. Cette étude vise à évaluer la perception, l'exposition, les attentes et les craintes des endoscopistes marocains vis-à-vis de l'IA, afin d'identifier les leviers et les freins à son intégration en pratique clinique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, menée entre avril et septembre 2025, à partir d'un questionnaire en ligne diffusé dans plusieurs centres hospitalo-universitaires. Le questionnaire comportait douze items portant sur le profil des répondants, leur expérience en endoscopie, leur connaissance de l'IA, son utilité perçue, les impacts attendus, les craintes et les freins à l'intégration.Les données ont été analysées sous forme de pourcentages, et les comparaisons intergroupes (résidents *vs* seniors, expérience <5 ans *vs* ≥5 ans) ont été réalisées à l'aide du test du Chi², avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : L'enquête a inclus 112 praticiens : 76,8 % de résidents, 14,3 % de spécialistes et 8,9 % de professeurs. L'expérience endoscopique était inférieure à deux ans chez 66,1 %, comprise entre deux et cinq ans chez 21,4 % et supérieure ou égale à cinq ans chez 12,5 %.La connaissance de l'intelligence artificielle restait limitée : 42,9 % n'en avaient aucune, 33,9 % en avaient simplement entendu parler, 14,3 % connaissaient quelques systèmes et 8,9 % l'avaient déjà utilisée. L'exposition directe à un dispositif d'IA concernait 28,6 % des répondants.

Les domaines d'utilité perçue les plus cités étaient la classification des polypes (85,7 %) et la détection automatique des lésions (75,0 %). Suivaient le calcul de scores de sévérité tels que Mayo ou UCEIS (62,5 %), l'aide à la rédaction du compte-rendu (60,7 %) et la formation médicale (48,2 %).L'intelligence artificielle était globalement perçue comme bénéfique : 82,1 % anticipaient une amélioration du diagnostic, 75,0 % un gain de temps et 32,1 % une réduction des complications. Une perception favorable était rapportée par 96,4 % des participants, dont 71,4 % jugeaient l'apport « très bénéfique ».

Les principales craintes concernaient les erreurs diagnostiques (82,1 %), la perte de compétence humaine (67,9 %), la responsabilité médico-légale (55,4 %) et les contraintes techniques (50,0 %). Une baisse des compétences humaines était redoutée par 80,3 % des répondants.Malgré ces réserves, plus de 90 % étaient favorables à l'intégration de l'intelligence artificielle dans leur unité d'endoscopie, avec une préférence pour des ateliers pratiques de formation. Les freins majeurs identifiés étaient le manque de formation, le coût du matériel et l'absence de protocoles nationaux.L'analyse montrait une perception plus réservée chez les praticiens expérimentés (≥5 ans) comparativement aux plus jeunes ($p = 0,03$).

Conclusion : Cette enquête met en évidence une forte adhésion des endoscopistes à l'intégration de l'intelligence artificielle en endoscopie digestive, malgré une exposition encore limitée et une connaissance partielle des systèmes existants.Ces résultats soulignent la nécessité d'un programme structuré de formation, de validation clinique et d'encadrement réglementaire, afin de favoriser une adoption progressive, raisonnée et sécurisée de l'IA en pratique endoscopique.

P.116

Évaluation de la fiabilité des recommandations de ChatGPT après une coloscopie de dépistage

H. Aksim [(1)], M. Belhamdiya [(1)], R. Akka [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'intérêt croissant des patients pour les informations médicales issues de sources électroniques a favorisé l'émergence d'outils d'intelligence artificielle (IA) dans le parcours de soins. ChatGPT est un agent conversationnel basé sur l'IA, déjà identifié comme une source fiable d'informations préalables à une coloscopie. L'objectif de cette étude était d'évaluer la capacité de ChatGPT à formuler des recommandations de suivi après une coloscopie de dépistage ou de surveillance du cancer colorectal.

Patients et Méthodes : Une étude observationnelle transversale monocentrique a été conduite en 2024. Ont été incluses les coloscopies de dépistage et de surveillance post-polypectomie. Ont été exclues les coloscopies réalisées pour hémorragie digestive, suivi de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou suivi post-opératoire de cancer colorectal.Les comptes-rendus endoscopiques (incluant la qualité de la préparation colique, le temps de retrait, les résultats et les prélèvements histologiques) ainsi que les rapports d'anatomopathologie correspondants ont été soumis à ChatGPT, en garantissant l'anonymat des patients et des praticiens. L'IA devait proposer un intervalle de surveillance coloscopique selon les recommandations des sociétés américaines de gastroentérologie (2020). Les réponses obtenues ont été comparées à celles validées par deux gastroentérologues expérimentés.

Résultats : Deux cents coloscopies ont été analysées. L'âge moyen des patients était de 48,9 ± 11,2 ans ; 110 (55 %) étaient des femmes et 90 (45 %) des hommes.ChatGPT a fourni une recommandation correcte dans 124 cas (62 %). L'intervalle de surveillance a été sous-estimé dans 36 cas (18,0 %) et surestimé dans 22 cas (11,3 %). Parmi ces 22 cas, 16 (7,7 % du total) proposaient un intervalle hors des recommandations. Les principales raisons de ces écarts étaient : la mauvaise préparation colique (n = 13, 87,0 %), la surveillance post-résection d'un polype festonné traditionnel > 2 cm avec dysplasie par mucosectomie (n = 1, 6,25 %), d'un polype hyperplasique > 1 cm (n = 1, 6,25 %), et celle d'un adénome tubulo-villeux avec dysplasie de haut grade (n = 1, 6,25 %).

Conclusion : ChatGPT apparaît comme un outil pertinent pour émettre des recommandations de suivi après une coloscopie de dépistage ou de surveillance. Ses principales limites concernent la prise en compte des situations nécessitant une surveillance rapprochée, notamment en cas de préparation colique inadéquate. L'intégration de l'IA dans les programmes de dépistage du cancer colorectal pourrait optimiser la continuité du suivi, y compris comme aide-mémoire pour les patients, sous réserve d'une adaptation aux cas particuliers.

P.117

Taux de rendement diagnostique de la coloscopie virtuelle après une coloscopie optique incomplète

M. Cadi [(1)], E. Elghoul [(1)], A. Saltel [(1)], C.A. Cuenod [(1)], A. Lansier [(1)], O. Clément [(1)], G. Manceau [(1)], G. Perrod [(1)], M. Jeay [(1)], C. Cellier [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La coloscopie optique (CO) est l'examen de référence pour l'exploration complète du côlon. Néanmoins, elle reste incomplète dans 10 à 15 % des cas, et jusqu'à 22-33% chez les patients âgés, en raison de divers facteurs anatomiques ou techniques, indépendamment de l'expérience de l'opérateur. Après une CO incomplète, une exploration morphologique exhaustive de l'ensemble des segments du côlon est indispensable. Dans ce contexte, la coloscopie virtuelle (CV) constitue l'examen d'imagerie de référence. L'objectif de cette étude rétrospective était d'évaluer le rendement diagnostique de la CV après une CO incomplète.

Patients et Méthodes : Parmi les 500 patients ayant bénéficié d'une CV entre Janvier 2020 et Septembre 2025, à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, 116 patients (55 femmes et 61 hommes) âgés en moyenne de 70 +/- 10 ans ont été adressés pour une CV en raison d'une CO incomplète. Les motifs d'échec de la CO et le délai entre les deux examens ont été recueillis.
Tous les patients ont eu d'une préparation colique à base de laxatifs, d'un marquage des selles par un produit de contraste oral et une insufflation automatique à basse pression au dioxyde de carbone. Une injection intraveineuse d'iode était réalisée uniquement chez les patients présentant une tumeur colique, afin de compléter le bilan d'extension.

Résultats : Parmi les 116 patients inclus, les causes d'échec de la CO incluaient : une préparation insuffisante (28%, n=34), un dolichocôlon (25%, n=29), une sténose non tumorale (9%, n=11), une sténose tumorale (9%, n=6), une diverticulite sigmoïdienne (9%, n=6), et des causes non précisées (29%, n=30).
La CV a permis une exploration morphologique complète chez 98% des patients (n=114). Le délai moyen entre la CO et la CV était de 137 +/- 429 jours (médiane : 21) La qualité technique de la CV était jugée bonne dans 92% des cas (n=108), moyenne dans 5% (n=6), et insuffisante dans 2% (n=3).
La CV était normale dans 70% (n=83). Des polypes ≤10 mm ont été détectés chez 10 patients, dont 6 ont pu bénéficier secondairement d'une CO thérapeutique. L'origine des sténoses non tumorales a pu être précisée dans tous les cas, entraînant une modification de la prise en charge chirurgicale chez un patient.

Conclusion : La CV est un outil fiable pour l'exploration complète du côlon en cas de CO incomplète. Elle permet de caractériser précisément les sténoses non tumorales, d'explorer le côlon proximal en cas de lésion sténosante et de détecter d'éventuelles tumeurs synchrones, optimisant ainsi la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.

P.118

Sténoses biliaires indéterminées : quel rendement diagnostique du cytobrossage ?

S. Sbihi [(1)], Y. Yassine [(1)], N. Goujdami [(1)], H. Aouroud [(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 : Les sténoses biliaires indéterminées représentent un défi diagnostique fréquent en pratique gastro-entérologique. La détermination de la nature bénigne ou maligne des sténoses des voies biliaires est primordiale afin de dicter la conduite à tenir thérapeutique ultérieure. Dans ce contexte, le brossage cytologique biliaire réalisé lors de la cholangio-pancréatographie rétrograde (CPRE) est une technique simple et peu invasive, mais son rendement diagnostique reste discuté. Le but de notre travail était d'évaluer la pertinence de la cytologie biliaire dans la distinction entre l'origine maligne et bégnine des sténoses biliaires.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective menée entre 2020 et 2024 incluant les patients ayant bénéficié d'un cytobrossage pour sténose biliaire indéterminée dans notre centre. La sténose des voies biliaires a été objectivée sur les données morphologiques (Bili-IRM et/ou CPRE). Le brossage per-endoscopique était réalisé par l'introduction d'une brosse de cytologie protégée par un cathéter jusqu'au niveau de la sténose. La brosse était ensuite mise dans une solution de fixation EASYFIX. En anatomopathologie, les cellules étaient étalées sur une ou deux lames et colorées au Papanicolaou.

Résultats : Nous avons recensé 52 patients, dont l'âge moyen était de 60 ans (20–87 ans). La sténose biliaire s'est révélée le plus souvent par un ictère cholestatique (73 %, n = 38), plus rarement par une pancréatite aiguë (6 cas), une angiocholite aiguë (6 cas) ou par l'association des deux (2 cas). Le siège de la sténose intéressait principalement la voie biliaire principale (42 cas, 80 %), suivie du canal hépatique commun (8 cas) et du hile (2 cas). Une origine maligne était suspectée chez 30 patients (57 %), dominée par le cholangiocarcinome (16 cas), la tumeur ampullaire (10 cas) et le cancer de la tête du pancréas (4 cas), tandis que 22 sténoses étaient présumées bénignes. Sur le plan cytologique, une cellularité riche a été retrouvée dans 24 cas (47 %), avec un fond biliaire dans 18 cas (34 %). Les cellules étaient le plus souvent isolées ou en amas lâches (44 cas, 87 %), plus rarement en amas compacts (8 cas, 15 %). Un rapport nucléo-cytoplasmique élevé a été noté dans 12 cas, un nucléole dans 10 cas et une chromatine dense dans 8 cas. La cytologie a permis de confirmer la malignité dans 12 cas (40 % des suspicions malignes), alors qu'aucune cellule atypique n'a été mise en évidence dans les autres situations. En cas de sténose présumée bénigne, la cytologie a confirmé le caractère bénin dans 100 % des cas. Ainsi, la sensibilité du brossage biliaire était de 40 %, avec une spécificité de 100 %.

Conclusion : Le cytobrossage présente une excellente spécificité mais une faible sensibilité dans le diagnostic des sténoses biliaires indéterminées. Il doit être intégré dans une stratégie multimodale associant l'histologie et l'imagerie avancée (écho-endoscopie, cholangioscopie) pour optimiser le rendement diagnostique.

P.119

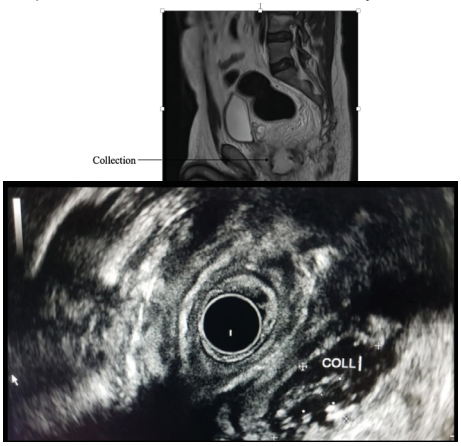
Traitement transmural sous échoendoscopie de collections pelviennes symptomatiques : une première expérience au Maroc

S. Gioftsiou [(1)], M. Faiz [(1)], Z. Malki [(1)], F. Elgraoui [(1)], J.B. Mamalhy [(1)], M. Mohammadi [(1)], H. Seddik [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les abcès pelviens constituent une complication fréquente de pathologies infectieuses abdominales ou uro-gynécologiques. Leur prise en charge repose sur une évacuation efficace combinée à une antibiothérapie ciblée. Le drainage sous écho-endoscopie est une technique mini-invasive de plus en plus utilisée, offrant une alternative sûre à la chirurgie et au drainage radiologique. Nous rapportons ici quatre cas d'abcès pelviens drainés avec succès par cette méthode.

Matériels et Méthodes : Cinq patients présentant un abcès pelvien ont été pris en charge par drainage sous écho-endoscopie entre novembre 2023 et mai 2024. Une aiguille de 19G a été utilisée pour la ponction des abcès, suivie de l'injection de 500 mg d'amikacine. Dans un cas, un drain en queue de cochon a été posé en raison de la taille importante de l'abcès. Tous les patients ont bénéficié d'un suivi clinique, échographique et biologique pour évaluer l'évolution.

Résultats : - Patient 1, 2 et 3 : Ces deux patients présentaient un abcès secondaire à une sigmoïdite diverticulaire.
- Patient 4 : Chez ce patient, aucune étiologie précise n'a pu être déterminée après les investigations.
- Patient 5 : L'abcès était secondaire à un sepsis à point de départ urinaire.
Pour tous les patients, l'évolution a été favorable avec disparition de la douleur dans les suites immédiates et obtention de l'apyrexie dans les 72 heures. Les contrôles échographiques ont montré une résorption complète des abcès, et le syndrome inflammatoire biologique a disparu dans les semaines suivant l'intervention. Aucun cas de complication ou de récidive n'a été observé à moyen terme.



Conclusion : Le drainage sous écho-endoscopie offre plusieurs avantages : il est moins invasif que la chirurgie, permet une localisation précise de l'abcès, et réduit les risques de complications. L'injection d'amikacine permet une action antibactérienne locale renforcée. La pose d'un drain en queue de cochon, comme dans le cas d'un abcès volumineux, garantit un drainage continu et une résolution rapide de l'infection. Ces observations confirment l'efficacité de cette approche dans des contextes cliniques variés.
Le traitement transpariétal sous écho-endoscopie des abcès pelviens représente une méthode sûre, efficace et bien tolérée. Ce traitement doit être discuté comme une option de premier recours dans la prise en charge de collections pelviennes symptomatiques.

P.120

Dépister sans symptômes ? Apport de la coloscopie chez les patients atteints d'acromégalie asymptomatiques sur le plan digestif

N. Bouhdoud [1], A. Sadik [1], F. Machayi [1], H. Aouroud [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'acromégalie est une affection rare résultant d'une hypersécrétion chronique de l'hormone de croissance (GH) et du facteur de croissance IGF-1. Au-delà des complications métaboliques et cardiovasculaires, cette maladie expose à un risque accru de néoplasies coliques, notamment d'adénomes avancés et de cancers colorectaux (CCR). Ce risque est lié à la stimulation proliférative du tissu colique par l'IGF-1, indépendamment du contrôle hormonal ou de la présence de symptômes digestifs.Ainsi, plusieurs recommandations internationales préconisent une coloscopie de dépistage dès le diagnostic d'acromégalie, puis à intervalles réguliers. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt de ce dépistage systématique chez des patients acromégales asymptomatiques sur le plan digestif, en analysant la prévalence et la nature des lésions coliques détectées.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein de notre centre universitaire, incluant tous les patients suivis pour acromégalie et ayant bénéficié d'une coloscopie de dépistage entre janvier 2021 et décembre 2024. Ont été recueillies : les données cliniques, biologiques, endoscopiques et histologiques. Les coloscopies ont été réalisées par des endoscopistes expérimentés, après préparation standard. Les polypes détectés ont été réséqués ou biopsiés pour analyse anatomopathologique

Résultats : Au total, 18 patients ont été inclus. Tous étaient asymptomatiques sur le plan digestif au moment du dépistage. La coloscopie a mis en évidence des lésions polypoïdes chez 8 patients (44,4 %), avec un nombre de polypes variant de 1 à 4 par patient. La taille moyenne des polypes était de 8 mm (extrêmes : 3–20 mm), et la majorité était de morphologie sessile.Les localisations étaient diverses : angle colique droit (37 %), sigmoïde (31 %), rectum (19 %), et polyposes diffuses dans 13 %. Tous les polypes ont été réséqués, et une patiente présentant une polypose recto-colique a bénéficié de biopsies-exérèses.L'examen anatomopathologique a retrouvé des adénomes tubuleux dans la majorité des cas, dont un adénome villeux avec dysplasie focale de haut grade. Notamment, un patient a présenté un adénocarcinome colique infiltrant, diagnostiqué à un stade localisé et pris en charge chirurgicalement avec succès.Les 10 autres patients (55,6 %) avaient une coloscopie normale et n'ont présenté aucune anomalie au suivi endoscopique après un recul moyen de 24 mois.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence élevée de lésions adénomateuses et néoplasiques chez des patients acromégales sans symptômes digestifs, confirmant la valeur préventive majeure de la coloscopie de dépistage. Le diagnostic précoce d'un cas de CCR localisé illustre l'importance de cette stratégie pour réduire la morbi-mortalité liée au cancer colorectal dans cette population à haut risque.Nos résultats soulignent la nécessité d'une sensibilisation accrue des endocrinologues et gastroentérologues afin d'intégrer la coloscopie systématique dans le suivi initial et périodique de l'acromégalie

P.121

Performance du ratio neutrophiles/ lymphocytes (NLR) dans l'évaluation pronostique de l'hémorragie digestive haute

Z. Bennine [1], A. Darif [1], F.Z. El Rhaoussi [1], Z. Boukhal [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute est une urgence médico-chirurgicale fréquente, dont le pronostic dépend de plusieurs facteurs clinico- biologiques et endoscopiques. De multiples scores pronostiques (Blatchford, Rockall….) sont utilisés pour évaluer la sévérité de l'hémorragie et prédire l'évolution du patient. Récemment, des marqueurs biologiques simples comme le ratio Neutrophiles/Lymphocytes ont émergé comme outils de prédiction de l'évolution dans plusieurs pathologies aigues. L'objectif de cette étude est d'évaluer la performance du NLR dans l'évaluation du pronostic des patients admis pour une hémorragie digestive haute et de le comparer aux scores classiques.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude monocentrique rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les patients admis pour hémorragie digestive haute entre avril et décembre 2024. Les données démographiques, clinico- biologiques et endoscopiques ont été recueillies. Les scores Glasgow-Blatchford (GBS), Rockall, et le NLR ont été calculés. Les critères d'évaluation pronostic comprenaient : la mortalité intra-hospitalière, le besoin de transfusion (≥2 CG), l'hémostase endoscopique et une hospitalisation >5 jours. Une analyse ROC (AUROC) a été réalisée pour comparer la performance des différents scores par le logiciel jamovi 2.7.6

Résultats : Un total de 180 patients a été inclus, avec un âge moyen de 54,9 ± 19 ans et une nette prédominance masculine de 63, 9%(sex-ratio H/F =1,77); Les principales comorbidités retrouvées étaient : la cirrhose dans 17,8% des cas, le diabète (11,1%), l'HTA et les cardiopathies dans respectivement 8,9 et 8,3% des cas. 18,3 % des patients étaient tabagiques,10% rapportaient une prise d'AINS et 9,4% étaient sous anticoagulants. les principales étiologies retrouvées étaient les hémorragies variqueuses (35 %), les ulcères gastroduodénaux (28,3 %), les tumeurs (8,3 %) et les angiodysplasies (3,3 %) . La transfusion sanguine été faite chez 66,2% des cas avec 49,4% avaient reçu plus de 2CG, une hémostase endoscopique a été réalisée dans 44,4% des cas, la durée moyenne d'hospitalisation était de 6,62± 4,6 J et Le taux de mortalité intra-hospitalière été calculé à 6,7%. Le NLR moyen à l'admission était de 4,99± 3,8.Concernant la prédiction du besoin de transfusion ≥2 culots globulaires, le NLR montrait une capacité prédictive modeste AUC=0,55 (IC95% 0,54–0,56 ; seuil=3,43 ; Se=58,4 % ; Sp=48,8 % ; p<0,001), contre un AUC=0,57 pour Blatchford (IC95% 0,55–0,59 ; Se=81,3 % ; Sp=32,5 % ; p<0,001). À l'inverse, le score de Rockall avait une très faible valeur discriminative (AUC=0,45 ; IC95% 0,44–0,46), avec une sensibilité quasi nulle (1,3 %) mais une spécificité élevée (96,3 %) (p<0,001). Pour la prédiction du recours à une hémostase endoscopique, le ratio NLR avait une performance limitée (AUC=0,51 ; IC95% 0,50–0,52 ; seuil=7,05), avec une sensibilité limitée à 26,1 % et une spécificité de 83,7 % (p=0,05). En comparaison, le score de Blatchford montrait une performance légèrement supérieure (AUC=0,60 ; IC95% 0,59–0,61; Se=36,4 % ; Sp=83,1 % ; p<0,001), tandis que le score de Rockall était le plus performant (AUC=0,66 ; IC95% 0,65–0,67 ; Se=59,7 % ; Sp=71,1 % ; p<0,001). Pour la prédiction d'une hospitalisation prolongée (>5 jours),le NLR présentait une AUC=0,57 (IC95% 0,55–0,58 ; seuil=4 ; Se=46,9 % ; Sp=62,5 % ; p<0,001), proche du Blatchford (AUC=0,55 ; IC95% 0,54–0,56 ; Se=78,5 % ; Sp=30,3 % ; p<0,001), mais inférieur au Rockall (AUC=0,59 ; IC95% 0,57–0,60 ; Se=50,6 % ; Sp=66,7 % ; p<0,001).Enfin, Le NLR élevé était significativement associé à la mortalité avec une AUC de 0,67 (IC95% 0,65–0,69 ; seuil=6,07 ; Se=50 % ; Sp=77,5 % ; p<0,001). En comparaison, le score de Blatchford avait une meilleure performance (AUC=0,75 ; IC95% 0,74–0,77 ; Se=75 % ; Sp=65,7 % ; p<0,001), suivi du Rockall (AUC=0,73 ; IC95% 0,71–0,75 ; Se=58,3 % ; Sp=79,3 % ; p<0,001).

Conclusion : Dans notre étude, le NLR apparaît comme un biomarqueur permettant d'évaluer la sévérité de l'HDH et il s'est montré modérément performant, parfois comparable aux scores pronostiques classiques, mais globalement inférieur au Rockall et Blatchford, sauf pour le besoin transfusionnel où il fait mieux que Rockall.Ainsi, l'intégration du NLR" biomarqueur simple, rapide et peu coûteux" dans l'évaluation initiale pourrait aider à stratifier les patients à risque élevé et orienter précocement leur prise en charge. Toutefois, des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour valider son utilité et définir des seuils pertinents.

P.122

Impact de la qualité de la préparation intestinale sur le rendement diagnostique de la vidéocapsule endoscopique

S. Gioftsiou [1], M. Faiz [1], F. Elgraoui [1], Z. Malki [1], J.B. Mamalhy [1], M. Mohammadi [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La vidéo-capsule endoscopique (VCE) constitue l'examen de référence pour l'exploration de l'intestin grêle dans le cadre des anémies ferriprives inexpliquées et des hémorragies digestives obscures. Son rendement diagnostique dépend toutefois de plusieurs facteurs, au premier rang desquels la qualité de la préparation intestinale. Une préparation insuffisante peut en effet altérer la visibilité de la muqueuse et compromettre la détection des lésions. L'objectif de cette étude est d'évaluer la corrélation entre la qualité de la préparation et le rendement diagnostique de la VCE.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective menée sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une VCE dans notre service entre 2017 et 2024 pour exploration d'une anémie ferriprive inexpliquée.La qualité de la préparation intestinale a été évaluée selon un score qualitatif global inspiré des critères de Pennazio et al. (2004), basé sur la proportion de muqueuse visible et la présence d'artefacts limitant l'interprétation :

- Bonne : >90 % de muqueuse visible, sans obstacle significatif.
- Moyenne : 50–90 % de muqueuse visible, avec présence modérée de contenus.
- Mauvaise : <50 % de muqueuse visible, due à stases biliaires, alimentaires ou bulles.

L'évaluation a été réalisée de manière consensuelle lors de la lecture des vidéos. Le rendement diagnostique a ensuite été comparé selon la qualité de préparation.

Résultats : Sur un total de 87 patients inclus dans l'analyse, la préparation intestinale a été jugée bonne dans 76 cas (87,4 %), moyenne dans 9 cas (10,3 %) et mauvaise dans 2 cas (2,3 %).Le rendement diagnostique de la VCE était significativement plus élevé chez les patients ayant bénéficié d'une préparation bonne (80,3 %), comparativement à ceux avec une préparation moyenne (44,4 %) ou mauvaise (50 %).

Conclusion : La qualité de la préparation intestinale influence directement la performance diagnostique de la VCE. Une préparation de bonne qualité permet un rendement diagnostique nettement supérieur, confirmant l'importance d'une préparation optimale en amont de l'examen. L'amélioration des protocoles de préparation et leur standardisation représentent donc un levier essentiel pour maximiser l'efficacité de la VCE et optimiser la prise en charge des patients.

P.123

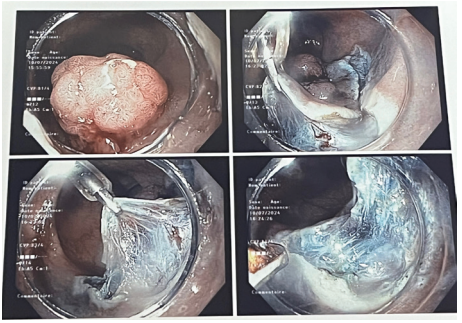
Dissection sous-muqueuse rectale avec bistouri bipolaire Speedboat™ : étude rétrospective monocentrique

R. Alhameedi [1]
(1) Rouen.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique est la technique de référence pour le traitement des lésions superficielles du rectum. Les bistouris monopolaire classiques sont efficaces pour la dissection, mais présentent un risque accru de perforation lors de la coagulation des vaisseaux sous-muqueux en raison de la diffusion du courant dans les tissus environnants. Le bistouri bipolaire Speedboat de CreoMed combine incision, dissection et coagulation dans un seul instrument. Cette technologie permet une hémostase ciblée et sécurisée tout en réduisant le risque de perforation.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective inclut dix-sept patients présentant des lésions rectales superficielles traités entre 2023 et 2025. Sept patients ont été exclus car les lésions présentaient une invasion sous-muqueuse trop profonde, rendant la résection impossible. Les dix patients restants ont bénéficié d'une dissection sous-muqueuse complète avec le bistouri bipolaire Speedboat. La taille moyenne des lésions variait entre 2 et 5 cm, situées dans le rectum bas ou moyen. La procédure a été réalisée sous anesthésie générale. L'énergie bipolaire a été appliquée pour la coupe et la coagulation, permettant un contrôle hémostatique en temps réel.

Résultats : La résection en bloc a été obtenue dans 100 % des douze cas traités. Toutes les résections ont été complètes avec des marges saines confirmées histologiquement. La durée moyenne de la procédure était comprise entre 2 et 3 heures, en fonction de la localisation et de la fibrose des lésions. La durée moyenne d'hospitalisation était de trois jours. Aucun patient n'a présenté de perforation ni de saignement majeur peropératoire ou post-opératoire. Le contrôle endoscopique à six mois a montré une cicatrisation complète dans tous les cas, sans signe de récidive ou de sténose. Les patients ont été suivis régulièrement avec une surveillance endoscopique et clinique.



Discussion : Cette série rétrospective confirme la faisabilité et la sécurité de la dissection sous-muqueuse rectale avec le bistouri bipolaire Speedboat. L'avantage majeur de cette technologie réside dans la qualité de la coagulation et de l'hémostase. La concentration du courant entre les deux électrodes limite la diffusion thermique dans les tissus environnants, réduisant ainsi le risque de perforation. Cette caractéristique différencie le dispositif des bistouris monopolaire classiques, pour lesquels la coagulation peut provoquer des lésions profondes et des perforations, en particulier lors du contrôle d'un saignement. L'intégration simultanée de la coupe et de la coagulation permet de réduire le temps opératoire et d'éviter les échanges fréquents d'instruments. La durée d'hospitalisation courte et l'absence de complications majeures illustrent la bonne tolérance de la technique. Les résultats obtenus dans cette série sont comparables aux séries publiées dans la littérature utilisant le Speedboat pour la dissection sous-muqueuse rectale et digestive.

Conclusion : La dissection sous-muqueuse rectale avec bistouri bipolaire Speedboat de CreoMed est une technique sûre et efficace pour le traitement des lésions superficielles du rectum bas et moyen. Elle permet une résection complète avec un contrôle hémostatique optimal et un faible risque de perforation. La cicatrisation endoscopique à six mois est excellente et aucun patient n'a présenté de récidive ou de sténose. Comparée aux bistouris monopolaire traditionnels, cette technologie offre un avantage majeur en matière de sécurité et de maîtrise hémostatique. Des études comparatives à plus grande échelle sont nécessaires pour confirmer ces résultats et établir le rôle du Speedboat dans les protocoles standards de dissection sous-muqueuse rectale.

Remerciements, financements, autres : remercement à l'équipe d'endoscopie digestive

P.124

Gastrite auto-immune : nouvelles perspectives pour l'endoscopiste

N. Goujdami [(1)], O. Nacir [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La gastrite auto-immune (GAI) est de plus en plus souvent détectée lors de l'examen endoscopique, cependant l'histologie reste la seule méthode permettant de confirmer le diagnostic.Cette étude avait pour objectif d'évaluer la corrélation entre les observations endoscopiques et les résultats histologiques dans la GAI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude retrospective étendue sur 7 ans entre Janvier 2018 et Janvier 2025 réalisée au centre hospitalier universitaire de Marrakech, un département des soins de 3ème ligne faisant référence pour l'ensemble des hôpitaux régionaux et provinciaux. Les critères d'inclusion étaient basés sur un diagnostic histologique de GAI.Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et de suivi ont été recueillies et analysées.
La collecte des données a été faite à partir les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux des patients, le système informatisé «Hosix» pour les données morphologiques et anatomopathiologiques, et la collaboration du personnel médical et paramédical du service de gastroentérologie, de chirurgie viscérale ainsi que le service d'anatomopathologie. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.
Le recueil des données sociodémographiques, cliniques et paracliniques a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.

Résultats : Soixante-dix-huit patients ont été inclus, avec un âge moyen de 63 ans (extrêmes : 38–89 ans) et un sex-ratio H/F de 1,1. La lésion endoscopique la plus fréquente était une atrophie avancée prédominant au niveau du corps gastrique, se traduisant par une réduction ou une disparition des plis du corps et une visibilité accrue des vaisseaux sous-muqueux, observée chez 65,4 % des patients (n = 51). Une muqueuse érythémateuse et nodulaire a été retrouvée respectivement chez 6,4 % et 2,6 % des patients, tandis qu'une endoscopie normale a été observée dans 25,6 % des cas (n = 20). Aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre l'atrophie du corps gastrique à l'endoscopie et l'atrophie histologique, quel que soit le degré de sévérité. Sept lésions néoplasiques ont été identifiées, comprenant deux adénocarcinomes gastriques, un lymphome gastrique de type MALT et quatre tumeurs neuroendocrines de grade 1. Des polypes fundiques ont été observés chez 25,6 % des patients (n = 20), majoritairement sous-centimétriques, multiples dans 65 % des cas (n = 13) et solitaires dans 35 % (n = 9). La présence de polypes fundiques était significativement corrélée à la survenue de tumeurs neuroendocrines (r = 0,396 ; p < 0,0001) et de cancers gastriques (r = 0,329 ; p = 0,003).

Conclusion : La présence de polypes fundiques chez les patients atteints de GAI est significativement associée à des lésions néoplasiques.Des biopsies systématiques et la résection de ces lésions sont donc recommandées pour dépistage et prévention des complications néoplasiques.

P.125

Sténose bulbaire ulcéreuse : expérience de prise en charge endoscopique et facteurs prédictifs d'échec dans un centre marocain

I. Lasfar [(1)], A.A. Bah [(1)], O. Hadadia [(1)], K. Gharbi [(1)], R. Akka [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La sténose bulbaire secondaire à l'ulcère duodénal reste une complication fréquente. La dilatation endoscopique au ballonnet, associée à l'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP), est le traitement de choix, réduisant le recours à la chirurgie. L'évaluation nutritionnelle, la quantification des comorbidités et le suivi endoscopique permettent d'identifier les facteurs prédictifs d'échec et d'optimiser la prise en charge.l'objectif est de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la sténose ulcéreuse bulbaire à l'Hôpital Militaire Avicenne et déterminer les facteurs prédictifs d'échec et de complications de la dilatation.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective (janvier 2023–juin 2025) incluant tous les patients hospitalisés pour sténose ulcéreuse bulbaire. Ont été analysés : données démographiques, facteurs de risque, comorbidités, état nutritionnel, caractéristiques cliniques, endoscopiques (franchissable, longueur, ulcère associé, gastrite atrophique, dysplasie), recherche d'HP, modalités thérapeutiques (IPP, dilatation, diamètre maximal, nombre de séances, adjuvants), suivi endoscopique et qualité de vie (GIQLI).

Résultats : 94 patients inclus, âge moyen 53,4 ans[21–79], dont 72 hommes. Tabagisme : 59,6 %, AINS :7,4 %. Perte pondérale >10 % : 42,5 %, hypoalbuminémie <35 g/L : 31,9 %. Endoscopiquement, 18,1 % de sténoses serrées, longueur moyenne 9,4 mm, ulcère actif associé : 28,7 %. Tous ont reçu des IPP double dose, 77 ont nécessité une dilatation (moyenne 2,1 séances [1–3]), diamètre 15–28 mm, adjuvants : 10,6 %. Complications : 28,7 % (saignements mineurs 24,4 %, perforations 2,1 %). Chirurgie : 12 cas (14,8 %). HP confirmé dans 90,4 %, éradiqué dans 92,5 %, contrôlé histologiquement dans 63,7 %. Après 18 mois de suivi, récidive dans 8,5 %. Score GIQLI : 72 avant *vs* 98 après traitement (p<0,01). En univariée, facteurs prédictifs d'échec : tabac (p=0,04), durée des symptômes >12 mois (p=0,03), hypoalbuminémie (p=0,02). Facteurs de complications : >2 séances (p=0,02), diamètre >25 mm (p=0,03).

Conclusion : La sténose bulbaire ulcéreuse reste une complication fréquente. La dilatation endoscopique est efficace avec un bon profil de tolérance. L'éradication d'HP conditionne le pronostic à long terme. Le tabagisme, la chronicité des symptômes et la dénutrition prédisent l'échec et les complications, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce, d'un suivi endoscopique rapproché et d'une surveillance nutritionnelle et qualitative.

P.126

Lésions associées à la pertinence des indications de l'endoscopie œso-gastroduodénale selon les critères de l'European Panel on the Appropriateness of Gastro-intestinal Endoscopy (EPAGE) dans un centre hospitalier universitaire

H.Y. Kissi [(1)], G.D. Kouamé [(1)], S. Doffou [(1)], A. Yaogo [(1)], A.A.C. Degnon [(1)], Y.P.H. Kouamé [(1)], K.A. Attia [(1)]

(1) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : Objectif : Contribuer à l'étude des lésions associées à la pertinence des indications des endoscopies œso-gastroduodénales selon les critères de l'EPAGE dans notre contexte au Centre Hospitalier Universitaire, afin de limiter le nombre d'endoscopies œso-gastroduodénales d'indication inappropriée.

Matériels et Méthodes : Etude prospective transversale analytique réalisée au Centre Hospitalier Universitaire du 27/01/2025 au 20/05/2025. Etaient inclus tous les patients ayant réalisé une endoscopie œso-gastroduodénale pendant cette période et ayant donné leur consentement éclairé. Les indications de l'endoscopie œso-gastroduodénale ont été classées en appropriées et nécessaires, appropriées, incertaines, non appropriées et non applicables, selon les critères EPAGE via le site www.Epage.ch. Les paramètres sociodémographiques, les indications de l'endoscopie œso-gastroduodénale, la qualification du prescripteur et le résultat de l'endoscopie œso-gastroduodénale ont été colligés puis analysés selon l'applicabilité de l'outil EPAGE et la pertinence des indications selon les critères EPAGE. La différence était significative pour une valeur de $p \leq 0,05$.

Résultats : Durant la période d'étude 262 (83,2%) endoscopies œso-gastroduodénales ont été retenues, avec une population d'âge moyen de 44,5 ± 17,2 ans et un sex-ratio de 0,55. Les endoscopies œso-gastroduodénales étaient prescrites en majorité par des hépato-gastroentérologues à 42% suivis par les médecins généralistes à 30,9%. La principale indication était l'épigastralgie (57,6%). L'EOGD était pathologique pour nos patients dans 85% des cas, avec 48% de lésions significatives dominées par les varices œsophagiennes (19,2%) et les gastropathies érosives (10,4%). Les lésions non significatives étaient en majorité les gastropathies non érosives. Les épigastralgies étaient jugées significativement appropriées dans 58,3% des cas. Le méléna, l'hématémèse et la surveillance d'une lésion étaient jugées significativement appropriées et nécessaires dans respectivement 80%, 57,1%, 28,6% et jugées significativement appropriées dans respectivement 20%, 42,9%, 57%. Les indications des lésions significatives étaient jugées appropriées et nécessaires dans 50%, appropriées dans 59,2% incertaines (25%) et inappropriées (24,4%) de façon significative (p=0,04).

Conclusion : Les critères de l'EPAGE pourraient représenter un outil pertinent pour optimiser la rentabilité diagnostique de l'endoscopie œso-gastroduodénale dans notre contexte. Cependant, ils nécessitent une adaptation au contexte local et ne remplacent pas le raisonnement clinique du praticien en cas de suspicion de lésions graves.

P.127

Peut-on se passer d'endoscopie ? Performance réelle du score de Lok chez 181 cirrhotiques

I. Kenafi [(1)], Y. Ghannami [(1)], L. El Rharbaoui [(1)], A. Faik [(1)], M. Anouar [(1)], A. Akjay [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La détection précoce des varices œsophagiennes (VO) est cruciale chez les patients cirrhotiques. Le score de Lok a été proposé comme alternative non invasive à l'endoscopie.
Objectif : Évaluer la performance du score de Lok pour identifier la présence et le grade des VO.

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective incluant 181 patients suivis en service de gastro-entérologie pour cirrhose. Les données cliniques, biologiques et les résultats endoscopiques ont été recueillis. Le score de Lok a été calculé pour chaque patient. Les comparaisons statistiques, l'analyse ROC et la régression logistique ont été utilisées pour évaluer la performance diagnostique du Lok Score vis-à-vis de la présence et du grade des VO.

Résultats : Un total de 181 patients a été inclus (âge moyen 51,8 ± 16,0 ans ; 51,9 % de femmes ; sex-ratio H/F = 0,93). L'étiologie de la cirrhose était indéterminée dans 77,9 % des cas. Selon le score de Child-Pugh, 41,4 % étaient classés B, 33,7 % A et 24,3 % C.
Les VO étaient présentes chez 86,7 % des patients (n=157), dont 47 % grade 3. La répartition des grades variait avec la sévérité du Child-Pugh (VO grade 3 : 52,7 % en Child A, 55,6 % en B et 68,4 % en C).
Le Lok Score moyen était de 0,8 ± 0,2, sans différence significative entre patients avec VO (0,8 ± 0,2) et sans VO (0,7 ± 0,3 ; p=0,95). L'analyse univariée n'a montré aucune association significative entre la présence de VO et l'âge (p=0,25), le sexe (p=0,99) ou le Lok Score (p=0,95). Toutefois, une association a été retrouvée entre le Lok Score et le grade des VO en régression logistique ordinale (OR=1,18 par +0,1 point ; IC95% 1,04–1,33 ; p=0,0083).
La courbe ROC du Lok Score pour la prédiction des VO montrait une AUC = 0,504 (IC95% 0,362–0,640). Au seuil optimal (0,486), la sensibilité atteignait 85,9 %, la spécificité 29,2 %, le VPP 88,7 % et le VPN 24,1 %.

Conclusion : Dans cette cohorte, le score de Lok a une performance quasi aléatoire pour détecter les varices œsophagiennes, avec une bonne sensibilité mais une spécificité faible. Il pourrait être utile comme outil de dépistage, mais ne permet pas de confirmer l'absence de VO.

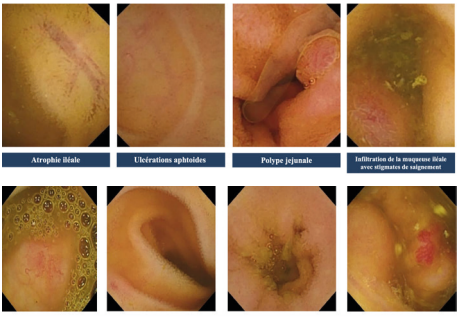
P.128

Place de la vidéocapsule dans l'exploration du grêle : expérience au sein d'une unité tertiaire

I. El Fadli [(1)], S. Amazguiou [(1)], H. Bennani [(1)], S. Mliyahe [(1)], A. Akjay [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La vidéocapsule endoscopique constitue une avancée majeure dans l'exploration de l'intestin grêle, un segment du tube digestif longtemps difficile d'accès avec les techniques endoscopiques conventionnelles. Avant son développement, les explorations endoscopiques classiques comme l'entéroscopie poussée ou plus récemment l'entéroscopie à double ballon, présentaient l'inconvénient d'être invasives et ne permettaient pas une visualisation complète de l'intestin grêle. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'interêt de la vidéocapsule dans notre pratique quotidienne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée sur une période de 18 mois, de mai 2023 à décembre 2024, incluant tous les patients présentant des indications justifiant la réalisation d'une vidéocapsule endoscopique (VCE) du grêle de type Endocapsule Olympus. Les indications compreniaient notamment : saignement digestif occulte, suspicion de maladie de Crohn, anémie ferriprive inexpliquée, suspicion de tumeur du grêle, et entéropathies.La préparation, conformément aux recommandations, comprenait un régime sans résidu, l'administration de 2 litres de polyéthylène glycol, ainsi qu'un jeûne d'au moins 12 heures.L'exploration des données a été réalisée à partir des dossiers médicaux des patients et des registres d'hospitalisation, puis les données ont été traitées à l'aide du logiciel Excel.



Angiodysplasies grêliques

Résultats : Notre échantillon comprend 34 patients, avec une prédominance féminine de 71 %. L'âge moyen est de 47 ans, avec une population relativement jeune : 44 % des patients ont moins de 40 ans. Concernant les antécédents médicaux, 12 % des patients avaient subi une chirurgie abdomino-pelvienne, et 12 % étaient suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) à phénotype sténosant, considérés comme des facteurs de risque de rétention de la capsule. En revanche, 76 % des patients ne présentaient aucun facteur de rétention identifié. Par ailleurs, plusieurs patients avaient des antécédents de cardiopathie. Le délai d'apparition des symptômes avant l'exploration par VCE était majoritairement inférieur à 6 mois, avec comme motif de consultation principal une hémorragie digestive extériorisée, notamment des mélénas.La VCE a été indiquée principalement pour un saignement digestif inexpliqué dans plus de 70 % des cas, suivi par la suspicion de maladie de Crohn, puis la maladie cœliaque. Les explorations FOGD ont révélé des anomalies telles que pangastrite ou œsophagite, qui n'expliquaient pas la symptomatologie. Dans 35 % des cas, la FOGD était normale. La majorité des iléocoloscopies étaient également normales, avec quelques anomalies identifiées : iléites, colite érythémateuse, ou polype. Lorsque l'imagerie a été réalisée, elle était normale dans plus de 40 % des cas. La qualité de la préparation était jugée satisfaisante dans 82 % des cas, traduisant une bonne observance des protocoles. L'exploration était complète dans 97 % des cas. Un cas de retard de progression gastrique de la capsule a été observé, entraînant une exploration incomplète. La VCE a permis d'identifier de nombreuses lésions, principalement des angiodysplasies, des ulcérations, et une atrophie du grêle, localisées surtout au niveau du jéjunum et de l'iléon. Chez les patients présentant un saignement digestif inexpliqué (SDI), des lésions ont été retrouvées dans 67 % des cas, les plus fréquentes étant les angiodysplasies, suivies des ulcérations et des sténoses. La pertinence diagnostique de la VCE variait selon l'indication : 45,8 % pour le SDI global, 33 % pour le SDI occulte, 58,3 % pour le SDI extériorisé,20 % pour la maladie de Crohn. Dans 35 % des cas, la VCE a conduit à des examens complémentaires, tels que des biopsies par entéroscopie ou des procédures interventionnelles comme la CPA, soulignant son impact sur la prise en charge globale.

Conclusion : La vidéocapsule endoscopique (VCE) s'est révélée être un outil diagnostique précieux pour l'exploration de l'intestin grêle, notamment en cas de saignement digestif inexpliqué.Elle permet une visualisation fine des lésions, avec un bon taux de complétude et une qualité de préparation généralement satisfaisante.Cependant, ses limites incluent l'absence de possibilité d'intervention, son coût élevé et le risque de rétention.Ces contraintes soulignent la nécessité d'une meilleure intégration de la VCE dans les parcours de soins.La formation des gastro-entérologues à son utilisation est également essentielle.
Elle mérite une place plus centrale dans les stratégies diagnostiques pour son apport dans la prise en charge des pathologies chroniques du grêle.Des études complémentaires pourraient affiner ses indications et optimiser son usage.

P.129

Métaplasie intestinale et atrophie gastrique : prévalence et facteurs associés dans la gastrite chronique à *Helicobacter pylori*

S. Bostani [(1)], M. Ghanem [(1)], C. Ben Mehrez [(2)], M. Mtir [(1)], K. Boughoula [(1)], S. Bizid [(1)], R. Bouali [(1)], H. Ben Abdallah [(1)]

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

Introduction : La métaplasie intestinale gastrique (MIG) et l'atrophie gastrique sont des lésions précancéreuses reconnues dans la progression vers l'adénocarcinome gastrique de type intestinal, selon la cascade de Correa. Leur identification constitue un enjeu majeur pour le dépistage précoce des cancers gastriques et la mise en place d'une surveillance endoscopique adaptée. Cette étude a pour objectif d'évaluer la prévalence de ces lésions et d'en analyser les facteurs associés chez des patients présentant une gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (HP).

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée de janvier 2023 à octobre 2025, incluant des patients consécutifs ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec confirmation histologique de gastrite chronique à HP. Les données cliniques, biologiques et histopathologiques ont été recueillies et analysées.

Résultats : Au total, 498 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 47,8 ans [16- 90 ans] et un sex-ratio H/F de 1,1. La MIG a été retrouvée chez 89 patients, soit une prévalence globale de 17,9 %. Cette prévalence atteignait 24,7 % chez les patients de plus de 50 ans. La répartition topographique de la MIG était antrale dans 35,3 % des cas, fundique dans 23,7 % et antro-fundique dans 41 %.L'atrophie gastrique a été observée chez 62 patients (12,4 %), avec une prévalence de 19 % chez les plus de 50 ans.L'âge supérieur à 50 ans était significativement associé à la présence de MIG ($p = 0,001$) et d'atrophie gastrique ($p = 0,007$).La présence d'une anémie était également corrélée de manière significative à la MIG et à l'atrophie ($p < 0,0001$ respectivement).En revanche, aucune association significative n'a été observée avec le sexe ($p = 0,81$ et $p = 0,89$), la densité de HP ($p = 0,28$ et $p = 0,78$) ou l'activité inflammatoire de la gastrite ($p = 0,13$ et $p = 0,30$).

Conclusion : La métaplasie intestinale et l'atrophie gastrique sont des lésions fréquemment observées au cours des gastrites chroniques à HP, en particulier chez les patients de plus de 50 ans et en cas d'anémie. Ces facteurs doivent alerter le clinicien et motiver une évaluation endoscopique rigoureuse, dans une optique de dépistage et de prévention du cancer gastrique.

P.130

Dilatation endoscopique des sténoses bénignes de l'œsophage

S. Abadi [(1)], H. Fouad [(1)], Z. Boukhal [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les sténoses bénignes de l'œsophage constituent une complication redoutable de nombreuses pathologies. Leur gravité émane du risque de l'installation de troubles hydro-électrolytiques sévères secondaires à la dénutrition. L'endoscopie joue un rôle important dans la prise en charge de ces sténose (diagnostique et traitement). Le traitement repose essentiellement sur la dilatation endoscopique.
L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de la dilatation endoscopique dans la prise en charge thérapeutique des sténoses œsophagiennes bénignes.

Patients et Méthodes : IL s'agit d'une étude descriptive et rétrospective, portant sur une série de 81 patients souffrants d'une sténose œsophagienne et bénéficiant d'une dilatation endoscopique, sur une période de 07 ans, allant de juin 2018 à juin 2025. La dilatation était réalisée sans scopie avec un contrôle endoscopique immédiat. Tous les patients ont été mis en observation pendant 24 heures. L'alimentation était reprise progressivement le lendemain de geste. Le succès était défini par le bon passage de l'endoscope lors du contrôle endoscopique après dilatation et par l'amélioration des symptômes cliniques.

Résultats : Notre moyenne d'age était de 42,4 ans avec des extrêmes allant de 16 à 82 ans. Une prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio (H/F) de 1,31.
L'antécédent de maladie ulcéreuse était retrouvé dans 36 % des cas, et celui d'une ingestion de produit caustique dans 20 % des cas, 19 % des malades avaient des habitudes toxiques, et 8 % avaient des pathologies auto-immunes.
La durée moyenne des symptômes était de 6 mois (1mois-2ans). Le syndrome œsophagien était le signe clinique le plus prédominant (98%).
La FOGD a montré une sténose œsophagienne infranchissable chez tous les patients siégeant respectivement au niveau du tiers inferieur, moyen, supérieur de l'œsophage dans 43%, 31% et 26% des cas. 29 patients (35,8%) avaient une sténose peptique, 23 avaient une achalasie (28,4%), 16 avaient une sténose caustique (19,75%), 5 patients avaient un syndrome de Plummer-Vincent soit 6,17% des cas, 4 cas (4,9%) de sténose radique, 4 cas (4,9%) de sténose de l'anastomose sur carcinome épidermoïde de l'œsophage opéré.
Le TOGD a été réalisé dans 90.4% des patients. La dilatation au ballonnet était réalisée dans 63% des sténoses (51 patients), et aux bougies de Savary Gilliard dans 37% des cas (30 patients).
Le nombre moyen de dilatation était de 3,8 par patient (extrêmes : 2-13 dilatations). Le succès était rapporté chez 95 % des patients, l'échec chez 4 patients, aucune complication n'a été notée.

Conclusion : Les sténoses peptiques et caustiques sont les étiologies des sténoses œsophagiennes bénignes les plus fréquentes. La dilatation instrumentale des sténoses bénignes œsophagiennes de l'adulte est une méthode simple, efficace et sûre. Elle constitue une alternative thérapeutique à la chirurgie dans le traitement de toutes les formes de sténoses bénignes de l'œsophage de l'adulte, permettant le succès chez 96 % de nos patients.

P.131

Facteurs associés à la mortalité chez les patients admis pour hémorragie digestive haute en milieu hospitalier

D. Napon-Zongo [(1)], K. Mâli [(2)], Z.D. Ouattara [(3)], G. Zorobouragui [(2)], M. Traore [(2)], A. Ouedraogo [(2)], A. Sawadogo [(2)]

(1) Ouagadougou, BURKINA FASO ; (2) Bobo-Dioulasso, BURKINA FASO ; (3) Ouahigouya, BURKINA FASO.

Introduction : Les hémorragies digestives hautes engagent encore le pronostic vital des patients avec une mortalité conditionnée par la précocité du diagnostic et de la prise en charge. L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs associés à la mortalité chez les patients admis pour hémorragie digestive haute dans un service d'Hépato-Gastroentérologie.

Patients et Méthodes : Il s'est agi d'une étude de cohorte rétrospective conduite du 1er/01/2021 au 31/12/2023 dans le service d'Hépato-Gastroentérologie d'un Centre Hospitalier Universitaire. Elle a inclus les patients admis pour hémorragie digestive haute ayant un dossier clinique exploitable. Les variables de l'étude étaient sociodémographiques (âge, sexe, résidence et profession), cliniques (mode d'admission, antécédents du patient, modes de révélation de l'HDH, signes physiques à l'admission et présence ou absence d'état de choc à l'admission), paracliniques (taux d'hémoglobine, valeur de la créatininémie et résultat de l'endoscopie digestive haute), thérapeutiques (traitement initial non spécifique, traitement médical spécifique, traitement chirurgical) et évolutives (durée d'hospitalisation, mode de sortie, existence ou non de récidive et survenue ou non de complications en cours d'hospitalisation). Une régression logistique binaire a été utilisée comme méthode d'analyse afin de rechercher les facteurs associés à la mortalité. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

Résultats : Durant la période d'étude, 1791 patients ont été hospitalisés dans le service d'Hépato-Gastroentérologie, dont 303 patients pour hémorragie digestive haute, soit une prévalence hospitalière globale de 16,9%. Les dossiers exploitables de 291 patients ont été inclus. L'âge médian était de 50 ans ± 1,02 et le sex-ratio de 2,6. Le mode de révélation le plus fréquent était l'hématémèse dans 82% des cas. Le score de Rockall complet moyen était de 2,8 ± 1,4 avec des extrêmes de 0 à 8. Les principales étiologies mises en évidence étaient l'ulcère gastrique et/ou duodénal et la rupture de varices œsophagiennes dans 54,3% et 24% des cas respectivement. La mortalité globale par hémorragie digestive haute était de 20%. Les principaux facteurs qui lui étaient associés étaient l'existence d'une infection bactérienne sous-jacente (p = 0,04) et la rupture de varices œsophagiennes (p = 0,02), tandis que le délai d'hospitalisation supérieur à 5 jours était associé à une meilleure survie (p = 0,01).

Conclusion : L'hémorragie digestive haute est fréquente dans notre contexte et entraine la mort d'un patient sur 5. L'amélioration du pronostic des patients nécessite un contrôle efficace des infections ainsi qu'un traitement efficace des varices œsophagiennes survenant sur terrain de cirrhose due aux hépatites virales chroniques B et C.

P.132

Quel impact de la sphinctérotomie pour prévenir la pancréatite post-CPRE ?

F.E. Bouamama [(1)], H. Ouaya [(1)], A. Akjay [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La pancréatite post-CPRE constitue la complication la plus fréquente et potentiellement sévère de cette procédure, avec une incidence variant de 3 à 15 %. Face à cette morbidité, la prévention reste une priorité. La sphinctérotomie endoscopique (SE), proposée comme mesure prophylactique, suscite un débat scientifique, certaines études anciennes suggérant un effet protecteur, alors que des travaux récents le remettent en question, notamment lors de la pose de prothèses biliaires. L'objectif principal était d'évaluer l'impact de la SE sur l'incidence de la pancréatite post-cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) lors de la pose de prothèses biliaires avec une analyse secondaire des autres complications et facteurs prédictifs.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, portant sur 60 malades qui ont été répartis en deux groupes A et B de manière consécutive non randomisés :

- Groupe A (n = 30) : les patients ont bénéficié d'une sphinctérotomie endoscopique avant la mise en place de la prothèse biliaire.
- Groupe B (n = 30) : la prothèse biliaire a été posée sans réalisation de sphinctérotomie.

Le Critère de jugement principal est la Survenue de pancréatite post-CPRE (PPC), définie selon les critères de Cotton. Des analyses statistiques ont été réalisées afin d'évaluer l'impact de la SE sur l'incidence de la pancréatite post-CPRE lors de la pose de prothèses biliaires.

- Les variables qualitatives (incidence de la pancréatite, sexe, type de prothèse, etc.) ont été comparées à l'aide du test du Chi^2
- Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.
- Une analyse univariée a été réalisée pour estimer les odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 %, afin d'identifier les facteurs associés à la survenue de PPC.

Résultats : Durant la période de l'étude nous avons colligé 60 patients, répartis à parts égales entre deux groupes : Groupe A (ayant bénéficié d'une sphinctérotomie endoscopique, n = 30) et Groupe B (sans sphinctérotomie, n = 30). L'âge moyen des patients était comparable entre les deux groupes (55,8 ± 12,1 ans *vs* 56,3 ± 11,7 ans ; p = 0,87). La répartition selon le sexe était également similaire, avec une proportion de patients de sexe masculin de 60 % dans le groupe A contre 56,7 % dans le groupe B (p = 0,80). Concernant l'étiologie de la pathologie biliaire, la majorité des cas dans les deux groupes étaient d'origine tumorale (90 %), avec seulement 10 % liés à une macro-lithiase, sans différence significative (p = 1,0). Le type de prothèse utilisée était prépondérant métallique dans les deux groupes (66,7 % *vs* 63,3 % ; p = 0,79). La pancréatite post-CPRE est survenue chez un patient dans chaque groupe, soit une incidence de 3,3 % dans les deux cas (p = 1,0). Les deux cas étaient de grade léger. Une hémorragie post-procédurale a été observée uniquement dans le groupe A (3,3 %), sans atteindre de seuil de significativité (p = 0,31). Aucune cholangite ni perforation n'a été rapportée dans les deux groupes. Une analyse univariée a été réalisée pour identifier les facteurs de risque associés à la survenue de pancréatite post-CPRE. Aucun des paramètres évalués n'a montré d'association statistiquement significative avec cet événement. Les odds ratios étaient proches de 1, avec des intervalles de confiance larges en raison du faible nombre de cas. La sphinctérotomie endoscopique (OR = 1,0 ; IC 95 % : 0,06–16,3 ; p = 1,0), l'âge supérieur à 60 ans (OR = 0,8 ; IC 95 % : 0,1–6,4 ; p = 0,82), le sexe masculin (OR = 1,2 ; IC 95 % : 0,2–7,1 ; p = 0,85) et l'utilisation d'une prothèse plastique (OR = 1,1 ; IC 95 % : 0,2–6,9 ; p = 0,91) n'ont pas augmenté significativement le risque.

Conclusion : Les résultats récents, y compris notre étude, soulignent que la sphinctérotomie endoscopique n'a pas d'impact significatif sur la réduction de la pancréatite post-CPRE et pourrait exposer à un risque hémorragique accru. L'indication de SE prophylactique doit donc être individualisée et intégrée dans une stratégie de prévention multimodale.

P.133

Mise en évidence des facteurs prédictifs d'échec de la lithotritie assistée par cholangioscopie pour les calculs biliaires complexes de la voie biliaire

R. Bouchès [1], M. Schaefer [2]
(1) Rouen ; (2) Nancy.

Introduction : La lithotritie guidée par cholangioscopie s'est imposée comme une option efficace pour les calculs biliaires difficiles après l'échec de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). De nombreuses études ont évalué l'efficacité de cette technique notamment en la comparant à d'autres dans des essais randomisés. En revanche, très peu de travaux se sont intéressés aux facteurs spécifiques d'échec de cette technique. En effet, les critères de complexité ont principalement été définis à partir d'échecs en CPRE conventionnelle, mais l'identification de nouveaux facteurs spécifiques à la lithotritie guidée par cholangioscopie pourrait permettre d'optimiser le parcours thérapeutique.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique a été menée de 2020 à 2025 dans trois centres universitaires. L'étude a inclus tous les patients adultes ayant été traités par Lithotritie électrohydraulique après échec de CPRE conventionnelle. Le critère de jugement principal de l'étude était défini comme la clairance complète des voies biliaires en une seule séance de lithotritie assistée par cholangioscopie. Les critères de jugement secondaires comprenaient le taux de clairance global quel que soit le nombre de séances de lithotritie cholangioscopique, la survenue de complications et l'identification des facteurs pouvant être associés à la réussite de cette technique.
Les calculs biliaires difficiles ont été définis selon les critères suivants : taille ≥ 15 mm, localisation (canal cystique, intrahépatique ou près d'une sténose) ou impaction dans la voie biliaire.
Les patients présentant des calculs complexes, associés à des variations anatomiques (chirurgie de type bypass) ou la présence d'un diverticule périampullaire, étaient également éligibles à l'inclusion. La présence d'une sténose maligne constituait un critère d'exclusion de l'étude.

Résultats : Au total 47 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 69,5 ± 15,4 ans 25 hommes(53,2%). La médiane des calculs était de 2,0 par patient (1 - 6) et leur taille médiane de 15 mm (8 - 30). Chez 43 patients (91,5 %), les calculs étaient impactés. Au moins un calcul était localisé dans le canal cholédoque distal chez 27 patients (57,4 %), dans le canal hépatique commun chez 12 patients (25,5 %), dans le canal cystique chez 10 patients (21,2 %) et dans les canaux intrahépatiques chez 11 patients (23,4 %). Nous avons observé une clairance complète chez 31 patients (65,9 %) en une seule séance et chez 46 patients (97,8 %) au total. Un seul patient (2,1 %) a nécessité une intervention chirurgicale.
Une analyse comparative a été réalisée et a révélé que la localisation intrahépatique des calculs augmentait considérablement le risque d'échec (OR = 50,0, IC à 95 % [5,4-467,2], p = 0,0006). De même, les sténoses intrahépatiques augmentaient significativement le risque d'échec (OR = 10,0, IC à 95 % [1,0-98,9], p = 0,0489). Dans notre étude, 3 patients ont présenté une complication liée à la procédure. Aucun cas de pancréatite ni d'angiocholite n'a été observé. On note un saignement post-procédure un cas initialement suspecté de perforation ainsi qu'un épisode de fièvre transitoire. Toutes ces complications étaient de sévérité légère à modérée selon les classifications de Cotton et AGREE. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes succès et échec.

Conclusion : La lithotripsie guidée par cholangioscopie est un traitement sûr et très efficace pour les calculs biliaires difficiles, avec un taux de clairance global de près de 98 % et une faible morbidité. Si les deux tiers des patients sont traités avec succès en une seule séance, la présence de calculs intrahépatiques et de sténoses réduit considérablement l'efficacité et est associée à un risque d'échec plus important. A la lumière de nos résultats, il semble pertinent d'envisager la cholangioscopie plus précocement dans la prise en charge, notamment en cas de présence de sténoses ou de calculs intra-hépatiques plutôt que de multiplier les CPRE infructueuses.

P.134

Utilisation d'un cystotome dans la prise en charge des sténoses bilio-pancréatiques infranchissables : efficacité et sécurité. Revue systématique de la littérature et expérience d'un centre tertiaire

N. Edery [1], G. Marcellier [2], P. Rivallin [2], K. Bourhrara [2], B. Jaïs [2], F. Maire [2], A. Berson [2], F. Prat [2]
(1) Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) ; (2) Clichy.

Introduction : Certaines sténoses des voies biliaires ou du canal pancréatique franchies par un fil-guide ne peuvent être appareillées car elles demeurent infranchissables à tout instrument de dilatation. Une approche pour surmonter cette difficulté consiste à forer la sténose avec cathéter filoguidé muni d'une électrode délivrant un courant HF, le cystotome. Peu de données existent à ce jour sur l'efficacité et la sécurité de cette technique de recours. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature complétant notre série monocentrique d'utilisation d'un cystotome pour traiter une sténose biliopancréatique réfractaire aux techniques conventionnelles.

Patients et Méthodes : Une recherche systématique a été menée dans PubMed, Embase, Google Scholar et Cochrane Library jusqu'au 30 septembre 2025, incluant les études utilisant un cystotome de 6-Fr pour des sténoses biliaires ou pancréatiques infranchissables avec les accessoires standards. Seules les sténoses franchies par un fil guide étaient incluses. Les cas de forage avec des dispositifs non thermiques (eg extracteur de Soehendra) étaient exclus. Les critères principaux étaient le succès technique (capacité à franchir la sténose et à l'appareiller par une prothèse), le succès clinique (à court et long terme) et les événements indésirables. Nous avons associé cette revue à l'analyse rétrospective de notre expérience à l'hôpital Beaujon entre 2021 et 2025.

Résultats : Un total de 78 procédures (68 issues de 7 études publiées et 10 de notre centre) ont été incluses dans ce travail.
· Le succès technique a été obtenu dans tous les cas (100 %).
· Un succès clinique a été rapporté chez 93,7 % des patients (59/63) dans les études ou il était rapporté.
· Neuf événements indésirables ont été observés (11,5 %) : hémorragie (3,8 %), pancréatite aiguë (2,6 %), douleurs abdominales transitoires (3,8 %) et angiocholite (1,3 %). Aucun cas de perforation ou d'événement indésirable sévère (Clavien-Dindo ≥3) n'a été rapporté.
Dans notre série : 10 procédures ont été réalisées chez 9 malades. Les taux de complication et de succès (technique ou clinique) étaient comparables à ceux de la littérature.
· 5 procédures ont été réalisées pour des obstructions tumorales (hilaire, intrahépatique ou cholédocienne)
· 4 procédures ont été réalisées pour des sténoses bénignes (3 sténoses anastomotique post greffe, 1 sténose post hépatectomie partielle)
· 1 procédure a été réalisée pour une obstruction pancréatique sur PCC
· Le succès clinique était de 90 % (9 patients/10)
· 1 procédure s'est compliquée d'un saignement biliaire se tarissant spontanément sans nécessité de transfusion (10% de morbidité légère)

Conclusion : Notre étude suggère que le forage électrochirurgical d'une sténose avec un cystotome est une technique de recours sure et efficace en cas d'échec de dilatation après passage d'un fil guide. Notre expérience ainsi que les cas rapportés dans la littérature concordent sur un taux de succès technique et clinique élevé et une morbidité modérée pour une procédure de sauvetage.
Bien que prometteurs, ces résultats proviennent de séries rétrospectives menées dans des centres experts et associées à des biais de publication, rendant souhaitable une validation par une cohorte prospective.

P.135

Analyse des facteurs influençant le succès du traitement endoscopique des gros calculs et de l'empierrement cholédocien : étude rétrospective sur 15 ans

A. Handa [(1)], H. Khaoula [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La sphinctérotomie biliaire endoscopique constitue une méthode efficace pour le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. Cependant, ses résultats peuvent être limités en présence de calculs de grande taille ou d'un empierrement cholédocien. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez les patients présentant soit un gros calcul obstructif supérieur à 15 mm, soit un empierrement cholédocien ou un nombre limité de calculs (un ou deux). Nous avons également cherché à identifier les facteurs influençant le succès du drainage endoscopique ainsi que les complications associées à la prise en charge des gros calculs cholédociens.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée dans notre service sur une période de 15 ans, d'avril 2015 à septembre 2025. Un total de 1 011 patients ayant bénéficié d'une CPRE pour lithiase de la voie biliaire principale (VBP) ont été inclus.L'empierrement cholédocien a été défini par la présence de plus de trois calculs, tandis qu'un gros calcul correspondait à un calcul obstructif de diamètre supérieur à 15 mm.Les patients ont été répartis en deux groupes :Groupe I (n = 143) : patients porteurs d'un gros calcul obstructif (>15 mm) ;Groupe II (n = 868) : patients présentant un ou deux calculs, ou un empierrement cholédocien.

Résultats : Les patients du groupe I représentaient 14,1 % (n = 143) de l'ensemble des cas, contre 85,9 % (n = 868) pour le groupe II.Le taux de succès après un seul cathétérisme était de 55,2 % dans le groupe I contre 81 % dans le groupe II (p < 0,001).Une reprise du geste a été nécessaire chez 14,7 % des patients du groupe I contre 8 % dans le groupe II (p = 0,009).Des manœuvres complémentaires ont été réalisées chez 46,2 % des patients du groupe I, contre 16,1 % dans le groupe II.Le taux de succès global, après reprises et/ou manœuvres complémentaires, atteignait 88,7 % dans le groupe I contre 92,5 % dans le groupe II (p = 0,125).Concernant les complications précoces, leur incidence était de 10,5 % dans le groupe I *versus* 5,1 % dans le groupe II, différence statistiquement significative (p = 0,017).

En analyse univariée, les facteurs associés à une diminution significative du succès global du traitement endoscopique étaient : l'âge, la présence d'une angiocholite, d'une sténose de la VBP ou d'une dilatation marquée de celle-ci (diamètre >15 mm).En analyse multivariée, après ajustement sur les variables étudiées (âge, sexe, antécédents chirurgicaux, pancréatite aiguë, angiocholite aiguë, diverticule péri-ampullaire, diamètre et sténose de la VBP), seules l'angiocholite aiguë (OR : 0,295 ; IC 95 % [0,164–0,532] ; p < 0,001) et la sténose de la VBP (OR : 0,53 ; IC 95 % [0,922–1,051] ; p = 0,001) étaient significativement associées à une diminution du succès global du traitement endoscopique.

Conclusion : Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative dans l'efficacité du traitement endoscopique entre les patients porteurs d'un gros calcul et ceux présentant une lithiase simple. En revanche, la présence d'une angiocholite ou d'une sténose de la voie biliaire principale apparaît comme un facteur prédictif de moindre succès du traitement endoscopique.

P.136

Quand le temps devient critique : facteurs de risque de complications après la mise en place d'une prothèse biliaire plastique. Étude de cohorte rétrospective

I. Zouaki [(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 : La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec mise en place d'une prothèse biliaire plastique est une stratégie largement adoptée en cas d'extraction incomplète de calculs de la voie biliaire principale (VBP), servant de pont vers un traitement définitif. Cependant, un séjour prolongé de la prothèse augmente le risque d'événements indésirables, notamment l'occlusion de la prothèse, la migration et la survenue d'une angiocholite. Les recommandations actuelles préconisent le retrait ou le remplacement électif de la prothèse dans un délai de 3 à 6 mois, mais l'adhésion réelle à ces recommandations et l'identification des facteurs prédictifs de complications restent insuffisamment définies.
L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs cliniques et procéduraux associés aux complications liées à la prothèse biliaire plastique posée pour lithiase cholédocienne.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude de cohorte rétrospective portant sur des patients ayant bénéficié d'une CPRE avec mise en place d'une prothèse biliaire plastique pour lithiase cholédocienne entre le 1er janvier 2018 et le 1er janvier 2025.
Les données recueillies incluaient : variables démographiques, détails procéduraux, délai de suivi et survenue de complications liées à la prothèse.Les analyses statistiques comprenaient le test du Chi² et le test t de Student pour les comparaisons intergroupes (seuil de significativité α = 0,05). Les corrélations ont été évaluées par le test de Spearman, et les prédicteurs analysés par régression logistique multivariée. L'étude a été menée dans un centre tertiaire d'endoscopie avec endoscopistes experts en pathologie bilio-pancréatique.

Résultats : Au total, 86 patients ont été inclus (âge moyen 53,2 ± 14,7 ans ; 54,6 % de femmes). 74,4 % ont bénéficié d'une évaluation élective de la prothèse, tandis que 25,6 % ont nécessité une évaluation en urgence en raison d'une détérioration clinique (signes de sepsis ou obstruction biliaire). Le délai moyen d'évaluation élective était de 6,1 mois (ET 9,7 ; IC 95 % : 4,0–8,2). Le délai moyen d'évaluation à la demande était de 11,7 mois (ET 10,5 ; IC 95 % : 7,5–15,9). Globalement, des complications liées à la prothèse sont survenues chez 29,1 % des patients. La régression logistique multivariée a identifié un temps de séjour du stent > 3 mois comme facteur prédictif indépendant de complications (OR = 8,3 ; IC 95 % : 2,1–32,1 ; p = 0,008). Le test de Spearman a montré une forte corrélation positive entre la durée du délai avant évaluation de la prothèse et la survenue de complications (rs = 0,69, p < 0,001). Les autres variables (âge, sexe, nombre de calculs résiduels) n'étaient pas significativement associées au risque de complication.

Conclusion : Un séjour prolongé de la prothèse biliaire plastique au-delà de 3 mois augmente significativement le risque de complications chez les patients présentant une lithiase cholédocienne. Une évaluation et un remplacement électifs de la prothèse dans un délai maximal de trois mois devraient être privilégiés afin de réduire la morbidité et d'éviter les interventions en urgence.

P.137

Équilibrer sécurité et efficacité dans l'ERCP : une approche fondée sur les données pour minimiser la pancréatite post-procédurale au cours d'une expérience de 3 ans

I. Zouaki [(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 : La pancréatite post-cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (PPE) demeure l'une des complications les plus fréquentes et redoutées de la CPRE. Bien que plusieurs facteurs de risque liés au patient et à la procédure aient été identifiés, la durée optimale de l'examen et le temps de cathétérisme biliaire sélective restent incertains. Cette étude visait à évaluer l'impact de la durée de la procédure sur l'incidence de la PPE à l'aide d'une analyse par arbre de décision.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective incluant 430 patients avec papille naïve ayant bénéficié d'une CPRE entre septembre 2021 et juillet 2024 dans un centre de soins tertiaire. Les données démographiques, les indications cliniques, la durée de la procédure, le temps de cathétérisme et les résultats ont été collectés. La PPE a été définie selon des critères consensuels établis. Une analyse univariée a permis d'identifier les facteurs de risque, suivie d'une analyse par arbre de décision pour déterminer les seuils de temps associés à un risque accru de PEP.

Résultats : La PPE est survenue chez 29 patients (6,7 %). La durée moyenne totale de la procédure était significativement plus longue chez les patients ayant développé une PPE comparée à ceux n'en ayant pas présenté (25,9 ± 10,3 min *vs.* 20,1 ± 10,8 min, $p < 0,001$). De même, le temps moyen de cathétérisme biliaire sélective était prolongé dans le groupe PPE (11,8 ± 7,9 min *vs.* 7,9 ± 6,1 min, $p < 0,001$).L'analyse par arbre de décision a identifié un seuil de durée totale de procédure > 20 minutes et un temps de cathétérisme > 6 minutes comme étant significativement associés à une augmentation du risque de PPE (p ajusté < 0,001 et p = 0,009, respectivement).

Conclusion : Nos résultats suggèrent que limiter le temps de cathétérisme biliaire sélective à ≤ 6 minutes et la durée totale de la CPRE à ≤ 20 minutes pourrait réduire le risque de PPE. Dans les cas où ces seuils sont dépassés, la mise en œuvre de stratégies prophylactiques telles que la mise en place d'une prothèse pancréatique ou l'administration d'anti-inflammatoires par voie rectale devrait être fortement envisagée.

P.138

La ponction-biopsie sous échoendoscopie (EEH-FNB) : un tournant dans le diagnostic de la linite gastrique

N. Goujdami [(1)], O. Nacir [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La linite gastrique est un type d'adénocarcinome infiltrant constitué de cellules indépendantes, avec une survie à cinq ans estimés entre 3 et 10%. Cette prolifération anormale est accompagnée d'une fibrose qui épaissit et rigidifie la paroi de l'estomac, ce qui définit la linite gastrique. En conséquence, les biopsies muqueuses sont fréquemment non contributives.
L'objectif de cette étude est d'évaluer la rendement diagnostique de la ponction biopsie sous écho-endoscopie (EUS-FNB) dans le diagnostic de la linite gastrique

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude retrospective observationnelle monocentrique, à visée descriptive et analytique étendue sur 4 ans entre Janvier 2020 et Décembre 2024, colligeant tous les patients ayant subi une ponction pariétale gastrique et/ou ganglionnaire sous contrôle échoendoscopique, avec une aiguille FNB de 20G ou 22G type Procore® ou 22G type Acquire®, pour une suspicion de linite gastrique.
L'étude est réalisée au centre hospitalier universitaire de Marrakech, un département des soins de 3ème ligne faisant référence pour l'ensemble des hôpitaux régionaux et provinciaux.
La linite gastrique a été suspectée devant un épaississement pariétal gastrique à la TDM abdominale ou bien devant un aspect infiltré de l'estomac, la présence de plis ou bien une sténose gastrique en endoscopie digestive haute.
La collecte des données a été faite à partir les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux des patients, le système informatisé «Hosix» pour les données morphologiques et anatomopathiologiques, et la collaboration du personnel médical et paramédical du service de gastroentérologie, de chirurgie viscérale ainsi que le service d'anatomopathologie. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 22.0.
Le recueil des données sociodémographiques, cliniques et paracliniques a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.

Résultats : Parmi les 50 patients ayant bénéficié d'une ponction-biopsie sous écho-endoscopie haute pour suspicion diagnostique, douze présentaient une linite gastrique. Le diagnostic de linite gastrique a été obtenu grâce à la ponction dans 90 % des cas (11/12). Dix patients, soit environ 83 %, avaient auparavant réalisé au moins une fibroscopie œso-gastro-duodénale avec des biopsies muqueuses revenues négatives. Le diagnostic a été posé dès la première écho-endoscopie chez sept patients, tandis que quatre autres ont nécessité une seconde série de biopsies. Par ailleurs, lorsque les biopsies muqueuses restaient non contributives, la biopsie écho-guidée a permis d'établir le diagnostic d'autres pathologies graves dans 43 % des cas (22/50), incluant des métastases gastriques d'un cancer du sein (n = 2), d'autres adénocarcinomes gastriques de type intestinal (n = 9), et des cas de lymphome gastrique type T dans un seul cas et type MALT dans 3 cas.

Conclusion : En cas de suspicion de linite gastrique, la ponction biopsie guidée sous écho-endoscopie est une approche rentable dans 90% des cas, sans effets secondaires notables. Elle doit être considérée comme la procédure de choix pour le diagnostic précoce de la linite gastrique quand les biopsies muqueuses reviennent négatives

P.139

Influence du délai entre l'imagerie morphologique et la CPRE sur la nécessité du traitement endoscopique des petits calculs de la voie biliaire principale

H. Aksim [(1)], M. Belhamdiya [(1)], R. Akka [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) constitue l'option thérapeutique de référence pour l'extraction des calculs de la voie biliaire principale (VBP). Toutefois, les calculs de petite taille peuvent migrer spontanément à travers la papille, rendant parfois inutile la réalisation de la CPRE. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact du délai séparant l'examen morphologique et la CPRE sur l'efficacité de cette dernière dans le traitement des petits calculs de la VBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée de janvier 2021 à décembre 2024, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour extraction de petits calculs de la VBP au service de Gastroentérologie de l'hôpital Avicenne. Le diagnostic de lithiase de la VBP (LVBP) a été établi par imagerie (échographie abdominale, scanner abdominal, bili-IRM ou échoendoscopie). Un petit calcul était défini par une taille ≤ 5 mm.

Résultats : Cent quatre patients ont été recensés, avec un âge moyen de 61 ± 18,82 ans et un sexe ratio H/F de 0,5. Le diagnostic de LVBP a été posé par échographie abdominale dans 26,28 % des cas, par scanner abdominal dans 31,44 %, par bili-IRM dans 40,72 % et par échoendoscopie dans 1,03 %. Le cathétérisme de la VBP a été réussi chez 99 patients (95 %). Des calculs ont été visualisés chez 47 patients, alors que la CPRE s'est avérée non nécessaire chez 51 patients (49,5 %). La taille moyenne du plus gros calcul était de 4,37 ± 2,32 mm, avec un diamètre moyen de la VBP de 9,23 ± 3,02 mm (extrêmes : 4–19 mm). Le délai moyen entre l'imagerie et la CPRE était de 27,66 ± 19,97 jours (extrêmes : 2–99 jours). Un délai supérieur à 14 jours était significativement associé à l'absence de calcul lors de l'opacification (p = 0,044).Dans cette série, la CPRE n'était pas nécessaire chez environ la moitié des patients porteurs de petits calculs de la VBP, principalement lorsque le délai entre l'examen morphologique et la CPRE dépassait deux semaines. Ces résultats plaident, d'une part, pour la réactualisation de l'imagerie avant la CPRE et, d'autre part, pour la possibilité de différer le traitement endoscopique en l'absence de complications, compte tenu de la probabilité de migration spontanée des calculs vers le duodénum.

Conclusion : Dans cette série, la CPRE n'était pas nécessaire chez environ la moitié des patients porteurs de petits calculs de la VBP, principalement lorsque le délai entre l'examen morphologique et la CPRE dépassait deux semaines. Ces résultats plaident, d'une part, pour la réactualisation de l'imagerie avant la CPRE et, d'autre part, pour la possibilité de différer le traitement endoscopique en l'absence de complications, compte tenu de la probabilité de migration spontanée des calculs vers le duodénum.

P.140

Performance diagnostique de l'évaluation visuelle lors de la cholangioscopie dans les sténoses biliaires indéterminées : expérience d'un centre nord-africain

A. Salah [(1)], S.A. Alioua [(1)], O. Abdeslam [(1)]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les sténoses biliaires indéterminées représentent un défi diagnostique majeur en raison de la forte prévalence de malignité sous-jacente.La cholangioscopie per-orale à opérateur unique permet une visualisation directe intracanalaire et des biopsies ciblées.Cette étude visait à évaluer la performance diagnostique de l'évaluation visuelle seule pour différencier les sténoses biliaires malignes des bénignes.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant 26 patients (février 2023 – mai 2025) présentant une sténose biliaire indéterminée malgré une imagerie et une cytologie non concluantes. Les aspects cholangioscopiques ont été classés comme suggérant une malignité (muqueuse irrégulière, néovaisseaux, nodules) ou non suggestifs (muqueuse régulière, modifications inflammatoires ou postopératoires). Le diagnostic final a été établi par histopathologie ou par un suivi clinique ≥ 6 mois. Les valeurs de sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) ont été calculées avec un intervalle de confiance à 95 %.

Résultats : La cholangioscopie a été techniquement réussie chez tous les patients (26/26). L'évaluation visuelle a suggéré une malignité chez 14 patients, dont 10 ont été confirmés malins et 16 bénins .L'évaluation visuelle a montré une excellente performance diagnostique :
- Sensibilité : 100 % (IC 95 % : 69,2–100)
- Spécificité : 87,5 % (IC 95 % : 61,7–98,4)
- VPP : 83,3 % (IC 95 % : 51,6–97,9)
- VPN : 100 % (IC 95 % : 76,8–100)
- Exactitude globale : 92,3 %

Aucun effet indésirable majeur n'a été observé.

Discussion : Nos résultats confirment que l'évaluation visuelle seule en cholangioscopie per-orale offre une excellente sensibilité et une très forte valeur prédictive négative, permettant d'exclure de façon fiable une malignité. Ces performances sont comparables à celles rapportées dans les grandes séries asiatiques et européennes, malgré un effectif limité et une expérience encore récente dans notre contexte régional. L'observation directe de signes tels que l'irrégularité de la muqueuse ou la présence de néovaisseaux s'est avérée déterminante, suggérant que l'œil expert peut rivaliser avec la biopsie ciblée dans la stratification initiale du risque .L'intégration de critères visuels standardisés et la formation dédiée pourraient encore améliorer la reproductibilité et la précision diagnostique.Cette approche, peu invasive et immédiatement interprétable, pourrait réduire le recours à des investigations complémentaires coûteuses ou à des chirurgies inutiles dans les sténoses indéterminées.

Conclusion : Dans cette série nord-africaine, l'évaluation visuelle par cholangioscopie a montré une excellente sensibilité et valeur prédictive négative pour les sténoses biliaires indéterminées. La visualisation directe peut guider de manière fiable les décisions cliniques précoces et le ciblage des biopsies, réduisant le besoin d'examens invasifs supplémentaires tout en maintenant un profil de sécurité favorable.

P.141

Drainage biliaire endoscopique des tumeurs du pancréas par cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique : résultat d'un centre tunisien

C. Louati [(1)], M. Medhioub [(2)], M. Yakoubi [(2)], G. Gharbi [(2)], M. Mahmoudi [(2)], A. Ben Mohamed [(2)], A. Khsiba [(2)], L. Hamzaoui [(2)]

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

Introduction : L'incidence des tumeurs pancréatiques est en augmentation et leur pronostic reste sombre, avec une survie globale à 5 ans estimée à 11 %. Les tumeurs sont souvent diagnostiquées à un stade avancé. Les localisations céphalique et isthmique peuvent être associées à la compression de la voie biliaire principale (VBP) responsable d'ictère, d'accès d'angiocholite aiguë ou de prurit sévère. Le drainage biliaire par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) constitue l'option thérapeutique privilégiée en préparation à une chimiothérapie ou à une duodénopancréatectomie céphalique. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité et l'innocuité du drainage biliaire endoscopique des tumeurs du pancréas par CPRE.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'uneétude rétrospective incluant les patients admis dans un service de gastroentérologie pour drainage par CPRE d'une tumeur du pancréas sur une période de 4 ans (2022-2025).Le cathétérisme difficile selon l'ESGE est définit par un temps de canulation supérieur à 5 minutes, plus de 5 contacts avec la papille ou au moins une canulation accidentelle du canal pancréatique.

Résultats : Quarante-quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de 66,8 ans (extrêmes 38-84 ans). Une prédominance masculine a été notée (63%) et un sexe ratio H/F = 1,75. La tumeur était de siège céphalique chez 39 patients (88%). La taille tumorale moyenne était 39,4 mm.
Les indications du drainage biliaire étaient : en pré chimiothérapie chez 13 patients(27,3%), ou en pré duodénopancréatectomie céphalique avec hyperbilirubinémie >150 chez 10 patients (22,7%), une angiocholite chez 12 patients (27,3%).
Un envahissement duodénale franchissable par le duodenoscpe a été noté chez 3 patients.
La papille était envahie chez 8 patients (18%). Le nombre moyen de tentative de cathétérisme est 4. Le temps moyen avant cannulation est 6,77 minutes. Le taux de réussite du cathétérisme est 100%.
Le cathétérisme de la VBP était difficile selon les critères de l'ESGE chez 18 patients (40%). Le nombre de tentative de cathétérisme de la voie biliaire principale (VBP) était supérieur à 5 chez 12 patients (41%) et un cathétérisme accidentel du wirsung chez 8 patients (27%).
Le cathétérisme de la VBP a été réalisée par fistulotomie infundibulaire chez 17 patients (38%).
La longueur moyenne de la sténose de la VBP était de 42,8 mm. La mise en place de la prothèse biliaire était réussie chez tous nos malades. Elle était de type plastique chez 100% des patients. La taille moyenne était de 7 cm et elle avaient toutes un diamètre de dix French
Cinq patients (11,4%) ont eu une complication en rapport avec la CPRE.Elles étaient à type de saignement sans instabilité hémodynamique chez 2 patients (4,5%), une angiocholite post CPRE (4,5%) et une pancréatite aigüe chez un seul malade (2,3%).
En analyse bivariée, nous n'avons pas trouvé de relations statistiquement significatives entre Le cathétérisme difficile de la VBP et la présence d'un envahissement duodénale, la longueur de la sténose de la VBP, le siège de la tumeur.Nous avons trouvé une corrélation entre le cathétérisme difficile de la VBP et la taille tumorale et l'envahissement papillaire (p respectifs 0,03 et 0,042).En analysant les courbes de ROC, une taille tumorale supérieur ou égale à 45mm était le cut-off déterminé et statistiquement corrélé à un cathétérisme difficile de la VBP.

Conclusion : La CPRE constitue une option thérapeutique efficace et globalement sûre pour le drainage biliaire dans les cancers pancréatiques compliqués d'ictère.

P.142

Prévenir les troubles de l'usage d'alcool après une chirurgie bariatrique : une analyse ethnographique du parcours pré-opératoire de candidats à la chirurgie

A. Boirot [(1)], C. Aydas [(1)], M. Maraninchi [(1)], J. Favre-Felix [(1)], A. Bégu [(1)], P. Carrieri [(1)], R. Valero [(1)], F. Marcellin [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : La chirurgie bariatrique (CB) constitue l'un des traitements standards de l'obésité morbide. En France, où 17% de la population adulte est en situation d'obésité (1), le recours à la CB n'a cessé de croître au cours des dernières décennies (2). Avec près de 60 000 actes chirurgicaux réalisés par an sur la période récente, on estime qu'environ 300 000 personnes ont bénéficié d'une CB en France au cours des cinq dernières années. De nombreuses études mettent en évidence une augmentation de la prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool (TUAL) après la CB (3,4). Différents facteurs peuvent y contribuer, dont les changements métaboliques, pharmacocinétiques et cérébraux après la chirurgie, mais aussi les répercussions psychosociales de l'intervention et son impact sur la vie quotidienne des personnes. Par ailleurs, la consommation d'alcool associée à un dysfonctionnement métabolique augmente le risque de stéatose hépatique (MetALD), elle-même facteur de risque de cirrhose et de cancer du foie. Cette étude vise à : (i) Analyser dans quelle mesure et de quelle manière la question de l'alcool est abordée au cours des ateliers préopératoires organisés dans le cadre d'un parcours standardisé et pluridisciplinaire destiné aux candidats à la CB ; (ii) Identifier les discours et les pratiques des professionnels de santé et des patients concernant l'alcool au cours de ces ateliers.

Patients et Méthodes : En 2024-2025, deux chercheuses en sociologie et anthropologie ont mené 52 heures d'observation participante dans le cadre des ateliers collectifs destinés aux candidats à la CB dans les mois précédant l'opération, ainsi que des entretiens semi-directifs avec les professionnels de santé organisant les ateliers. Ces observations ont été réalisées dans le service spécialisé en nutrition, maladies métaboliques et endocrinologie d'un hôpital public, au sein duquel un parcours préopératoire multidisciplinaire optimisé est mis en place pour tous les candidats à la CB. Cette étude ethnographique constitue la phase préliminaire du projet de recherche ALBA. Celui-ci repose sur une méthodologie mixte (collecte de données quantitatives et qualitatives) et sera mené à l'échelle nationale à partir de janvier 2026.

Résultats : Les quatre ateliers préopératoires accompagnent les candidats à la CB dans la compréhension de l'intervention, de ses risques, et des modifications du mode de vie qu'elle implique : recommandations nutritionnelles visant à prévenir les carences, soutien dans la mise en place de changements comportementaux (en particulier concernant les habitudes alimentaires), prise en compte de la dimension psychologique (travail sur l'image corporelle, l'estime de soi et le repérage des troubles du comportement alimentaire). La question de l'alcool est abordée de manière brève par les professionnels de santé, qui envisagent le risque de TUAL post CB essentiellement dans un contexte de « transfert d'addiction » (une hypothèse toutefois nuancée par la littérature). Les candidats à la CB n'engagent pas spontanément la discussion sur leur consommation d'alcool.

Discussion : La question de l'alcool est peu abordée au cours des ateliers préopératoires. La perception qu'ont les candidats de ces ateliers, considérés comme une étape incontournable permettant d'accéder à la chirurgie, peut influencer les dynamiques et interactions entre patients et professionnels de santé, et constituer un frein à l'instauration d'un espace de confiance propice à des échanges ouverts autour de thématiques sensibles.

Conclusion : Compte tenu du nombre important de perdus de vue dans le suivi post CB, la mise en place d'un espace de dialogue dédié à la consommation d'alcool, en amont et en aval de la chirurgie, pourrait contribuer à limiter l'incidence des complications hépatiques sévères (MetALD, cirrhose, carcinome hépatocellulaire) dans cette population à risque.

Remerciements, financements, autres : Le projet ALBA est financé par l'IResP-INCa.

P.143

Application de l'intelligence artificielle à la prédiction de la réponse thérapeutique dans la cholangite biliaire primitive : expérience d'un centre marocain

J. Lahsini [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], N. Lagdali [(1)], F.Z. Ajana [(1)], M. Kadiri [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie auto-immune chronique rare, caractérisée par l'inflammation et la destruction progressive des canaux biliaires intra-hépatiques. L'acide ursodésoxycholique (AUDC) constitue le traitement de référence, et la réponse thérapeutique constitue un facteur pronostic majeur pour la survie hépatique. Cette étude est la première au Maroc à développer un modèle prédictif basé sur l'intelligence artificielle (IA) afin d'estimer la probabilité de réponse à l'AUDC selon les critères de Paris II.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 140 patients suivis entre 2010 et 2025. Les données recueilies comprenaient des variables: cliniques (ictère, prurit, asthénie, signes d'hypertension portale), biologiques (ALAT, bilirubine, TP), immunologiques (Anticorps anti-mitochondries de type 2 (AMA), anti-Sp100, antiGp210) et histologiques (stades de Scheuer et fibrose). Les variables qualitatives ont été encodées, les variables numériques normalisées et les valeurs manquantes gérées. Trois modèles supervisés ont été testés : régression logistique classique, régression logistique LASSO et Random Forest. Les modèles ont été validés par validation croisée et comparés selon AUC, sensibilité, spécificité, précision et calibration. Le LASSO a été retenu pour son caractère explicable et sa capacité à sélectionner automatiquement les variables les plus prédictives, tandis que Random Forest a servi à vérifier la robustesse du signal malgré son interprétation moins intuitive.

Résultats : L'âge moyen était de 49 ans avec un sexe ratio de 9Femmes/1Homme. Sur le plan clinique, les patients présentaient : un ictère dans 52%(n = 73) des cas, un prurit dans 40%(n = 56), une asthénie dans 39%(n = 55), des signes d'hypertension portale dans 46%(n = 64). Sur le plan immunologique : 54,3 %(n = 76) des patients étaient séropositifs, avec AMA positifs chez 40 %(n = 56), anti-Sp100 chez 14%(n = 19), anti-Gp210 chez 12%(n = 17). Sur plan histologique, une biopsie hépatique a été réalisée chez 89 patients et les stades de Scheuer ont été répartis comme suit : stade 1 dans 10.7%(n = 15) des cas, stade 2 dans 25%(n = 35), stade 3 dans 20%(n = 28) et stade 4 dans 7.8%(n = 11). L'évaluation de la fibrose a révélé la prédominance de fibrose avancée ≥ F3 chez 40.7%(n=57) des patients. Selon les critères de Paris II : 41.4%(n=58) étaient répondeurs, 28.6%(n=40) étaient nonrépondeurs, 30 % avaient des données manquantes ou non évaluables.
Le modèle LASSO a montré une performance satisfaisante, avec une AUC = 0,84 (IC95 % : 0,76–0,90), une sensibilité de 82 %, une spécificité de 79 % et une précision de 85 %, témoignant d'une bonne capacité discriminante entre répondeurs et non répondeurs. L'analyse de calibration a confirmé une concordance satisfaisante entre les probabilités prédites et observées. Les principaux facteurs prédictifs de non-réponse étaient: hypertension portale (r=0,38, p=0,007), cytolyse (r=0,41, p=0,004), bilirubine élevée (r=0,52, p<0,001), TP bas (r=–0,47, p=0,002) et fibrose ≥ F3 (r=0,50, p<0,001). L'âge, le sexe et la positivité des anticorps n'étaient pas corrélés à la réponse (p>0,05). Le modèle Random Forest a confirmé la robustesse du signal (AUC 0,84) mais avec une interprétabilité moindre.

Conclusion : L'IA permet de prédire précocement la réponse à l'AUDC chez les patients atteints de CBP avec une sensibilité 82 % et une spécificité 79 %, en identifiant les patients à risque de non-réponse. Ces résultats favorisent une adaptation personnalisée de la prise en charge, incluant une surveillance rapprochée, un ajustement précoce du traitement et une planification multidisciplinaire. L'étude confirme l'intérêt des outils prédictifs basés sur l'IA pour soutenir la décision clinique et optimiser le suivi des patients à haut risque.

P.144

Traitement de l'hépatite E aiguë par ribavirine chez les patients en cours de traitement systémique pour une néoplasie solide

M. Castagnede [(1)], F. Abravanel [(1)], T. Izopet [(1)], H. Larrue [(1)], M.A. Robic [(1)], S. Metivier [(1)], C. Bureau [(1)], J.M. Péron [(1)]
(1) Toulouse.

Introduction : En France un peu plus de 3200 cas symptomatiques d'hépatite E sont répertoriés par an et la séroprévalence est de l'ordre de 20 %. Il existe un risque de passage à la chronicité chez les patients immunodéprimé en particulier les patients transplantés. Le traitement de l'hépatite E chronique dans ce contexte est la RIBAVIRINE. Chez les patients traités pour une tumeur solide la survenue d'une hépatite E peut impacter le pronostic en retardant la reprise du traitement systémique. Le but de ce travail est de décrire l'utilisation de la RIBAVIRINE dans ce contexte.

Patients et Méthodes : 259 patients consécutifs ont présenté une hépatite virale E entre le 01/01/15 et le 01/05/25. Le diagnostic était posé dans tous les cas sur une virémie positive pour le VHE. Parmi ces patients, 13 ont été traités par RIBAVIRINE dans le contexte d'un traitement systémique pour un cancer solide. Il s'agissait d'un traitement à la carte, adapté à la virémie.

Résultats : Six patients étaient sous chimiothérapie (deux cancers du sein, un des tissus mous, un de la prostate, un du poumon et une tumeur germinale), deux sous immunothérapie (deux mélanomes malins), deux sous immunochimiothérapie concomitante (un cancer colorectal et un cancer des voies biliaires), et trois sous thérapie ciblée (un carcinome hépato-cellulaire et deux cancers du poumon).
L'âge médian de 64 ans (IQR : 53 – 74), avec 54% de femmes.
Le bilan biologique au diagnostic retrouvait un taux d'ALAT médian de 357 UI/L (IQR : 148 – 1402), un TP médian de 98% (IQR : 82 – 100), un taux de bilirubine médian de 8,8 µmol/L (IQR : 6,6 – 20,9). La charge virale médiane au diagnostic est de 5,69 log/mL (IQR : 2,78 – 6,12), de sous-type viral 3f (55%) et 3c (45%) lorsqu'il est réalisable.
La dose médiane de RIBAVIRINE était de 800 mg, pendant une durée médiane de 41 jours.
La durée de suspension médiane du traitement systémique était de 19 jours. La totalité des patients ayant eu une suspension de traitement ont pu le reprendre. Pour 6 patients ce traitement systémique a été repris avant la fin du traitement par RIBAVIRINE et pour 3 patients alors qu'ils étaient encore virémiques. La variation intra-individuelle médiane de l'hémoglobine est de 1,2 g/dL. Aucune transfusion n'était nécessaire. Aucune insuffisance rénale n'est apparue au cours du traitement.

Conclusion : Ce travail souligne la bonne tolérance de la RIBAVIRINE pour le traitement de l'hépatite aiguë E chez des patients traités pour une néoplasie d'organe solide. Ce traitement peut permettre de reprendre le traitement systémique rapidement, y compris chez des patients toujours virémiques.

P.145

Risque de réactivation de l'HVB sous corticothérapie : évaluation des connaissances des praticiens

S. Abadi [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La corticothérapie est un traitement de référence dans de nombreuses pathologies inflammatoires et auto-immunes. Toutefois, lorsqu'elle est administrée à forte dose ou sur une longue durée, elle constitue une situation à risque élevé de réactivation du virus de l'hépatite B (VHB), pouvant entraîner des complications sévères, notamment une hépatite fulminante ou une insuffisance hépatique. Les recommandations internationales insistent sur la nécessité d'un dépistage sérologique systématique avant l'instauration d'une corticothérapie à risque, ainsi que sur la mise en place d'une prophylaxie antivirale chez les patients à haut risque. Cependant, l'application de ces recommandations demeure inconstante, traduisant un manque de sensibilisation et de formation des praticiens.
Notre objectif est d'évaluer les connaissances des médecins prescripteurs concernant le risque de réactivation du VHB sous corticothérapie et les attitudes adoptées dans la pratique clinique.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire comportant des questions sur la pratique de dépistage, de stratification de risque et de prévention de réactivation de l'HVB chez les patients sous corticothérapie.

Résultats : Un total de 97 médecins ont répondu au questionnaire. 83,5 % des médecins avaient moins de cinq années de pratique clinique, tandis que 16,5% exerçait depuis plus de cinq ans. Concernant la connaissance du risque, 61,9% des médecins déclaraient avoir déjà été informés du risque de réactivation du HVB sous corticothérapie, alors qu'environ 38,1% n'en avaient jamais entendu parler, cette méconnaissance étant particulièrement fréquente en médecine générale. Le dépistage sérologique du HVB avant corticothérapie n'était systématiquement demandé que par 38,1 % des répondants.
En ce qui concerne le bilan, 32% des médecins proposaient un profil sérologique complet (Ag Hbs, Ac Anti Hbc, Ac Anti Hbs), et 11,3% demandent seulement un Ag Hbs, la charge virale de l'HVB par PCR est demandée d'emblée par 40% des médecins. Toutefois, 16% des participants estimaient qu'aucun bilan n'était nécessaire avant la mise en route d'une corticothérapie prolongée.
Chez un patient AgHBs positif, la conduite la plus souvent proposée était la mise en route systématique d'une prophylaxie antivirale (70,4%), tandis que 39,9% suggérait une simple surveillance.

Conclusion : Nos résultats mettent en évidence des lacunes importantes dans la connaissance et l'application des recommandations relatives au risque de réactivation du VHB sous corticothérapie. Une meilleure sensibilisation des praticiens et la diffusion de protocoles clairs pourraient contribuer à améliorer le dépistage et la prévention de cette complication potentiellement sévère

P.146

Séroprévalence et facteurs associés aux hépatites virales B et C dans une zone péri-urbaine d'Afrique subsaharienne en 2025

A.R. Kpossou [1], C.N.M. Sokpon [1], M.M.M. Degbey [1], K.R. Vignon [1], A. Hounkpe [1], E. Toviessi [1], F.M. Hounkpatin [1], A.M.K.A. Zounon [1], J. Sehonou [1]

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : Les hépatites virales B et C sont des problèmes majeurs de santé publique dans le monde, particulièrement en Afrique subsaharienne où leur transmission est favorisée entre autres par des pratiques culturelles et un accès limité au dépistage et à la vaccination. Par ailleurs, les données communautaires restent encore insuffisantes dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des hépatites virales B et C dans une commune péri-urbaine.

Matériels et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique avec recueil prospectif de données. Elle a été menée du 28 au 29 juillet 2025, lors d'une campagne gratuite de dépistage volontaire à l'occasion de la célébration de la journée mondiale contre l'hépatite.

Les participants ont été soumis, après consentement verbal, à un questionnaire standardisé recueillant les données socio-démographiques, comportementales et médicales. Les tests rapides de dépistage de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC ont permis de déterminer le statut sérologique. Il s'agissait des tests de dépistage rapide HBS/HCV COMBO RAPID TEST CASSETTE (WB/SERUM/PLASMA) fabriqué en Chine par Hangzhou AllTest Biotech Co, Ltd. L'analyse statistique a pris en compte les associations entre séropositivité et facteurs de risque, avec un seuil de significativité fixé à p<0,05.

Résultats : Au total, 896 participants ont été inclus, d'âge moyen 32,4 ± 13,3 ans, avec une légère prédominance masculine (52,7%). Les célibataires représentaient 35,6% de l'échantillon, et les ouvriers/artisans étaient le groupe professionnel le plus fréquent (29,3%).
La séroprévalence globale du portage du VHB et/ou du VHC était de 6,1% (n=55/896), avec 5,9% pour le VHB (n=53) et 0,2% pour le VHC (n=2).
Les scarifications (48,1%), les rapports sexuels non protégés (31,8%) et la circoncision non médicalisée (30,1%) étaient les principaux comportements à risque identifiés.
En analyse univariée, l'infection au VHB et au VHC était significativement associée à la situation matrimoniale (mariés : 8,4% *vs* célibataires : 4,1% ; OR=2,1 [1,1–4,3] ; p=0,027), à la profession (opérateurs/conducteurs : 14,3% ; OR=5,6 [1,1–36,3] ; p=0,016), et au fait d'avoir déjà entendu parler des hépatites (7,9% *vs* 3,4% ; OR=2,4 [1,2–4,8] ; p=0,006). Les sujets ayant déjà entendu parler des hépatites virales présentaient une prévalence plus élevée de l'infection comparativement à ceux n'en ayant jamais entendu parler. Certains sujets étaient probablement déjà au courant de leur statut sérologique avant cette campagne de dépistage. Ce qui expliquerait qu'ils aient déjà entendu parler de la pathologie auparavant.
En analyse multivariée, deux facteurs restaient indépendamment associés : avoir déjà entendu parler des hépatites (OR=2,2 [1,1–4,3] ; p=0,016) et avoir subi des scarifications (OR=1,8 [1,0–3,2] ; p=0,044).

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence élevée du VHB et faible du VHC dans la population dépistée. Les pratiques culturelles telles que les scarifications et les caractéristiques socio-professionnelles sont les principaux déterminants de l'infection. Ces résultats appellent à un renforcement des actions de prévention, incluant la vaccination systématique contre le VHB, la promotion du dépistage communautaire et la sensibilisation sur les risques liés aux pratiques traditionnelles notamment les scarifications.

P.147

Apport de l'élastographie 2D Shear Wave dans le dépistage et la stadification des varices œsophagiennes chez les patients atteints de cirrhose virale C

F. Ghrab [1], D. Cherif [1], H. Kchir [1], H. Yacoub [1], H. Hassine [1], H. Debbabi [1], N. Maamouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les varices œsophagiennes (VO) constituent l'une des complications les plus redoutées de la cirrhose, en raison du risque élevé d'hémorragie digestive qu'elles entraînent, grevée d'une morbi-mortalité importante. L'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) demeure actuellement l'examen de référence pour leur dépistage et leur évaluation. Cependant, son caractère invasif, son coût et la faible tolérance par les patients limitent son utilisation systématique. Dans ce contexte, l'élastographie 2D Shear Wave (SWE), permettant l'évaluation non invasive de la rigidité hépatique (liver stiffness measurement, LSM) et splénique (spleen stiffness measurement, SSM), apparaît comme une alternative prometteuse pour identifier les patients à risque et optimiser la stratification des VO.

Matériels et Méthodes : Étude prospective monocentrique incluant des patients porteurs de cirrhose virale C, suivis au service de gastroentérologie entre juillet 2023 et juillet 2024. Tous ont bénéficié le même jour d'une SWE (foie et rate) et d'une EOGD. Les valeurs de LSM et SSM ont été comparées à la présence et au grade des VO. La performance diagnostique a été évaluée par les aires sous la courbe ROC (AUROC) et les seuils optimaux ont été déterminés pour une valeur prédictive négative (VPN) >90 %.

Résultats : Trente patients cirrhotiques ont été inclus, majoritairement de sexe féminin (77 % femmes, 23 % hommes), avec un âge moyen de 62,3 ans (47–84 ans). La majorité était classée Child-Pugh A (70 %), avec un score MELD moyen de 8,24. Les cirrhoses compensées représentaient 63 % des cas, tandis que 37 % avaient déjà présenté une décompensation : ascite (n=4), ictère (n=4) ou hémorragie digestive (n=1) sur varices œsophagiennes (VO) grade III.
La prévalence globale des VO était de 57 % (n=17), réparties en 17 % VO grade I, 26 % VO grade II et 14 % VO grade III. Parmi elles, 12 patients (40 %) présentaient des VO à haut risque (VOHR). La rigidité hépatique moyenne (LSM) était significativement plus élevée chez les patients porteurs de VO (17,4 ± 6,7 kPa) et de VOHR (19 ± 7,4 kPa), comparativement à ceux sans VO (9,5 ± 4 kPa ; p<0,001). De façon similaire, les valeurs moyennes du SSM augmentaient avec la sévérité : 11,6 ± 4,4 kPa sans VO, 20,7 ± 7,7 kPa avec VO et 21,9 ± 8,8 kPa avec VOHR (p<0,001).
Les performances diagnostiques étaient élevées avec des AUROC de 0,87 (IC95 % : 0,73–0,96) pour le LSM et 0,85 (IC95 % : 0,73–0,96) pour le SSM dans la prédiction des VO. Pour les VOHR, elles étaient respectivement de 0,81 et 0,77. Les seuils optimaux pour exclure la présence de VO étaient LSM ≤13,1 kPa et SSM ≤15,7 kPa, avec une valeur prédictive négative (VPN) >90 %. Pour les VOHR, les cut-offs étaient LSM ≤15,2 kPa et SSM ≤16,9 kPa, également associés à une VPN >90 %. La concordance entre l'élastographie et les résultats endoscopiques était jugée bonne (kappa = 0,63–0,68).

Conclusion : L'élastographie 2D-SWE, à travers les mesures de rigidité hépatique (LSM) et splénique (SSM), constitue un outil fiable pour le dépistage des varices œsophagiennes et l'identification des patients à haut risque. Grâce à ses excellentes performances diagnostiques, notamment sa valeur prédictive négative élevée, elle pourrait limiter le recours systématique à l'endoscopie œsogastroduodénale et améliorer la stratification des patients cirrhotiques.

P.148

Prévalence et facteurs associés à la sévérité de la MASLD chez les personnes vivant avec le diabète : analyse d'une cohorte métabolique

M. Boucherit [1], A. Tebaibia [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (MASLD), ou maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique, constitue une entité majeure du spectre des maladies métaboliques. Étroitement liée à l'obésité, à la résistance à l'insuline et au syndrome métabolique, sa prévalence augmente rapidement à l'échelle mondiale.Chez les personnes vivant avec le diabète, la MASLD ne représente pas seulement un marqueur de déséquilibre métabolique, mais aussi un facteur déterminant de fibrose hépatique avancée et de morbi-mortalité cardiovasculaire. Malgré son importance clinique et pronostique, son dépistage demeure limité, notamment en raison du caractère souvent asymptomatique des stades précoces.L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence et la sévérité de la MASLD chez les personnes vivant avec le diabète, et d'analyser les liens entre cette atteinte hépatique et les principaux paramètres cliniques et métaboliques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et transversale, menée auprès de 1 418 patients diabétiques suivis dans 56 structures sanitaires réparties sur le territoire national. Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques, le type et la durée du diabète, les comorbidités associées, ainsi que les paramètres anthropométriques .L'évaluation biologique comprenait la numération formule sanguine, le bilan hépatique et lipidique, ainsi que le calcul du score FIB-4. Une élévation des transaminases au-delà des valeurs normales définissait une anomalie du bilan hépatique. Le score FIB-4, calculé selon la formule standard, utilisait les seuils <1,3 permettait pour exclure la fibrose hépatique avancée, tandis qu'un score >2,67 en suggérait la présence. Une échographie abdominale a été réalisée systématiquement pour détecter la stéatose hépatique et en préciser le degré : légère, modérée ou sévère.Les critères d'exclusion incluaient la consommation d'alcool, la grossesse, les hépatites virales B ou C, les maladies hépatiques chroniques autres que la MASLD, ainsi que tout antécédent de néoplasie maligne.

Résultats : La prévalence globale de la MASLD était de 64,88 %, avec des variations régionales notables. Parmi les patients atteints, 613 (66,63 %) présentaient une stéatose légère, 260(28,26 %) une forme modérée et 47(5,11 %) une forme sévère.La stéatose sévère était plus fréquente chez les hommes, sans différence significative pour les autres stades. Un bilan hépatique perturbé a été observé chez 162(11,44 %) des patients, avec une prévalence comparable selon le sexe. Le score FIB-4 a permis d'exclure une fibrose avancée chez 939(66,2 %) des participants, tandis qu'une fibrose avancée a été identifiée chez 70 (4,9 %). Cette dernière était plus fréquente chez les hommes.Une corrélation significative a été observée entre la sévérité de la stéatose et les paramètres anthropométriques, notamment l'IMC et le tour de taille. Les patients atteints de stéatose présentaient un IMC moyen de 30,83 kg/m² et un tour de taille plus élevé que ceux indemnes. La fibrose, évaluée par le score FIB-4, était également associée aux taux d'hémoglobine glyquée élevé, à la dyslipidémie LDL et à l'obésité.

Conclusion : La MASLD présente une prévalence élevée chez les personnes vivant avec le diabète, près des deux tiers présentant une stéatose hépatique et plus d'un tiers un score FIB-4 élevé. L'association de l'échographie hépatique et du score FIB-4 améliore la détection des atteintes hépatiques significatives. La forte corrélation entre la MASLD, l'obésité abdominale, le diabète de type 2 et la dyslipidémie souligne la nécessité d'un dépistage non invasif systématique afin d'identifier précocement la fibrose avancée et d'optimiser la prise en charge de ces patients.

P.149

Étude de la prévalence de l'hémochromatose héréditaire (HH) et des causes secondaires d'hyperferritinémie chez les patients suivant un programme de saignées

A. Castiella Eguzquiza [(1)], M.J. Sanchez-Iturri [(1)], I. Garaizabal [(1)], A. Arteaga [(1)], I. Urreta [(1)], E. Zapata [(1)]
(1) Saint-Sébastien, ESPAGNE.

Introduction : Les saignées constituent la pierre angulaire du traitement des patients atteints d'hémochromatose héréditaire (HH) (C282Y/C282Y). Leur utilité chez les patients atteints d'hyperferritinémie (HF) et de surcharge en fer modérée reste controversée (1). Au cours des dernières années, l'HF due au syndrome métabolique et à l'obésité a augmenté de manière ostensible.

Récemment, une étude multicentrique française portant sur 1 059 patients sous traitement par saignées a déterminé que l'HH est surdiagnostiquée comme indication de saignée et ne constitue plus la principale cause de saignées en France, ce qui a été confirmé chez 1 patient sur 4 traités (1). Les objectifs de notre étude étaient: étudier les causes et les indications des saignées chez les patients traités par le service de gastro-entérologie de notre hôpital, déterminer la prévalence de l'HH (C282Y/C282Y) et comparer les profils ferriques entre les patients atteints d'HH confirmée et les patients présentant d'autres causes d'HF.

Patients et Méthodes : La période d'étude s'étendait de janvier 2022 à mai 2024. Examen des dossiers médicaux des patients sous traitement par saignées périodiques prescrites par le service de gastro-entérologie de notre hôpital (en ambulatoire et en hospitalisation). Nous avons étudié la raison de l'indication (HH ou non), si elle était correcte (2,3), d'autres causes d'HF (alcool, syndrome métabolique, obésité), les analyses avec les paramètres ferriques, l'étude génétique des mutations du gène HFE (C282Y/C282Y et autres), la concentration de fer hépatique mesurée par IRM.

Résultats : 179 patients ont été inclus. 48 femmes et 131 hommes (26,82 %/73,18 %). L'âge médian était de 55 ans. Dans le groupe homozygote C282Y, 49,5 et dans le reste 60 (p : 0,0019), un traitement étant nécessaire plus tôt dans le groupe HH.
L'indication de saignées était correcte (HH avec surcharge ferrique hépatique significative) dans 48 % des cas.
Mutations HFE : C282Y/C282Y 70 (39,55 %), C282Y/H63D 50 (28,25 %), H63D/H63D 21 (11,86 %), wt/wt 9 (5,08 %), C282Y/wt 12 (6,78 %), H63D/wt 15 (8,47 %).
Des patients présentant des critères de syndrome métabolique et d'hyperferritinémie (33 %) ont été placés sous programme de saignées. Un 37,76 % des patients étaient obèses (IMC > 30) et le 38,22 % avaient une consommation d'alcool significative.
Dans l'étude IRM, seuls 25,50 % des patients présentaient une surcharge en fer élevée (> 80µmol/g), celle-ci étant modérée chez 47,65 % (> 36 µmol/g < 80µmol/g). La CHH était significativement plus élevée chez les patients C282Y/C282Y (101,22 µmol/g *vs* 51,98 µmol/g) (p : 0,0000). Parmi les patients non homozygotes, seuls 11 % présentaient une surcharge élevée (10/90). 60 % étaient C282Y/H63D (6/10).
Parmi les patients qui avaient été traités par >20 saignées, 21 étaient homozygotes et 8 non homozygotes.
Laboratoire : Les valeurs sériques de ferritine (p : 0,0268), IST (p : 0,0000) et Fe (p : 0,0000) étaient significativement plus élevées chez les patients atteints d'HH (C282Y/C282Y).
Les mesures du Fibroscan étaient similaires dans les groupes homozygotes C282Y (5,42 kPa) et non homozygotes (5,29 kPa).

Conclusion : Plus de la moitié des patients traités par saignées pour suspicion d'HH ne souffrent pas de cette maladie et n'ont très probablement pas besoin de ce traitement. Nous devons réévaluer les patients sous saignées chroniques, car un pourcentage élevé d'entre eux n'en tirent aucun bénéfice.

P.150

La "Lean MAFLD" *versus* MAFLD obèse : une comparaison des phénotypes cliniques, biologiques et histologiques

S. Zemmouchi [(1)], M. Boudjella [(1)]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les maladies hépatiques stéatosiques associées à une dysfonction métabolique (MASLD) sont fortement corrélées au surpoids et à l'obésité. Cependant, une forme de MASLD peut également se manifester chez des patients de poids normal, connue sous le nom de "lean MASLD". L'objectif de cette étude prospective était de comparer les phénotypes cliniques, biologiques et histologiques entre les patients avec "lean MASLD" et ceux avec MASLD en surpoids ou obèses, afin de mieux comprendre les facteurs de risque et la sévérité de la maladie dans chaque groupe.

Matériels et Méthodes : Notre étude prospective a analysé 350 patients atteints de MASLD. Nous avons comparé deux sous-groupes principaux : 32 patients (9 %) avec "lean MASLD" (IMC ≤ 25) et 318 patients (91 %) avec MASLD en surpoids ou obèses (IMC > 25). Les données démographiques, biologiques, les scores non invasifs de fibrose (FIB4, élastographie hépatique) et les résultats histologiques ont été collectés et analysés de manière comparative.

Résultats : L'âge moyen était similaire entre les groupes. Toutefois, le sexe féminin (70,7 % *vs* 50 %, p=0,007), le syndrome métabolique (84,9 % *vs* 50 %, p<0,0001) et l'obésité abdominale étaient significativement plus fréquents chez les patients en surpoids ou obèses. Les anomalies de la glycorégulation et les dyslipidémies n'ont pas montré de différence significative entre les groupes.Les patients avec "lean MASLD" présentaient un score FIB4 suggérant une fibrose nulle ou minime de manière significativement plus fréquente (81 % *vs* 44 %, p<0,0001) par rapport au groupe en surpoids ou obèse.Bien que la fréquence de la stéatohépatite associée à une dysfonction métabolique (MASH) soit similaire dans les deux groupes (25 % *vs* 37,5 %, p=0,2), la fibrose significative (≥ F2) avait tendance à être moins fréquente chez les patients avec "lean MASLD" (15,6 %) que chez les patients en surpoids ou obèses (24,2 %). La fibrose sévère (≥ F3) était significativement plus rare dans le groupe "lean MASLD" (6,2 %) que chez les patients en surpoids ou obèses (11,9 %).

Conclusion : Les patients avec "lean MASLD" présentent une fibrose moins sévère et un profil métabolique globalement moins altéré que ceux en surpoids ou obèses. Ces résultats suggèrent que d'autres facteurs, notamment génétiques ou environnementaux pourraient jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de la "lean MASLD", justifiant une approche diagnostique et thérapeutique spécifique.

P.151

MAF-5 : surpassera-t-il les scores classiques dans le dépistage non invasif de la fibrose hépatique ?

I. Kenafi [1], A. Faik [1], L. El Rharbaoui [1], M. Anouar [1], Y. Ghannami [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Chez les patients diabétiques, la fibrose hépatique évolue souvent de manière silencieuse vers la cirrhose. Les scores non invasifs conventionnels (FIB-4, NFS, APRI) présentent des limites dans la détection de la fibrose significative. Le MAF-5 est un score émergent dont l'évaluation reste limitée dans cette population.
Objectif :Comparer la performance diagnostique du MAF-5 aux scores classiques pour le dépistage de la fibrose hépatique significative, identifier les facteurs associés à un MAF-5 élevé ; et déterminer un seuil diagnostique optimal du score MAF-5 pour la population marocaine diabétique

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus 112 patients diabétiques ayant bénéficié d'un FibroScan® et du calcul des scores MAF-5, FIB-4, NFS et APRI. Les variables étudiées comprenaient âge, sexe, IMC, tour de taille, HbA1c, bilan lipidique et transaminases. La fibrose significative a été définie par une rigidité hépatique ≥7,5 kPa. Nous avons comparé la performance diagnostique des scores via l'AUC, déterminé le seuil optimal du MAF-5 par ROC et indice de Youden, estimé la prévalence des patients « MAF-5 élevé », évalué la corrélation avec la rigidité hépatique et identifié les facteurs associés à un MAF-5 élevé.

Résultats : L'âge moyen était de 56,1 ± 9,8 ans, avec une prédominance féminine (sex-ratio 0,32). L'IMC moyen était de 29,7 ± 6,7 kg/m², 72 % des patients étant en surpoids ou obésité. Selon le MAF-5, 8,0 % des patients étaient à faible risque, 19,6 % à risque intermédiaire et 72,3 % à risque élevé. Le MAF-5 a montré la meilleure performance diagnostique (AUC 0,903 ; IC95 % 0,826–0,962), surpassant FIB-4 (0,833), APRI (0,844) et NFS (0,680). Le seuil optimal était de 3,224, avec 29,5 % des patients classés « MAF-5 élevé ». À ce seuil, la sensibilité était de 100 % et la spécificité de 77,5 %. Une corrélation significative a été observée entre MAF-5 et rigidité hépatique (r=0,23 ; p=0,016). En univarié, l'IMC, le tour de taille et les transaminases étaient associés à un MAF-5 élevé ; ces associations n'ont pas persisté après ajustement multivarié.

Conclusion : Le MAF-5 se démarque comme l'outil non invasif le plus performant pour dépister la fibrose hépatique significative chez les diabétiques, surpassant les scores classiques. Son adoption en pratique courante pourrait constituer un véritable game-changer : un dépistage plus ciblé, une détection plus précoce et une prise en charge optimisée des patients à haut risque.

P.152

Facteurs prédictifs de la progression vers l'hépatite fulminante ou le décès : résultats d'une étude rétrospective longitudinale

Y. Yassine [1], S. Sbihi [1], M. Aouroud [1], H. Aouroud [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 : Au cours de l'évolution d'une hépatopathie, une atteinte hépatique aiguë sévère précède le stade d'insuffisance hépato-cellulaire et d'hépatite aigue grave. Cette étude visait à évaluer rétrospectivement les caractéristiques cliniques et les biomarqueurs spécifiques associés à la progression de l'hépatite aigue sévère vers une hépatite fulminante ou le décès.

Patients et Méthodes : Les patients ayant reçu un diagnostic d'hépatite aigue sévère hospitalisés dans notre service entre 2020 et 2024, ont été revus rétrospectivement. Les données cliniques, biologiques et d'imagerie ont été collectées. Le test du Khi- carré ou le test exact de Fisher, selon le cas, ont été utilisés pour analyser l'association entre l'hépatite aigue sévère et l'hépatite fulminante ou le décès. Des modèles de régression logistique brute ont été réalisés et les odds ratios (OR) avec intervalles de confiance à 95 % (IC) ont été calculés.

Résultats : Quarante-neuf patients atteints d'hépatite aigue sévère ont été identifiés, dont 27 (55 %) étaient des femmes, avec un âge moyen de 48,1 ans. Onze patients (22,4%) ont évolué vers une hépatite aigue fulminante, et 9 (18,3 %) sont décédés. L'hépatite a été la cause du décès dans 5 cas (55,5 %).
L'étiologie a plus fréquente était l'hépatite virale B, identifiée chez 14 patients (28,5 %) suivie de l'hépatite médicamenteuse chez 11 malades (22,4%). Un bilan étiologique négatif était associé à une probabilité accrue d'évolution vers une hépatite fulminante (OR = 0,17 ; IC95 % : 0,03□0,96 ; p = 0,041).
La présence d'ascite à l'admission était associée à une progression vers le stade fulminant (OR = 0,25 ; IC95 % : 0,06□0,97 ; p = 0,037) ainsi qu'au décès (OR = 7,09 ; IC95 % : 1,55□33,04 ; p = 0,006). L'insuffisance rénale, mesurée par la formule MDRD-6, n'était pas associée à la progression vers l'ALF, mais l'était au décès (OR = 0,99 ; IC95 % : 0,97□1,00 ; p = 0,035).
Des marqueurs inflammatoires élevés à l'admission (taux de ferritine ou protéine C-réactive) n'étaient pas liés à l'hépatite fulminante. Cependant, des valeurs de CRP plus élevées ont été retrouvées chez les patients décédés (OR = 1,01 ; IC95 % : 1,00□1,03 ; p = 0,035).
En analyse multivariée, seule la présence d'ascite restait significative (p = 0,005) comme facteur prédictif de décès.
La N-acétylcystéine (NAC) a été administrée à 35 patients (76,3 %), plus fréquemment chez ceux atteints d'intoxication médicamenteuse(p < 0,001) ou de causes auto-immunes (p < 0,001). Le traitement par NAC n'a pas significativement empêché la progression vers le stade fulminant ou le décès.

Conclusion : La progression d'une hépatite aigue sévère vers une hépatite aigue fulminante ou le décès est plus fréquente chez les patients présentant une ascite à l'admission. Les patients décédés présentaient également une tendance à une inflammation plus marquée (CRP plus élevée) et une fonction rénale altérée. Le traitement par NAC, bien qu'indiqué pour plusieurs étiologies autres que les lésions hépatiques induites par le paracétamol, n'a pas eu d'impact significatif sur le pronostic.

P.153

Facteurs pronostiques de la MASLD et de la MASH chez des patients avec troubles de la glycorégulation : résultats d'une étude prospective

S. Zemmouchi [1], M. Boudjella [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie hépatique stéatosique associée à une dysfonction métabolique (MASLD) est étroitement liée au syndrome métabolique et aux troubles de la glycorégulation. Cette étude prospective vise à caractériser les patients atteints de MASLD en fonction de leur statut glycémique et à évaluer l'impact de ces troubles sur l'évolution de la maladie et la sévérité de la fibrose.

Matériels et Méthodes : L'étude a été menée de manière prospective sur une cohorte de 350 patients atteints de MASLD. Parmi eux, 288 (82,3 %) présentaient des troubles de la glycorégulation, répartis en deux sous-groupes : 190 patients avec DT2 et 98 avec prédiabète. Nous avons analysé les caractéristiques démographiques, les anomalies biologiques, les scores non invasifs de stéatose (HSI, FLI) et de fibrose (BARD, NFS, FIB4), les résultats de l'élastographie hépatique et de la biopsie hépatique, ainsi que les scores de risque cardiovasculaire.

Résultats : Les patients avec troubles de la glycorégulation étaient significativement plus âgés (55 ± 11 ans) que ceux sans (48 ± 10 ans). Le diagnostic de DT2 était connu chez 39 % des patients, mais il a été découvert de manière concomitante à la stéatose dans 15 % des cas. Une cytolyse hépatique a été observée chez 48,6 % des patients. Il n'y avait pas de différence significative de cytolyse entre les groupes DT2 et prédiabète.L'élasticité hépatique était en faveur d'une fibrose significative chez 16,3 % des DT2, contre seulement 3 % des prédiabétiques Une MASH a été retrouvée chez 84 % des patients. La fibrose significative (≥ F2) était plus fréquente chez les patients DT2 (66,3 %) que chez les prédiabétiques (31,4 %) (p=0,0002). Les stades de fibrose F3-F4 concernaient 40 % des DT2 contre seulement 5,7 % des prédiabétiques (p<0,0001).Le risque cardiovasculaire était significativement plus élevé chez les patients diabétiques.

Discussion : La fibrose significative est plus prévalente chez les diabétiques (31 %) que chez les non-diabétiques (18,9 %). Cette observation est cohérente avec les études internationales, qui rapportent une prévalence d'élasticité hépatique ≥ 9,6 kPa de plus de 20 % chez les patients diabétiquesNos données mettent en évidence les limites de certains scores de fibrose chez les patients diabétiques. Le FIB-4 a été faussement négatif chez 27 % des diabétiques de notre cohorte avec une fibrose significative. Cela renforce les recommandations qui préconisent une évaluation plus poussée chez cette population.

Conclusion : Les troubles de la glycorégulation sont fréquents au cours de la MASLD. Bien que la MASH soit également prévalente dans les deux groupes (DT2 et prédiabète), les patients diabétiques présentent une fibrose hépatique et un risque cardiovasculaire significativement plus élevés. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage et de l'évaluation du statut glycémique chez les patients atteints de MASLD. Ils suggèrent également que le DT2 est un facteur prédictif de progression de la fibrose.

P.154

Optimisation du diagnostic non invasif : valeur ajoutée des scores GPR et S-Index par rapport aux scores standards (APRI, FIB-4) dans la fibrose liée au VHB

O. Trabelsi [1], R. Harbi [1], S. Zarrouk [1], S. Mrabet [1], I. Akkari [1], E. Ben Jazia [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation non invasive de la fibrose hépatique est devenue un pilier de la prise en charge de l'hépatite B chronique, permettant de guider les décisions thérapeutiques sans recourir systématiquement à la biopsie du foie. Si les scores biologiques établis tels que l'APRI et le FIB-4 sont largement utilisés en pratique courante, leurs performances diagnostiques, notamment en comparaison avec des marqueurs plus récents comme le GPR et le S-Index, méritent d'être réexaminées dans des populations contemporaines. Cette étude vise à comparer la précision diagnostique de ces quatre scores sériques — APRI, FIB-4, GPR et S-Index — pour identifier une fibrose hépatique significative (stade F2 ou plus), en utilisant l'élastographie impulsionnelle (FibroScan®) comme méthode de référence non invasive.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective monocentrique a inclus 218 patients porteurs d'hépatite B chronique. Le degré de fibrose hépatique a été évalué par Fibroscan (stades F0 à F4). Les scores sériques (APRI, FIB-4, GPR, S-Index), calculés à partir de paramètres biologiques standardisés, ont été corrélés à l'élasticité hépatique par le coefficient de Spearman. Les performances diagnostiques pour la détection d'une fibrose ≥ F2 ont été évaluées à l'aide des courbes ROC (Receiver Operating Characteristic).

Résultats : L'âge moyen des patients était de 49,7 ± 11,6 ans, avec une légère prédominance masculine (52,8%) et un IMC médian de 27,1 [24–30,7]. La majorité des patients présentaient une fibrose légère (F0–F1 : 65,6%), tandis que 11,5% avaient une fibrose modérée (F2), 8,3% sévère (F3) et 14,7% une cirrhose (F4). La stéatose hépatique était présente chez 30,3% des patients.
Tous les scores sériques présentaient une corrélation significative avec le degré de fibrose mesurée (p < 0,001) : GPR (r = 0,484) et S-Index (r = 0,475) excellaient comparés à APRI (r = 0,351) et FIB-4 (r = 0,287).
Pour la détection d'une fibrose significative (F ≥ 2), le S-Index et le GPR ont démontré les meilleures performances, avec des aires sous la courbe (AUC) respectives de 0,816 et 0,786 contre 0,751 pour l'APRI et 0,768 pour le FIB-4.
Le S-Index et le GPR se sont distingués par une spécificité très élevée (97,8 % et 93,4 %) et une valeur prédictive positive (VPP) robuste (91,3 % et 80,0 %), indiquant une excellente fiabilité pour confirmer la présence d'une fibrose significative. Leur exactitude diagnostique globale était également supérieure (86,6 % pour le S-Index et 83,3 % pour le GPR), avec des seuils optimaux déterminés à 0,157 et 0,473 respectivement.
À l'inverse, l'APRI et le FIB-4 ont montré des sensibilités légèrement plus élevées (63,9 % et 61,1 %), mais au détriment d'une spécificité plus faible (85,7 % et 91,2 %). Les valeurs prédictives négatives (VPN) étaient comparables entre tous les scores (autour de 85 %), suggérant une capacité similaire à exclure la fibrose significative lorsque le test est négatif.

Conclusion : Chez les patients atteints d'hépatite B chronique, les scores sériques récents S-Index et GPR surpassent les scores conventionnels APRI et FIB-4 pour identifier une fibrose hépatique significative. Leur forte corrélation avec le FibroScan®, associée à leur spécificité et leur VPP élevées, en fait des outils fiables pour confirmer le diagnostic. L'utilisation de ces scores en première intention, en particulier dans les contextes à ressources limitées où l'accès au FibroScan® est restreint, pourrait permettre de rationaliser le recours à l'élastométrie et d'optimiser la prise en charge.

P.155

Impact de l'hétérogénéité du syndrome métabolique sur le pronostic hépatique des patients atteints de MASLD

S. Zemmouchi [1], M. Boudjella [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) est au cœur de la physiopathologie de la maladie hépatique associée à une dysfonction métabolique (MASLD). Son impact sur l'évolution de la maladie hépatique est un domaine d'étude important. Cette étude vise à décrire la prévalence du SM et de ses composants et à évaluer son association avec la sévérité de la MASLD.

Patients et Méthodes : Dans le cadre d'une étude prospective, 350 patients avec MASLD ont été inclus. Le diagnostic de SM, basé sur les critères de l'IDF, a été posé chez 286 (81,7 %) patients. Nous avons comparé les caractéristiques des patients avec un SM complet (5 critères, n=78) et un SM incomplet (2-4 critères, n=208). Nous avons également analysé la distribution du nombre de composants du SM dans la cohorte et leur association avec la sévérité de la MASLD

Résultats : Le SM était très fréquent, touchant 81,7 % de la cohorte. Plus de 86 % des patients présentaient au moins deux composants du SM, et un quart (22,3 %) répondaient à tous les critères d'un SM complet. La majorité des patients avaient entre deux et trois composants du SM.Les patients avec un SM complet présentaient une cytolyse hépatique plus fréquente (57,7 % *vs* 43,7 %, p=0,03) et une élasticité hépatique < 8 kPa plus rare (64,1 % *vs* 76,4 %, p=0,03) par rapport aux patients avec un SM incomplet. Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée concernant la prévalence de MASH et des stades de fibrose avancée entre les deux groupes.La fibrose hépatique significative (≥ F2) était présente chez 56,5 % des patients avec troubles de la glycorégulation, chez 24,2 % des patients en surpoids/obèses et chez 62,3 % des patients hypertendus. Les patients avec HTA ou troubles de la glycorégulation présentaient la plus grande proportion de fibrose significative.

Conclusion : La présence d'un SM complet n'est pas associé à une MASLD plus sévère. L'HTA et les troubles de la glycorégulation sont des facteurs de risque puissants de fibrose hépatique significative par rapport à l'obésité seule. Ces résultats soulignent l'importance de considérer chaque composant du SM individuellement pour prédire la sévérité de la MASLD.

P.156

Auto-anticorps de l'hépatite auto-immune type 2 : fréquence de détection et confrontation au bilan hépatique

S. Rejeb [1], S. Mejdoub [1], A. Zghal [1], A. Jerbi [1], S. Feki [1], H. Hachicha [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La recherche sérique des auto-anticorps (Ac) aide au diagnostic de l'hépatite auto-immune (HAI)et à sa classification en type 1 ou 2. L'HAI de type 2(HAI-2), plus rare, touchant surtout l'enfant, est caractériséepar la présence d'Ac anti-LKM1 et/ou anti-LC1. L'objectif de notre étude était d'évaluer la fréquence de détection de ces auto-Ac et de confronter les profils sérologiques au bilan hépatique.

Matériels et Méthodes : La recherche des Ac des hépatopathies auto-immunes est réalisée par immunofluorescence indirecte (IFI) sur triple substrat, éventuellement complétée par immunodot (ID). Les prélèvements positifs pour les Ac anti-LKM1 et/ou anti-LC1 par ID ont été inclus (2018-2025). L'analyse statistique a été faite avec SPSS.

Résultats : Parmi 1166 prélèvements testés par ID, 83 ont été inclus (7,1%). Les demandes provenaient majoritairement des services de gastrologie (44,6%) et de pédiatrie (22,9%). Les Ac anti-LKM1 étaient positifs dans 20 cas (1,7%) : 12 cas (+), 3 cas (++), 5 cas (+++). Les Ac anti-LC-1 étaient positifs dans 67 cas (5,7%) : 46 cas (+), 17 cas (++) et 4 cas (+++). Une positivité conjointe a été notée dans 4 cas (0,3%). L'IFI a montré une positivité des Ac anti-LKM1 ou anti-LC1 dans 14 cas (16,9%). Par ID, la positivité des Ac anti-LKM1 et/ou anti-LC1 était isolée dans 52 cas. Les spécificités antigéniques associées dans 31 cas étaient : M2(18cas), M2-3E(15cas), gp210(15cas), Ro52(12cas), Sp100(7cas), PML(4cas) et SLA/LP(4cas). Une perturbation du bilan hépatique a été observée dans 48,6 % des cas, incluant 30 cas de cholestase, 17 cas de cytolyse et 13 cas associant les deux anomalies. Les cas de positivité franche(++ou+++) des Ac anti-LKM1 et/ou anti-LC1 (n=28) par rapport aux cas de positivité faible(+) (n=55) présentaient une fréquence plus élevée des cas pédiatriques(35,7% *vs* 16,3% ;p=0,047) et une détection plus fréquente de ces Ac par IFI (32,1% *vs* 9,1% ;p=0,008) sans différence significative quant à la fréquence de détection d'autres spécificités par ID (35,7% *vs* 38,2% ;p=0,826)ou à la fréquence d'une perturbation du bilan hépatique (56,5% *vs* 44,7 % ;p=0,351).

Conclusion : La fréquence plus élevée des cas pédiatriques et la meilleure concordance avec l'IFI en cas de positivité franche soulignent l'intérêt du résultat semi-quantitatif pour interpréter la positivité des Ac de l'HAI-2. L'association à d'autres Ac peut orienter vers des formes de chevauchement ou des diagnostics différentiels. L'analyse conjointe du profil sérologique et du bilan biochimique reste nécessaire pour une déterminer la pertinence clinique des auto-Ac détectés.

P.157

Facteurs déterminant l'abandon et l'interruption du traitement de l'hépatite chronique B chez les patients suivis dans un pays en Afrique subsaharienne

E.P. Tchoumi Leuwat [1], A.W. Ndjitoyap Ndam [1], M.P. Kowo [1], L.R. Nkodo [1], S.A. Eloumou Bagnaka [2], N.D. Noah [2], O. Njoya [1], N.E.C. Ndam [1], S.M. Biwole [1], F. Ankouane [1]

(1) Yaoundé, CAMEROUN ; (2) Douala, CAMEROUN.

Introduction : L'hépatite B est un problème majeur de santé publique dans un pays de l'Afrique Sub -Saharienne. Nous estimons à 50 % des patients insuffisamment observants au traitement de l'hépatite chronique B dans ce pays.Ce phénomène, difficile à évaluer, a cependant des conséquences médicales et économiques considérables. La compréhension de cette inobservance nécessite une approche multifactorielle,intégrant à la fois des facteurs biomédicaux, psychosociaux et environnementaux.L'objectif de notre etude était de rechercher les facteurs qui déterminent l'abandon et l'interruption du traitement de l'hépatite chronique B chez les patients suivi dans ce pays.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale analytique chez les patients ayant interrompu ou abandonné le traitement de l'hépatite chronique B dans 03 hôpitaux de la ville.Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire individuel anonymé puis analysées dans le logicielIBM SPSS version 23.0, la force de l'association a été évaluée par le risque relatif avec son intervalle de confiance à 95 % . L'association entre les variables a été calculée à l'aide du test-t de Student et une valeur p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative..

Résultats : Nous avons retenu au total 202 patients qui ont soit abandonné, soit interrompu leur traitement. L'âge moyen était de 37, 79 ± 11 ans, avec un sex ratio de 2, 25. La tranche d'âge la plus affectée était celle de 30 à 40ans, il s'agissait majoritairement de patients avec un niveau d'instruction élevé. Plus de la moitié des participants (57,42 %) avait un revenu mensuel inférieur à 150 euros et seulement 18,81 % avait un revenu mensuel très élevé. L'abandon était beaucoup plus représenté avec une fréquence de 64,4 % tandis que celle de l'interruption était de 35,6 %. Les principales causes d'abandon du traitement étaient le découragement (65,4%), la rupture des médicaments (61,5%) et les problèmes financiers (53,8%). L'analyse multivariée a trouvé que seul le niveau de revenu mensuel était statistiquement associé à des Facteurs déterminant l'abandon et l'interruption du traitement de l'hépatite chronique B chez les patients suivis.La rupture des médicaments et les problèmes financiers étaient les principales raisons de l'interruption du traitement; aucune variable n'était statistiquement associée à l'interruption du traitement de l'hépatite B. De même, aucune association n'a été retrouvée entre les co-morbidités et l'abandon et/ou entre les co-morbidités et l'interruption du traitement de l'hépatite chronique B.

Conclusion : IL'nalyse des résultats a montré plusieurs facteurs influençcant l'abandon et l'interruption du traitement de l'hépatite chronique B mais seul le niveau de revenu mensuel était statistiquement associé à l'abandon du traitement de l'hépatite chronique B.

P.158

Antigène HBs quantitatif : outil fiable pour différencier les phases de la maladie chez les porteurs chroniques, AgHBe négatif, naïfs de traitement

O. Trabelsi [1], S. Mrabet [1], Y. Maatouk [1], I. Handous [1], R. Harbi [1], I. Akkari [1], N. Hannachi [1], E. Ben Jazia [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) évolue en plusieurs phases, dont la distinction conditionne la stratégie thérapeutique et la surveillance. Contrairement à la charge virale, reflet direct de la réplication, l'AgHBs traduit indirectement l'activité transcriptionnelle de l'ADNccc intra-hépatique. Néanmoins, les données disponibles sur son intérêt clinique restent hétérogènes et parfois contradictoires. L'objectif de notre étude était d'étudier l'intérêt de l'AgHBs quantitatif dans l'histoire naturelle de la maladie.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a inclus 88 porteurs chroniques AgHBs, AgHBe négatif, sans traitement antiviral. Tous ont bénéficié d'un examen clinique, d'analyses biologiques, d'une mesure de la charge virale, d'un dosage de l'AgHBs et d'une évaluation de la fibrose par l'élastométrie. Selon les critères EASL 2017, les patients ont été classés en infection chronique (G1) ou hépatite chronique AgHBe négatif (G2).

Résultats : L'âge moyen était de 47,5 ± 11 ans, avec 52,6 % de femmes. La médiane de la charge virale était de 328,5 UI/mL et celle de l'AgHBs de 213,5 UI/mL. Une fibrose significative (≥F2) a été retrouvée chez 12,2 % des patients. Le taux médian de l'AgHBs était significativement plus bas dans le G1 (92,95 UI/mL) que dans le G2 (213,5 UI/mL) ($p < 0,001$). L'AgHBs était corrélé positivement à la charge virale ($r = 0,721$; $p < 0,001$) et négativement à l'âge ($r = −0,313$; $p = 0,003$), à la durée de suivi ($r = −0,216$; $p = 0,046$) et à l'IMC ($r = −0,373$; $p = 0,01$). L'analyse de la courbe ROC a montré une AUC de 0,819 (IC95 % : 0,727–0,911 ; $p < 0,001$). Le seuil de 451 UI/mL d'Ag HBs permettait de prédire l'hépatite chronique AgHBe négatif avec une sensibilité de 81,3 %, une spécificité de 77,6 %, une VPP de 66,7 %, une VPN de 88,2 % et une précision de 78,9 %.

Conclusion : Le dosage quantitatif de l'AgHBs permet de différencier de manière fiable l'infection chronique de l'hépatite chronique AgHBe négatif, avec une excellente performance diagnostique. Simple, non invasif et peu coûteux, il représente un outil complémentaire précieux pour affiner la classification des patients et optimiser leur prise en charge, en particulier dans les contextes à ressources limitées.

P.159

Atteinte hépatique au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques : fréquence et implications cliniques

Z. Gassara [(1)], A. Jerbi [(1)], A. Feki [(1)], M.H. Kallel [(1)], S. Baklouti [(1)], H. Fourati [(1)]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), tels que la polyarthrite rhumatoïde (PR) et les spondyloarthrites (SpA), sont associés à diverses manifestations extra-articulaires, parmi lesquelles l'atteinte hépatique suscite un intérêt croissant. Cette étude vise à évaluer la fréquence, les aspects cliniques et le profil étiologique de l'atteinte hépatique chez des patients atteints de RIC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 150 patients suivis pour un RIC sur une période de 5 ans (Janvier 2021 – Décembre 2025) dans un service de rhumatologie. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, échographiques et histopathologiques des patients présentant des anomalies hépatiques ont été analysées.

Résultats : Nous avons inclus 150 patients avec un âge moyen de 47 ± 12 ans et un sexe-ratio F/H égal à 3. Concernant le type du RIC : 100 patients présentaient une PR et 50 une SpA (40 cas de spondylarthrite ankylosante primitive et 10 cas de rhumatisme psoriasique). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10 ± 3,8 ans. Chez les patients ayant une PR, la maladie était érosive et séropositive dans 90 % (n= 90) des cas et le score d'activité moyen DAS28 était de 3 ± 1,1. Chez les patients ayant une SpA, le score d'activité moyen ASDAS était de 3,2 ± 1,5. La quasi-totalité des patients (98 %, n= 147) recevaient du paracétamol, 90 % (n= 135) recevaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 60 % (n = 90) recevaient une corticothérapie par voie générale avec une dose moyenne journalière de 9,8 ± 1,2 mg, 72 % (n= 108) recevaient du Méthotrexate et 18 % (n = 27) étaient sous biothérapie à type d'anti-TNF. Une atteinte hépatique était retrouvée chez 24,6 % des patients (n = 37). Parmi eux, une douleur abdominale était rapportée chez 13,5 % (n = 5) et une hépatomégalie était retrouvée à l'examen physique chez 16,2 % (n= 6). Aucun cas d'ictère n'a été rapporté. Concernant les anomalies biologiques, une cytolyse hépatique était notée chez 54 % d'entre eux (n = 20) et une cholestase chez 29,7 % (n=11). L'échographie abdominale réalisée chez ces patients (n= 37) révélait une hépatomégalie chez 24,3 % (n=9) et une tumeur hépatique chez 5,4 % (n= 2). Une ponction biopsie hépatique était réalisée chez 2 patients (5,4 %) mettant en évidence une cholangite biliaire destructrice non suppurée avec un infiltrat péri-biliaire chez 1 cas et une hépatite granulomateuse chez l'autre cas. Les étiologies identifiées étaient dominées par l'hépatotoxicité médicamenteuse portée chez 24 patients (64,8 %), le paracétamol étant le plus incriminé dans 33 % (n=12) puis les anti-inflammatoires non stéroïdiens (13,5%, n=5) et le Méthotrexate (10,8%, n=4). L'hépatite granulomateuse confirmée histologiquement était secondaire à la prise prolongée à doses élevées d'Indométacine selon une enquête de pharmacovigilance. Deux cas d'hépatotoxicité attribuée aux anti-TNF étaient observés (1 cas sous Rituximab et 1 cas sous Etanercept). Les autres étiologies étaient : les hépatites virales (16,2%, n=6), une hépatite auto-immune (5,4 %, n= 2), une cirrhose biliaire primitive (5,4 %, n= 2), une tumeur hépatique bénigne (5,4 %, n= 2), une hyperthyroïdie (2,7 %, n=1).

Conclusion : L'atteinte hépatique au cours des RIC était fréquente dans notre série. Souvent silencieuse, elle impose une surveillance régulière et systématique. Les étiologies sont diverses, dominées par les causes médicamenteuses. Toutefois, des étiologies non médicamenteuses comme les hépatites virales ou auto-immunes doivent être évoquées. Dans des situations rares, la biopsie hépatique peut s'avérer nécessaire dans notre démarche diagnostique.

P.160

L'hypertension artérielle : un facteur de risque majeur de MASH et de fibrose avancée dans la MASLD

S. Zemmouchi [(1)], M. Boudjella [(1)]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'hypertension artérielle (HTA) est une composante du syndrome métabolique et est souvent associée à une maladie hépatique stéatosique associée à une dysfonction métabolique (MASLD). Son rôle spécifique en tant que facteur prédictif de l'évolution vers une stéatohépatite (MASH) et une fibrose hépatique significative reste un domaine d'étude important. Cette analyse vise à comparer les caractéristiques des patients MASLD avec et sans HTA et à évaluer son impact sur la sévérité de la maladie hépatique.

Matériels et Méthodes : Dans le cadre d'une étude prospective sur la MASLD, nous avons analysé une cohorte de 350 patients. Nous avons comparé les caractéristiques de 186 patients avec HTA à celles de 164 patients normotendus. L'HTA était connue chez 144 patients, et nouvellement diagnostiquée chez 42 (20,4 % des patients non connus comme hypertendus). L'analyse a porté sur les données démographiques, la cytolyse hépatique, l'élastographie hépatique, la présence de MASH et le stade de fibrose.

Résultats : Les patients avec HTA étaient significativement plus âgés (57 ± 10 ans) que les patients normotendus (53 ± 12 ans, p=0,0008). La proportion de femmes était plus élevée dans le groupe HTA (73,1 %). Il n'y avait pas de différence significative dans les mesures de l'obésité abdominale entre les deux groupes.Une cytolyse hépatique a été significativement plus fréquente (p=0,01) chez les patients hypertendus (52 %) que chez les normotendus (40,8 %).Les patients avec HTA avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir une fibrose hépatique plus sévère. La proportion de patients avec une élasticité hépatique > 12 kPa était de 13,4 % chez les hypertendus, contre 6,7 % chez les normotendus (p=0,03). De même, la MASH était significativement plus fréquente chez les patients avec HTA (43,5 % *vs* 23,8 %, p<0,0001). Enfin, une fibrose significative (≥ F2) a été diagnostiquée chez 31 % des patients avec HTA, contre seulement 14,6 % des patients normotendus (p<0,0001).

Conclusion : L'HTA est présente chez plus de la moitié des patients atteints de MASLD et constitue un facteur de risque indépendant pour la sévérité de la maladie. Elle est significativement associée à une cytolyse hépatique, à la présence de MASH et à une fibrose hépatique significative. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage et de la prise en charge de l'HTA chez les patients atteints de MASLD pour la prévention de l'évolution vers une maladie hépatique avancée.

P.161

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du VHD dans un centre hospitalier d'une grande ville africaine de 2022 à 2025

A.R. Kpossou [(1)], C.N.M. Sokpon [(1)], A.J. Zinsou [(1)], K.R. Vignon [(1)], M.M.M. Degbey [(1)], C. Deguenon [(1)], S. Djedeme [(1)], J. Sehonou [(1)]

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite Delta (VHD) demeure un problème de santé publique majeur, particulièrement en Afrique Subsaharienne, où elle aggrave l'évolution de l'hépatite B. En Afrique subsaharienne, les données récentes sur son poids épidémiologique, ses présentations cliniques et sa prise en charge restent limitées. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'infection par le VHD dans un centre hospitalier universitaire de l'Afrique subsaharienne.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive. Ont été inclus tous les patients reçus et suivis pour une hépatite B chronique pendant la période de 2022 à 2025. L'étude a été menée dans une clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie dans une grande ville d'Afrique subsaharienne.

Résultats : Au total 1369 dossiers Ag HBs positifs exploitables étaient recensés, 825 sujets étaient de sexe masculin (60,3%) et 544 sujets de sexe féminin (39,7%) pour une sex-ratio de 1,5. L'âge moyen était de 39,4 ± 12,4 ans. Une scarification était notée dans 66,7% (n=492) des cas. L'anticorps anti VHD a été demandé chez 383 patients (28%). Deux-cent-dix-huit (218) patients ont pu le réaliser. Six patients avaient l'anticorps anti-VHD positif sur les 218, soit 2,8%. Le dépistage a été fait systématiquement chez les 6 patients. La moyenne d'âge des patients avec Ac anti VHD positif était de 36,3 ± 10,8 ans. Il y avait parmi eux 4 sujets de sexe masculin (67%) et 2 sujets de sexe féminin (33%). Sur les six patients avec Ac anti VHD positifs, le taux de prothrombine était diminué (inférieur à 70%) chez quatre sujets (66,7%) et normal chez les deux restants (33,3%). La charge virale VHD a été demandée chez tous les six patients VHD positifs, mais deux patients sur les six ont pu la réaliser. Elle était à 98 UI/ml chez l'un et indétectable chez l'autre. Les transaminases étaient normales chez les six patients. L'échographie abdominale était normale chez cinq patients sur les six. Chez le patient avec une charge virale VHD indétectable, l'échographie abdominale montrait un foie légèrement stéatosique, augmenté de taille avec les segments I et IV mesurés respectivement à 27,2 et 35,4 cm, sans nodule. Ce dernier a aussi réalisé le Fibroscan qui montrait un score F0-F1 (6.9KPa) ; IQR/ méd égale à 1020 puis un CAP à 318 dB/m soit S2-S3. La charge virale B médiane était de 557,5 UI/ml pour l'ensemble de la population étudiée. Le traitement de l'hépatite virale chronique B a été mis en route chez 356 patients soit une proportion de 26% de la population d'étude. Ils ont tous été traités par Ténofovir dixoproxil Fumarate (TDF). Aucun des six patients ayant l'anticorps anti VHD positif n'a été traité pour le VHD (ni par bulevirtide ni par interféron). Le patient chez qui la charge virale D était à 98 UI/ml avait sa charge virale B à 120 UI/ml et n'a donc pas été mis sous TDF pour l'hépatite B. Il a bénéficié de la prescription de l'interféron pégylé qu'il n'a pas pu honorer pour des raisons financières.

Conclusion : Cette étude montre la faible prévalence du VHD chez les patients porteurs du virus d'hépatite B. Toutefois, le faible taux de dépistage systématique limite l'interprétation et souligne la nécessité de renforcer la recherche du VHD afin de mieux évaluer son poids réel et d'optimiser la prise en charge.

P.162

Évaluation de l'intelligence artificielle dans l'aide à la décision clinique : application aux cas d'hépatite B chronique selon les recommandations EASL 2025

M. Amine [(1)], S. Mrabti [(1)], A. Benhamdane [(1)], S. Azammam [(1)], C. Hiji [(1)], I. Karam [(1)], C. Haddad Hachimi [(1)], S. Hdiye [(1)], F. Ait Iken [(1)], T. Addajou [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hépatite B chronique (HVB) présente une grande diversité clinique nécessitant une prise en charge thérapeutique adaptée. Les recommandations EASL 2025 proposent des stratégies actualisées pour le traitement antiviral.
L'objectif de cette étude est d'analyser la conformité des décisions cliniques générées par l'intelligence artificielle face à une série de cas cliniques d'hépatite B chronique, en les comparant aux recommandations de l'EASL 2025. L'évaluation porte sur les indications thérapeutiques, le choix des traitements antiviraux, la gestion selon la réponse virologique, ainsi que les décisions d'arrêt du traitement.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive basée sur l'analyse comparative de 22 cas cliniques fictifs de patients suivis pour HVB. Ces cas ont été classés en trois catégories selon leur complexité : cas simples, cas particuliers et cas complexes. Pour chaque cas, les réponses générées par ChatGPT concernant la conformité des indications, le choix du traitement antiviral, la gestion de la réponse virologique ainsi que les décisions d'arrêt ont été comparées aux recommandations EASL 2025.

Résultats : L'analyse des indications thérapeutiques révèle une conformité globale satisfaisante à 100 % dans les cas simples, malgré certaines lacunes dans le type de traitement choisi. Chez les cas particuliers, la conformité reste également bonne à 100 %, mais le traitement est parfois incomplet dans 50 % des situations : chez la femme enceinte, seul le ténofovir disoproxil fumarate est cité, omettant le ténofovir alafénamide, désormais recommandé. Pour les cas complexes, les indications et traitements sont généralement conformes à 100 %, cependant des manquements fréquents affectent 42,85 % des cas, notamment concernant des traitements spécifiques comme l'interféron pour l'hépatite delta ou les immunoglobulines chez les patients transplantés. L'évaluation de la gestion des réponses virologiques montre une prise en charge majoritairement adéquate dans 66,66 % des cas, sauf chez certains patients cirrhotiques sans réponse, où la conduite n'est pas conforme. Enfin, les décisions d'arrêt de traitement sont respectées dans la majorité des cas, soit 66,66 %, avec toutefois des erreurs notables, notamment chez les patients AgHBe négatifs sans cirrhose, où la conduite diverge des recommandations.

Conclusion : Cette étude montre que ChatGPT suit globalement bien les recommandations EASL 2025, mais souligne des manques dans certaines options thérapeutiques. Elle insiste sur l'importance de l'expertise clinique et de la mise à jour régulière des algorithmes d'intelligence artificielle pour une prise en charge optimale.

P.163

Intelligence artificielle et hépatite auto-immune : un modèle Random Forest pour la prédiction non invasive de la fibrose hépatique avancée

E. Souilem [(1)], H. Hassen [(1)], N. Elleuch [(1)], S. Fyras [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Ben Slama [(1)], W. Dahmani [(1)], M. Kssiaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La biopsie hépatique demeure la référence pour l'évaluation de la fibrose au cours de l'hépatite auto-immune (HAI), mais son caractère invasif limite son utilisation. L'intelligence artificielle (IA) offre de nouvelles perspectives pour estimer la fibrose à partir de données biologiques de routine. L'objectif de cette étude était de développer un modèle d'apprentissage automatique de type Random Forest (RF) pour prédire la fibrose avancée chez les patients atteints d'HAI et d'en comparer la performance aux scores non invasifs classiques FIB-4 et APRI.

Patients et Méthodes : Une étude transversale à visée analytique incluant 93 patients atteints d'HAI suivis au CHU Sahloul, dont 63 ont bénéficié d'une biopsie hépatique. La fibrose a été évaluée selon le score METAVIR (≥ F3), puis comparée aux marqueurs non invasifs (FIB-4, APRI). Les variables biologiques significatives ont été intégrées dans un modèle d'apprentissage automatique de type Random Forest, développé selon la méthodologie CRISP-DM (Cross-Industry Standard Process for Data Mining). Les performances du modèle ont été évaluées par l'aire sous la courbe ROC (AUC), la sensibilité et la spécificité.

Résultats : Au total, 63 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 47,2 ± 13,1 ans avec un sex-ratio H/F de 0,9. Une fibrose avancée (≥ F3) a été observée chez 27 patients (42,8 %). En analyse univariée, les facteurs associés à une fibrose avancée étaient: une albuminémie plus basse (33,1 ± 5,4 *vs* 39,2 ± 4,8 g/L ; p < 0,001), une thrombopénie plus marquée (168 ± 55 *vs* 225 ± 62 G/L ; p= 0,002) et un ratio ASAT/ALAT plus élevé (p = 0,01). En analyse multivariée, les facteurs indépendants identifiés étaient: l'hypoalbuminémie (OR = 4,12 [IC95 % : 1,64–10,38] ; p = 0,002) et la thrombopénie (OR = 2,94 [IC95 % : 1,08–7,98] ; p = 0,034). Une corrélation positive et significative a été retrouvée entre le stade histologique de fibrose et les scores non invasifs : FIB-4 (ρ = 0,61, p < 0,001) et APRI (ρ = 0,57, p < 0,001). Le modèle Random Forest avait la meilleure performance pour la prédiction de la fibrose avancée, avec une AUC de 0,90 [IC95 % : 0,82–0,96], une sensibilité de 85 % et une spécificité de 83 %, supérieure à celles des scores non invasifs FIB-4 (AUC = 0,76) et APRI (AUC = 0,73).

Conclusion : Notre étude montre qu'un modèle d'apprentissage automatique de type Random Forest, basé sur des paramètres biologiques simples, permet de prédire la fibrose hépatique avancée chez les patients atteints d'hépatite auto-immune avec une performance supérieure aux scores non invasifs classiques. Ces résultats ouvrent la voie à l'intégration de l'IA comme outil d'aide à la décision dans l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique.

P.164

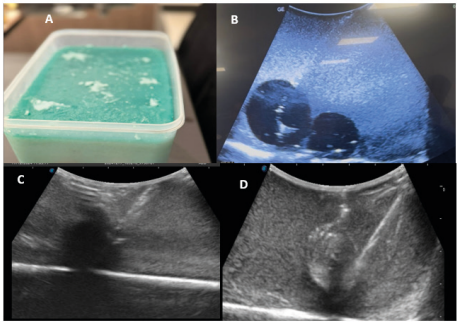
Simplicité avant l'intelligence artificielle : un modèle économique et réaliste pour la formation en biopsie hépatique et drainage échoguidé des collections

M. El Bied [(1)], A. El Amghari [(1)], A. Boutaleb [(1)], M. Zouaoui [(1)], M. Azouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : La maîtrise de la biopsie hépatique échoguidée nécessite une formation pratique rigoureuse avant toute application clinique.
Les modèles de simulation non tissulaires jouent un rôle clé dans ce processus, en offrant un environnement d'apprentissage sûr et reproductible, en renforçant la confiance et la précision du praticien ainsi que la sécurité des procédures.
L'objectif de notre travail est de proposer un modèle innovant, simple, peu coûteux et facilement reproductible, capable de reproduire les caractéristiques échographiques des tissus hépatiques et des lésions cibles.

Matériels et Méthodes : Nous avons conçu un modèle d'apprentissage en combinant 150 g de gélatine concentrée et 300 g d'amidon de maïs pour créer une matrice homogène simulant la consistance des tissus hépatiques. Des tomates cerises et des raisins pelées ont été intégrés au mélange afin d'imiter des lésions cibles pour la biopsie ainsi que des ballons remplis de gel d'échographie et de l'eau pour imiter des collections à drainer. Le mélange a été coulé dans un contenant plastique de 2 L, lubrifié à l'huile, puis placé à -20 °C pour gélatinisation avant d'être conservé à 4 °C.
Ce modèle a été évalué en termes d'échogénicité, de facilité de ponction, de reproductibilité et de coût.



Résultats : Le modèle développé présentait une échogénicité similaire aux tissus biologiques (parenchyme hépatique) et permettait de reproduire la variabilité échographique des lésions (raisins : hyperéchogènes et tomates cerises : hypoéchogènes ; ballons remplis d'eau et de gel d'échographie : anéchogènes).
Sa préparation était simple, rapide (moins de deux heures) et peu coûteuse (6 $ par boîte).
L'ergonomie du modèle facilitait l'apprentissage des étapes clés de la biopsie échoguidée et du drainage de collections notamment : le repérage échographique, le bon positionnement de l'aiguille, ainsi qu'il permet de renforcer la coordination entre la visualisation échographique et la manipulation de l'aiguille.
Les principales limites concernaient la conservation à 4 °C, la durabilité limitée et la persistance de trajets hyperéchogènes après ponction.

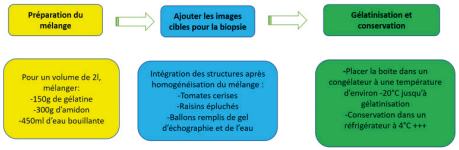


Tableau 1 : Comparaison des principaux modèles de simulation pour l'apprentissage de la biopsie hépatique échoguidée et le drainage des collections

Critères	Notre modèle : Gélatine – Amidon Lésions cibles : Tomates – Raisins Ballons remplis de gel et de l'eau	Modèle en gélatine - Metmucil	Modèle animal (bovin/porcin)	Simulateurs virtuels	Phantom industriel non tissulaire
Coût	Très faible (6 $)	Très faible (<10 $)	Modéré (40 $)	Très élevé (>10 000 $)	Élevé (~400 – 1000 $)
Temps de préparation	< 2 h	< 2 h	Long (préparation des tissus)	Aucun (installation logicielle)	Aucun (prêt à l'emploi)
Accessibilité	Très élevée (matériaux courants)	Très élevée	Limitée (besoin de tissus frais)	Faible (infrastructure lourde)	Moyenne
Échogénicité simulée	Bonne, proche du foie réel	Moyenne (tissus mous superficiels)	Excellente	Excellente (simulation logicielle)	Bonne
Simulation de lésions	Raisins/tomates hypoéchogènes, ballons anéchogènes	Gel injecté (abcès)	Olives insérées, lésions réelles	Cibles virtuelles dynamiques	Structures fixes préfabriquées
Réalité tactile	Moyenne	Faible	Excellente	Bonne (retour haptique variable)	Bonne
Compétences entraînées	Repérage échographique, ponction, drainage	Détection d'abcès superficiels	Gestes techniques complets	Coordination œil-main, trajectoire, planification	Ponction, orientation de l'aiguille
Avantages majeurs	Peu coûteux, simple, réaliste, personnalisable	Très simple, idéal pour formation de base	Très réaliste, utile pour formation avancée	Simulation dynamique, évaluation objective	Réutilisable, prêt à l'emploi, durable
Limites principales	Conservation à 4 °C, durabilité limitée	Artefacts, réalisme limité	Coût, risque biologique, logistique	Coût très élevé, pas de pratique réelle	Coût élevé, manque de personnalisation

Discussion : Plusieurs modèles de simulation pour la formation à la biopsie échoguidée existent, regroupés en quatre grandes catégories:
Les simulateurs virtuels basés sur l'intelligence artificielle (comme Interventional Radiology Virtual Simulator ou XPBD) offrent un apprentissage interactif et précis, mais restent coûteux et peu accessibles.
Les modèles physiques industriels (type CAE Blue Phantom) sont standardisés et réalistes, mais onéreux et peu adaptables.
Les modèles à base de tissus animaux reproduisent fidèlement les caractéristiques réelles, mais posent des contraintes logistiques et éthiques.
Les modèles en gélatine, simples et économiques, présentent souvent des artefacts échographiques, limitation que notre modèle surmonte grâce à l'association gélatine-amidon et à l'intégration de cibles simulant fidèlement les lésions profondes.

Conclusion : La mise au point de ce modèle de simulation pour la biopsie hépatique échoguidée constitue une avancée pédagogique significative. Elle permet d'améliorer la formation pratique des praticiens dans un environnement sûr et reproductible, contribuant ainsi à optimiser les compétences techniques et à renforcer la sécurité des procédures réelles.
Notre modèle artisanal, simple et économique, permet un apprentissage efficace des gestes échoguidés de base.

P.165

Facteurs de risque de stéatose et de stéatohépatite dysmétabolique : une analyse univariée et multivariée dans une cohorte prospective de patients avec facteurs de risque métaboliques

S. Zemmouchi [1], M.E.A. Boudjella [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie hépatique stéatosique associée à une dysfonction métabolique (MASLD) est une pathologie complexe dont la progression de la stéatose simple (MASL) à la stéatohépatite (MASH) est un enjeu majeur. L'identification des facteurs de risque les plus pertinents est cruciale pour le dépistage et la prise en charge thérapeutique. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs cliniques, biologiques et histologiques associés à la présence de la MASLD et de la MASH.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective sur une cohorte de 350 patients présentant des facteurs de risque métaboliques. Une analyse univariée a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la présence d'une MASLD. Une analyse multivariée a ensuite été utilisée pour déterminer les facteurs de risque indépendants de la MASLD et de la MASH. Les résultats de la biopsie hépatique (scores de S, A, F, NAS et SAF) et de l'élastographie couplée au CAP ont été utilisés pour évaluer la sévérité de la maladie.

Résultats : En analyse univariée, les facteurs significativement associés à la présence de MASLD incluaient un IMC > 30 kg/m², un tour de taille élevé, la présence d'un diabète de type 2 (DT2), d'une HTA, d'un syndrome métabolique (SM), d'une hypercholestérolémie, d'une hypoHDLc ainsi que des GGT et des scores HSI élevés.En analyse multivariée, seuls trois facteurs indépendants ont été retenus : un tour de taille augmenté, la présence d'un DT2 et des GGT élevés. La comparaison des patients avec MASH et ceux avec MASL a montré que le diabète (en particulier son ancienneté et un mauvais contrôle glycémique) et l'HTA sont des prédicteurs significatifs de la MASH. Les anomalies de la biologie hépatique ainsi que l'hyperuricémie étaient également fortement associées à la MASH en analyse univariée. De manière notable, le BMI et le tour de taille ne se sont pas révélés des facteurs de risque suffisants pour faire la distinction entre la MASL et la MASH.En analyse multivariée, les facteurs indépendants de la MASH étaient la présence d'une HTA et des taux élevés d'ASAT, de GGT, de bilirubine totale et de LDLc.

Conclusion : Les MASLD sont fortement liées aux facteurs de risque métaboliques. Le tour de taille, le diabète type 2 et les GGT ont été des facteurs indépendants de survenue de MASLD. L'HTA, les ASAT et les GGT ont été des facteurs de risque indépendants de survenue de MASH. Ces résultats soulignent l'importance des marqueurs cliniques et biologiques dans l'évaluation personnalisée du risque de MASH et de fibrose hépatique avancée.

P.166

Impact pronostique du dépistage du carcinome hépatocellulaire dans un département français entre 2005 et 2021 : une étude en population générale

M. Le Guevel [(1)], M. Morvan [(1)], N. Reboux [(1)], F. Tanné [(1)], S. Bouzeloc [(1)], T. Kermarrec [(1)], L. Quénéhervé [(1)], J.B. Nousbaum [(1)]

(1) Brest.

Introduction : Le carcinome hépato-cellulaire (CHC) représente la 3ème cause de mortalité par cancer dans le monde, et une incidence estimée de 8874 cas en 2023 en France1. Le dépistage du CHC est recommandé chez les patients atteints de cirrhose. L'impact du dépistage sur la détection de tumeurs de stade précoce a été montré, particulièrement dans des cohortes de patients atteints de cirrhose virale². Il existe peu de données en population générale en France, notamment chez les patients atteints de maladie alcoolique de foie et de MASH. Les études menées dans les centres secondaires et/ou tertiaires comportent un biais de sélection. Les buts de cette étude en population générale étaient d'évaluer: a) la survie des malades atteints de CHC entre 2005 et 2012, b) l'impact du dépistage sur la survie.

Patients et Méthodes : Tous les patients atteints de CHC diagnostiqués entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2021 résidant dans un département français ont été inclus. Les caractéristiques clinico-biologiques et histo-pathologiques ont été collectées de façon retrospective à partir d'un registre de cancers. L'analyse des données a été effectuée pour l'ensemble de la période de l'étude, puis pour deux périodes (2005-2012 et 2013- 2021). Les données de la survie ont été analysées par la méthode de Kaplan Meier et comparées en utilisant le test du log-rank. L'analyse multivariée a été réalisée avec un modèle de Cox pour identifier les facteurs pronostiques.

Résultats : Durant la période d'observation, 2317 patients atteints de CHC ont été inclus. La cirrhose était liée à l'alcool dans 53,8 % des cas, d'origine métabolique pure dans 5,6% des cas, d'origine mixte métabolique et alcoolique dans 9,6% des cas, d'origine virale B et/ou C sans alcool dans 5,4% des cas, et d'origine mixte virale et alcoolique dans 4% des cas. La médiane de survie globale était de 12 mois pour l'ensemble de la période. Elle était de 14 mois pour la seconde période (2013-2021) *versus* 9,7 mois pour la première (2005-2012)(p<0,0001) indiquant une amélioration du pronostic global pour les années les plus récentes. Les facteurs pronostiques associés à la survie étaient un diagnostic par le biais d'un dépistage (p<0,001), les traitements à visée curative, et les traitements non curatifs par comparaison à l'abstention. Les facteurs de mauvais pronostic étaient le stade C de Child-Pugh (p=0,015), les stades BCLC-C et D (p<0,001). Le diagnostic par le biais d'un dépistage concernait 31% des patients, *versus* 21% en cas de découverte fortuite et 47% en cas de symptômes. La survie médiane chez les patients pour lesquels le CHC avait été découvert par un examen de dépistage était de 27 mois, *versus* 17 mois en cas de diagnostic fortuit, et de 4,9 mois en cas de symptômes (p<0,0001). La survie médiane était de 53 mois en cas de traitement à visée curative pour l'ensemble de la population *versus* 15 mois en cas de traitement non curatif (p<0,0001).

Conclusion : Cette étude montre une meilleure survie en cas de diagnostic de CHC lors d'un examen de dépistage en population générale, dans laquelle la maladie du foie liée à l'alcool est prédominante. La proportion de patients soumis à un dépistage reste faible (31%), la majorité des cancers étant diagnostiqués à un stade symptomatique, le CHC révélant encore fréquemment la cirrhose. Le diagnostic précoce de la cirrhose pourrait améliorer le pronostic global chez ces malades.

P.167

Accès au traitement systémique après chimioembolisation : une étude de vie réelle

I. Bouchard [(1)], C. Cussac [(2)], J.F. Blanc [(1)], J.M. Péron [(2)], M. Decraecker [(1)]

(1) Bordeaux ; (2) Toulouse.

Introduction : Fréquemment diagnostiqué à un stade avancé, le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la 2eme cause de mortalité par cancer dans le monde. L'arrivée récente des immunothérapies a amélioré le pronostic des patients au stade avancé mais vient questionner la séquence thérapeutique optimale, notamment après traitements locorégionaux. Parmi eux, la chimio-embolisation lipiodolée (CEL), qui reste le traitement de référence pour les CHC de stade intermédiaire (BCLC B), expose à un risque de décompensation de la fonction hépatique, susceptible de compromettre l'accès ultérieur aux traitements systémiques. Peu de données existent en vie réelle sur cet enjeu.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle bi-centrique incluant les patients traités par CEL entre 2015 et 2022. La survie globale a été estimée par méthode de Kaplan-Meyer et les facteurs associés à l'accès aux traitements systémiques étudiés par régression logistique.

Résultats : Au total, 173 patients BCLC B ont été inclus, avec un âge médian de 70,4 (65,4-75,4) ans. La majorité était cirrhotique, porteuse d'une hépatopathie dysmétabolique isolée (MASLD) (31,2%) ou associée à un consommation excessive d'alcool (MetALD) (35,8%), CHILD A (83,8%), avec un état général préservé (PS 0-1) (98,3%). Une médiane de 2 CEL a été réalisée par patient pour un nombre médian de 2 nodules de 3,8 (2,7-5,0) cm. La survie globale médiane était de 24,9 (14,0-37,1) mois. Parmi les 123 patients (76.4%) ayant progressé, 90 (73,2 %) ont eu accès à un traitement systémique, par inhibiteurs de tyrosine kinase (49,9%) ou par immunothérapie (51,1%). La survenue d'une décompensation hépatique dans les 3 mois suivant une CEL était un facteur indépendant de non-accès au traitement systémique en analyse multivariée (OR 0,25 (0,08-0,74); p=0,01). Un score ALBI plus élevé lors de la première CEL était prédictif de décompensation, en analyse multivariée (OR 7,3 (1,13-32,67; p= 9.10-3).

Conclusion : La CEL reste, malgré sa sélectivité, à risque de décompensation hépatique, limitant l'accès aux traitements systémiques à progression. Une évaluation rigoureuse de la fonction hépatique, utilisant notamment le score ALBI, apparaît cruciale pour guider la prise en charge et optimiser la séquence thérapeutique.

P.168

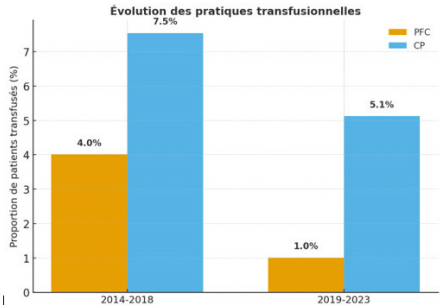
CIRPREV : enquête sur les pratiques transfusionnelles prophylactiques chez le patient cirrhotique avant un geste interventionnel

A. Gayard [1], T. Sinegre [1], L. Muti [1], B. Buchard [1], C. Gaume [1], A. Lebreton [1], A. Abergel [1]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Chez les patients cirrhotiques, l'hémostase est profondément remaniée, exposant simultanément à un risque hémorragique et thrombotique. Les tests conventionnels (TP, INR, plaquettes) demeurent largement utilisés pour guider les transfusions préventives avant un geste invasif, bien que leur valeur prédictive du risque de saignement soit contestée. Pourtant, la transfusion expose le patient cirrhotique à des complications, sans bénéfice démontré sur la prévention du risque hémorragique. Les recommandations internationales, peu nombreuses et basées sur un faible niveau de preuve, déconseillent leur utilisation isolée, soulignant la nécessité d'une évaluation globale de l'équilibre hémostatique.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective monocentrique a inclus les patients cirrhotiques transfusés par plasma frais congelé (PFC) ou concentrés plaquettaires (CP) entre 2014 et 2023. Les indications, paramètres biologiques, score CHILD-PUGH, l'étiologie de la cirrhose et la survie ont été analysés.Parallèlement, une enquête nationale a été diffusée auprès de praticiens impliqués dans la prise en charge de la cirrhose (hépato-gastroentérologues, anesthésistes-réanimateurs, spécialistes de l'hémostase). Les participants ont précisé leurs critères décisionnels transfusionnels selon le type de geste, la perception du risque hémorragique et les seuils biologiques (TP, plaquettes, fibrinogène). Un état des lieux de la connaissance du concept de rebalanced hemostasis et des nouveaux outils d'évaluation de l'hémostase a également été réalisé.

Résultats : Au total, 222 patients ont été inclus dans la cohorte rétrospective, 159 patients ont reçu un culot plaquettaire (CP), 63 ont reçu un PFC. La diminution progressive des prescriptions prophylactiques au fil du temps suggère une meilleure diffusion du concept de rebalanced hemostasis. La survie médiane après transfusion était d'environ 30 mois, réduite dans le groupe recevant du PFC (6 mois), traduisant une sévérité clinique accrue. Les transfusions étaient fréquemment motivées par des anomalies biologiques isolées, indépendamment de la réalisation d'un geste interventionnel.
L'enquête nationale (122 participants) a mis en évidence une grande hétérogénéité des pratiques. Les hépato-gastroentérologues adoptaient une approche plus restrictive pour les gestes à faible risque, tandis que les anesthésistes-réanimateurs conservaient des seuils conventionnels (plaquettes <50 G/L, TP <50 %). Les divergences s'atténuaient pour les gestes à haut risque.Le concept de rebalanced hemostasis et la connaissance des nouveaux outils d'évaluation de la coagulation comme la génération de thrombine demeurent insuffisamment diffusés et appliqués dans la pratique clinique.



Discussion : En croisant données réelles et perceptions théoriques, notre étude met en évidence un décalage persistant entre les pratiques transfusionnelles et les recommandations internationales, reflétant la difficile transposition du concept de rebalanced hemostasis dans la pratique clinique.L'absence d'outils de mesure dynamique de l'hémostase et la crainte du saignement expliquent en partie ces divergences interspécialités.

Conclusion : Les pratiques transfusionnelles prophylactiques chez le patient cirrhotique restent hétérogènes et majoritairement guidées par les tests conventionnels, en décalage avec les recommandations internationales. L'harmonisation nécessite la mise en place de protocoles institutionnels intégrant la stratification du risque, les tests globaux de coagulation et une approche multidisciplinaire. Ce travail souligne la nécessité d'une évolution des pratiques vers une transfusion raisonnée et individualisée.

P.169

Analyse des facteurs de morbi-mortalité de la chirurgie abdominale chez les patients cirrhotiques : résultats d'une étude comparative

J.F. Cadranel [1], F.E. Chakor [1], H. Zougmoré [1], F. Belhoul [1], M. Ouali [1], R. Immoune [1], P. Mbem Ngos [1], T. Le Magoarou [1], T. Koriko [1], A. Smail [1], F. Nguimtsa Tenefo [1], N. Mutumwinka [1], H. Cherkaoui [1], S. Chaibi [1], G. Fantognon [1], M. Medmoun [1], P. Pulwermacher [1]

(1) Creil.

Introduction : La prise en charge chirurgicale de la chirurgie abdominale chez les patients atteints de cirrhose est compliquée en raison de l'hypertension portale notamment (1). Le score VOCAL Penn permet d'évaluer le risque opératoire chez les patients (pts) cirrhotiques. Il intègre, en plus des paramètres clinico-biologiques de sévérité de la cirrhose, l'âge du patient, le type de chirurgie, son caractère urgent ou non, et le syndrome métabolique (2). Le but de cette étude était d'évaluer les facteurs de la morbi-mortalité de la chirurgie digestive chez des pts cirrhotiques comparés à des pts non cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective incluant tous les pts cirrhotiques opérés pour une chirurgie abdominale. Les paramètres associés à la morbi-mortalité ont été étudiés, score Child-Pugh, score MELD, score VOCAL Penn, facteurs associés aux complications, passage en réanimation, à la mortalité et aux infections. Chaque pt cirrhotique a été apparié avec 2 pts de même sexe, de même âge sans fibrose hépatique et présentant les mêmes comorbidités

Résultats : 177 pts (59 cirrhotiques, 33,3 %). Âge 63.8 ans (11.1). Les pts cirrhotiques et non cirrhotiques ne différaient pas selon l'âge, le sexe, la présence d'une insuffisance cardiaque : cirrhotiques (12.6 %, non cirrhotiques 13.5 %) et des autres comorbidités. L'hémoglobine était plus basse chez les patients cirrhotiques (11.8 *vs* 12.9, p = 0.04) ainsi que les plaquettes (168 giga *vs* 216, p = 0.001), l'albumine plus basse 31.5 (7.6 *vs* 38.5 (4.6, p < 0.001)), le TP < 64.3 (21.7) *vs* 86.3, (9,54), p <0.001. La créatinine était plus élevée chez les pts cirrhotiques 120 (101) *vs* 85 (45.2), p <0.02. La mortalité était plus importante chez les pts cirrhotiques (36 % *vs* 6 ; 2.94 [2.08-4.16], p<0.001. Les pts cirrhotiques ont plus souvent reçu une transfusion per-opératoire 28.8 % *vs* 5.9 % ; 2.58 [1.8-3.7], p = 0.001. Les pts cirrhotiques sont plus souvent passés en réanimation 19 [32.2 % *vs* 10], (2.2 %), p < 0.0001, ont eu plus souvent des complications 49.2 % *vs* 14.5 %, p = 0.01), plus souvent une insuffisance rénale aiguë péri ou post-opératoire 35.5% (18 *vs* 6%, 7, p < 0.001). Le type de chirurgie ne différait pas selon chirurgie urgente ou non urgente, chez les pts cirrhotiques ou non cirrhotiques de même que la voie d'abord. Chez les pts cirrhotiques, la cirrhose était alcoolique dans la majorité des cas 72 % (42 pts). 3 pts étaient stade A de Pugh, 26 stade B et C, 10 stade C. La valeur moyenne du score de MELD était de 15.8. La coelioscopie chez les pts cirrhotiques était choisie dans 20 cas (34.5 %) non différente des pts non cirrhotiques. Le score VOCAL Penn était de 39.7 (28.7) chez les patients cirrhotiques ; 8.2 (12.2) chez les pts stade B, et 2.9 (77, 18.5) chez les pts stade A, p < 0.001. Les facteurs associés à la mortalité chez les pts cirrhotiques étaient l'existence d'une ascite 3.07 [1-9.36], p = 0.046, un TP bas 0.96 [0.94-0.99], p = 0.016, une créatininémie élevée 1.01 [1-1.02], p = 0.012, une bilirubinémie élevée 1.01 [1-1.01], p = 0.025, score de Child C 33 [4.43-980], p<0.001, VOCAL Penn 1.1 [1.04-1.18], p<0.001, le passage en réanimation 21.2 [5.22-86.5], p<0.001, la survenue de complications infectieuses 6.15 [1.84-20.6], p = 0.001, une insuffisance rénale aiguë 7.11 [2.08-24.3], p = 0.002. En analyse univariée, les facteurs associés à la survenue des complications post-opératoires étaient :, l'hémoglobine (Hb) basse (OR=0,55 [0,40;0,75] p=0,001), l'albuminémie basse (OR=0,88 [0,81;0,97] p=0,003), TP bas (OR=0,96 [0,93;0,99] p=0,002), créatininémie élevée (OR=1,01 [1,00;1,02] p=0,005), bilirubinémie élevée (OR=1,06 [1,00;1,12] p=0,003), l'IR aiguë (OR=14,9 [3,51;115] p<0,001), et la décompensation de la cirrhose (OR=17,5 [4,63;92,2] p<0,001).En analyse univariée, les facteurs associés aux infections étaient : l'IR (OR=6,63 [1,81;27,4]), l'Hb basse (OR=0,75 [0,58;0,97] p=0,001), le taux de globules blancs (GB) élevé (OR=1,18 [1,06;1,32] p=0,005), TP bas (OR=0,97 [0,95;1,00] p=0,042), créatininémie élevée (OR=1,02 [1,01;1,04] p=0,003), score VOCAL Penn (OR=1,04 [1,01;1,07] p=0,029), le caractère urgent de la chirurgie (OR=13,4 [2,32;347], p=0,005), et le passage en réanimation (p<0,001). En analyse univariée, les facteurs associés au passage en réanimation étaient : la présence d'ascite (OR=4,29 [1,33;16,0] p=0,014), Hb basse (OR=0,56 [0,40;0,77] p<0,001), taux de GB élevé (OR=1,16 [1,04;1,28] p=0,009), TP bas (OR=0,95 [0,92;0,98] p<0,001), créatininémie élevée (OR=1,02 [1,01;1,04] p=0,002), bilirubinémie élevée (OR=1,01 [1,00;1,01] p=0,025), score VOCAL Penn (OR=1,07 [1,02;1,11] p=0,002), le caractère urgent de la chirurgie (OR=4,18 [1,24;17,4] p=0,037), et les transfusions peropératoires (OR=4,87 [1,45;17,6] p=0,016).

Conclusion : Le risque de morbimortalité et de décès est plus important chez les pts cirrhotiques que chez les pts non cirrhotiques appariés ; chez les pts cirrhotiques, le risque opératoire est lié à la présence d'ascite et un taux d'hémoglobine bas, un TP bas, un score élevé VOCAL Penn élevé, un passage en réanimation, la survenue de complications.

P.170

Modalités de dépistage du cancer colorectal chez les patients transplantés hépatiques : enquête de pratique nationale et revue de cas dans un centre tertiaire

I. Tamer [1], R. Olivier [1], V. Randrian [1], C. Silvain [1], A. Vimont Vicary [1], L. Elkrief [2], V. Rolle [1]
(1) Poitiers ; (2) Tours.

Introduction : Les patients greffés hépatiques présentent un risque accru, environ 2,3 fois supérieur à la population générale, de développer un cancer colorectal (CCR). Pourtant, aucune recommandation n'existe sur des modalités de dépistage spécifiques à réaliser avant et après la greffe.

Matériels et Méthodes : Objectifs : Le premier volet de notre étude consiste en une enquête de pratique dans les centres de transplantation hépatique afin de vérifier s'il existait une harmonie des pratiques concernant les méthodes de dépistage du CCR chez les greffés hépatiques. Dans un second temps, nous avons étudié dans un centre tertiaire les données des patients greffés hépatiques ayant développé un CCR dans le suivi et les méthodes de dépistage employés chez ces derniers, avant et après la greffe.
Méthodes : Nous avons réalisé une enquête de pratique entre avril et aout 2025, auprès des 16 centres avec une activité de transplantation hépatique (TH) chez l'adulte en France, à l'aide d'un questionnaire en ligne établi et validé par 3 médecins experts en transplantation hépatique, provenant de 2 centres tertiaires. Notre questionnaire évaluait entre autres : l'existence d'un protocole systématique dédié au dépistage du CCR, les examens de dépistage réalisés en fonction des facteurs de risque (FDR) classique de développer des adénomes des patients, et leur fréquence. Les FDR correspondaient à un âge > 50 ans, un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de CCR. Secondairement, nous avons étudié les cas d'un centre tertiaire en identifiant les patients greffés hépatiques ayant développé un CCR. Les données analysées incluaient : l'indication de TH, la réalisation de tests FIT et/ou coloscopie avant et après la greffe, leurs indications et délais de réalisation. Les statistiques sont descriptives, présentées sous forme de moyenne avec écart-type ou de médiane pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives.

Résultats : Avec 24 réponses à notre questionnaire, on montre une hétérogénéité des modalités de dépistage avant et après la greffe, avec l'absence de protocole dédié dans 37,5% et 58,4% des centres interrogés respectivement. Avant la TH, le dépistage est assuré par coloscopie dans 91,7% des cas en présence de FDR, et aucun dépistage n'est réalisé dans 56% des cas en l'absence de FDR. En l'absence de FDR, le FIT est utilisé dans 16,8% des cas. Après la TH, en l'absence de FDR, le dépistage est réalisé par FIT dans 76,9% et la coloscopie dans 15,4% des cas. En présence de FDR, il est réalisé par FIT dans 46,2% et par coloscopie dans 53,8% des cas.
Concernant l'étude de notre centre tertiaire, : 336 patients ont bénéficié d'une transplantation, 10 patients ont développé un CCR, correspondant à une incidence de 2,9%. Bien que 80% d'entre eux présentaient des FDR de CCR, seuls 50% avaient bénéficié d'un dépistage dédié du CCR avant transplantation. Parmi eux, le délai d'apparition médian d'apparition du CCR était de 68 mois après la greffe. En revanche, chez tous les patients non dépistés avant la greffe, ayant développé un CCR, le diagnostic a été porté dans les 18 mois suivant la transplantation (délai médian 13 mois). On notera que tous les patients ayant développé un CCR avaient une cirrhose d'origine éthylique, et que 80%d'entre eux étaient porteurs d'un CHC avant la greffe.

Conclusion : Il existe une absence de standardisation des modalités de dépistage du CCR chez les patients greffés hépatiques, source d'une hétérogénéité des pratiques. Des recommandations au niveau national semble indispensables pour harmoniser les pratiques et pour mieux définir ces modalités de dépistage avant et après greffe selon les FDR des patients. Une vigilance particulière semble nécessaire pour le dépistage des patients porteurs d'un CHC avant la greffe ou atteints d'une cirrhose d'origine éthylique qui semblent particulièrement à risque dans notre cohorte. Enfin, en l'absence de dépistage avant la greffe, nous proposons la réalisation systématique d'une coloscopie dans les 6 à 12 mois suivant la transplantation.

Remerciements, financements, autres :
Mots clés : Cancer colorectal, transplantation hépatique, dépistage.
Abréviations : Cancer colo-rectal (CCR), Carcinome hépatocellulaire (CHC), Département d'information médicale (DIM), Facteurs de risque (FDR), Test immunologique fécal (FIT)

P.171

Troubles érectiles chez les cirrhotiques : un tabou à briser

F. Machayi [(1)], A. Sadik [(1)], N. Bouhdoud [(1)], H. Aouroud [(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 : Les troubles érectiles représentent une complication fréquente mais rarement abordée chez les patients atteints de cirrhose hépatique. Leur origine est multifactorielle, associant des perturbations hormonales, des anomalies vasculaires et des facteurs psychologiques. Leur impact sur la qualité de vie est majeur, pourtant ce sujet demeure tabou dans notre contexte culturel. Le but de notre travail était d'évaluer la fréquence des troubles érectiles chez les patients cirrhotiques, d'en identifier les principaux facteurs associés et d'apprécier leur retentissement sur la qualité de vie.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective descriptive sur une période d'un an, entre janvier et décembre 2024. Nous avons inclus les patients cirrhotiques âgés de plus de 18 ans consentants . L'évaluation de la fonction érectile a été réalisée à l'aide du questionnaire IIEF-5, et les données cliniques, biologiques et hormonales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. L'analyse statistique a permis de rechercher les facteurs corrélés à la présence de troubles érectiles avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Au total, quatre-vingt-deux patients ont été inclus dans l'étude, avec un âge moyen de 54 ans. La majorité des cas de cirrhose étaient d'origine virale, suivis par la NASH et l'alcool. La prévalence globale des troubles érectiles était de 62 %. Parmi eux, 18 % présentaient une forme légère, 27 % une forme modérée et 17 % une forme sévère. Les troubles érectiles étaient significativement plus fréquents chez les patients de plus de 50 ans, ceux présentant une cirrhose avancée (Child-Pugh B ou C) et une ascite. Aucune corrélation significative n'a été retrouvée avec l'étiologie virale. Près de trois quarts des patients rapportaient un retentissement psychologique important et une altération de la qualité de vie.

Conclusion : Les troubles érectiles sont fréquents chez les patients cirrhotiques, souvent ignorés par pudeur ou sous-estimation médicale. Leur survenue est favorisée par la sévérité de la cirrhose et les désordres hormonaux. Une évaluation systématique de la fonction sexuelle doit être intégrée au suivi global du patient cirrhotique, afin d'instaurer une prise en charge adaptée et multidisciplinaire visant à améliorer la qualité de vie.

P.172

La nutrition, grande oubliée de la cirrhose décompensée : enquête auprès des médecins

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(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 : La dénutrition représente une complication majeure et pourtant sous-diagnostiquée de la cirrhose décompensée. Elle aggrave la morbidité, augmente le risque d'infections, prolonge la durée d'hospitalisation et altère la survie. Malgré les recommandations internationales (EASL, ESPEN), la prise en charge nutritionnelle reste souvent insuffisante dans la pratique quotidienne. Ce travail vise à évaluer les connaissances, les perceptions et les pratiques des médecins concernant la nutrition dans la cirrhose décompensée, afin d'identifier les lacunes et les axes d'amélioration.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée sur une période de 6 mois (janvier–juin 2025) auprès des médecins exerçant dans différents services hospitaliers (gastro-entérologie, médecine interne, hépatologie, réanimation, urgences). Un questionnaire structuré et validé par un comité d'experts en nutrition clinique a été administré sous format papier et en ligne.
Les items exploraient :
Le profil des répondants : âge, spécialité, ancienneté, niveau de formation en nutrition.
Les connaissances : besoins caloriques et protéiques recommandés, signes de dénutrition, outils de dépistage.
Les pratiques : dépistage systématique, recours à une évaluation diététique, prescription de suppléments nutritionnels.
Les perceptions et freins : obstacles à la prise en charge nutritionnelle.
Les données ont été analysées par approche descriptive (pourcentages, moyennes) et analytique (tests de corrélation selon l'expérience et la spécialité).

Résultats : Un total de 154 médecins ont participé à l'étude, dont 42 % exerçant en gastro-entérologie, 35 % en médecine interne, et 23 % dans d'autres spécialités. L'âge moyen était de 34 ± 7 ans, avec une ancienneté moyenne de 6 ans en pratique clinique.
Formation et connaissances : seuls 38 % des médecins avaient reçu une formation spécifique en nutrition clinique. Si 82 % reconnaissaient la dénutrition comme facteur de mauvais pronostic, seulement 47 % connaissaient les recommandations précises (30–35 kcal/kg/j et 1,2–1,5 g/kg/j de protéines).
Outils d'évaluation : l'IMC restait le paramètre le plus utilisé (70 %), suivi de la perte de poids (45 %). Les outils validés (SGA, NRS-2002, Subjective Global Assessment) étaient connus de 29 % des répondants et utilisés régulièrement par à peine 18 %.
Pratiques de prise en charge : 55 % déclaraient évaluer la nutrition de leurs patients à l'admission, mais seulement 41 % le faisaient de manière systématique. Moins de la moitié (43 %) collaboraient avec un diététicien, et 28 % prescrivaient des compléments nutritionnels oraux.
Freins identifiés : le manque de formation (68 %), le manque de temps (54 %), et l'absence de protocoles hospitaliers standardisés (49 %) étaient les obstacles les plus fréquemment rapportés.
Facteurs influençant la pratique : une meilleure connaissance des recommandations était significativement associée à l'exercice en service de gastro-entérologie ($p < 0,01$) et à la participation à des formations continues récentes ($p < 0,05$).

Conclusion : Cette étude met en lumière la nécessité de promouvoir la formation en nutrition clinique parmi les médecins, en particulier ceux impliqués dans la prise en charge des maladies hépatiques. L'intégration de protocoles standardisés, le dépistage nutritionnel systématique et la collaboration étroite avec les diététiciens sont des axes prioritaires pour améliorer la qualité des soins. Une sensibilisation accrue pourrait transformer la nutrition d'un simple aspect secondaire à un pilier fondamental de la prise en charge des patients cirrhotiques.

P.173

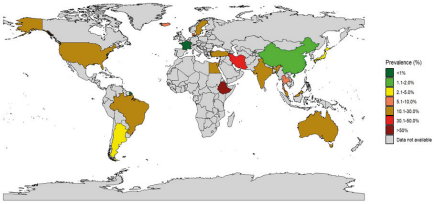
Prévalence mondiale et pronostic de la cirrhose cryptogénique : revue systématique et méta-analyse

A. Sessa [1], M. Prabhaker-Kaushal [2], R. Goldin [2], Y. Shimakawa [3], V. Leroy [1], M. Lemoine [2]

(1) Créteil ; (2) Londres, ROYAUME-UNI ; (3) Paris.

Introduction : La cirrhose cryptogénique (CC) est encore insuffisamment documentée à l'échelle mondiale. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence globale de la CC, en fonction des régions de l'OMS et des méthodes de diagnostic de la cirrhose (histologiques, cliniques, radiologiques ou mixtes) et ses aspects pronostics.

Matériels et Méthodes : Une revue systématique et méta-analyse a été réalisée à partir des articles et résumés publiés entre le 1er janvier 1989 et le 31 décembre 2024, dans toutes les langues, identifiés via MEDLINE, Embase, Preprints, Scopus, Global Health, Global Index Medicus et Web of Science.
Critères d'inclusion : Populations adultes ou pédiatriques, de tout âge, avec cirrhose diagnostiquée par des méthodes histologiques, cliniques ou non invasives, et ayant bénéficié d'un bilan étiologique complet des maladies chroniques du foie (y compris les cirrhoses métaboliques pouvant être confondus avec une CC). Un modèle à effets aléatoires a été utilisé pour estimer la prévalence mondiale de la CC et celle des sous-groupes définis par région OMS et méthode diagnostique. Un modèle à effets aléatoires avec estimateur REML a également été appliqué pour évaluer le pronostic de la CC, à partir des études longitudinales rapportant la survie globale et les hazard ratios (HR) ajustés pour le risque de décès et/ou de dégradation clinique.



Résultats : Parmi 26 410 articles et résumés identifiés, 1 030 ont été sélectionnés, et 68 inclus dans l'analyse de prévalence (56 études adultes, dont 39 cohortes cirrhotiques et 12 pédiatriques). Dix études (8 adultes, 2 pédiatriques) ont été incluses dans l'analyse de pronostic.
Estime de la prévalence globale : La prévalence mondiale de la CC était estimée à 10.75 % [IC 95 % : 7–15] chez les patients adultes atteints de cirrhose (n = 1 474 297 ; 54 % d'hommes ; âge médian 53 ans). La distribution variait selon les pays (Figure 1), avec un manque de données marqué pour la région africaine. À l'exception de la seule étude africaine rapportant une prévalence de 33 %, il n'existait pas de différences majeures de prévalence selon la région géographique. En revanche, lorsque la biopsie hépatique était utilisée dans 100 % des cas (n = 3 études) pour confirmer la cirrhose, la prévalence observée était de 4 %, contre 12 % lorsque des méthodes non histologiques (radiologiques, cliniques ou basées sur des biomarqueurs) étaient employées. Chez les patients adultes évalués en service d'hépatologie, indépendamment du degrée de fibrose, la prévalence mondiale de la CC variait de 3 % (liste d'attente de transplantation hépatique/explants) à 10 % (patients atteints de CHC). Dans la population pédiatrique (n = 1 367 ; 55 % de garçons ; âge médian 8,2 ans), la prévalence mondiale était estimée à 8 % [IC 95 % : 4–14].
Pronostic global de la CC : L'analyse de six études rapportant des HR ajustés (aHR) (ajustement au moins pour âge, sexe, étiologie de la cirrhose ; suivi médian 31 mois [IC 95 % : 24,75–37,20]) a retrouvé un aHR de 1,42, suggérant un risque accru de décès et/ou de dégradation clinique, sans atteindre la significativité statistique (p = 0,17). La survie globale combinée était de 78 % [IC 95 % : 63–91] à 1 an (Figure 3a) et 50 % [IC 95 % : 25–75] à 5 ans. Concernant les événements liés au foie chez les adultes : Dans une étude, 8 patients (12,7 %) ont développé un CHC sur 63 cas de CC, après 90 mois de suivi total. Dans une autre, sur 103 patients CC : 13 (12,6 %) ont développé une ascite, 8 (7,8 %) une encéphalopathie et 2 (1,9 %) une hémorragie variqueuse, sur un suivi médian de 29 mois. Chez les enfants (2 études analysables), la méta-analyse a retrouvé 2 décès (33,3 %) sur 3 patients, avec un suivi médian de 111,5 mois [IC 95 % : 45–178].

Conclusion : La cirrhose cryptogénique est fréquemment observée et pourrait contribuer de manière significative à la charge globale des maladies du foie. Son impact clinique et ses mécanismes physiopathologiques sous-jacents nécessitent des investigations plus approfondies.

Remerciements, financements, autres :
Aucun soutien financier n'a été reçu pour ce travail.

P.174

Anticoagulation de la thrombose portale chez le patient cirrhotique : quel bénéfice sur l'évolution de la maladie hépatique ?

C. Azouzout [1], O. El Mqaddem [1], H. Koulali [1], A. Zazour [1], G. Kharrasse [1], Z. Ismaili [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La thrombose portale (TVP) est une complication fréquente de la cirrhose. Si l'anticoagulation favorise la reperméabilisation portale, son utilisation reste controversée en raison du risque hémorragique. Cette étude l'impact pronostique du traitement anticoagulant dans la thrombose portale aiguë chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Étude prospective monocentrique incluant 64 patients cirrhotiques suivis pour TVP aiguë entre janvier 2017 et septembre 2025.
Le diagnostic et le contrôle de la reperméabilisation portale ont été réalisés par angioscanner abdominal. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie œso-gastro-duodénale pré-thérapeutique.
Les patients présentant un cavernome portal ont été exclus.
Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et radiologiques ont été analysées, ainsi que les événements hémorragiques post-diagnostic.

Résultats : L'âge moyen était de 58,7 ± 14 ans, avec 56 % de femmes.Les principales étiologies de la cirrhose non étiquetée étaient (73 %), VHB (11 %), VHC (6 %) et CBP (4 %).Au diagnostic, 71 % des patients présentaient un Child-Pugh A, 24 % Child-Pugh B et 5 % Child-Pugh C.Les principales décompensations de la cirrhose compreneient une ascite dans 54 %, une hémorragie digestive haute dans 68 %, une encéphalopathie dans 8 %, et un CHC dans 4 % des cas.Une anticoagulation a été instaurée chez 28 patients (43,7 %)La reperméabilisation du tronc portal a été observée dans 64 % des cas.l'hémorragie digestive est survenu chez 8 patients 28,5 % des patients sous anticoagulant contre 52,6 % chez les patients non traités (OR = 0,36 ;IC95 % = [0,13 ; 0,98] ;p= 0,049).
Après la survenue de la TVP, une aggravation du score pronostique de Child a été observée chez 20 % des patients anticoagulés contre 40,9 % des patients non traités, tandis qu'une amélioration a été notée chez 40 % des patients sous traitement anticoagulant *versus* 18,2 % des non traités.

Tableau 1 : Évolution du score de Child selon le traitement

Évolution du score de Child	Patients traités (%)	Patients non traités (%)
Stabilité	40,0 %	40,9 %
Amélioration	40,0 %	18,2 %
Aggravation	20,0 %	40,9 %

Conclusion : Dans notre série de 64 patients, l'anticoagulation semble s'accompagner d'un bon profil de tolérance digestive et d'une amélioration du score de Child-Pugh, contribuant ainsi à limiter la décompensation hépatique et à améliorer le pronostic global des patients cirrhotiques.

P.175

Les facteurs prédictifs de la mortalité intra-hospitalière au cours des décompensations hémorragiques de la cirrhose et valeur pronostique des principaux scores utilisés en pratique clinique

Z. Bennine [1], S. Touil [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute est une complication fréquente et grave de la cirrhose, responsable d'une mortalité hospitalière importante. L'identification des facteurs prédictifs du décès et l'évaluation de la performance des scores pronostiques sont essentielles pour optimiser la prise en charge. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité intrahospitalière au cours des décompensations hémorragiques d'une cirrhose et d'évaluer la valeur pronostique des principaux scores utilisés en pratique clinique.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude monocentrique rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les patients admis pour une décompensation hémorragique d'une cirrhose entre janvier 2022 et décembre 2024. Les données démographiques, clinico- biologiques et endoscopiques ont été recueillies. Les scores Child-Pugh, MELD, Glasgow-Blatchford (GBS), Rockall complet, AIMS65 ont été calculés. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel jamovi 2.7.6 : univariée, multivariée et ROC.

Résultats : Un total de 115 patients a été inclus. L'âge moyen était de 58 ± 15ans avec une prédominance masculine de 51,3% (sex-ratio = 1,05). Les scores Child-Pugh B et C représentaient respectivement 55,5 % et 30 %. La cirrhose était d'origine indéterminée chez 45,2 % des patients, suivie des hépatopathies virales C dans15,7 %. Le score MELD médian à l'admission était de 9 (extrêmes 6–49), le délai médian avant admission était de 2 jours, l'hémoglobine moyenne était de 8,02 ± 2,82 g/dL . 47,8 % des patients ont nécessité une transfusion sanguine, avec une médiane de 2 CG transfusés. Les varices œsophagiennes III étaient retrouvées dans 65 ,08 % des cas, la gastropathie hypertensive (51,95 %),VO grade II (24,34 %) et VO grade I(2,6%). Le délai moyen avant traitement endoscopique était de 2,32 ± 3,93 jours.73,7% des patients avaient une décompensation ascitique, 26,1% avaient une décompensation neurologique et 28,2% présentaient une infection. Le taux de mortalité était de 8,7 %.En analyse uni variée, les patients décédés avaient un score MELD significativement plus élevé (p < 0,001), une bilirubine plus élevée (p = 0,002), une créatinine plus élevée (p = 0,001), une urée plus élevée (p = 0,047) et une CRP plus élevée (p = 0,009) que les survivants. Un score CHILD avancé à l'admission était également associé au décès (p = 0,001). En revanche, l'âge (p = 0,087), le délai avant admission (p = 0,40), la tension artérielle (p = 0,90), la fréquence cardiaque (p = 0,873), le délai avant traitement endoscopique (p = 0,098), l'hémoglobine à l'admission (p = 0,075),et la décompensation neurologique (p=0,07) ne différaient pas significativement entre les deux groupes. Parmi les complications, l'insuffisance rénale aiguë (IRA) était significativement associée au décès (p < 0,001), tandis que la décompensation neurologique (p=0,07), ascitique (p = 0,22), l'hyperleucocytose(p=0,07) et la présence d'infection (p = 0,07) ne l'étaient pas. Chez les patients infectés, l'absence du traitement de l'infection était liée au décès (p = 0,001). En analyse multivariée, seule l'insuffisance rénale aiguë était un prédicteur indépendant de mortalité (OR = 8,26 ; IC 95 % : 1,14–60,9 ; p = 0,037). Concernant la performance pronostique des scores, le score MELD a présenté une excellente performance (AUC= 0,82 ;IC 95 % : 0,80–0,85 ; p < 0,001) avec une sensibilité de 40,0 %, une spécificité de 78,5 % Le score AIMS65 était également performant (AUC = 0,73 ; IC 95 % : 0,71–0,76 ; p < 0,001 ; sensibilité 88,9 %, spécificité 74,2 %.Les scores Rockall (AUC = 0,65 ; IC 95 % : 0,62–0,68 ; p < 0,001 ; sensibilité 70,0 %, spécificité 37,6 % et Blatchford (AUC = 0,55 ; IC 95 % : 0,52–0,58 ; sensibilité 60,0 %, spécificité 80,0 % p < 0,001) présentaient une performance moins satisfaisante.

Conclusion : Notre étude a montré que l'insuffisance rénale aiguë constitue un prédicteur indépendant de

mortalité chez les patients présentant une décompensation hémorragique de la cirrhose, et que les scores MELD et AIMS65 offraient la meilleure performance pronostique, tandis que les scores Rockall et Blatchford étaient moins discriminants.

P.176

Évaluation de la performance du score CLIF-C AD dans la prédiction de la mortalité hospitalière au cours de la cirrhose

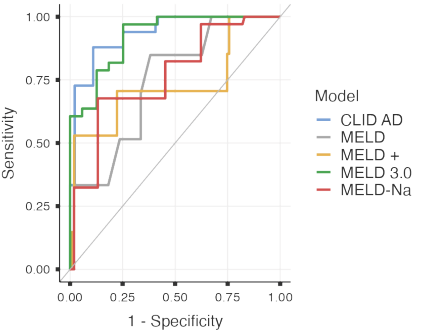
A. Lrhilrha [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], Z. Boukhal [(1)], M. Tahiri [(1)], H. Fouad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les patients cirrhotiques hospitalisés pour une décompensation aiguë (DA) présentent un risque élevé de complications et de mortalité. Récemment, le score CLIF-C AD a été développé comme outil pronostique spécifique pour les patients cirrhotiques hospitalisés avec DA, mais sans ACLF (acute on chronic liver failure) . L'objectif de notre étude est d'évaluer la performance du score CLIF-C AD dans la prédiction de la mortalité hospitalière, et de le comparer aux scores classiques (MELD, MELD-Na,MELD+, MELD 3.0).

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective analytique incluant tous les patients cirrhotiques hospitalisés pour une décompensation aigue de janvier 2022 au mai 2025. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques à l'admission ont été collectées. Ce score repose sur cinq variables principales : l'âge, la créatininémie, la natrémie, l'INR et la numération leucocytaire. Les scores MELD, MELD-Na, MELD+, MELD 3.0 et CLIF-C AD ont été calculés.
Le logiciel Jamovi (version 2.4.8.0) a été employé pour la saisie et l'analyse des données :le test t de student pour analyse des variables quantitatives .La performance discriminante des scores a été évaluée par courbes ROC, avec calcul de l'AUC, de la sensibilité et de la spécificité au seuil optimal (indice de Youden).
Le seuil de signification était $p < 0,05$.

Résultats : Un total de 124 patients a été inclus, avec un âge moyen de 55 ± 15 ans et un sex-ratio F/H de 1,35. L'hépatite virale C représentait l'étiologie la plus fréquente (27 %), suivie de l'hépatite B (12 %), de la MASH (9,7 %), de l'hépatite auto-immune (7,5 %) et de l'alcool (2,8 %). L'ascite (74,5 %), l'hémorragie digestive (48,4 %) et l'encéphalopathie hépatique (14,9 %) constituaient les principales décompensations. La mortalité intra-hospitalière globale était de 18,1 %.
Tous les scores étaient significativement plus élevés chez les patients décédés ($p < 0,001$). Le MELD (AUC = 0,74), le MELD-Na (AUC = 0,77) et le MELD+ (AUC = 0,73) avaient une capacité prédictive correcte, meilleure avec le MELD 3.0 (AUC = 0,92). toutefois, Le CLIF-C AD s'est révélé être le plus performant, avec une AUC de 0,93, une sensibilité de 87,9 % et une spécificité de 89 % au seuil optimal de 70.



Conclusion : Dans notre cohorte, le CLIF-C AD s'impose comme le score le plus performant pour prédire la mortalité hospitalière des patients cirrhotiques admis pour DA, surpassant le MELD classique, le MELD-Na et leurs dérivés récents. Son utilisation pourrait optimiser la stratification du risque et la prise en charge des patients à haut risque.

P.177

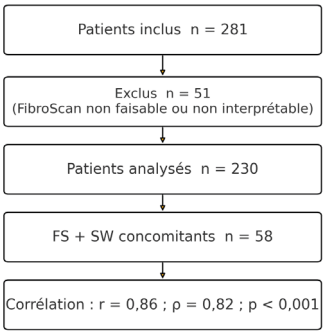
Apport de l'élastographie ShearWave® en cas de discordance entre les marqueurs non invasifs de fibrose et le FibroScan® (sonde M)

H. Cherkaoui [1], A. El Kharrazi [1], H. Zougmoré [1], S. Guilbert [1], A. Vanmarcke [1], F. Nguimtsa Tenefo [1], N. Mutumwinka [1], E. Bokana [1], I. Diallo [2], A. Merah [1], M. Medmoun [1], G. Fantognon [1], P. Pulwermacher [1], F. Kazerouni [1], J.F. Cadranel [1]
(1) Creil ; (2) Dakar, SÉNÉGAL.

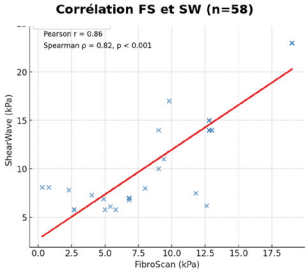
Introduction : Le FibroScan® (FS) est l'outil de référence pour l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique. L'objectif de cette étude prospective était d'évaluer la faisabilité et la performance du FS réalisé par des infirmières formées, d'identifier les situations d'échec ou de discordance et d'analyser l'apport du ShearWave® (SW) dans ces contextes de discordance et de proposer un algorithme de prise en charge.

Patients et Méthodes : Un total de 281 patients (pts) suivis pour une hépatopathie chronique ont bénéficié d'une mesure de l'élastométrie hépatique par FS avec la sonde M standard, réalisée par deux infirmières formées. Tous les pts ont eu un bilan biologique complet, un calcul du Fib-4 et une échographie abdominale. En cas de discordance avec les marqueurs non invasifs (Fib-4 et ou FibroTest®) ou d'échec de FS, les résultats étaient revus par deux hépatologues seniors, et un SW était proposé.

Algorithme de sélection et analyse



Résultats : La population étudiée comptait 281 pts avec un âge moyen de 51,3 ± 12,4 ans et une médiane de 52 ans, dont 54 % d'hommes. Les principales étiologies étaient la stéatopathie métabolique (62%), l'alcool (18 %) et les hépatites virales (12 %). La moyenne du Fib-4 était de 1,1 ± 0,3.



Le FS était non interprétable chez 20 patients (7 %), en lien avec une cytolyse >10N ou une cholestase >5N. Il était non faisable chez 31 patients (11 %) en raison de l'obésité ou d'un espace intercostal étroit. Une discordance entre le FS et le Fib-4 a été retrouvée chez 48 patients (17 %). Dans toutes ces situations de discordance, un SW a été réalisé, permettant d'obtenir une mesure exploitable et cohérente. La moyenne du SW était de 8,1 kPa avec une médiane de 7,0 kPa et un écart-type de 3,3. La moyenne des valeurs de FS était de 8,6 kPa avec une médiane à 5,7 kPa et un écart-type de 7,4. La répartition des stades de fibrose était de 192 patients au stade F0/F1 avec une moyenne de 6,2 kPa, 14 patients au stade F2 avec une moyenne de 8,5 kPa, 2 patients au stade F3 avec une moyenne de 9,2 kPa et 47 patients au stade F4 avec une moyenne de 17,1 kPa. Chez 58 pts ayant bénéficié d'un FS et d'un SW concomitants, une forte corrélation a été retrouvée entre les deux méthodes avec un r de Pearson à 0,8, un ρ de Spearman à 0,8 et une significativité à $p < 0,001$.

Discussion : Les principales limites de cette étude sont l'absence de sonde XL, entraînant des mesures impossibles ou non interprétables chez les patients obèses. En effet, il est bien établi que la mesure du FS réalisée avec la sonde M est souvent non interprétable chez les patients obèses (1). Dans ce contexte, le SW, qui ne présente pas ces limitations et qui explore une surface hépatique plus large, apparaît comme une alternative pertinente en cas d'échec ou de doute sur le FS.

Conclusion : Cette étude confirme la faisabilité du FS réalisé par des infirmières formées, mais souligne ses limites dans certaines situations de discordance, notamment en cas de cytolyse, de cholestase, d'obésité, d'espace intercostal étroit ou de discordance avec le Fib-4.

P.178

Développement d'un modèle d'apprentissage automatique pour la prédiction de la recompensation au cours des cirrhoses virales décompensées

E. Souilem [1], H. Hassen [1], A. Khsiba [2], H. Jaziri [1], L. Hamzaoui [2]

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le contrôle des facteurs étiologiques de la cirrhose décompensée, notamment l'éradication du virus de l'hépatite C et la suppression continue du virus de l'hépatite B, peut améliorer la fonction hépatique et même aboutir à une recompensation. Dans cette étude, nous nous sommes référés aux critères de définition de la recompensation selon Baveno VII. Les scores pronostiques classiques tels que Child-Pugh et MELD constituent des outils de référence dans l'évaluation de la sévérité des cirrhoses, mais leurs performances restent limitées pour prédire la recompensation. L'intelligence artificielle (IA), par l'apprentissage automatique, offre de nouvelles perspectives pour affiner la prédiction de la recompensation. Les objectifs de cette étude était d'identifier les facteurs associés à la recompensation et de développer un modèle d'intelligence artificielle (IA) permettant de prédire la recompensation au cours de cirrhose virale décompensée.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique menée dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul ayant inclus 99 patients suivis pour cirrhose virale B ou C décompensée durant une période totale de onze ans. Les modèles d'apprentissage automatique ont été développés selon la méthodologie CRISP-DM (Cross-Industry Standard Process for Data Mining).

Résultats : L'âge moyen était de 54,5 ± 10,7 ans, avec une sex-ratio H/F de 0,76. La cirrhose virale C représentait 54,5 % des cas. Le taux global de recompensation était de 45,5 %, plus fréquent chez les patients porteurs d'une cirrhose virale B (51,1 %) que C (40,4 %). En analyse univariée, la recompensation était significativement associée à un âge < 55 ans (p = 0,08), à l'absence de diabète (p < 0,001) et d'hypertension artérielle (p = 0,03), à un indice de masse corporelle normal (18,5–25 kg/m² ; p < 0,001), ainsi qu'à des scores de Child-Pugh ≤ B7 (p < 0,001) et MELD < 14 (p < 0,001).Sur le plan biologique, les patients recompensés présentaient une albuminémie > 30 g/L (p < 0,001), une bilirubinémie < 35 µmol/L (p < 0,001), une natrémie > 135 mmol/L (p < 0,001), une hémoglobine > 11 g/dL (p < 0,001), un taux de plaquettes > 120 G/L (p < 0,001) et un INR < 1,5 (p = 0,001).En analyse multivariée, les facteurs indépendants identifiés étaient :une albuminémie > 30 g/L (OR = 2,03 [IC95 % : 1,46–2,83] ; p < 0,001),un score Child ≤ B7 (OR = 0,16 [IC95 % : 0,06–0,46] ; p = 0,001),er l'absence de diabète (OR = 0,003 [IC95 % : 0,000–0,045] ; p < 0,001). Parmi les modèles d'apprentissage automatique testés, le Neural Network avait la meilleure performance dans la prédiction de la recompensation avec une aire sous la courbe ROC de 0,9184 et une précision de 89 %.

Conclusion : Notre étude met en évidence qu'un taux d'albuminémie élevé, un score de Child bas et l'absence de diabète constituent des facteurs indépendants associés à la recompensation au cours des cirrhoses virales décompensées. De plus, elle a permis de développer un modèle d'intelligence artificielle performant pour prédire la recompensation, ouvrant la voie à de nouvelles perspectives dans la médecine personnalisée et la stratification pronostique des patients cirrhotiques.

P.179

L'impact de la positivité des cultures du liquide d'ascite sur la mortalité intra-hospitalière chez les patients cirrhotiques atteints de péritonite bactérienne spontanée

S. Juncu [1], A. Lungu [2], A. Jucan [2], O. Petrea [2], H. Minea [1], C. Cojocariu [1], C. Stanciu [1], A. Trifan [1], A.M. Singeap [2]

(1) Iași, ROUMANIE ; (2) Iași, ROUMANIE.

Introduction : La péritonite bactérienne spontanée (PBS) constitue une complication majeure de la cirrhose, associée à mortalité importante. La différenciation entre l'ascite à culture positive et l'ascite à culture négative joue un rôle essentiel dans l'assurance d'un diagnostic et d'un traitement précis. La positivité de la culture du liquide d'ascite a longtemps été considérée comme un marqueur de sévérité, mais son impact réel sur la mortalité intrahospitalière demeure controversé.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée de janvier 2022 à décembre 2024 chez les patients cirrhotiques hospitalisés dans un centre tertiaire. Les cas ont été définis par un taux de polynucléaires neutrophiles dans le liquide d'ascite > 250 cellules/mm³, avec ou sans culture bactérienne positive. Les patients ont été répartis en deux groupes selon la positivité de la culture. Les variables analysées comprenaient les données démographiques, les scores de sévérité (MELD-Na, Child-Pugh), les paramètres biologiques (albumine, bilirubine, INR, créatinine), la présence d'insuffisance rénale aiguë (IRA), l'antibioprophylaxie préalable et le caractère nosocomial de l'infection (PBS survenue > 48 h après l'admission ; les autres types de PBS — associées aux soins médicaux et acquises dans la communauté — ont été classées comme non nosocomiales). La mortalité intrahospitalière a été comparée entre les deux groupes à l'aide d'analyses descriptives et de régressions logistiques.

Résultats : Parmi les 114 patients cirrhotiques diagnostiqués pour la première fois avec PBS, 39 (34,2 %) étaient des femmes et 75 (65,8 %) des hommes, avec un âge moyen de 57 ans. En fonction du résultat de la culture, les patients ont été répartis en deux groupes : ceux présentant une culture positive (37 patients, soit 32,46 %) et ceux présentant une culture négative (77 patients, soit 67,54 %). La mortalité intrahospitalière était de 21,6 % (8 patients) dans le groupe à culture positive et de 15,6 % (12 patients) dans le groupe à culture négative (OR brut = 1,49 ; IC95 % : 0,55–4,02 ; p = 0,43). Les deux groupes présentaient des profils similaires de sévérité (MELD-Na : 22,8 ± 8,3 *vs* 23,0 ± 7,7 Child-Pugh C : 81,1 % *vs* 89,6 %). Les infections nosocomiales (65 % *vs* 40 % ; OR= 2,74, IC95% : 1,21 – 6,18, p=0,01) et l'IRA (63 % *vs* 41 % ; OR=2,31, IC95% :1,03 – 5,17), p=0,04) étaient plus fréquentes chez les patients avec la culture positive. Après l'analyse univariée, les scores de sévérité (MELD-Na, Child-Pugh) ainsi que les paramètres biologiques (albumine, bilirubine, INR) n'ont pas montré d'influence significative sur l'impact de la positivité de la culture sur la mortalité intrahospitalière, tandis que l'insuffisance rénale aiguë et le caractère nosocomial de l'infection étaient significativement associés à un risque de décès plus élevé.

Discussion : Dans notre cohorte, la mortalité intrahospitalière était légèrement plus élevée chez les patients à culture positive, sans différence statistiquement significative. La positivité de la culture ne constituait donc pas un facteur pronostique indépendant. Les deux groupes présentaient une sévérité hépatique comparable, mais les patients à culture positive avaient plus souvent des infections nosocomiales et une insuffisance rénale aiguë, facteurs associés à un pronostic défavorable. L'excès de mortalité observé semble ainsi lié à ces complications plutôt qu'à la positivité bactérienne elle-même.

Conclusion : La positivité des cultures du liquide d'ascite n'a pas influencé significativement la mortalité intrahospitalière des patients atteints de PBS. Les différences observées sont principalement liées à la présence plus fréquente d'infections nosocomiales et d'insuffisance rénale aiguë dans le groupe à culture positive. Ces résultats soulignent l'importance d'une détection et d'une prise en charge précoces des complications systémiques associées.

P.180

Facteurs prédictifs de reperméabilisation dans le syndrome de Budd-Chiari et la thrombose portale non cirrhotique : expérience d'un centre marocain

J. Lahsini [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], N. Lagdali [(1)], F.Z. Ajana [(1)], M. Kadiri [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le syndrome de Budd-Chiari (SBC) et la thrombose portale non cirrhotique (TPNC) sont des occlusions veineuses hépatiques ou portales, survenant le plus souvent sur un terrain thrombogène. L'anticoagulation précoce est recommandée pour favoriser la reperméabilisation et prévenir l'extension ou la récidive thrombotique.
Cette étude visait à identifier les facteurs prédictifs de reperméabilisation dans ces deux entités et à rapporter l'expérience de notre centre en matière de prise en charge anticoagulante.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 96 patients (38 SBC, 58 TPNC) suivis entre 2015 et 2025. La reperméabilisation (complète ou partielle) a été confirmée par échographie Doppler abdominal, angio-tomodensitométrie (angio-TDM) abdominal ou angio-imagerie par résonance magnétique (angio-IRM) abdominal. Tous les patients ont reçu une anticoagulation prolongée adaptée au risque thrombotique (Anti vitamines K (AVK) anticoagulants oraux directs (AOD)) ainsi qu'une prise en charge étiologique ciblée.
L'analyse statistique a été réalisée avec Jamovi et le seuil de significativité a été fixé à p <0,05.

Résultats : Dans le SBC (n=38), l'âge moyen était de 31 ans avec un sexe ratio de 4,5 Femmes/1Homme. La reperméabilisation a été observée chez 11 patients (28,9 %) : complète chez 4 patients (36,4 %), partielle chez 7 patients (63,6 %). Les causes à faible risque étaient dominées par la thrombophilie (36,4 %); et les causes à haut risque par le syndrome myéloprolifératif (18,2 %), la maladie de Behçet (9,1 %), la maladie cœliaque (4,5 %). Les facteurs prédictifs de reperméabilisation étaient un délai diagnostique inferieur à 6 mois et la mise en place d'un traitement étiologique spécifique (p < 0,05). Aucun événement thrombotique ni hémorragique majeur n'a été rapporté.
Dans la TPNC (n=58), l'âge moyen était de 45,6 ans, avec un sexe ratio 4,5 Femmes / 1 Homme. La reperméabilisation a été observée chez 17 patients (29,3 %) : complète chez 2 cas (11,7 %), partielle chez 5 cas (29,4 %), avec une stabilisation sans extension chez 10 cas (58,8 %). Les causes principales étaient : le syndrome myéloprolifératif (33 %), syndrome des anticorps antiphospholipides (22 %), thrombophilie (17 %), maladie cœliaque (11 %). Une tendance à une reperméabilisation plus fréquente a été observée chez les patients à haut risque thrombotique (p=0,083). Aucun événement hémorragique majeur ni récidive n'a été rapporté.

Conclusion : L'anticoagulation précoce et prolongée, adaptée au risque thrombotique, associée à une prise en charge étiologique ciblée, favorise la reperméabilisation dans le SBC et la TPNC (□29 %), avec des résultats comparables entre les deux entités. Ces données confirment les recommandations actuelles et soulignent l'importance d'une stratégie thérapeutique individualisée et d'un suivi rapproché. Ces résultats renforcent l'importance de l'identification précoce des patients à haut risque thrombotique et de la personnalisation du traitement anticoagulant pour optimiser les résultats cliniques au quotidien.

P.181

Développement d'un nouveau score de dépistage nutritionnel chez les patients cirrhotiques hospitalisés

A. Kahwagi [(1)], P. Wehbe [(1)], T. Costa [(1)], A. Aaraj [(1)], C. Doueihy [(1)], E. Mahfouz [(1)], J. Amara [(1)], K. Honein [(1)], R. Slim [(1)], C. Yaghi [(1)]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : La malnutrition est un prédicteur important des complications de la cirrhose, notamment des infections et de l'encéphalopathie hépatique. Le dépistage du risque nutritionnel chez les cirrhotiques a pour objectif de permettre une reconnaissance précoce d'un trouble alimentaire ainsi qu'une prise en charge rapide. Plusieurs outils de dépistage ont été proposés pour évaluer l'état nutritionnel chez les cirrhotiques, tels que le Council on Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ), le Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) et le Royal Free Hospital Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT). Aucun de ces outils ne permet, à lui seul, de refléter de manière optimale les particularités nutritionnelles des patients cirrhotiques. Dans ce contexte, l'objectif de cette etude est le développement d'un nouveau score nutritionnel spécifique aux patients cirrhotiques, élaboré à partir des composantes du CNAQ, du MNA-SF et du RFH-NPT.

Patients et Méthodes : L'échantillon était constitué de 40 patients cirrhotiques, hospitalisés depuis moins de 24 heures au moment de l'évaluation. Les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) ou présentant des comorbidités non contrôlées (diabète, hypertension artérielle ou dyslipidémie) ont été exclus de l'étude. Il a été par la suite distribué à un échantillon de 40 patients cirrhotiques hospitalisés les questionnaires suivants : Le CNAQ, dont les items incluent ceux du Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ), le MNA-SF et le RFH-NPT.

Résultats : L'âge moyen de la population étudiée était de 65 ans. On retrouvait respectivement 6 patients, 15 patients et 19 patients classés Child-Pugh A, B et C.
Le score moyen du SNAQ était de 10,35 ± 3,61, tandis que le score moyen du CNAQ atteignait 20,28 ± 6,28. Concernant les autres mesures nutritionnelles, le score total du MNA-SF était de 7,40 ± 3,18, et celui du RFH-NPT présentait une moyenne de 2,65 ± 1,46.
Le score total du SNAQ montrait une corrélation très forte avec celui du CNAQ (r = 0,968, p < 0,001), une corrélation positive avec le MNA-SF (r = 0,727, p < 0,001), et une corrélation négative modérée avec le RFH-NPT (r = −0,699, p < 0,001).
En prenant le MNA-SF comme référence clinique, le CNAQ et son dérivé, le SNAQ, ont tous deux montré une excellente capacité discriminative, avec une aire sous la courbe (AUC) supérieure à 0,9.
Cependant, un nouveau score combiné, constitué de 7 items issus du CNAQ et de 5 items du MNA-SF, a présenté une aire sous la courbe (AUC) de 0,994 (SE = 0,009, p < 0,001), supérieure à celle du SNAQ (AUC = 0,965, SE = 0,028, p < 0,001) et du CNAQ (AUC = 0,983, SE = 0,019, p < 0,001).

Conclusion : Le SNAQ démontre d'excellentes propriétés psychométriques avec une forte corrélation au CNAQ et une capacité discriminative élevée. Toutefois, la performance supérieure du score combiné (AUC = 0,994) suggère que le CNAQ et le MNA-SF évaluent des dimensions complémentaires du risque nutritionnel. L'intégration de ces composantes comportementales et anthropométriques pourrait optimiser le dépistage précoce de la malnutrition tout en préservant la faisabilité clinique.

P.182

Corrélation entre le diamètre splénique et la sévérité de l'hypertension portale chez les patients cirrhotiques

A. Faik [1], I. Kenafi [1], L. El Rharbaoui [1], M. Anouar [1], Y. Ghannami [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) est une complication majeure de la cirrhose, associée à une morbi-mortalité élevée, secondaire principalement aux hémorragies digestives.La mesure de référence, le gradient de pression veineuse hépatique (HVPG), reste invasive et peu disponible en pratique courante. Des critères non invasifs permettent désormais d'estimer la probabilité d'HTP sévère.L'objectif de ce travail est d'évaluer la corrélation entre le diamètre splénique et la sévérité de l'HTP définie selon ces critères non invasifs chez des patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients cirrhotiques suivis dans notre formation entre octobre 2023 et juillet 2025.Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.
- Le diamètre splénique a été mesuré en échographie (longueur bipolaire maximale).
- La sévérité de l'HTP a été classée en trois catégories selon des critères non invasifs :
- HTP sévère très probable : ≥ 2 critères (plaquettes <100 G/L, circulation collatérale, varices œsophagiennes à haut risque ou gastriques, complications hémorragiques ou ascitiques).
- HTP sévère probable : un seul critère ou valeurs limites.
- HTP sévère peu probable : absence de critères (plaquettes >150 G/L, imagerie et endoscopie normales, absence de complications).
L'analyse statistique a été réalisée avec SPSS v21 (tests comparatifs, corrélation de Spearman, Kruskal–Wallis et analyse ROC).

Résultats : Un total de 160 patients a été inclus. L'âge moyen était de 51,7 ans (19–86), avec un sex-ratio H/F de 1,02.La répartition selon le score de Child-Pugh était : 54 % Child A, 37,6 % Child B, 8,4 % Child C.Les principales étiologies étaient : indéterminée (49,4 %), VHB (12 %), Budd-Chiari (14,5 %), bloc infra-hépatique (7,2 %), HAI (3,6 %), syndrome de Caroli (2,4 %), CBP (3,6 %), alcool (1,2 %), VHC (2,4 %).
L'analyse descriptive montrait une tendance à l'augmentation du diamètre splénique selon la sévérité de l'HTP :
- Peu probable (8,9 %) : 13,7 ± 2,6 cm
- Probable (15,2 %) : 16,7 ± 3,1 cm
- Très probable (75,9 %) : 17,5 ± 4,4 cm
Une corrélation positive mais faible a été retrouvée entre le diamètre splénique et la sévérité de l'HTP (r = 0,20 ; p = 0,078).En analyse ROC, le diamètre splénique présentait une valeur prédictive modérée pour identifier une HTP sévère (AUC = 0,63). Un seuil >17 cm prédisait une HTP sévère avec une sensibilité de 67 % et une spécificité de 57 %.

Conclusion : Le diamètre splénique est corrélé à la sévérité de l'HTP définie par des critères non invasifs. Cette mesure simple, non invasive et largement disponible pourrait représenter un outil complémentaire pour la stratification du risque et la sélection des patients nécessitant une prise en charge spécifique.Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour confirmer ces résultats et affiner le seuil optimal du diamètre splénique dans les algorithmes non invasifs actuels.

P.183

Carvédilol *versus* propranolol : un bénéfice élargi dans la prophylaxie des complications de la cirrhose

I. Frioui [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], A. Mensi [1], A. Shema [1], Y. Said [1], L. Mouelhi [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Si la place des bétabloquants (BB) en prophylaxie de l'hémorragie liée à l'hypertension portale est établie, des données récentes suggèrent un bénéfice dans la prévention des autres décompensations, en particulier les formes œdémato-ascitiques et l'encéphalopathie hépatique.
Cette étude avait pour objectif de comparer l'efficacité du carvédilol par rapport au propranolol dans la prévention de ces décompensations ainsi que la dégénérescence en carcinome hépatocellulaire (CHC) et la survie globale.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective comparative incluant 81 patients suivis pour cirrhose dans un service d'hépato-gastro-entérologie répartis en 2 groupes (G1 : sous propranolol, G2 : sous carvédilol). Nous avons comparé la survenue de décompensation œdémato-ascitique, d'encéphalopathie hépatique, la dégénérescence ainsi que la survie globale.

Résultats : Cette étude rétrospective comparative a inclus 81 patients cirrhotiques (propranolol : n=41, carvédilol : n=38), d'âge médian de 61 ans (±11), avec une prédominance masculine (genre-ratio 1.45) et une durée moyenne d'évolution de la maladie de 4,3 ans. Les étiologies principales étaient virales (hépatite C : 35%, hépatite B : 15%), suivies de l'origine dysmétabolique (10%). La cirrhose était décompensée chez 60% des patients, avec un score MELD 3.0 médian de 13,5. Les varices œsophagiennes de grade III étaient présentes chez 47%. Sous traitement prophylactique, l'analyse a montré une incidence significativement plus faible de décompensation œdémato-ascitique sous carvédilol (G1 :15 *vs* G2 :27 patients, p=0,036), une survie sans décompensation comparable entre les groupes (G1 :10 *vs* G2 :12 mois, p=0.9), une incidence d'encéphalopathie hépatique non significativement différente (G1 :18% *vs* G2 :28%, p=0,316) mais avec un délai de survenue plus long sous carvédilol (G1 :25,3 *vs* G2 :1,1 mois, p=0,13). La prévalence du CHC était significativement plus faible chez les patients traités par carvédilol que chez ceux traités par propranolol (G1 :13 % contre G2 :33 % ; p=0,04). L'analyse de survie globale n'a pas montré une différence entre les 2 groupes (25.8 *vs* 14.8mois p=0.8).

Conclusion : En conclusion, le carvédilol démontre une efficacité supérieure au propranolol, non seulement sur la prévention de la décompensation œdémato-ascitique mais aussi en étant associé à un effet protecteur probable contre la dégénérescence en CHC, avec un bénéfice similaire pour la prévention de l'EH et pour la survie. Ces résultats positionnent le carvédilol comme un agent prophylactique de premier choix dans la prise en charge globale de la cirrhose.

P.184

Cirrhose et thrombose portale : quels profils à risque d'échec de reperméabilisation sous anticoagulation ?

C. Azouzout [(1)], O. El Mqaddem [(1)], H. Koulali [(1)], A. Zazour [(1)], G. Kharrasse [(1)], Z. Ismaili [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La thrombose portale (TVP) constitue une complication fréquente de la cirrhose, pouvant aggraver l'hypertension portale et compromettre la reperméabilisation veineuse. Malgré le recours à l'anticoagulation, la persistance ou l'extension du thrombus demeure observée chez un nombre important de patients. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs associés à la persistance ou à l'extension de la TVP chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Étude prospective monocentrique incluant 64 patients cirrhotiques suivis pour TVP entre janvier 2017 et septembre 2025. Parmi eux 28 ayant reçu un traitement anticoagulant.
Le diagnostic et le contrôle de la reperméabilisation portale ont été réalisés par angioscanner abdominal. Les patients présentant un cavernome portal ont été exclus.Les variables analysées : âge, sexe, étiologie de la cirrhose, ascite, encéphalopathie, hémorragie digestive, score de Child, plaquettes, taux de prothrombine (TP) et le délai moins de 3 semaines d'introduction du traitement

Résultats : L'âge moyen était de 54,9 ± 13,3 ans, avec 60 % de femmesLa persistance ou extension a concerné 14,3 % des patients, tandis qu'une reperméabilisation a été observée chez 85,7% (totale 55% et partielle 30,7% des cas). Les patients avec ascite initiale (54 %) avaient un risque accru de persistance/extension (58 % *vs* 29 % ; OR = 2,9 ; IC95 % [0,8–10,4] ; p = 0,12).Ce risque était également majoré chez les Child B/C (61 % *vs* 27 % ; OR = 3,7 ; IC95 % [0,9–15,2] ; p = 0,09).
La reperméabilisation était observée chez 32,1 % % des patients traités dans un délai inférieur à 3 semaines, contre 8,3 % chez ceux traités au-delà (OR = 5,21 ; IC95 % [1,26 – 21,63] ; p = 0,023). Les plaquettes < 100 G/L (42 % des cas) et le TP < 60% (33 %) étaient associés à une reperméabilisation moindre (OR = 2,5 ; p = 0,21 et OR = 2,3 ; p = 0,25).

Conclusion : Dans notre série, un délai de ≤ 3 semaines de l'instauration de traitement anticoagulant a été associé à une meilleure reperméabilisation portale, tandis que la sévérité hépatique et les troubles de l'hémostase semblent prédire la persistance ou l'extension de la thrombose.

P.185

Carences en micronutriments chez les patients cirrhotiques : prévalence, impact sur les complications hépatiques et la qualité de vie

N. Bouhdoud [(1)], A. Sadik [(1)], F. Machayi [(1)], H. Aouroud [(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 : La cirrhose hépatique, quelle qu'en soit l'étiologie, s'accompagne fréquemment de désordres nutritionnels touchant la macro- et la micronutrition. Les carences en vitamine D, zinc et fer sont particulièrement fréquentes et contribuent à la progression de la maladie, aux complications infectieuses et à la détérioration de la qualité de vie. Pourtant, ces déficits demeurent souvent méconnus et non corrigés dans la pratique clinique.L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence des carences en vitamine D, zinc et fer chez les patients atteints de cirrhose, et d'analyser leur impact sur les complications hépatiques et la qualité de vie.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude prospective observationnelle incluant 120 patients atteints de cirrhose hépatique confirmée, suivis entre janvier et décembre 2024 au sein de notre service. Les dosages plasmatiques de vitamine D (25-OH D), zinc et ferritine ont été réalisés chez tous les patients. Les complications hépatiques (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestive, infections, carcinome hépatocellulaire) ont été recueillies, ainsi que les scores de Child-Pugh et de MELD. La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire CLDQ (Chronic Liver Disease Questionnaire). Une analyse statistique multivariée a permis d'évaluer les associations entre carences, scores de gravité et complications.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 50,8 ± 10,4 ans avec un sex-ratio H/F de 1,6. Les principales étiologies étaient l'hépatite virale B (35 %), indeterminnée (21%) hépatite virale C (17 %), auto-immunité (10 %), MASLD (11%), l'alcool (6 %) ; Les carences micronutritionnelles étaient très fréquentes : la vitamine D était basse chez 81 % des patients, le zinc chez 68 %, et le fer chez 46 %, avec des carences multiples dans 57 % des cas. Les patients carencés présentaient significativement plus d'ascite (72 % contre 43 %, p = 0,004), d'encéphalopathie (41 % contre 18 %, p = 0,01), d'infections bactériennes récurrentes (36 % contre 11 %, p = 0,005) et d'hospitalisations répétées (49 % contre 23 %, p = 0,02). Le taux moyen de vitamine D était significativement plus bas chez les patients Child C (13,2 ± 5,1 ng/mL) que chez les Child A (22,8 ± 6,7 ng/mL, p < 0,001). Une corrélation inverse a été observée entre le zinc sérique et la fréquence des épisodes d'encéphalopathie (r = -0,41 ; p = 0,01). Les patients présentant une carence martiale avaient un taux d'anémie plus élevé (68 % contre 22 %) et une altération significative du score CLDQ (3,1 ± 0,5 contre 4,2 ± 0,4, p < 0,001). En analyse multivariée, les carences en vitamine D (OR = 3,6 ; IC 95 % [1,5–8,2]) et en zinc (OR = 2,9 ; IC 95 % [1,2–7,3]) étaient indépendamment associées à la survenue d'au moins une complication majeure.

Conclusion : Les carences en micronutriments sont hautement prévalentes chez les patients cirrhotiques marocains et fortement corrélées à la sévérité de la maladie, à la fréquence des complications et à la détérioration de la qualité de vie. Le dépistage systématique de la vitamine D, du zinc et du fer, ainsi que leur supplémentation ciblée, devraient être intégrés à la prise en charge globale de la cirrhose. Ces résultats ouvrent la voie à des études interventionnelles évaluant l'effet de la correction micronutritionnelle sur la survie et la morbidité des patients cirrhotiques.

P.186

Prédiction du pronostic chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire : rôle du score Easy albumin-bilirubin

H. Sawsen [1], M. Medhioub [2], M. Yakoubi [2], M. Mahmoudi [2], G. Gharbi [2], A. Ben Mohamed [2], A. Khsiba [2], L. Hamzaoui [2]

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

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la tumeur primitive du foie la plus fréquente et demeure un problème majeur de santé publique. Le score albumine–bilirubine (ALBI) est un outil validé d'évaluation pronostique, mais son calcul reste complexe. Un score simplifié, l'EZ-ALBI, a récemment été proposé. Notre objectif était d'évaluer la performance pronostique du score EZ-ALBI chez les patients atteints de CHC et de le comparer au score ALBI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique, incluant 99 patients atteints de cirrhose compliquée de CHC pris en charge à l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul entre 2005 et 2018. Les scores CHILD, MELD, ALBI et EZ-ALBI ont été calculés pour chaque patient. L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier et le modèle de Cox.

Résultats : Nous avons inclus 99 patients qui étaient âgés en moyenne de 69,34 ans avec un Sex-ratio H/F de 1,9. L'étiologie de la cirrhose était dominée par l'origine virale C et l'origine virale B notées respectivement dans 31,5% et 22,8% des cas. La médiane de suivi était égale à 15,44,6 ± 18,62 mois. Le taux de mortalité était de 71,7% (n=70) alors que la médiane de survie globale était égale à 10,08 ± 13,12 mois. A l'étude analytique, une bonne corrélation linéaire a été observée entre les scores ALBI et EZ-ALBI, avec un coefficient de corrélation de 0,81 (p<0,001). Cette corrélation était aussi significative quel que soit le score CHILD, le stade BCLC et pour des taux de bilirubine ≤3 mg/dl. La survie médiane variait significativement selon les grades pour les deux scores : 32,2 / 15,2 / 3,7 mois pour ALBI 1/2/3 et 35,6 / 14,4 / 4,9 mois pour EZ-ALBI 1/2/3 respectivement (p < 0,001). L'aire sous la courbe ROC des scores ALBI et EZ-ALBI dans la prédiction de la mortalité était significative (AUROC=0,72 ; p<0,001 et AUROC=0,7 ; P=0,002, respectivement). En analyse multivariée, l'hypoalbuminémie (HR =1,43 ; p = 0,015), l'AFP > 20 ng/mL (HR =1,26 ; p < 0,021), l'invasion vasculaire (HR =1,67 ; p < 0,001), les métastases à distance (HR =1,09 ; p=0,04), un score OMS= 2-4 (HR=1,51 ; p=0,035), les grades ALBI 2–3 (HR=1,37 ; p < 0,018) et les grades Ez-ALBI 2-3 (HR=1,42 ; p=0,012) étaient indépendamment associés à une réduction de la survie.

Conclusion : Le score EZ-ALBI est un outil simple, fiable et corrélé au score ALBI dans la prédiction du pronostic des patients atteints de CHC. Sa simplicité de calcul pourrait favoriser son intégration dans la pratique clinique courante.

P.187

Diagnostic, traitement et facteurs prédictifs de mortalité des infections bactériennes chez les cirrhotiques

M. Ben Khalifa [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], A. Mensi [1], N. Trad [1], S. Ayadi [1], Y. Said [1], L. Mouelhi [1], R. Debbeche [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection bactérienne chez les cirrhotiques représente l'une des principales causes de mortalité et de morbidité. Elle reste également le facteur déclencheur le plus courant de l'insuffisance hépatique aiguë sur chronique. Le diagnostic précoce des infections bactériennes et la mise en place rapide d'un traitement antibiotique adéquat sont la pierre angulaire de la prise en charge. Le but de notre travail était de décrire les particularités épidémiologiques de la population de cirrhotiques infectés, les différents germes impliqués, les moyens thérapeutiques, le pronostic et les facteurs prédictifs de décès.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période s'étendant du 1er Janvier 2016 au 1er octobre 2023, dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle. Tous les cirrhotiques ayant présenté une infection bactérienne documentée ont été inclus.

Résultats : Nous avons étudiées 117 patients cirrhotiques infectés d'âge moyen de 62 ans (26-80 ans) avec une légère prédominance masculine (sex ratio H/F à 1,03).Le diabète était retrouvé chez 45,6% et l'hypertension artérielle chez 29,8%. L'hépatite C (29,8%), l'origine indéterminée (24,6%) et la NASH (19,3%) étaient les étiologies les plus fréquentes de la cirrhose. La durée du séjour hospitalier était de 18 jours en moyenne. La décompensation oedémato-ascitique(DOA) était le motif de consultation le plus fréquent (57,9%) suivie par l'encéphalopathie hépatique (33,3%) et la fièvre (26,3%). L'examen clinique a trouvé une ascite dans 78,9% des cas. A la biologie, l'hyperleucocytose était retrouvée dans 28,1% des cas et la CRP était élevée dans 91,2% des cas. Avant l'épisode infectieux, 50,9% des patients étaient classés Child Pugh B. Lors de l'épisode infectieux, plus que la moitié des patients (56,1%) étaient classés Child Pugh C et 86% d'entre eux avaient un Meld supérieur à 12. Les infections étaient ubiquitaires : urinaires dans 33,3% des cas, broncho-pulmonaires dans 28,1% et du liquide d'ascite dans 26,3%. Les germes les plus fréquemment incriminés étaient L'*Escherichia coli* (17,5%), le Staphylococcus aureus (15,8%) et la Klebsiella pneumoniae (7%). Une antibiothérapie probabiliste a été prescrite chez tous nos patients dès l'admission puis a été adaptée selon l'antibiogramme. Les molécules les plus fréquemment utilisées étaient la céfotaxime (24,6%) et l'amoxicilline-acide clavulanique (19%). L'évolution était bonne dans 63,2% des cas. Les complications survenues au cours de l'hospitalisation étaient principalement l'état de choc (26,3%), suivies par l'encéphalopathie hépatique (21,1%) et le syndrome hépatorénal (14%). Le décès est survenu dans 21,1% des cas. Le score Child Pugh ainsi que le score de Meld ont été significativement corrélés à la survenue de complications (p<0,05) et à la mortalité (p<0,05).

Conclusion : L'infection bactérienne reste l'une des causes les plus fréquentes de détérioration clinique et de mortalité chez les patients atteints de cirrhose. Une prise en charge adaptée aux germes les plus fréquemment incriminés dans les infections chez le cirrhotique est primordiale afin de réduire le risque de complications et de décès.

P.188

Ratio neutrophiles/lymphocytes dans la cirrhose décompensée : un biomarqueur prédictif de l'évolution à court terme

A. Gnaba [(1)], W. Dahmani [(1)], N. Elleuch [(1)], I. Lassoued [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Ben Slama [(1)], A. Hammami [(1)], M. Ksiaa [(1)]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Le ratio neutrophiles/lymphocytes (NLR) est un biomarqueur prometteur dans la gestion des patients atteints de cirrhose décompensée. En raison de son association avec l'inflammation et le stress systémique, le NLR pourrait jouer un rôle crucial dans l'évaluation de la sévérité de la cirrhose et dans la prédiction des événements cliniques adverses, tels que les réadmissions et la mortalité. Cette étude vise à examiner la corrélation entre le NLR et divers scores pronostiques,tels que ceux de Child, MELD et CLIF C AD, ainsi qu'à évaluer son potentiel en tant qu'indicateur pronostique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 12 mois (Aout 2022à septembre 2023). Ont été inclus les patients suivis pour une cirrhose hospitaliséspour une DA définie par l'apparition d'une hémorragie digestive variqueuse (HDV),une encéphalopathie hépatique (EH), une infection bactérienne ou une décompensation oedémato-ascitique (DOA). Les données démographiques, socio-économiques, cliniques et biologiques des patients ont été collectées. Pour tous les patients, nous avons calculé les scores MELD, CHILD, et CLIF C AD, ainsi qu'uncalcul du taux de NLR(DA) et de ΔNLR comme suit :NLR= NLR=Nombre de lymphocytes / Nombre de neutrophilesΔNLR= NLR au cours de la DA – NLR de base.Une étude de corrélation entre le NLR ratio et les scores pronostiques de lacirrhose a été menée avec les tests de spearman et pearson.

Résultats : Cette étude a inclus 83 patients, présentant un âge moyen de 62,4 ± 10,8 ans,avec un sex-ratio H/F de 1,13.Concernant la sévérité de la DA : une corrélation positive modérée a été identifiéeentre le NLR et le CLIF-C AD (r=0,374 ; p<0,001) ainsi qu'une corrélation positiveforte entre le ΔNLR et le CLIF-C AD (r=0,439 ; p<0,001).Le NLR et le ΔNLR étaient significativement plus élevé durant une DA sévère,définie par un CLIF-C AD> 50 (p=0,007 et p<0,001).On a noté une association significative entre le ΔNLR et la présence d'EH grade IIou plus (p=0,015), une détresse respiratoire (p=0,009) et l'évolution de la DA versle décès durant l'hospitalisation (p=0,027).L'analyse multivariée a montré que seul le ΔNLR était indépendamment associé àune DA sévère (p=0,004).Concernant la sévérité de la cirrhose : L'analyse n'a pas mis en évidence decorrélation entre le NLR(DA) et les scores de sévérité MELD, ALBI, PALBI, et CHILD.En revanche, une corrélation positive modérée a été observée entre le ΔNLR et lesscores de sévérité CHILD (r=0,323 ; p=0,003) et MELD (r=0,235 ; p=0,032).Aucune corrélation n'a été retrouvée entre le ΔNLR et les scores ALBI et PALBI.Concernant le pronostic à court terme :Un ΔNLR>0,92 était significativement associé à une réadmission dans 30 jours(AUC=0,642 ; p=0,043) tout comme un NLR>8,1 (AUC=0,659 ; p=0,024).Un ΔNLR > 0,8 est associé à une réadmission dans 6 mois (AUC=0,634 ; p=0,036),tout comme un NLR>6 (AUC=0,628 ; p=0,045).Une corrélation négative faible a été observée entre le ΔNLR et la durée de survieà 6 mois (r=-0,265 ; p=0,016), de même avec le NLR(DA) (r=-0,286 ; p=0,009).Un ΔNLR > 0,92 est prédictif de la mortalité dans 90 jours (AUC=0,675 ; p=0,014),et un NLR > 3,87 est également associé à cette mortalité (AUC=0,699 ; p=0,005).L'analyse multivariée a montré que des valeurs élevées de NLR et de ΔNLR sont desprédicteurs indépendants de réadmission et de mortalité : un NLR>8,1 est associéà une réadmission à 30 jours (p=0,006 ; OR=5,3), un ΔNLR>0,8 est prédictif deréadmission dans les 6 mois (p=0,012 ; OR=3,2) et un ΔNLR > 0,92 est associé àune mortalité à 3 mois (p=0,005 ; OR=5,4).

Conclusion : Le ΔNLR est un marqueur prédictif indépendant de la sévérité de ladécompensation aiguë, de l'infection, de la réadmission et de la mortalité chez lespatients atteints de cirrhose décompensée. Il s'avère plus pertinent que le NLRseul pour évaluer le pronostic clinique, ce qui pourrait améliorer la prise en chargede ces patients à haut risque.

P.189

Syndromes myéloprolifératifs : une cause sous-estimée d'hypertension portale non cirrhotique

F. Machayi [(1)], N. Bouhdoud [(1)], A. Sadik [(1)], H. Aouroud [(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 : La maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) regroupe un ensemble d'affections rares caractérisées par des anomalies microvasculaires du foie responsables d'une hypertension portale en l'absence de cirrhose. Le diagnostic repose sur la combinaison d'arguments cliniques, radiologiques et histologiques. Parmi les causes associées, les syndromes myéloprolifératifs (SMP) représentent un facteur thrombogène important souvent méconnu. L'objectif de notre travail est d'évaluer la fréquence des SMP chez les patients atteints de MVPS et de décrire leurs caractéristiques cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée au sein de notre service d'Hépato-Gastro-Entérologie sur une période de sept ans, entre juin 2019 et juin 2025. Ont été inclus tous les patients suivis pour une MVPS confirmée histologiquement ou radiologiquement, associée à un syndrome myéloprolifératif documenté biologiquement et/ou histologiquement. Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS 26.0.

Résultats : Parmi les 72 patients suivis pour une MVPS au cours de la période d'étude, 15 présentaient un syndrome myéloprolifératif, soit une prévalence de 20,8 %. L'âge moyen des patients était de 44,7 ± 11,5 ans, avec une légère prédominance féminine (sex-ratio F/H = 1,3). Le mode de révélation le plus fréquent était l'hémorragie digestive haute (8 cas, 53 %), suivie d'un ictère cutanéo-muqueux (4 cas) et de douleurs abdominales atypiques (3 cas).
Sur le plan clinique, tous les patients présentaient des signes d'hypertension portale, avec une splénomégalie dans 11 cas (73 %) et une circulation veineuse collatérale dans 5 cas (33 %). L'échographie-Doppler abdominale objectivait des signes d'hypertension portale chez tous les patients et une thrombose porte partielle ou complète dans 4 cas (26,6 %). L'endoscopie œsogastroduodénale montrait des varices œsophagiennes dans 10 cas (66,6 %), dont 4 de grade II ou plus.
La recherche de la mutation JAK2 V617F était positive chez 5 patients (33 %). La biopsie ostéomédullaire a permis de poser le diagnostic de myélofibrose primitive dans 7 cas (46 %), de thrombocytémie essentielle dans 4 cas (26 %) et de polyglobulie de Vaquez dans 2 cas (13 %). Tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique de l'hypertension portale, d'une anticoagulation prolongée par antivitamines K, associée à un traitement cytoréducteur (hydroxyurée) dans les cas de SMP prolifératifs.
L'évolution a été globalement favorable chez 13 patients (86 %), marquée par une stabilisation clinique et une régression partielle des signes d'hypertension portale. Deux patients ont présenté une rethrombose veineuse au cours du suivi. Aucun décès n'a été rapporté sur un recul moyen de 30 mois.

Conclusion : Les syndromes myéloprolifératifs représentent une cause non négligeable d'hypertension portale non cirrhotique au cours des maladies vasculaires porto-sinusoïdales. La myélofibrose primitive demeure l'étiologie la plus fréquente. Le dépistage systématique de la mutation JAK2 V617F et la réalisation d'une biopsie ostéomédullaire sont indispensables pour un diagnostic précoce. Une prise en charge combinant traitement de l'hypertension portale, anticoagulation et cytoréduction permet d'obtenir une évolution favorable dans la majorité des cas.

P.190

Cirrhose post-virale C : facteurs prédictifs de la recompensation hépatique après réponse virologique soutenue

R. Rejeb [1], A. Khsiba [1], A. Ben Mohamed [1], M. Mahmoudi [1], G. Gharbi [1], M. Yakoubi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La réponse virologique soutenue (RVs) permet d'améliorer le pronostic des patients atteints de cirrhose liée au virus de l'hépatite C. Toutefois, la survenue d'une recompensation n'est observée que chez une proportion limitée de patients. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs prédictifs associés à la recompensation après RVs.

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective au service d'hépato-gastroentérologie Nabeul, incluant 52 patients atteints de cirrhose post-virale C décompensée, suivis entre 2013 et 2022. Les données démographiques, cliniques, biologiques et scores pronostiques ont été recueillies avant et après RVs. La recompensation a été définie selon les critères EASL 2021 : absence de tout épisode de décompensation pendant ≥12 mois, amélioration stable du score de Child-Pugh (≤A5–A6) et arrêt de tout traitement lié à la décompensation. Les analyses statistiques ont été réalisées avec SPSS version 25.

Résultats : L'âge moyen était de 66 ± 8,5 ans [45–80], avec une prédominance féminine (76,9 %). La durée moyenne de suivi était de 27 ± 14 mois. Le génotype 1C prédominait (96,2 %) avec une charge virale initiale moyenne de 6,09 ± 0,86 log□□ UI/ml [3,9–7,9].
Avant traitement, une décompensation œdémato-ascitique était présente chez 80,8 % des patients, avec un score de Child-Pugh ≥B7 dans 94,2 % des cas et un MELD moyen de 15,6 ± 4.Au cours du suivi, 7 décès (13,5 %) et 4 cas de carcinome hépatocellulaire (7,7 %) ont été recensés.Après RVs, une recompensation a été observée chez 21 patients (40,4 %), survenant en moyenne après 15,8 ± 15,6 mois.
En analyse univariée, les facteurs associés à la recompensation étaient : l'absence de syndrome métabolique (p<0,001), un score de Child initial ≤B9 (p=0,001), des scores MELD et MELD-Na plus faibles (p<0,001), une charge virale initiale plus basse (p<0,001) et la présence d'une cytolyse initiale (p=0,002). En analyse multivariée, la charge virale initiale était le seul facteur indépendant associé à la recompensation (p=0,001).

Conclusion : La recompensation après RVs a été obtenue dans 40,4 % des cas. La charge virale initiale constitue le principal facteur prédictif indépendant de cette évolution favorable. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge précoce des patients cirrhotiques pour optimiser leurs chances de recompensation

P.191

Neutrophil to Lymphocyte Ratio (NLR) : un marqueur prédictif clé de l'infection en cas de cirrhose décompensée

A. Gnaba [1], W. Dahmani [1], N. Elleuch [1], I. Lassoued [1], A. Ben Slama [1], H. Jaziri [1], A. Hammami [1], M. Ksiaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'infection constitue l'un des facteurs les plus redoutés pouvant déclencher unedécompensation aiguë (DA) de la cirrhose, d'où l'importance de détecterrapidement une infection afin d'agir dans les meilleurs délais. Dans ce contexte, leratio neutrophiles/lymphocytes (NLR) a émergé comme un indicateur prometteur del'état inflammatoire et infectieux. Notre étude vise à explorer la relation entre leNLR et la prédiction des infections chez les patients admis pour la prise en charged'une DA de cirrhose.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 12 mois (Août 2022à septembre 2023), incluant des patients suivis pour cirrhose et hospitalisés pourdécompensation aiguë.Les données cliniques et biologiques des patients correspondants au même épisodede décompensation aigue ont été collectées avec un calcul du taux de NLR(DA) etde ΔNLR comme suit : NLR= NLR=Nombre de lymphocytes / Nombre de neutrophilesΔNLR= NLR au cours de la DA – NLR de basePour l'analyse statistique, nous avons utilisé des courbes ROC pour évaluer laperformance prédictive de ces deux variables ainsi qu'une étude d'association avecle type d'infection observé.

Résultats : Cette étude a inclus 83 patients, présentant un âge moyen de 62,4 ± 10,8 ans,avec un sex-ratio H/F de 1,13. Les principaux motifs d'admission étaientl'encéphalopathie hépatique (EH) chez 32 patients (38,6 %), la décompensation œdémato-ascitique (DOA) chez 26 patients (31,3 %), et l'hémorragie digestivevariqueuse (HD) chez 25 patients (30,1 %).Parmi ces patients, 24 (28,9 %) présentaient une infection, dont 6 cas d'infectionspontanée du liquide d'ascite (ISLA) (25 %), 11 cas d'infection urinaire (45,83 %),4 cas d'infection cutanée (érysipèle, dermo-hypodermite) (16,67 %), et 3 casd'infections broncho-pulmonaires (12,5 %). Les valeurs médianes du NLR à la base, du NLR durant la décompensation (DA), etdu ΔNLR étaient respectivement de 2,6 (IQ [1,7-4,1]), 4,33 (IQ [3-6,25]), et 1,29(IQ [0,3-3,3]). Un NLR (DA) supérieur ou égal à 4,4 était associé à une probabilité accrued'infection (AUC =0,692 ; p=0,006 ; IC [0,565 ; 0,819]). De même, un ΔNLR > 2,15(AUC=0,696 ; p=0,005 ; IC=[0,571-0,821]).Le test de Wilcoxon a montré une variation significative entre le NLR de base et leNLR de la DA (p<0,001).L'analyse par courbe ROC a révélé qu'un ΔNLR > 2,9 était fortement associé à uneISLA (AUC=0,820 ; p=0,009 ; IC=[0,719-0,921]).En revanche, aucune association significative n'a été observée entre le ΔNLR etles autres types d'infections, ni entre le NLR durant l'admission et un typespécifique d'infection, notamment l'ISLA. L'analyse multivariée a indiqué que seul leΔNLR était prédictif de la présence d'une infection (p=0,01) et qu'un ΔNLR> 2,9était fortement associé à une ISLA (p=0,045).

Conclusion : En conclusion, notre étude met en évidence l'importance du rationeutrophiles/lymphocytes (NLR) comme marqueur prédictif des infections chez lespatients en décompensation aiguë de cirrhose. Une variation significative du NLR(ΔNLR) est fortement associée à la présence d'infections, en particulier l'infectionspontanée du liquide d'ascite (ISLA). Ces résultats suggèrent que le NLR et surtoutsa variation par rapport à la valeur de base ΔNLR, peuvent être des outils précieuxpour le dépistage et la gestion des infections, permettant une identificationprécoce et une meilleure stratification des risques chez ces patients.

P.192

Score BE3A : évaluation de son rôle prédictif dans la recompensation hépatique après une première décompensation de cirrhose virale

E. Souilem [1], H. Hassen [1], A. Khsiba [2], H. Jaziri [1], L. Hamzaoui [2]

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La recompensation hépatique est un concept novateur impliquant la régression de la fibrose et de l'hypertension portale chez les patients atteints de cirrhose décompensée, après contrôle durable de l'étiologie sous-jacente. Le score BE3A (Body Mass Index, Encéphalopathie, Ascite, Albuminémie et ALAT) validé pour prédire la recompensation au cours des cirrhoses virales C traitées par AAD, n'a pas encore été évalué dans la cirrhose virale B. L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive du score BE3A dans la recompensation hépatique après une première décompensation de cirrhose virale B ou C.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée incluant les patients hospitalisés pour une première décompensation de cirrhose virale B ou C entre 2014 et 2023. Le score BE3A a été calculé à l'admission, à partir de cinq paramètres cliniques et biologiques : indice de masse corporelle (BMI), encéphalopathie hépatique, ascite, albumine sérique et ALAT. Un point a été attribué pour chaque critère favorable (BMI > 25 kg/m², absence d'encéphalopathie, absence d'ascite, albumine ≥ 3,5 g/dL, ALAT ≥ 60 UI/L), pour un score total de 0 à 5 points. La recompensation hépatique a été définie selon les critères du consensus Baveno VII. La performance discriminative du score BE3A a été évaluée par analyse ROC, avec calcul de l'aire sous la courbe (AUROC).

Résultats : Au total, 99 patients ont été inclus : 45 VHB et 54 VHC, d'âge moyen 61 ± 11 ans avec un ratio H/F = 0,77. Les décompensations initiales étaient dominées par l'ascite (81,8 %), suivie de l'hémorragie variqueuse (13,1 %) et de l'encéphalopathie (11,1 %). Après une médiane de suivi de 22 mois [13–88], 45 patients (45,5 %) ont atteint une recompensation hépatique. Le score BE3A moyen était significativement plus élevé chez les patients recompensés (3,8 ± 0,9 *vs* 2,1 ± 1,1 ; p < 0,001). Le score BE3A a montré une excellente capacité prédictive pour la recompensation hépatique avec une AUROC de 0,86 ([IC95 % 0,78–0,94<] ; p < 0,001). Un seuil optimal de ≥3 points présentait une sensibilité de 84 %, une spécificité de 81 %, une VPP de 80 %, une VPN de 85 %, et une précision diagnostique de 83 %. Les analyses par étiologie montraient une performance comparable dans les sous-groupes VHB et VHC (AUC 0,84 *vs* 0,87 ; p = 0.45).

Conclusion : Le score BE3A, bien qu'initialement développé pour la cirrhose virale C, démontre une bonne capacité prédictive de la recompensation hépatique chez les patients atteints de cirrhose décompensée virale B ou c. Ces résultats préliminaires méritent d'être confirmés par des études prospectives multicentriques.

P.193

Etude randomisée intégrée de phase II/III comparant durvalumab et tremelimumab +/- GEMOX en chimiothérapie intra-artérielle hépatique dans les carcinomes hépatocellulaires à charge tumorale élevée - ALICE

J. Edeline [1], X. Adhoute [2], B. Campillo-Gimenez [1], M. Bouattour [3], J.M. Péron [4], A. Larbi [5], F. Ghiringhelli [6], Y. Touchefeu [7], A. Vallet-Pichard [8], L. Mineur [9], V. Boige [10], A. Saviano [11], J.F. Blanc [12], L. Monard [8], V. Pezzella [8], G. Brard [8], B. Guiu [13]

(1) Rennes ; (2) Marseille ; (3) Clichy ; (4) Toulouse ;
(5) Poitiers ; (6) Dijon ; (7) Nantes ; (8) Paris ;
(9) Avignon ; (10) Villejuif ; (11) Strasbourg ;
(12) Bordeaux ; (13) Montpellier.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est une pathologie fréquente et mortelle, souvent associée à une cirrhose. Le traitement standard repose aujourd'hui sur l'association atezolizumab-bevacizumab, selon l'étude IMbrave150. Toutefois, cette approche exclut les patients à forte charge tumorale, notamment ceux avec thrombose portale Vp4. En Asie, la Chimiothérapie Intra-Artérielle Hépatique (HAIC) a démontré un bénéfice dans cette population à haut risque. Des essais cliniques, dont les études SILUS et FOHAIC, ont montré que l'association de la HAIC au sorafenib améliorait significativement la survie globale, notamment chez les patients avec envahissement hépatique >50 % et/ou thrombose portale.
Par ailleurs, des combinaisons de HAIC avec des anti-PD1 ont permis des taux de réponse objectifs (ORR) très élevés (jusqu'à 70 %) dans des études asiatiques. En revanche, aucune étude prospective n'a évalué cette approche dans une population occidentale. La combinaison GEMOX (gemcitabine-oxaliplatine), offre un potentiel synergique avec l'immunothérapie via l'induction d'une mort cellulaire immunogène et la réduction des cellules immunorégulatrices. L'étude ALICE propose donc d'évaluer cette stratégie chez des patients à forte charge tumorale, souvent exclus des essais traditionnels.

Patients et Méthodes : L'étude ALICE est un essai national, multicentrique, randomisé de phase II/III. Elle compare le traitement standard par durvalumab-tremelimumab à cette même combinaison associée à la HAIC avec GEMOX. Les critères d'inclusion comprennent un CHC non résécable, une charge tumorale élevée (thrombose porte Vp4 ou Vp3 + atteinte bilobaire ou >50 % du foie), un score BCLC B ou C, un Child-Pugh A, un PS ≤1, sans traitement antérieur par HAIC ni greffe hépatique.
Les patients sont randomisés 1:1. Le bras expérimental reçoit durvalumab + tremelimumab + HAIC de GEMOX (toutes les deux semaines, quatre cycles). En cas de réponse objective initiale après 4 cycles de HAIC, suivie de progression, un "rechallenge" de quatre cycles de HAIC peut être proposé. La phase II évalue l'ORR, et la phase III la survie globale (OS). Une analyse intermédiaire après la phase II conditionne la poursuite de l'étude. Un minimum de 12 réponses dans le bras expérimental sera nécessaire pour passer à la phase III. Un safety-run sur les 12 premiers patients du bras expérimental est prévu, avec un suivi rapproché par un DSMB. Le calcul du nombre de sujets repose sur une hypothèse de supériorité >20 % de l'ORR en phase II et une amélioration de l'OS en phase III. Le nombre total de patients requis est de 196, avec une puissance de 85 % et un seuil alpha de 5 %.

Résultats : L'étude ALICE est la première évaluation prospective de la HAIC dans une population occidentale avec CHC à forte charge tumorale. Elle explore l'intérêt de combiner une immunothérapie systémique à une chimiothérapie intra-artérielle par GEMOX, qui possède des propriétés immunomodulatrices prometteuses. Cette stratégie cible une population généralement exclue des essais classiques et pour laquelle les options thérapeutiques sont limitées. Les résultats attendus pourraient ouvrir la voie à une nouvelle standardisation des soins dans ce sous-groupe à mauvais pronostic.

Conclusion : L'essai ALICE est en lancement. NCT06904170

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les patients, leurs familles, les équipes investigatrices, les membres du DSMB, ainsi qu'AstraZeneca et le PHRC K-2022, financeurs de l'étude.

P.194

Ascite et encéphalopathie : facteurs prédictifs de complications sous anticoagulation dans la thrombose portale chez le cirrhotique

C. Azouzout [(1)], O. El Mqaddem [(1)], H. Koulali [(1)], A. Zazour [(1)], G. Kharrasse [(1)], Z. Ismaili [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : L'anticoagulation chez le patient cirrhotique présentant une thrombose portale permet d'obtenir une reperméabilisation du réseau veineux et de prévenir l'extension du thrombus, tout en améliorant la fonction hépatique et la survie. Cependant, sa tolérance et sa sécurité restent étroitement liées à la sévérité de la maladie hépatique sous-jacente. Cette étude évalue si la présence d'une ascite et/ou d'une encéphalopathie préexistante constitue un facteur prédictif de complications sous anticoagulation.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant 64 patients cirrhotiques suivis pour thrombose portale entre janvier 2017 et septembre 2025.Parmi eux, 28 patients ayant reçu un traitement anticoagulant ont été inclus dans l'analyse.Les variables étudiées comprenaient la présence d'une ascite et/ou d'une encéphalopathie hépatique avant traitement.Les complications analysées étaient l'hémorragie digestive, l'aggravation du score de Child-Pugh et la persistance ou l'extension du thrombus.

Résultats : Parmi les 28 patients cirrhotiques anticoagulés, l'âge moyen était de 54,9 ± 13,3 ans, avec 60 % de femmes.Une ascite initiale était présente chez 54 % et une encéphalopathie hépatique chez 7 %.L'hémorragie digestive est survenue chez 28,5 % des patients, une aggravation du score de Child chez 25 %, et une persistance ou extension du thrombus chez 14 %.
Chez les patients présentant une ascite initiale, la fréquence des complications était plus élevée Hémorragie digestive : 35,3 % *versus* 54,5 % (OR =0,44 ; IC95 % [0,14–1,39] ; p = 0,26) Aggravation du score de Child : 30,8 % *versus* 22,2 % (OR = 1,57 ; IC95 % [0,23–10,7] ; p = 0,64) Persistance ou extension du thrombus : 18,8 % *versus* 8,3 % (OR = 2,60 ; IC95 % [0,20–33,1] ; p = 0,42).
Chez les patients avec encéphalopathie initiale, les taux de complications ne différaient pas significativement :
Hémorragie digestive : 40 % *versus* 55,6 % (OR = 0,67; IC95 % [0,10–4,62] ; p = 1,00)
Aggravation du score de Child : 50,0 % *versus* 25,0 % (OR = 2,82 ; IC95 % [0,24–33,1] ; p = 0,48), Persistance ou extension du thrombus : 0 % *versus* 15,4 % (p = 1,00).

Conclusion : Dans notre série de 28 patients cirrhotiques anticoagulés pour thrombose portale, la présence d'une ascite ou d'une encéphalopathie hépatique initiale n'était pas significativement associée à la survenue d'hémorragies, à l'aggravation du score de Child ou à la persistance du thrombus.Une tendance à un risque accru de complications a toutefois été observée chez les patients ascitiques, soulignant la nécessité d'une surveillance clinique renforcée dans ce sous-groupe.

P.195

Evaluation de la fibrose hépatique par élastométrie impulsionnelle : concordance entre professionnels de santé

L. Gabteni [(1)], M. Sabbah [(1)], H. Jlassi [(1)], S. Soua [(1)], S. Zaouga [(1)], N. Bibani [(1)], D. Gargouri [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'élastographie impulsionnelle est un outil non invasif fiable pour l'évaluation de la fibrose hépatique. Dans un contexte de pénurie de médecins, notamment dans les pays en développement, la délégation de certains actes aux infirmiers spécialisés pourrait améliorer l'accessibilité et l'organisation des soins. L'objectif de ce travail était d'évaluer la concordance des résultats de l'élastométrie impulsionnelle entre professionnels de santé et d'analyser les facteurs pouvant influencer cette concordance.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective transversale durant une période d'une année [2024] incluant les patients chez qui une élastométrie impulsionnelle a été indiquée dans le cadre diagnostique ou de surveillance d'une hépatopathie. Les principaux résultats ont été analysés et comparés à ceux de la littérature, en étudiant la reproductibilité du Fibroscan®, ainsi que les facteurs associés à un résultat discordant entre les deux opérateurs (médecin et infirmier).

Résultats : Cent patients, d'âge moyen de 52,8 ans et de sexe ratio F/H de 1,08 ont été inclus. La valeur médiane de l'élasticité selon le médecin était de 5,7 Kpa [2,8-53.2 Kpa], et celle de l'infirmière était de 6,25 Kpa [3-43,5 Kpa] (p=0,014). L'élasticité hépatique était sous-estimée par l'infirmière lors des mesures effectuées chez 34 patients. Après conversion en stade METAVIR aucune différence du stade de fibrose n'a été observée (p=0,407). La concordance des mesures de l'élasticité hépatique était excellente avec un ICC de 0,961 (p<0,001). Les stades de fibrose étaient concordants dans environ 78 % des cas. Le taux de discordance pour les stades de fibrose METAVIR était de 22% avec une sévérité sous-estimée par l'infirmière dans neuf mesures et une surestimation du degré de fibrose dans 13 mesures. En analyse multivariée, le taux d'ALAT élevé et les hépatopathies d'origine indéterminée étaient indépendamment associés à un résultat discordant.

Conclusion : Au terme de notre étude, le Fibroscan® est une technique simple et reproductible par les infirmiers. En présence de facteurs de risque de discordance, les résultats doivent toutefois être confirmés par un médecin. L'interprétation des données et l'information du patient demeurent de la responsabilité du médecin.

P.196

Allongement de l'intervalle QT : est-ce un marqueur électrophysiologique des cirrhoses avancées ?

Y. Yassine [(1)], S. Sbihi [(1)], H. Aouroud [(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 : La cirrhose du foie s'accompagne de modifications hémodynamiques et de perturbations moléculaires conduisant à des anomalies de la fonction systolique et diastolique cardiaque appelée cardiomyopathie cirrhotique. Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence de l'allongement de l'intervalle QT chez les patients cirrhotiques et d'évaluer le retentissement du stade évolutif de la cirrhose et sur la fonction cardiovasculaire.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a inclut une cohorte de patients cirrhotiques n'ayant aucun antécédent cardiovasculaire et suivis au service de Gastroentérologie de Juin 2022 à Juin 2023. Les principales caractéristiques de la cirrhose ont été précisées. Un électrocardiogramme a été systématiquement réalisé chez tous les patients et les intervalles QT ont été calculé chez tous les patients.

Résultats : 87 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 51,2 ans [18-83 ans] avec un sexe ratio H/F égal à 1. La cirrhose était majoritairement d'étiologie virale B ou C (59%). Dans près des deux tiers des cas, la cirrhose était décompensé selon le mode ascitique ou œdémateux ascitique. Seul 20 % des patients étaient sous bêtabloquants en prophylaxie primaire ou secondaire de la rupture de varices œsophagiennes ou gastriques.

L'intervalle QT était allongé chez 53 patients (60%) et un syndrome hyper cinétique manifeste a été noté chez les cirrhotiques avec une fréquence cardiaque élevée (87,5 battements/mn) un débit cardiaque élevé (6,17 litres/min) et des résistances périphériques basses (9,64 dyne/cm5/sec). Ces anomalies étaient plus prononcées en cas de cirrhose décompensée. La prévalence de l'allongement de l'espace QT chez les cirrhotiques était de 60%. Elle était respectivement de 54,7%, 63,7% et de 71,3% au cours des cirrhoses Child A, B et C.

Conclusion : Dans notre étude, un allongement de l'espace QT a été noté chez près de la moitié des patients notamment en cas de cirrhose avancée. Ce trouble de la repolarisation ventriculaire prédispose à la survenue de troubles du rythme potentiellement létaux et doit donc être systématiquement recherché.

P.197

Valeur prédictive de la ferritine sérique dans la mortalité précoce chez les patients ayant une cirrhose décompensée

M. Meganem [1], A. Mensi [1], A. Ben Fadhloun [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], S. Ayadi [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Une élévation de la ferritine sérique est fréquemment observée dans de nombreuses maladies chroniques du foie et reflète une inflammation hépatique, une surcharge hépatique en fer, ou une combinaison des deux. En effet, une ferritine élevée était associée à la mortalité avant et après la transplantation hépatique. Néanmoins, très peu d'études ont évalué l'utilité de la ferritine sérique comme facteur prédictif de la mortalité chez les cirrhotiques décompensés.
L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre la ferritinémie et la mortalité précoce chez les patients ayant une cirrhose décompensée.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients ayant une cirrhose décompensée, hospitalisés dans notre service. Ont été exclus de l'étude : les patients présentant une insuffisance hépatique aiguë sur chronique, un carcinome hépatocellulaire, une grossesse, ou des comorbidités associées à un mauvais pronostic (néoplasie extra-hépatique, pathologie cardiopulmonaire sévère). La mortalité était évaluée à 1 mois. Les taux de ferritine sérique, mesurés à l'inclusion, ont été comparés entre les survivants et les non-survivants à un mois. Les paramètres cliniques et biologiques ont été analysées à l'aide du modèle de régression de Cox pour identifier les facteurs prédictifs de mortalité précoce.

Résultats : L'étude a inclus 70 patients, dont 53 % étaient des hommes. L'âge moyen de la population étudiée était de 65,2 ans ± 9,23. La majorité des patients présentaient une cirrhose post-virale (virus de l'hépatite C dans 33 % des cas et virus de l'hépatite B dans 17 % des cas).Au total, 51 patients étaient classés Child-Pugh B et 19 patients étaient classés Child-Pugh C. L'ascite était le motif d'hospitalisation le plus fréquent.
La valeur moyenne de la ferritine sérique était de 250 ng/ml: 44 % des patients (n=31, tous vivants à 1 mois) avaient une ferritine < 200 ng/ml ; 33 % des patients (n=23, dont 4 décès) avaient une ferritine entre 200–400 ng/ml et 23 % (n=16, dont 9 décès) avaient une ferritinémie > 400 ng/ml.
La survie moyenne à un mois était de 81,4 %. Les taux de ferritine étaient significativement plus élevés chez les patients décédés à 1 mois (669 ng/ml chez les patients décédés *vs* 266 ng/ml chez les survivants ; $p < 0,001$).
L'analyse multivariée a montré que la classe Child-Pugh C et un taux de ferritine ≥ 400 ng/ml étaient des facteurs indépendants de mortalité à 1 mois (p : 0,001 ; 0,032).

Conclusion : Notre étude a montré que les patients présentant des taux élevés de ferritine sont exposés à un risque accru de mortalité et nécessitent un suivi plus rapproché. Ces résultats soutiennent l'intérêt potentiel de l'intégration de la ferritine parmi les marqueurs de routine pour la surveillance des patients cirrhotiques. Toutefois, des études plus larges sont encore nécessaires.

P.198

Ratio numération plaquettaire/diamètre splénique : un prédicteur non invasif du risque faible de varices œsophagiennes chez les patients cirrhotiques

C. Louati [1], G. Gharbi [2], M. Yakoubi [2], A. Khsiba [2], M. Mahmoudi [2], A. Ben Mohamed [2], M. Medhioub [2], L. Hamzaoui [2]
(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'hémorragie digestive par rupture varices œsophagiennes constitue une complication majeure de la cirrhose. Une prophylaxie primaire est recommandée chez les patients présentant des varices œsophagiennes à haut risque (VO). Traditionnellement, le dépistage repose sur l'endoscopie ; cependant, l'évaluation non invasive pourrait permettre de mieux cibler les patients nécessitant une endoscopie, réduisant ainsi les procédures inutiles et les coûts associés.Cette étude vise à évaluer la valeur diagnostique du ratio entre la numération plaquettaire et le diamètre de la rate (PDR) dans l'évaluation et la prédiction de l'absence de varices œsophagiennes à haut risque.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les patients hospitalisés pour la prise en charge de la cirrhose au cours de l'année 2024. Le diagnostic de cirrhose reposait sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie. Pour chaque patient, le PDR a été calculé en divisant la numération plaquettaire (éléments/mm³) par le diamètre bipolaire de la rate (en mm). Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute. Les biopsies n'étaient réalisées qu'en présence de lésions macroscopiques. Les lésions érosives ou érythémateuses étaient définies par la présence d'érythème, d'érosions ou d'ulcérations au niveau de l'œsophage et/ou de l'estomac, sans lien avec des varices ou une sclérothérapie antérieure. Les patients sous traitements gastro-agressifs ou inhibiteurs de la pompe à protons avant l'endoscopie ont été exclus.

Résultats : féminine (59 %). Les principales étiologies de la cirrhose étaient la stéatohépatite non alcoolique (32 %), l'infection par le virus de l'hépatite C (21 %) et celle par le virus de l'hépatite B (13 %). Le diamètre splénique moyen était de 135 mm. Des varices œsophagiennes ont été retrouvées chez 82 % des patients, réparties en grades 1, 2 et 3 dans 21 %, 36 % et 35 % des cas respectivement. Les varices à haut risque (grades 2 ou 3 avec signes rouges) représentaient 61,9 % des cas. Trente-trois pour cent des patients avaient présenté un épisode d'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale. La médiane du PDR était de 721,4. En analyse bivariée, les patients présentant des varices œsophagiennes à haut risque avaient un diamètre splénique significativement plus élevé ($p<0,001$), une numération plaquettaire plus basse ($p=0,008$) et un PDR plus faible ($p<0,001$). L'aire sous la courbe ROC du PDR pour prédire l'absence de varices à haut risque était de 0,815 (IC 95 % : 0,695–0,935 ; $p<0,001$). Un seuil de PDR fixé à 901 permettait de prédire l'absence de varices à haut risque avec une sensibilité de 72,2 % et une spécificité de 81,4 %.

Conclusion : Le ratio numération plaquettaire/diamètre splénique apparaît comme un outil non invasif, simple et économique, permettant de prédire l'absence de varices œsophagiennes à haut risque chez les patients cirrhotiques. Un seuil de PDR à 901 pourrait ainsi aider à identifier les patients à faible risque, réduisant potentiellement le recours aux endoscopies inutiles.

P.199

La ferritine et la vitamine B12 : de simples biomarqueurs prédictifs du pronostic des patients cirrhotiques

M. Rahaoui [1], W. Rabhi [1], O. El Mqaddem [1], H. Koulali [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La cirrhose est une maladie chronique grave, souvent compliquée par des épisodes de décompensation altérant le pronostic vital. L'identification de biomarqueurs sériques simples et accessibles pour anticiper ces complications représente un enjeu majeur. Des altérations de la ferritine et de la vitamine B12 ont été rapportées dans les maladies hépatiques, mais leur valeur pronostique dans la cirrhose reste insuffisamment documentée. Cette étude visait à évaluer leur association avec la sévérité et la décompensation de la cirrhose.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective incluant 200 patients atteints de cirrhose. Les taux sériques de ferritine et de vitamine B12 ont été analysés selon le caractère compensé ou décompensé de la cirrhose et selon le score de Child-Pugh. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : Parmi les 200 patients inclus (111 femmes, 89 hommes), âgés en moyenne de 58,1 ± 15,2 ans, 61 présentaient une cirrhose compensée et 139 une cirrhose décompensée. La répartition selon le stade Child-Pugh était : A (n = 99 ; 49,5 %), B (n = 80 ; 40 %), C (n = 21 ; 10,5 %).Les taux sériques de ferritine étaient significativement plus élevés chez les patients décompensés par rapport aux patients compensés (234,9 *vs* 203,3 ng/mL, p < 0,05), et encore plus marqués chez ceux classés Child-Pugh B par rapport aux Child-Pugh A (424,9 *vs* 74,8 ng/mL ; p = 0,002). Après un an de suivi, 68,5 % des patients avec une ferritine initialement élevée ont présenté une nouvelle décompensation, contre seulement 27,7 % des patients avec une ferritine normale (p < 0,001). L'analyse multivariée ajustée a confirmé que l'hyperferritinémie demeurait un facteur indépendant prédictif de décompensation (OR ajusté = 5,76 ; IC 95 % : 2,08–15,90 ; p = 0,001).Les concentrations de vitamine B12 étaient significativement plus élevées chez les patients décompensés par rapport aux patients compensés (26,6 % *vs* 4 %, p = 0,002) et corrélées à la sévérité du score de Child-Pugh (p = 0,045).

Conclusion : La ferritine et la vitamine B12 apparaissent comme des marqueurs simples associés à la sévérité et au risque de décompensation de la cirrhose. Leur utilisation combinée pourrait améliorer la stratification pronostique et le suivi des patients cirrhotiques.

P.200

Facteurs de risque de récidive variqueuse au cours de la schistosomose hépatosplénique

B.M. Ralaizanaka [1], N. Andriamandimbisoa [1], N.H. Randriamifidy [2], R. Rafaralahivoavy [1], A. Randrianarisoa [1], L. Razafindrabekoto [1], S.H. Razafimahefa [1]

(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : Le saignement digestif variqueux est une complication majeure urgente de l'hypertension portale. La ligature des varices œsophagiennes (LVO) est l'un des piliers thérapeutiques. La récidive de cette hémorragie variqueuse en post-ligature est grave car met en jeu le pronostic vital. Notre objectif est d'analyser les différents facteurs de risque de récidive d'une hémorragie variqueuse post-ligature.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective observationnelle de 18 mois (janvier 2024 à juin 2025) a été menée chez les patients ayant présenté une récidive hémorragique au décours d'une ligature de varices œsophagiennes. Les facteurs cliniques et endoscopiques de la récidive variqueuse étaient analysés.

Résultats : Vingt-six patients étaient retenus. La cause de l'hypertension portale était la schistosomiase hépatosplénique chez tous les patients. Ils étaient âgés de 29 à 70 ans (médiane = 51 ans) avec un sex ratio = 2,25 (69,2% du genre masculin). Les agriculteurs représentaient 53,8% des cas. Il y avait 86,6% d'antécédent de saignement variqueux (1 à 8 épisodes).
La fréquence de la récidive variqueuse en post-LVO était de 50% avec un délai moyen de survenue à 26 semaines. Vingt-trois pourcent des récidives étaient observées au cours des 3 mois après la ligature ; 15% entre 6 à 12 mois et 38% à 12 mois de la dernière LVO. Cinquante-quatre pourcents des récidives hémorragiques survenaient après une 1ère LVO et 38% après la 2ème LVO. Selon la taille des varices œsophagiennes, 62% des récidives hémorragiques étaient observées après la ligature de varices œsophagiennes de grade III et 31% sur des varices de grade II. Selon le nombre d'élastique, il y avait 62% de récidive hémorragique sur des varices œsophagiennes ligaturées par 3 élastiques. Quinze pourcents des récidives survenaient sur des varices œsophagiennes ligaturées par 2 élastiques ou plus de 4 élastiques. Deux patients étaient décédés (7,6%).
La pression artérielle moyenne basse était associée significativement au décès des patients (p = 0,039) mais sans une corrélation avec la récidive variqueuse (p = 0,683). La probabilité d'association de la récidive variqueuse était non significative (p <0,05) pour l'âge, la profession, la grade des varices œsophagiennes antérieures, la pression artérielle systolique <90 mm Hg, la tachycardie >100/min, la splénomégalie, la thrombopénie, la pancytopénie et le tronc porte >12 mm.

Discussion : La prédominance masculine était observée dans des études Tanzaniennes [1] et Mexicaines [2] chez des agriculteurs avec une mortalité comparable allant de 10 à 29% chez des patients présentant une schistosomiase hépatosplénique. La survenue de la récidive variqueuse diffère de la cohorte Mexicaine avec un taux de récidive de 36% à 24 mois. La fréquence de la récidive est similaire à l'étude Tanzanienne. Néanmoins, la survenue était plus précoce à moins de 2 mois de la LVO au cours de cette série Tanzanienne. Dans cette hémorragie variqueuse post schistosomiase hépatosplénique, l'ascite, la splénomégalie et le tronc porte ≥13 mm étaient identifiés comme des facteurs prédictifs du saignement variqueux [2]. La petite taille de notre échantillon est une limite à l'identification des facteurs associés de la récidive variqueuse.

Conclusion : La récidive hémorragique variqueuse secondaire à la schistosomiase hépatosplénique en post-LVO était fréquente, grave et mortelle. Cette étude est insuffisante pour estimer de manière formelle les différents facteurs de récidive variqueuse post schistosomiase hépatosplénique. Ce résultat descriptif préliminaire permettra d'identifier les facteurs prédictifs à suivre dans une étude plus large.

P.201

Efficacité et tolérance des bêta-bloquants non sélectifs dans la prévention des récidives de décompensation et d'hémorragie variqueuse chez les patients cirrhotiques : étude rétrospective monocentrique

C. Louati [1], A. Khsiba [2], M. Yakoubi [2], M. Mahmoudi [2], G. Gharbi [2], A. Ben Mohamed [2], M. Medhioub [2], L. Hamzaoui [2]
(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La cirrhose décompensée marque un stade critique de l'évolution de la maladie, fréquemment compliquée par l'ascite et l'hémorragie digestive par rupture de varices. Les bêta-bloquants non sélectifs (BBNS) sont recommandés à la fois pour la prophylaxie primaire et secondaire des hémorragies variqueuses. Cependant, leur rôle dans la prévention des nouvelles décompensations, en particulier chez les patients stabilisés sous diurétiques, reste incertain. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité des BBNS dans la prévention de nouvelles décompensations et de la récidive hémorragique chez des patients cirrhotiques à haut risque.Évaluer l'efficacité des BBNS dans la prévention d'un second épisode de décompensation ascitique chez les patients stabilisés sous diurétiques, ainsi que dans la réduction du risque d'hémorragie digestive variqueuse en prophylaxie primaire et secondaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique menée sur 18 mois. Ont été inclus des patients cirrhotiques traités par BBNS, observants à leur traitement, et hospitalisés pour une décompensation ascitique ou hémorragique. Le diagnostic de cirrhose reposait sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques, radiologiques ou histologiques. Les patients ont été répartis en trois groupes :
- Groupe 1 : patients présentant une décompensation ascitique contrôlée par diurétiques.
- Groupe 2 : patients sous BBNS après un épisode hémorragique variqueux (prophylaxie secondaire).
- Groupe 3 : patients sous BBNS en prophylaxie primaire.

Résultats : Quarante-quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de 64 ± 17 ans [28–86], avec une légère prédominance féminine (59 %). Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (45 %) et l'hypertension artérielle (50 %). La cirrhose était d'origine post-virale dans 39 % des cas. Les scores de Child-Pugh variaient de A5 à C13, avec 60 % de patients classés Child B. Tous les patients présentaient des varices œsophagiennes, majoritairement de grade II (47 %). La durée moyenne du suivi était de 14 ± 3 mois. Les doses de propranolol variaient entre 20 et 80 mg/jour.
Parmi les 31 patients en prophylaxie primaire (groupe 3), cinq ont présenté une hémorragie digestive et 12 une récidive de décompensation ascitique. Sur les 35 patients ayant présenté une décompensation ascitique préalable (groupe 1), 19 (54 %) ont eu un second épisode dans l'année suivant l'instauration des BBNS. Chez les 13 patients en prophylaxie secondaire (groupe 2), quatre ont présenté une récidive hémorragique. Trois décès ont été rapportés, dont un seul lié à une hémorragie digestive. Deux patients ont développé une bradycardie sévère nécessitant l'arrêt du traitement. Aucun cas d'hypotension orthostatique n'a été observé.

Conclusion : Les BBNS semblent être bien tolérés dans cette population fragile, sans effets indésirables majeurs. Leur efficacité est modérée dans la prévention des récidives hémorragiques variqueuses, mais leur bénéfice est limité pour prévenir les récidives de décompensation ascitique. Ces résultats soulignent l'importance d'une individualisation des décisions thérapeutiques et d'une surveillance rapprochée chez les patients cirrhotiques sous BBNS.

P.202

Ratio plaquettes/diamètre splénique : un marqueur prédictif du risque hémorragique des varices œsophagiennes

A. Faik [1], L. El Rharbaoui [1], I. Kenafi [1], Y. Ghannami [1], M. Anouar [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) est une complication majeure de la cirrhose, exposant au risque d'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes (VO). Le dépistage endoscopique reste la référence, mais son caractère invasif et son coût motive la recherche de marqueurs non invasifs. Le ratio plaquettes/diamètre splénique (RPDS) a été proposé comme outil prédictif de la présence et de la sévérité des VO.
Objectif :Évaluer la valeur prédictive du ratio plaquettes/diamètre splénique dans l'identification des patients cirrhotiques à risque d'hémorragie digestive par rupture de VO.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients cirrhotiques suivis dans notre formation entre octobre 2023 et juillet 2025.
Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie ont été recueillies à partir des dossiers médicaux .
Le ratio plaquettes/diamètre splénique a été calculé et corrélé à la présence d'hémorragie digestive par VO, confirmée endoscopiquement.
L'analyse statistique a été réalisée avec SPSS v21 (tests comparatifs, corrélation de Spearman, Kruskal–Wallis et analyse ROC).

Résultats : Un total de 156 patients a été inclus. L'âge moyen était de 51,7 ans (19–86), avec un sex-ratio H/F de 1,02.La répartition selon le score de Child-Pugh était : 54 % Child A, 37,6 % Child B, 8,4 % Child C.Les principales étiologies étaient : indéterminée (49,4 %), VHB (12 %), Budd-Chiari (14,5 %), bloc infra-hépatique (7,2 %), HAI (3,6 %), syndrome de Caroli (2,4 %), CBP (3,6 %), alcool (1,2 %), VHC (2,4 %).
Au total, 22 patients (13.4 %) présentaient des varices œsophagiennes de grade I, 42 patients (25.6%) de grade II, 68 patients (41.5%) de grade III ; 24 patients (14.6%) ne présentaient pas de varices œsophagiennes.
De plus, 17 % des patients avait des varices gastriques (GOV1 = 22, GOV2 = 5, IGV = 1)
La numération plaquettaire était de 121 000±102 730/L avec une plage de 9 130 à 576 000/L. L'aire sous la courbe ROC (AUC) pour la numération plaquettaire était estimée à 0,78 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,70–0,85 ; erreur standard [ES], 0,037 ; p<0,0001).
Le seuil de plaquettes pour détecter les varices œsophagiennes était ≤90 ×10□/L. Ce seuil présentait une sensibilité de 87,5 %, une spécificité de 65 %, une valeur prédictive positive de 45,0 % et une valeur prédictive négative de 95,2 %.
Le diamètre splénique était de 17,5±4,2 cm avec une plage de 10 à 35 cm. L'AUC pour le diamètre splénique était estimée à 0,76 (IC à 95 %, 0,68–0,83 ; ES, 0,038 ; p<0,0001).
Le seuil de diamètre splénique pour détecter les varices œsophagiennes était >19 cm, avec une sensibilité de 82,5 %, une spécificité de 62,5 %, une VPP de 40,5 % et une VPN de 94,1 %.
Le ratio plaquettes/diamètre splénique (RPDS) était de 7 000±4 500 avec une plage de 520 à 22 000. L'AUC pour le RPDS était de 0,85 (IC à 95 %, 0,78–0,91 ; ES, 0,033 ; p<0,0001).
Le seuil de RPDS pour détecter les varices œsophagiennes était ≤4 500, avec une sensibilité de 90,0 %, une spécificité de 70,0 %, une VPP de 50,0 % et une VPN de 96,0 %.

Conclusion : Le ratio plaquettes/diamètre splénique apparaît comme un marqueur non invasif simple, disponible et fiable pour prédire le risque d'hémorragie digestive par VO chez les patients cirrhotiques avec HTP. Son utilisation pourrait contribuer à mieux stratifier les patients nécessitant une endoscopie précoce.

P.203

Recompensation hépatique et risque de carcinome hépatocellulaire chez les patients atteints de cirrhose virale décompensée : expérience tunisienne

E. Souilem [1], H. Hassen [1], A. Khsiba [2], H. Jaziri [1], L. Hamzaoui [2]

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La recompensation hépatique, définie par le consensus Baveno VII, correspond à une amélioration clinique et biologique durable après contrôle de l'étiologie sous jacente de la cirrhose. Si son impact sur la mortalité est bien établi, son effet sur la survenue du carcinome hépatocellulaire (CHC) reste discuté. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre recompensation et incidence du CHC chez les patients atteints de cirrhose virale décompensée (VHB ou VHC).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique menée au sein du service d'hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul, incluant les patients suivis pour cirrhose virale B ou C décompensée entre 2014 et 2023. La recompensation hépatique a été définie selon les critères du consensus Baveno VII. L'incidence du carcinome hépatocellulaire (CHC) a été estimée selon la méthode de Kaplan–Meier, et les facteurs prédictifs de survenue ont été identifiés par modèles de Cox univarié et multivarié.

Résultats : L'étude a inclus 99 patients, d'âge moyen de 61 ± 11 ans, avec une légère prédominance masculine (H/F = 0,77). La décompensation ascitique était prédominante (81,8 %). Après une médiane de suivi de 22 mois [13–88], 45 patients (45,5 %) ont présenté une recompensation. Un CHC est survenu chez 18 patients (18,2 %). L'incidence cumulée du CHC à 2 et 4 ans était respectivement de 6,7 % et 14,2 % chez les patients recompensés, contre 17,9 % et 34,6 % chez les non recompensés (p = 0,03).En analyse univariée, la survenue du CHC était associée à l'âge avancé (p = 0,04), un MELD élevé (p = 0,01), un ALBI > –1,5 (p = 0,02) et l'absence de recompensation (p = 0,01), tandis que le score de Child-Pugh n'était pas significativement associé (p = 0.07).La recompensation hépatique constituait le seul facteur indépendamment associé à une diminution du risque de CHC (HR= 0,34 [IC95 % 0,12–0,92]; p = 0,034).

Conclusion : La recompensation hépatique est associée à une réduction significative du risque de CHC chez les patients atteints de cirrhose virale décompensée. Toutefois, des études prospectives à plus large effectif sont nécessaires pour confirmer cette association et préciser son impact sur la stratégie de surveillance.

P.204

Intérêt des scores pronostiques dans la prédiction de mortalité dans les infections bactériennes des cirrhotiques

A. Ben Fadhloun [1], A. Mensi [1], M. Meganem [1], H. Mbarek [1], Y. Said [1], R. Debbeche [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les infections bactériennes sont fréquentes chez les patients cirrhotiques hospitalisés. Elles sont associées à un mauvais pronostic avec évolution rapidement sévère et un risque de décès par sepsis particulièrement élevé. Le but de ce travail était de d'évaluer et de comparer la valeur pronostique des différents scores de sévérité lors des infections bactériennes des cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective longitudinale menée sur une période de 14 mois, colligeant les patients cirrhotiques hospitalisés pour décompensation aigue de leur maladie. Les scores de Child, MELD et de CLIF-SOFA ont été calculés à l'admission chez tous les patients.

Résultats : Nous avons inclus 92 patients, d'âge moyen de 62,84 ans ± 13,25 ans. Ils étaient 45 hommes et 47 femmes. L'hépatite virale C était l'étiologie la plus fréquente de la cirrhose (42%). la décompensation oedèmato-ascitique était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (40,2% des cas). A l'admission, 63% des patients avaient un Child C, 34% des patients avaient un Child B. Le score MELD était inférieur à 20 chez 34% de la population, et supérieur à 20 chez 66%.
En calculant le score de Clif SOFA , Parmi les 92 patients, 38 % n'étaient pas au stade d' « acute on chronic liver failure (ACLF)», une ACLF grade 1, 2 et 3 était notée dans 14%, 33 % et 15 % des cas.
Soixante épisodes d'infection étaient diagnostiqués chez nos malades. Les sites infectieux les plus fréquents étaient la pneumopathie (18,5%) puis l'infection du liquide d'ascite (10,9%).
Le score de Child-Pugh à l'admission était significativement plus élevé chez les patients infectés (p< 0,001), de même que le score de MELD (p<0,001) et le Clif SOFA (p<0,001).
Chez les patients infectés, la mortalité à 3 mois était de 15 %.
Les différents scores pronostiques étaient plus élevés chez le groupe de patients décédés à savoir le score de Child était de 11,35 chez les décédés et 10,04 chez les survivants (p= 0,024). Le score de Clif SOFA était de 1, 78 chez les décédés et 0,98 chez les survivants (p=0,013). De même pour le score de MELD qui était significativement plus élevé chez les patients décédés (p= 0,026).
Les aires sous la courbe ROC des scores Child, Clif SOFA, MELD étaient respectivement de 0,655 ; 0,653 et 0,679.
Seule la courbe du score MELD était discriminante avec un p=0,034 en termes de sensibilité et de spécificité.

Conclusion : Notre étude a montré que tous les scores de sévérité (Child, MELD et CLIF-SOFA) étaient plus élevés chez les patients infectés et décédés, mais le score MELD était le plus discriminatif.

P.205

Hypertension portale non cirrhotique hors thrombose portale : corrélation entre imagerie et endoscopie

I. Aluahabi [(1)], M. Kadiri [(1)], F.Z. Chabib [(1)], N. Lagdali [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Ajana [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) chez les patients non cirrhotiques constitue une entité diagnostique et thérapeutique particulière. La recherche de varices œsophagiennes (VO) repose encore principalement sur l'endoscopie digestive haute, examen invasif, alors que les recommandations Baveno, largement validées dans la cirrhose, ne s'appliquent pas encore à ces situations. Cela souligne l'intérêt d'explorer des moyens non invasifs, tels que l'imagerie, pour orienter le dépistage et la prise en charge.L'objectif de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique, endoscopique et radiologique des patients présentant une HTP hors thrombose porte et sans cirrhose, et de déterminer l'association entre les signes d'HTP retrouvés à l'imagerie et ceux observés à l'endoscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée au sein d'un service d'hépato-gastro-entérologie sur une période de 9 ans (de janvier 2017 à octobre 2025). Elle a concerné tous les patients non cirrhotiques suivis pour une HTP hors thrombose porte, ayant bénéficié à la fois d'un scanner et d'une FOGD. Les données ont été recueillies à partir des registres du service.
L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Jamovi. La normalité des variables a été testée par le test de Shapiro-Wilk, et la comparaison entre les groupes HTP et non-HTP à l'imagerie été réalisée grâce au test exact de Fisher.

Résultats : Un total de 71 malades HTP en dehors d'une thrombose porte, non cirrhotiques, a été colligé avec un âge médian de 36 (29 – 46,5) ans et une durée médiane de suivi de 6 (4,5 – 6) ans.Le sexe-ratio F/H était de 1,8. L'HTP était en rapport avec une MVPS dans 60,6 % (43) des cas contre un SBC dans 39,4 % (28).
Cliniquement, 59,9 % (39) des patients avaient des signes d'HTP, dont 61,6 % (24) présentaient une circulation veineuse collatérale (CVC), 58,9 % (23) une ascite et 48,7 % (19) une splénomégalie.
Sur le plan biologique, une cytolyse a été notée chez 23,8 % (15), une cholestase dans 50 % (32), une insuffisance hépatocellulaire chez 32,3 % (21) et une pancytopénie dans 35,2 % (25) des cas.La maladie hépatique était décompensée chez 53,6 % (37), dont 35,3 % (24) sur le plan hémorragique.
Des varices œsophagiennes (VO) ont été retrouvées chez 73,9 % (51), des varices œsogastriques (GOV) chez 14,5 % (10) et une gastropathie hypertensive chez 17,6 % (12) des malades.
À l'imagerie, 84,5 % (60) des patients présentaient des signes d'HTP au scanner, dont 71,6 % (43) une CVC, 33,3 % (20) une ascite et 70 % (42) une splénomégalie.
Sur le plan thérapeutique, 64,6 % (42) des patients étaient traités par bêtabloquant (carvédilol) et 36,2 % (26) par anticoagulants, dont 65,3 % (17) par rivaroxaban.
En comparant le groupe des patients présentant les signes d'http à l'imagerie avec celui sans signes d'HTP, il n'y avait pas de différence statistiquement significatif concernant la présence de varices ou gastropathie hypertensive. En effet, 8 (72,7%) des patients sans signes d'http à l'imagerie présentaient des signes d'HTP endoscopiques (p = 0,92).

Conclusion : Chez les patients non cirrhotiques présentant une HTP hors thrombose porte, l'imagerie retrouve fréquemment des signes d'HTP, mais ceux-ci ne coïncident pas systématiquement avec les lésions observées à l'endoscopie. Ainsi, si le scanner constitue un outil utile pour orienter le dépistage, il ne peut à lui seul remplacer la FOGD pour la détection des varices œsophagiennes. Ces résultats confirment la nécessité de poursuivre la recherche de moyens non invasifs fiables afin de réduire le recours systématique à l'endoscopie dans cette population particulière.

P.206

Prévention de l'hémorragie digestive chez le cirrhotique : carvédilol *versus* propranolol

I. Frioui [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], A. Mensi [(1)], A. Shema [(1)], Y. Said [(1)], L. Mouelhi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La prophylaxie de l'hémorragie digestive chez le cirrhotique est primordiale. Elle reposait auparavant sur le propranolol, un bétabloquant (BB) non cardio-sélectif associé ou non au traitement endoscopique. Actuellement, le carvédilol l'a substitué puisque sa composante alpha bloquante suggère une meilleure prévention.Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité du carvédilol en comparaison avec le propranolol dans la prévention de l'hémorragie digestive par hypertension portale.

Patients et Méthodes : C'est une étude descriptive rétrospective comparative incluant les patients suivis pour cirrhose dans un service d'hépato-gastro-entérologie répartis en 2 groupes (groupe 1 : sous propranolol, groupe2 : sous carvédilol). Nous avons comparé la survenue d'hémorragie et la survie globale.

Résultats : Nous avons inclus 81 patients (propranolol/carvédilol : 41/38) d'âge médian 61 ± 11 ans et de genre-ratio H/F : 1,45. La durée moyenne d'évolution était 4,3 ans. L'étiologie principale était l'hépatite C (35%) suivie par l'hépatite B (14.8%). La cirrhose était décompensée dans 60 % des cas et le score MELD 3.0 médian était 13,5. La fibroscopie œsogastroduodénale a montré des varices œsophagiennes grade III dans 47% des cas. Sous BB, la survenue d'hémorragie digestive était plus marquée dans le groupe 1 (37% *vs* 32% p=0,09) sans que la différence ne soit significative. Cependant, le délai avant le premier épisode hémorragique était significativement plus long dans le groupe 2 (32,1 mois *vs* 10,33 p=0,007). La survie sans hémorragie était de 43 mois dans le groupe 2 contre 12 mois dans le groupe 1 (p=0.001).

Conclusion : Le carvédilol démontre une supériorité par rapport au propranolol pour retarder la survenue d'épisodes d'hémorragies digestive et pour prolonger la survie sans hémorragie. En conséquence, nos résultats plaident en faveur de l'utilisation du carvédilol en première intention.

P.207

Étude de la performance des scores MELD, MELD-Na et MELD 3.0 dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière chez les cirrhotiques

O. Ghallab [(1)], A. Darif [(1)], Z. Boukhal [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], H. Fouad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le modèle pour les maladies hépatiques en phase terminale (MELD) a été mis à jour pour devenir MELD-Na, puis récemment MELD 3.0, afin de prédire la survie des patients cirrhotiques. Nous avons validé les performances pronostiques de MELD3.0 et les avons comparées à celles de MELD-Na et MELD chez des patients hospitalisés atteints de cirrhose.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude monocentrique rétrospective, descriptive et analytique, incluant tous les patients admis pour une decompensation de leur cirrhose entre janvier 2022 et décembre 2024. Les données démographiques et clinico- biologiques ont été recueillies. Les scores MELD, MELD-NA et MELD3.0 ont été calculés. Une analyse ROC (AUROC) a été réalisée pour comparer la performance des différents scores dans la predictions de la mortalité intra-hospitaliére .

Résultats : Au total, 176 patients ont été inclus (âge médian de 54 ans [IQR : 18,0-79,0], 59,1 % d'hommes et 40.9% de femmes. Les étiologies de cirrhose étaient : HVC (27%) HVB (12%) HAI (7.5%) NASH (9.7%) ALCOOL (2.8%) AUTRES (41%) La proportion de patients classés Child-Turcotte-Pugh A/B/C était respectivement de 4.5 %/22 %/73.5%.
Les scores médians MELD3.0/MELDNa/MELD étaient de 22.3 (IQR : 10.8-38.8)/25,8 (IQR : 7,41-47.9)/19 (IQR :9-32) le taux de mortalité était de 18.8 % L'AUROC de MELD3.0/MELDNa/MELD dans la prédiction des mortalités respectivement, était de 0,786/0,705/0,754 (P < 0,05). Le seuil optimal pour prédire la mortalité intra-hospitaliere pour MELD3.0 >29.9 (sensibilité = 69.7 %, spécificité = 90.62 %).

Conclusion : MELD3.0 est plus performant que MELD-Na et MELD pour prédire la mortalité chez les patients hospitalisés atteints de cirrhose.

P.208

La valeur diagnostique et pronostique de la procalcitonine dans les infections bactériennes au cours de la cirrhose décompensée

A. Ben Fadhloun [(1)], A. Mensi [(1)], M. Meganem [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], S. Ayadi [(1)], R. Debbeche [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : : L'infection bactérienne représente la principale cause de décompensation et de décès chez les patients cirrhotiques. La procalcitonine (PCT) est un biomarqueur qui peut être utile pour le diagnostic précoce de ces infections.
Les buts de cette étude étaient d'évaluer l'apport diagnostique de la PCT dans les infections bactériennes chez les patients cirrhotiques et d'étudier sa valeur pronostique en termes de mortalité.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement les patients hospitalisés pour une cirrhose décompensée. Le taux plasmatique de PCT était mesuré dans les premières 24 heures d'admission.

Résultats : Quatre-vingt-douze patients ont été inclus. La population était composée de 45 hommes (49%) et 47 femmes (51%), soit un sex-ratio de 0,96. L'âge moyen de nos patientes était de 62,84 ans ± 13,25 ans. Une infection bactérienne a été diagnostiquée chez 60 patients (65%). la pneumopathie infectieuse constituait le principal site d'infection diagnostiqué chez nos patients (18,4 %) suivie par les infections de liquide d'ascite (10,8%).Le taux sérique de PCT était significativement plus élevé chez les patients ayant une infection bactérienne (p <,001).
L'aire sous la courbe de ce biomarqueur, dans le diagnostic d'infection bactérienne, était de 0,741. La PCT n'était pas prédictive d'une mortalité à 3 mois chez les patients ayant une infection bactérienne (p=0,07).

Conclusion : A travers cette étude nous avons montré que la PCT peut avoir une place dans l'approche diagnostique de l'infection bactérienne au cours de la décompensation aigue de la cirrhose. Cependant, sa valeur pronostique n'a pas été établie.

P.209

Thrombose portale chez le cirrhotique : aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs

I. Lasfar [(1)], O. Hadadia [(1)], A.A. Bah [(1)], M. Belhamdiya [(1)], K. Gharbi [(1)], R. Akka [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La thrombose portale (TP) non tumorale chez le patient cirrhotique est une complication grave, susceptible d'aggraver l'hypertension portale, de limiter les possibilités thérapeutiques (dont la transplantation) et d'augmenter la morbi-mortalité. Malgré les progrès dans les anticoagulants oraux directs (AOD / DOAC) et les interventions endovasculaires, les données locales restent rares. L'étude vise à décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques, les modalités de prise en charge thérapeutique et l'évolution de la TP chez les cirrhotiques dans un centre marocain, selon les recommandations récentes.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique, incluant tous les patients cirrhotiques pris en charge dans notre centre hospitalier entre janvier 2020 et décembre 2025 chez lesquels une thrombose portale non tumorale a été diagnostiquée.
Critères d'inclusion : cirrhose confirmée (clinique, biologique, imagerie), diagnostic de TP par échographie Doppler, angio-TDM ou angio-IRM, absence de cancer hépatocellulaire au moment du diagnostic.
Données recueillies : âge, sexe, étiologie de la cirrhose, stade (Child-Pugh, MELD), circonstances de découverte (douleurs, complications de l'hypertension portale, découverte fortuite), extension de la thrombose (veine porte, branches mésentériques, splénique), chronique *vs* récente, bilan étiologique (thrombophilies, hypercoagulation, infection, etc.), traitement (type d'anticoagulant, durée, interventions TIPS ou autres), suivi (reperméabilisation, complications hémorragiques, transplantation, mortalité).
Analyse statistique : descriptions en moyennes ± écart-type ou médianes (IQR), pourcentages pour les variables catégorielles. Comparaisons entre groupes traités *vs* non traités, Child-Pugh faible *vs* élevé. Analyses de survie par Kaplan-Meier, facteurs prédictifs via régression de Cox. Seuil de signification p<0,05.

Résultats : Au total, 45 patients cirrhotiques avec thrombose portale non tumorale ont été colligés entre 2020 et 2025. L'âge moyen était de 56 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,5). Les principales étiologies étaient l'hépatite C (35 %), l'hépatite B (25 %), la NASH (15 %), l'alcoolisme (10 %) et une cause indéterminée (15 %). Les stades de cirrhose étaient : Child-Pugh A (20 %), B (50 %) et C (30 %), avec un score MELD médian de 16.La thrombose était complète dans 60 %, partielle dans 40 %, avec extension mésentérique dans 20 % et splénique dans 25 % ; un cavernome portale a été observé dans 15 %. Elle était récente dans 55 % et chronique dans 45 %.Un traitement anticoagulant a été instauré chez 62 % des patients, par HBPM relayée par AVK (50 %) ou DOACs (30 %, surtout chez les Child A/B), pour une durée médiane de neuf mois. La recanalisation a été complète dans 40 %, partielle dans 25 %, avec stabilisation dans 20 % et aggravation dans 15 %. Les complications hémorragiques majeures concernaient 10 % des patients, principalement des hémorragies digestives hautes, toutes contrôlées.La transplantation hépatique a été proposée à 11 % des patients et réalisée chez deux d'entre eux. La mortalité à un an était de 20 %, surtout chez les patients Child-Pugh C.
Analyses comparatives
Les patients de stade Child-Pugh C avaient un risque plus élevé de complications hémorragiques (HR ≈ 2,5, p=0,03) et de mortalité.
L'instauration du traitement anticoagulant dans les 2 semaines suivant le diagnostic de TP récente était associée à un taux de repermeabilisation plus élevé (≈ OR 3,0, p=0,01).
L'utilisation des DOACs chez les patients de stade Child-Pugh A/B n'a pas montré de surcroît significatif de saignements par rapport aux AVK, mais les effectifs étaient modestes.

Conclusion : Dans notre expérience marocaine de 2020-2025, la thrombose portale non tumorale chez le cirrhotique présente des taux de découverte fortuits élevés, une extension fréquemment complète, et une morbi-mortalité non négligeable. L'anticoagulation, particulièrement lorsqu'elle est instaurée tôt, permet une repermeabilisation significative chez une proportion notable de patients, avec un risque hémorragique acceptable, bien que supérieur chez les cirrhoses avancées. Les DOACs semblent une option prometteuse pour les patients à réserve hépatique suffisante. Il serait souhaitable d'élaborer un protocole local standardisé, incluant des critères clairs pour le bilan étiologique, le moment d'instauration du traitement, le suivi radiologique et la gestion des varices, afin d'optimiser l'équilibre bénéfice/risque. Des études prospectives multicentriques marocaines sont nécessaires pour confirmer ces observations et affiner les recommandations adaptées à notre contexte.

P.210

Thrombose portale dans la MVPS : un révélateur étiologique ?

I. Qarch [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], N. Lagdali [1], F.Z. Ajana [1], M. Kadiri [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) constitue une cause majeure d'hypertension portale intra-hépatique chez les patients non cirrhotiques. La thrombose portale, complication fréquente et redoutable de cette affection et les facteurs prédictifs de sa survenue dans le contexte de MVPS sont encore mal définis. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs cliniques, biologiques et étiologiques associés à la thrombose portale chez les patients atteints de MVPS.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique menée entre janvier 2018 et avril 2025 au sein du service d'Hépato-Gastroentérologie. Ont été inclus les patients ayant un diagnostic histologique confirmé de MVPS. Les patients perdus de vue ou pour lesquels le diagnostic a été redressé secondairement ont été exclus. Les patients ont été répartis en deux groupes selon la présence ou non d'une thrombose portale. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Cinquante-huit patients atteints de MVPS ont été inclus, avec un âge médian de 42 ans et une prédoinance feminine (sex-ratio H/F = 0,6). Une thrombose portale a été identifiée chez 33 patients (56,9%). Elle était présente dès le diagnostic dans la majorité des cas, et secondairement acquise chez 5 patients (15,2%). Parmi les thromboses, 57,6 % étaient totales et 42,4 % partielles.
L'analyse univariée n'a pas mis en évidence d'association significative entre la survenue de thrombose et l'âge, le sexe, le taux de prothrombine, la présence de circulation veineuse collatérale à l'échographie, une décompensation d'hypertension portale ou la présence de signes endoscopiques d'HT P. En revanche, la thrombopénie ($p = 0,0033$) et la splénomégalie ($p = 0,0023$) étaient paradoxalement plus fréquentes dans le groupe sans thrombose.
L'analyse étiologique a révélé une dissociation marquée entre les deux groupes ($p < 0,0001$). Le groupe avec thrombose présentait exclusivement des facteurs prothrombotiques : SAPL (20,8%), syndrome myéloprolifératif (15%), déficits en protéines S (13,2%) et C (11,3%), contraception oestroprogestative (9,4%), maladie de Biermer (7,5%), clone HPN, maladie de Behçet, mutation du facteur V ou antécédents de chirurgie abdominale.Dans le groupe sans thrombose, 10 patients (28,6%) présentaient également un facteur prothrombotique identifié. Toutefois, 71% des patients de ce groupe n'avaient aucune étiologie déterminée, ce qui pourrait refléter un profil à plus faible risque thrombotique.

Conclusion : Chez les patients atteints de MVPS, la présence de facteurs prothrombotiques est fortement associée à la survenue de thrombose portale. En revanche, l'absence d'étiologie identifiée semble plus fréquente chez les patients non thrombotiques, suggérant un profil évolutif plus favorable. Ces résultats soulignent l'importance d'un bilan étiologique systématique pour affiner la stratification du risque thrombotique et adapter la prise en charge.

P.211

Facteurs associés à la fibrose avancée dans la cholangite biliaire primitive : étude analytique dans un centre marocain

R. Belhocine [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], N. Lagdali [1], F.Z. Ajana [1], M. Kadiri [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie auto-immune hépatique dont le pronostic est fortement conditionné par l'évolution de la fibrose. Le passage à une fibrose avancée est un tournant évolutif, souvent associé à une morbidité accrue et à une réponse thérapeutique moins favorable. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs cliniques, biologiques et immunologiques associés à la fibrose avancée chez les patients atteints de CBP.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant 98 patients suivis pour CBP entre 2016 et 2025. Les patients ont été répartis en deux groupes selon le stade histologique de fibrose : non avancée (F0–F2) *versus* avancée (F3–F4). Les données cliniques, biologiques, immunologiques ainsi que la réponse thérapeutique à 6 mois (score de Paris II) ont été comparées. Une analyse univariée puis une régression logistique multivariée ont été réalisées pour déterminer les facteurs indépendamment associés à la fibrose avancée.

Résultats : Parmi les 98 patients inclus (87,7 % de femmes, âge moyen 54,6 ans), 46 (46,9 %) présentaient une fibrose avancée. L'hypertension portale clinique (54,3 % *vs* 17,3 %, $p < 0,001$), l'ictère (52,2 % *vs* 36,5 %) et une cytolyse hépatique significative (41,3 % *vs* 17,3 %, $p = 0,011$) étaient plus fréquents dans le groupe à fibrose avancée. La positivité des anticorps anti-M2 (52 % *vs* 36,5 %) et l'hépatite d'interface (69,6 % *vs* 46,2 %) étaient également plus fréquentes, sans atteindre la significativité en analyse multivariée.
Les maladies auto-immunes associées, retrouvées chez 48 % des patients, n'étaient pas associées de façon indépendante à la fibrose avancée, bien qu'une tendance ait été observée pour l'hépatite auto-immune ($p = 0,08$). La réponse thérapeutique était significativement moins fréquente dans le groupe avancé (17,4 % *vs* 36,5 %, $p = 0,018$).
En analyse multivariée, trois facteurs étaient indépendamment associés à la fibrose avancée : l'hypertension portale clinique (OR ≈ 5,3 ; $p = 0,0011$), une cytolyse hépatique marquée (OR ≈ 9,0 ; $p = 0,0076$) et l'absence de réponse au traitement selon le score de Paris II (OR ≈ 3,9 ; $p = 0,0211$). L'hépatite d'interface ne conservait pas sa significativité ($p = 0,13$).

Conclusion : La fibrose avancée dans la CBP est significativement associée à l'hypertension portale clinique, à une cytolyse hépatique marquée et à une absence de réponse au traitement. Ces facteurs reflètent une activité hépatocytaire agressive, identifiables précocement et utiles pour une stratification pronostique. En revanche, les maladies auto-immunes associées, bien que fréquentes, n'apparaissent pas comme des facteurs prédictifs indépendants. Une évaluation intégrée de ces éléments est essentielle pour guider la prise en charge des patients à risque de progression.

P.212

Impact des paramètres hémostatiques, du score de Child-Pugh et des données endoscopiques sur le risque hémorragique chez les patients cirrhotiques anticoagulés pour thrombose portale

M. Mrabet [1], O. El Mqaddem [1], H. Koulali [1], A. Zazour [1], G. Kharrasse [1], Z. Ismaili [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La thrombose portale est une complication fréquente de la cirrhose, dont la prise en charge repose sur l'anticoagulation. L'évaluation du risque hémorragique demeure un défi. Les paramètres hémostatiques, le score de Child–Pugh et les données endoscopiques pré-thérapeutiques pourraient améliorer la stratification du risque.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective observationnelle incluant 64 patients cirrhotiques suivis pour thrombose portale et traités par anticoagulants entre janvier 2017 et septembre 2025.Le diagnostic était confirmé par échographie Doppler et scanner abdomino-pelvien avec injection. Les patients présentant un cavernome portal ont été exclus.Une FOGD systématique a été réalisée avant traitement.Les paramètres biologiques analysés comprenaient le taux de prothrombine (TP), la numération plaquettaire (PLQ) et le score de Child–Pugh, évalués avant l'anticoagulation.Le critère principal était la survenue d'un événement hémorragique. Une analyse univariée a recherché les facteurs associés à ce risque.

Résultats : L'âge moyen était de 58,7± 14 ans, avec 56 % de femmes. Le TP moyen était de 60% et le taux moyen des PLQ de 83 903 ± 62 799/mm³.La FOGD pré-anticoagulation montrait des VO et/ou GOV chez 29 patients (45 %) : stade I (28 %), II (14 %) et III (3 %). Des IGV1 ont été observées chez 2 patients (3 %), sans signe rouge ni saignement.
Au total, 18 patients (28 %) ont présenté une hémorragie, dont 39 % variqueuses (VO/GOV). Les autres causes étaient des gingivorragies, rectorragies et métrorragies, sans retentissement hémodynamique majeur.Deux patients (7 %) ont bénéficié d'une ligature avec éradication des varices, sans récidive hémorragique, tandis que 6 patients non éradiqués (9,7%) ont saigné, suggérant un effet protecteur de l'éradication endoscopique (p = 0,52).La présence de VO (p = 0,002) et de GOV (p = 0,003) était significativement associée au risque hémorragique, contrairement au TP (p = 0,32), PLQ (p = 0,41) et au score de Child–Pugh (p > 0,05).

Conclusion : Dans notre série, la présence de varices œsophagiennes ou gastro-œsophagiennes constituait le principal facteur associé au risque hémorragique sous anticoagulation pour thrombose portale.Les paramètres hémostatiques (TP, plaquettes) et le score de Child–Pugh n'étaient pas significativement corrélés à la survenue d'hémorragie.L'éradication endoscopique des varices œsophagiennes semble exercer un effet protecteur contre les épisodes hémorragiques, soutenant l'intérêt d'une FOGD systématique et d'un traitement prophylactique avant anticoagulation

P.213

Evaluation de la sarcopénie chez le cirrhotique : impact évolutif et survie

M. Dkhissi [1], M. Cherkaoui [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], F.Z. Mghyly [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La sarcopénie est aujourd'hui reconnue comme une complication fréquente et sous-estimée chez les patients cirrhotique. Elle se définit comme une perte progressive et généralisée de la masse musculaire et de la force, résultant d'un déséquilibre multifactoriel. Les conséquences cliniques sont majeures : diminution de la qualité de vie, augmentation du risque de chutes et d'hospitalisation, et surtout, altération prononcée du pronostic vital. L'évaluation de cette condition requiert une approche multidimensionnelle. Cependant, l'évaluation objective de la masse musculaire repose aujourd'hui sur l'imagerie, en particulier le scanner abdominal. À cela s'ajoutent les paramètres biologiques, les marqueurs nutritionnels, anthropométriques et d'activité physique, qui enrichissent l'analyse.
C'est dans cette perspective que s'inscrit notre étude, visant à combler un manque majeur dans la littérature régionale : l'absence de données normatives sur la sarcopénie chez les patients cirrhotiques marocains.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude préliminaire statistique prospective et monocentrique, menée au sein de notre service depuis aout 2024. Incluant 25 patients cirrhotiques ayant bénéficié d'un angioscanner abdominal incluant une coupe L3. Le diagnostic de sarcopénie est porté sur un indice de surface musculaire L3 < 50cm²/m² chez l'homme et <39cm²/m² chez la femme, étudié en combinant des méthodes d'intelligence artificielle et manuelles.Les paramètres étudiés combinent les données cliniques, biologiques et morphométriques issues du CT-scan abdominal (Indice de surface musculaire L3).

Résultats : Notre étude a inclus 25 patients, avec un âge médian de 64ans et une prédominance féminine (60%, sexe ratio F/H 1,5). La sarcopénie était présente chez 15 patients (60%), plus fréquente chez les sujets de plus de 60ans (9patients, 36%) et chez les femmes (9patientes, 36%), dont 4 patientes ménopausées (26.7%). 13 patients (52%) étaient inactifs sur le marché du travail.
L'étiologie de la cirrhose était dominée par l'origine virale (6 patients, 24%) avec 4 cas liés au VHC (16%) et 2 au VHB (8%). La cirrhose était décompensée chez 13 patients (52%) (8 décompensations hémorragiques 32% ; 10 ascitiques 40% et 4 neurologiques 16%) et le score Child-Pugh était reparti comme suit : 7 patients B (28%), 6 patients A (24%) et 2 patients C (8%). Un score MELD compris entre 6 et 19 était retrouvé chez 13 patients 52%. A noter que les seuls 3 patients présentant un CHC ainsi que les seuls 3 patients (12%) candidats à une transplantation hépatique étaient sarcopéniques.
Concernant l'activité physique, 14 patients (56%) n'atteignaient pas le seuil recommandé de 3000 MET minutes par semaines (World Confederation for Physical Therapy). De plus, 12 patients (48%) avaient un déficit calorique. Le test de levé de chaise était pathologique chez 11 patients (47.8%) avec une médiane de 26s.
Sur le plan anthropométrique, 9 patients présentaient un IMC à risque de dénutrition, tandis que 12 patients (48%) avaient une circonférence brachiale dans les normes.
Sur le plan paraclinique la médiane de l'indice de surface musculaire L3 est de 24,8 cm²/m². Une hypoprotidémie a été notée chez 6 patients (24%, médiane 68g/l) et une hypoalbuminémie chez 2 patients (8%, médiane 34g/l). Aucun déficit vitaminique (D,B9,B12) n'a été retrouvé chez 10 patients testés, dont 6 sarcopéniques. Parmi 17 patients ayant bénéficié d'un dosage des minéraux (Na+, K+, Ca2+, Mg2+et Ph), 11 patients étaient sarcopéniques dont 6 présentant un déficit (35.3%).
Au cours d'un an de suivi, 11 patients sarcopéniques (44%) ont bénéficié d'une à plusieurs hospitalisations, 5 ont présentés une chute (20%).
La survie à 6 mois était de 92%, au dépend de 2 décès parmi les patients sarcopenique, tandis que la survie à 1an fut de 96% avec 1 seul décès d'un patient sarcopenique.
Une relation statistiquement significative a été objectivée entre

la sarcopénie et le manque d'activité physique (p<0.001), la sarcopénie et l'IMC à risque de dénutrition (p=0.002).

Conclusion : La sarcopénie chez le cirrhotique est une complication grave, insidieuse et souvent masquée par l'obésité. Elle résulte de plusieurs facteurs intriqués et entraine une hausse du taux de décompensation, de chute et d'hospitalisation pour au final être promotrice de décès. Ainsi, son dépistage doit être systématique, et sa prise en charge, notamment préventive, obligatoire à travers une assistance multidisciplinaire du patient cirrhotique.

P.214

Facteurs pronostiques et prise en charge thérapeutique du carcinome hépatocellulaire en Tunisie : entre contraintes et perspectives

H. Smaoui [1], A. Walha [1], S. Attia [1], M. Moalla [1], L. Chtourou [1], M. Boudabous [1], L. Mnif [1], H. Gdoura [1], A. Amouri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La complication redoutable de la cirrhose du foie reste le carcinome hépatocellulaire (CHC). Sa prise en charge du CHC repose sur des traitements curatifs ou palliatifs. La survie dépends de plusieurs facteurs pronostics. Notre objectif était de Décrire et d'évaluer les attitudes thérapeutiques et le pronostic des CHC sur foie de cirrhose

Patients et Méthodes : c'est une étude rétrospective, descriptive et analytique incluant tous les patients atteints de CHC sur une hépatopathie chronique, suivis au CHU Hédi Chaker de Sfax entre 2007 et 2022. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été collectées et analysées par un logiciel SPSS version 22.0

Résultats : Nous avons colligé 142 patients, dont 82,4 % des hommes. La moyenne d'âge était de 62,7 ans. Trente patients avaient un CHC métastatique (22,53 %). Les métastases sont réparties comme suit : 16 pulmonaires, 8 osseuses, 7 péritonéales et 3 surrénaliennes. La classification Child-Pugh montrait majoritairement des stades A (49 patients) et B (59 patients). L'alpha-fœtoprotéine moyenne était de 2882,77 ng/ml .Selon la classification BCLC, 17,5 % étaient BCLC A, 20,4 % BCLC B, 38,7 % BCLC C et 23,4 % BCLC D. Les traitements incluaient la résection (10,1 %), la radiofréquence (0,9 %), l'alcoolisation (2,8 %), la chimio-embolisation (6,4 %) et le Sorafenib (23,9 %). La survie médiane était de 8,8 mois. La survie à 1 an était estimé à 30,2 % et à 4 ans était estimée à 16,2 %, avec moyenne de 10,99 mois. Les facteurs pronostiques affectant la survie en analyse univariée étaient : la consommation d'alcool (p=0,03) ou de tabac (p=0,04), une cirrhose décompensée stade Child Pugh B ou C (p<0,01), un taux d'AFP supérieur à 200ng/mL (p<0,01), l'existence d'une thrombose vasculaire (p= 0,04), un stade BCLC C ou D (p= 0,01). Les facteurs pronostiques affectant la récidive tumorale en analyse univariée étaient : la consommation d'alcool (p=0,03), un stade Child Pugh B ou C (p=0,036), la décompensation de la cirrhose (p= 0,027), un stade BCLC C ou D (p=0,04), un traitement palliatif ou symptomatique (p=0,012). En analyse multivariée, deux facteurs restaient significativement associés à la survie : la décompensation (p=0,03) et le stade BCLC (p<0,01).

Conclusion : En Tunisie, le CHC sur foie de cirrhose reste de pronostic défavorable. La Prise en charge est limitée par un diagnostic tardif et l'absence de transplantation. La mise en place de programme de dépistage et d'un plateau technique pour le traitement des petits CHC est essentielle pour une amélioration du pronostic.

P.215

Score PHT-D : un nouvel outil prédictif de la décompensation chez les patients avec thrombose portale chronique

C. Elmajoudi [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], N. Lagdali [(1)], F.Z. Ajana [(1)], M. Kadiri [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La thrombose veineuse portale (TVP) chronique est une cause fréquente d'hypertension portale non tumorale, exposant les patients à un risque de décompensation (ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie). À ce jour, aucun score spécifique n'évalue ce risque de manière simple et applicable en pratique. Nous avons développé le score PHT-D (Portal Hypertension Thrombosis – Décompensation) pour prédire la décompensation dans cette population.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique portant sur 84 patients suivis entre 2010 et 2025. Les variables cliniques, biologiques et radiologiques ont été analysées pour identifier les facteurs associés à la décompensation. Les facteurs indépendants ont été intégrés dans un score simplifié de 0 à 3 points. La performance du score a été évaluée par l'AUC ROC, sensibilité et spécificité.

Résultats : Parmi les 84 patients (âge médian 51 ans, sex-ratio H/F = 0,8), 38 (45,2 %) ont présenté une décompensation. Trois facteurs indépendants ont été retenus pour le score PHT-D :
- Fibrose hépatique avancée (F3–F4)
- Extension de la thrombose à la veine splénique
- Extension de la thrombose à la branche hépatique gauche

Le score (0–3 points) stratifie les patients selon le risque : faible (0), intermédiaire (1–2) et élevé (3). Un score ≥1 prédit la décompensation avec AUC = 0,692, sensibilité 64,5 %, spécificité 67,3 %.

Conclusion : Le score PHT-D constitue le premier outil spécifique pour prédire la décompensation chez les patients avec TVP chronique. Simple, basé sur des paramètres accessibles, il permet une stratification rapide du risque et pourrait guider la surveillance et les décisions thérapeutiques. Malgré des performances modérées, ce score préliminaire mérite une validation prospective multicentrique.

P.216

Valeur prédictive des marqueurs biologiques d'inflammation dans les infections bactériennes chez les cirrhotiques décompensés

M. Meganem [(1)], A. Mensi [(1)], H. Mbarek [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], S. Ayadi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les infections bactériennes sont fréquentes chez les patients cirrhotiques hospitalisés. Leurs diagnostic est parfois difficile car des signes de sepsis comme la fièvre peuvent manquer. Elles sont associées à un mauvais pronostic avec une mortalité élevée, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et une prise en charge rapide.
L'objectif de ce travail était d'étudier les paramètres biologiques prédictifs des infections bactériennes chez les cirrhotiques décompensés.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 14 mois colligeant les patients cirrhotiques hospitalisés pour une décompensation aigue. Une décompensation aigue était définie par une décompensation ascitique, une hémorragie digestive haute ou une encéphalopathie hépatique. Le diagnostic d'une infection bactérienne a été retenu devant des arguments cliniques, biologiques et cytologiques. Les taux de globules blancs (GB), de polynucléaires neutrophiles (PNN), de lymphocytes (Lc) et de la protéine C-réactive (CRP) ont été relevés à l'admission.

Résultats : Nous avons inclus 92 patients, d'âge moyen de 62,84 ans ± 13,25 ans. Ils étaient 45 hommes et 47 femmes. L'hépatite virale C était l'étiologie la plus fréquente de la cirrhose (42%). la décompensation oedèmato-ascitique était le motif d'hospitalisation le plus fréquent (40,2% des cas). La fièvre était présente chez seulement 8 patients. A l'admission, 63% des patients avaient un Child C, 34% des patients avaient un Child B. Le score MELD était inférieur à 20 chez 34% de la population, et supérieur à 20 chez 66%.
Une infection bactérienne était présente chez 60 patients (65 %). La pneumopathie infectieuse était la plus fréquente (18,4 %) ; suivie de l'infection spontanée du liquide d'ascite (10,8 %), suivie des infections urinaires et des infections cutanées.
L'étude analytique a conclu à une association significative entre plusieurs paramètres biologiques et la présence d'une infection bactérienne: le taux de PNN (p=0,035), le taux des GB (p=0,01), le Ratio Neutrophiles/Lymphocytes (NLR) (p=0,001), la valeur de la CRP (p < 0,001). En analyse multi variée; le ratio NLR et la valeur de la CRP à l'admission étaient des facteurs indépendants associées à la présence d'une infection bactérienne.

Conclusion : Dans notre étude, le rapport NLR et la CRP étaient des facteurs prédictifs indépendants des infections bactériennes chez les cirrhotiques décompensés et ceci même en absence de signes cliniques évidents. Ils peuvent être utilisés en pratique courante pour dépister une infection bactérienne chez les cirrhotiques décompensés permettant ainsi une prise en charge rapide et ciblée.

P.217

Évaluation de l'impact du traitement anticoagulant sur l'évolution du cavernome porte

I. El Mouatamid [(1)], M. Kadiri [(1)], N. Lagdali [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], F.Z. Ajana [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le cavernome porte correspond à un réseau de veines dilatées transportant un flux sanguin portal hépatopète, résultant d'une occlusion chronique du système porte extra-hépatique. Cette transformation cavernomateuse constitue une cause majeure d'hypertension portal.La prise en charge vise avant tout à traiter la cause sous-jacente et, en l'absence de contre-indication, à instaurer une anticoagulation afin de prévenir la récidive ou l'extension de la thrombose.L'objectif de notre étude est de rapporter l'expérience de notre service concernant l'intérêt des anticoagulants dans l'évolution du cavernome porte.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de six ans (2018–2024).Elle a concerné l'ensemble des patients présentant une hypertension portale secondaire à une thrombose porte chronique, traités par anticoagulants depuis plus de six mois.Une anticoagulation par antivitamine K (AVK) a été prescrite aux patients présentant un facteur de risque thrombotique majeur ou une contre-indication aux anticoagulants oraux directs (AOD).Les autres patients ont reçu du rivaroxaban.

Résultats : Sur un total de 59 patients suivis pour thrombose porte chronique, 19 (32,2%) ont bénéficié d'un traitement anticoagulant (AVK ou AOD).L'âge moyen était de 43,7 ans (22–72 ans) avec un sexe ratio H/F de 1,3.

Discussion : Deux groupes ont été distingués : le premier groupe est celui des: patients à haut risque thrombotique (n=10 ; 52,6%), ce groupe comprenait principalement des patients présentant un syndrome myéloprolifératif (31,6%) ou un syndrome des antiphospholipides (21%).Le traitement reposait sur une anticoagulation curative : 3 patients sous rivaroxaban (20 mg/j) et 7 sous AVK, avec un objectif d'INR entre 2 et 3.
Le deuxième groupe est celui des patients à bas risque thrombotique (n=9 ; 47,4%), Ces patients ont reçu une anticoagulation à base de rivaroxaban 15 mg/j ou sintrom ½ comprimé, pendant six mois avant réévaluation.Les étiologies retrouvées étaient : maladie cœliaque (33,3%), déficit en protéines C et S (33,3%), chirurgie pour kyste hydatique (11,1%), MVPS compliquée de CP sur PTI (11,1%), et cause indéterminée (11,1%).
L'évolution a été globalement favorable avec absence d'extension de la thrombose dans 63,1% des cas (n=12) et une reperméabilisation partielle observée dans 36,8% des cas (n=7). Aucune reperméabilisation complète n'a été notée.

Conclusion : L'anticoagulation constitue un élément clé dans la prise en charge du cavernome porte, permettant de limiter la progression de la thrombose et de prévenir ses complications. Dans notre série, l'instauration d'un traitement anticoagulant, qu'il soit à base d'antivitamines K ou d'anticoagulants oraux directs, a permis une stabilisation de la maladie et, dans plusieurs cas, une reperméabilisation partielle du réseau porte. Ces résultats confirment donc l'intérêt du traitement anticoagulant.

P.218

Hépatite auto-immune chez l'homme : une maladie rare, un devenir surprenant

I. Lasfar [(1)], A.A. Bah [(1)], O. Hadadia [(1)], M. Belhamdiya [(1)], K. Gharbi [(1)], R. Akka [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie chronique rare, à prédominance féminine, mais dont l'expression clinique et évolutive chez l'homme reste moins bien caractérisée. Cette sous-représentation masculine soulève la question d'un profil particulier de l'HAI chez l'homme, tant sur le plan clinique que pronostique.L'objectif est d'évaluer les caractéristiques cliniques, biologiques, immunologiques, thérapeutiques et évolutives de l'HAI chez les patients masculins suivis dans notre service, et comparer leur pronostic à long terme à celui des patientes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et comparative menée entre janvier 2015 et janvier 2025. Ont été inclus 21 patients de sexe masculin suivis pour HAI sur un total de 142 cas d'HAI confirmés. Les paramètres analysés incluaient : âge au diagnostic, antécédents auto-immuns et métaboliques, présentation clinique, bilans biologiques initiaux (transaminases, bilirubine, phosphatases alcalines, IgG sériques), scores de sévérité (score de l'IAIHG), données histologiques (score de METAVIR, activité et fibrose), ainsi que la réponse thérapeutique (corticothérapie ± azathioprine, alternatives thérapeutiques), les rechutes et la survie.

Résultats : L'âge moyen au diagnostic chez les hommes était de 41,7 ans [18–70] contre 48,3 ans [17–79] chez les femmes (p = 0,032). Les maladies auto-immunes associées (thyroïdite, diabète de type 1, maladie cœliaque) étaient moins fréquentes chez les hommes (19% *vs* 32%, p=0,04), tandis que les comorbidités métaboliques (obésité, stéatose) étaient plus fréquentes (28% *vs* 15%, p=0,03).Le taux médian de transaminases au diagnostic ne différait pas entre les deux sexes, mais les hommes présentaient plus souvent une fibrose avancée ≥ F3 au diagnostic (38% *vs* 24%, p=0,041). Trois patients masculins (14%) n'ont pas nécessité de traitement initial, contre 0% des femmes (p=0,02). La résistance aux stéroïdes était plus élevée chez les femmes (29%) que chez les hommes (19%), sans différence significative.Les rechutes étaient comparables (21% *vs* 20%). Toutefois, la survie sans transplantation était significativement meilleure chez les hommes, avec une médiane estimée à 11,2 ans [3–20] contre 7,8 ans [2–22] chez les femmes (p=0,027). L'analyse de Kaplan-Meier montrait une divergence des courbes à partir de la 5e année d'évolution.

Conclusion : Dans cette cohorte marocaine, l'HAI chez les hommes survenait plus précocement et avec une fibrose plus sévère au diagnostic. Cependant, à long terme, leur survie sans transplantation était meilleure que celle des femmes. Ce paradoxe pourrait être expliqué par une meilleure observance thérapeutique, une moindre fréquence de maladies auto-immunes associées, et un profil immunologique différent. Des études multicentriques prospectives sont nécessaires pour confirmer ces observations.

P.219

Impact pronostic de la sarcopénie chez les patients avec hépatopathie chronique

M. Cherkaoui [1], I. Errabih [1], S. Mechhor [1], F.Z. Mghyly [1], N. Benzzoubeir [1], H. El Bacha [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hépatopathie chronique regroupe un ensemble de maladies du foie évoluant lentement vers des complications graves, telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Au-delà des atteintes hépatiques, ces patients peuvent présenter des complications systémiques qui influencent significativement leur pronostic. Parmi elles, la sarcopénie qui est particulièrement fréquente chez les patients atteints de maladies hépatiques chroniques. Dans ce contexte, l'évaluation et la prise en charge de la sarcopénie apparaissent essentielles pour optimiser le suivi et améliorer l'issue clinique des patients atteints d'hépatopathie chronique. L´objectif de l´étude est d´établir l´impact de la sarcopénie sur la survie des malades.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude préliminaire prospective et monocentrique, menée au sein de notre service depuis Janvier 2025. Incluant les patients cirrhotiques ayant bénéficié d'un angioscanner abdominal incluant une coupe L3. Le diagnostic de sarcopénie est porté sur un indice de surface musculaire L3 < 50cm^2/m^2 chez l'homme et <39cm^2/m^2 chez la femme, étudié en combinant des méthodes d'intelligence artificielle et manuelles.

Résultats : Notre étude a inclus 25 patients, avec un âge moyen de 64ans+- 25,2 et une prédominance féminine (60%, sexe ratio F/H 1,5).
La Prévalence de la sarcopénie était présente chez 15 patients (60%), plus fréquente chez les sujets de plus de 60ans (9patients, 36%) et chez les femmes (9patientes, 36%), dont 4 patientes ménopausées (26.7%).
La cirrhose était décompensée chez 13 patients (52%) avec un score Child-Pugh reparti comme suit : 7 patients B (28%), 6 patients A (24%) et 2 patients C (8%), et MELD moyen de 10+-3
Concernant l'activité physique, 14 patients (56%) n'atteignaient pas le seuil recommandé de 3000 MET minutes par semaines, Le test de levé de chaise était pathologique chez 11 patients (47.8%) avec une médiane de 26s. La médiane de l'indice de surface musculaire L3 est de 24,8 cm^2/m^2. Au cours d'un an de suivi, 11 patients sarcopéniques (44%) ont bénéficié d'une à plusieurs hospitalisations, 5 ont présentés une chute (20%), parmi ces patients sarcopénique, 3 décès ont été contrasté durant l´année.

Conclusion : La sarcopénie constitue aujourd'hui un déterminant majeur du pronostic chez les patients atteints d'hépatopathie chronique. Sa forte prévalence de 60% dans notre etude entraine une augmentation de la mortalité .

P.220

Cavernome porte au Maroc : profils épidémiologique, clinique et évolutif dans un centre universitaire

C. Hsain [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], N. Lagdali [1], F.Z. Ajana [1], M. Kadiri [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le cavernome porte résulte d'une thrombose chronique de la veine porte et constitue une cause importante d'hypertension portale non tumorale. Sa présentation clinique hétérogène retarde souvent le diagnostic. Cette étude vise à décrire le profil épidémiologique, clinique, étiologique et évolutif des patients atteints de cavernome porte dans un centre universitaire marocain.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive (mars 2010 – mai 2025) de 63 patients avec cavernome porte confirmé par imagerie (Doppler, scanner, IRM) inclus sur 83 suivis pour thrombose portale.
Données extraites des dossiers cliniques et registres informatisés.
Population : patients cirrhotiques et non cirrhotiques.

Résultats : Démographie : 46 femmes (73 %), 17 hommes (27 %), âge médian 44 ans (19–72).
Mode de révélation : douleurs abdominales (46 %), hémorragie digestive (17,5 %), ascite (7,9 %), découverte fortuite (20,6 %).
Signes d'HTP : splénomégalie 37,6 %, circulation veineuse collatérale 28 %, ascite 15,9 %.
Varices œsophagiennes : 69,8 %.
Fibrose hépatique (élastométrie) : F0–F2 dans 84,1 %.
Maladies auto-immunes associées : maladie cœliaque (n=3), maladie de Biermer (n=1), syndrome de Plummer-Vinson (n=1).
Étiologies identifiées : déficits en protéines C/S ou antithrombine III (41,3 %), syndrome des antiphospholipides (12,7 %), syndrome myéloprolifératif (11,1 %), maladie veino-occlusive porto-sinusoïdale (9,5 %), maladie cœliaque (7,9 %), maladie de Biermer (3,2 %) ; cause non identifiée : 23,8 %.
Traitement : anticoagulants 93,7 % (DOAC 62 %, AVK 31,7 %), bêtabloquants systématiques, 1 dérivation spléno-rénale .
Évolution : cholangiopathie cavernomateuse 46 %, stable 74,6 %, aggravation 1 patient, régression 1 patient, décès 6 patients (9,5 %) – principalement hémorragie digestive, décompensation clinique 41,3 % (hémorragique 22,2 %, ascitique 15,9 %), maladie contrôlée chez 71,4 %.

Conclusion : Le cavernome porte touche majoritairement les jeunes femmes au Maroc et se manifeste par douleurs abdominales et signes d'hypertension portale. La biliopathie portale est la complication principale. Le traitement repose sur l'anticoagulation et la prophylaxie des hémorragies digestives. L'identification étiologique systématique et la prise en charge multidisciplinaire sont essentielles pour optimiser l'évolution clinique.

P.221

Incidence et prise en charge des sténoses biliaires après transplantation hépatique

Y. Hidous [1], A. Nakhli [2], T. Hlila [1], Z. Benzarti [2], B. Bouchabou [2], R. Ennaifer [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La sténose biliaire constitue l'une des complications les plus fréquentes après transplantation hépatique (TH), pouvant compromettre le pronostic du greffon et la qualité de vie des patients. L'objectif de cette étude était de déterminer l'incidence des sténoses biliaires après TH et de décrire les modalités thérapeutiques utilisées.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive incluant les patients transplantés hépatiques. Parmi les 39 patients inclus, 32 avaient bénéficié d'une TH dans notre centre entre 2000 et 2024. Nous avons analysé la survenue de sténoses biliaires et les stratégies de prise en charge : cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec mise en place de prothèse biliaire, recours à un drainage biliaire percutané scanno-guidé ou à une intervention chirurgicale. Les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets ont été exclus de l'étude.

Résultats : Parmi les 39 patients, 43,6 % (n = 17) ont présenté une sténose cholédoco-cholédocienne. Le diagnostic a été suspecté devant une perturbation persistante du bilan hépatique, associée ou non à des douleurs de l'hypochondre droit (94,2 %), et confirmé par BILI-IRM dans la majorité des cas (89,4 %). Le délai moyen d'apparition d'une sténose biliaire était de 20,74 mois [1–216 mois]. La prise en charge initiale était principalement endoscopique : une CPRE avec mise en place d'une prothèse plastique a été réalisée chez 76,5 % des patients, avec un changement programmé tous les 3–4 mois en l'absence de complications. Chez 11,8 % des patients, un drainage biliaire percutané scanno-guidé a été nécessaire en raison d'une impossibilité technique de la CPRE. Un échec du drainage initial est survenu chez 23,5 % des patients, conduisant à une prise en charge finale par drainage biliaire chirurgical.

Conclusion : Les sténoses biliaires représentent une complication fréquente après TH dans notre série. La CPRE avec mise en place de prothèse constitue la méthode thérapeutique de choix, avec un recours occasionnel au drainage percutané ou chirurgical en cas d'échec ou d'impossibilité technique. Le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée sont essentiels pour préserver le greffon.

P.222

Etude épidémiologique du carcinome hépatocellulaire en Tunisie : expérience d'un centre universitaire

H. Smaoui [1], A. Walha [1], S. Attia [1], M. Moalla [1], L. Chtourou [1], M. Boudabous [1], L. Mnif [1], H. Gdoura [1], A. Amouri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le cancer primitif du foie le plus fréquent, représentant près de 90 % des cas. Il survient généralement sur un terrain de cirrhose et constitue un problème majeur de santé publique, particulièrement dans les pays en voie de développement. En Tunisie, peu de séries ont été publiées décrivant les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du CHC.

Patients et Méthodes : c'est une étude rétrospective, descriptive incluant tous les patients atteints de CHC sur une hépatopathie chronique, suivis au CHU Hédi Chaker de Sfax entre 2007 et 2022. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été collectées et analysées par un logiciel SPSS version 22.0

Résultats : Nous avons colligé 142 patients, dont 82,4 % des hommes. La moyenne d'âge était de 62,7 ans. Les signes cliniques objectivés étaient l'altération de l'état général (32 %), la fièvre (9,9 %), la circulation veineuse collatérale (23,9 %), l'hépatomégalie (21,1 %), la splénomégalie (23,9 %), l'ictère (18,4 %), et l'encéphalopathie hépatique (2,11 %). L'hépatopathie sous-jacente principale était la cirrhose virale B (56,3 %), suivie de la cirrhose virale C (12 %). L'alpha-fœtoprotéine moyenne était de 2882,77 ng/ml. Trente patients avaient un CHC métastatique (22,53 %). Les métastases sont réparties comme suit : 16 pulmonaires, 8 osseuses, 7 péritonéales et 3 surrénaliennes. L'examen histologique du foie avait montré un CHC bien différencié dans 8 cas (33,3 %), moyennement différencié dans 9 cas (37,5 %), et peu différencié dans 7 cas (25 %). La classification Child-Pugh montrait majoritairement des stades A (49 patients) et B (59 patients). Selon la classification BCLC, 17,5 % étaient BCLC A, 20,4 % BCLC B, 38,7 % BCLC C et 23,4 % BCLC D.

Conclusion : Notre étude offre un aperçu du CHC sur hépatopathie chronique dans notre contexte. Le profil épidémiologique du CHC en Tunisie est marqué par une prédominance masculine, une forte association au virus B et un diagnostic souvent tardif.

P.223

Facteurs associés à la survenue de carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques

H. Elchaabani [(1)], A. Khsiba [(1)], G. Gharbi [(1)], M. Yakoubi [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], M. Mahmoudi [(1)], M. Medhioub [(1)], L. Hamzaoui [(1)]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la tumeur hépatique primitive la plus fréquente. La cirrhose représente le facteur de risque le plus important. Cependant, d'autres facteurs existent majorant le risque chez ce groupe de patients.
L'objectif de ce travail est de rechercher des facteurs associés à la survenue de CHC chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, monocentrique, transversale, menée sur une période de 10 ans entre janvier 2015 à aout 2025, incluant tous les patients suivis pour une cirrhose dans un service de gastro-entérologie. Nous avons mené une étude statistique descriptive et analytique en divisant les patients en deux groupes : le premier groupe (G1) comprenait les patients ayant présenté un CHC et le deuxième groupe (G2) comprenait les patients n'ayant pas développé un CHC au cours du suivi.
Les données recueillies étaient relatives aux caractéristiques démographiques (âge, sexe), ATCDS familiaux de CHC, les comorbidités. L'étiologie de la cirrhose, le score de Child-Pugh, les complications liées à la cirrhose, ont été notés. Les données biologiques comprenaient les données du bilan hépatique, de la numération formule sanguine, le taux d'albumine dans le sang, taux de prothrombine, et taux de protides dans le liquide d'ascite.
L'ensemble de ces données étaient saisies et analysées sur une base de données sur le programme SPSS version 21.0.

Résultats : Quatre-vingt-dix-sept patients cirrhotiques ont été inclus dans cette étude, dont quarante-trois patients (44.3%) présentant un CHC sur foie de cirrhose (G1), et cinquante-quatre patients (55.7%) n'ayant pas développé un CHC au cours du suivi (G2).
Cinq variables ont atteint une signification statistique dans l'analyse univariée et multivariée ($p < 0,05$) :
Une prédominance masculine a été notée dans le groupe de CHC avec sexe ratio de 2.5.
L'étiologie de la cirrhose était principalement l'origine virale B ou C, et l'intoxication alcoolique dans le groupe de CHC, avec une différence statistiquement significative par rapport au 2éme groupe (82.5% dans le G1 *vs* 47.3% dans le G2 ; P= 0.04 ; OR= 3.8).
La présence d'un syndrome métabolique (Diabète, HTA, obésité) chez les patients cirrhotiques était associé à un risque majoré de CHC : 46.8% dans le groupe de CHC, *versus* 19.6% dans le G2 (P= 0.04 ; OR= 3.6).
Le CHC était significativement plus fréquent chez les patients atteints d'une cirrhose classée Child B ou C par rapport aux patients classés Child A, (72.6% contre 27.4% ; p = 0,02). Le risque de CHC, était aussi corrélé à l'ancienneté de cirrhose, il est plus fréquent chez les patients dont le suivi remonte à plus de 5 ans (P= 0.03).
Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne, l'âge, les complications liées à la cirrhose (hémorragie, encéphalopathie, ascite…), et sur les différents paramètres biologiques recherchés (taux de protide dans l'ascite, taux d'albumine, bilan hépatique…). Concernant les antécédents familiaux de CHC ; ils étaient présents dans 8% des patients de G1 mais sans différence statistique entre les deux groupes.

Conclusion : Outre la cirrhose elle-même, le sexe masculin, l'ancienneté et le stade avancé de l'hépatopathie, l'étiologie virale et alcoolique, et le syndrome métabolique, représentant des facteurs surajoutés de CHC chez le cirrhotique.

P.224

Thrombophilie et ischémie mésentérique aiguë artérielle : prévalence et impact pronostique à partir d'une cohorte prospective

A. Ait Oufella [(1)], E. de Raucourt [(2)], C. Habay [(2)], P. Roland Nicaise [(1)], C. Trichet [(2)], F. Joly [(2)], M. El Khatib [(2)], C. Bresteau [(2)], T. Bazin [(2)], P. Eloy [(1)], O. Corcos [(2)], A. Nuzzo [(2)]
(1) Paris ; (2) Clichy.

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) constitue une urgence digestive et vasculaire dont le pronostic dépend principalement de la rapidité de son diagnostic, de la prise en charge thérapeutique et de la réalisation d'actes invasifs tels que la revascularisation, la résection intestinale ou l'association des deux. Si le bilan de thrombophilie est couramment réalisé dans les IMA veineuses, la prévalence des anomalies thrombophiliques dans les IMA d'origine artérielle reste inconnue.
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence des thrombophilies constitutionnelles ou acquises chez les patients hospitalisés pour une IMA artérielle. Les objectifs secondaires consistaient à identifier les facteurs associés aux anomalies du bilan de thrombophilie et à analyser l'impact pronostique de ces dernières sur les complications et la récidive d'IMA.

Matériels et Méthodes : Nous avons utilisé les données d'une cohorte prospective (enregistrée sur Clinicaltrials.gov) au sein d'un centre expert de prise en charge des accidents vasculaires intestinaux. Dans ce centre, le prélèvement d'un bilan de thrombophilie est systématique dans le cadre du soin courant. Ont été inclus les patients majeurs hospitalisés entre 2016 et 2022 pour une IMA artérielle d'origine thrombotique ou embolique, dont un bilan de thrombophilie au moins partiel était disponible. Les anomalies recherchées étaient : mutation du facteur V (FV) Leiden, mutation du facteur II (FII), JAK2 V617F, MTHFR, déficit en protéines anticoagulantes (antithrombine (AT), protéine S (PS), protéine C (PC)), syndrome des antiphospholipides (SAPL). Une thrombophilie majeure était définie par la présence des anomalies citées (et contrôlées par un deuxième prélèvement pour les protéines anticoagulantes et le SAPL) en dehors de la mutation MTHFR.
Les caractéristiques épidémiologiques et de suivi étaient évaluées à chaque visite à M1, M3, M6, M12, M24 et aux dernières nouvelles.

Résultats : Au total, 276 patients ont été inclus entre 2016 et 2022, après exclusion de 60 patients dont le bilan de thrombophilie était indisponible. Le suivi médian était de 24,4 mois (IC95 % : 18,9 – 29,9). La prévalence des mutations FV Leiden (5,3%), FII (2,0%) et MTHFR (62%) n'était pas supérieure à celle observée dans la population générale. En revanche, la mutation JAK2 V617F (6,1% *vs* 0,9%, $p < 0,001$) et le SAPL (2,4% *vs* 0,05%, $p < 0,001$) étaient significativement surreprésentés. Une thrombophilie majeure était présente chez 22% des patients, et était plus fréquente en cas d'antécédent de maladies thromboemboliques veineuses (MTEV) (13,3% *vs* 2,8%, p = 0,003). Aucune association entre le type d'IMA athérothrombotique ou embolique n'a été observée. Une thrombophilie majeure était fortement associée à la récidive d'IMA en analyse uni et multivariée, avec un Hazard Ratio ajusté de 4,41 (IC95 % : 1,60 – 12,11 ; p = 0,004), particulièrement chez les porteurs des mutations JAK2 V617F et FII (p = 0,002 et p = 0,005 en analyse univariée). En revanche, aucune association n'a été retrouvée avec la mortalité à 24 mois, le risque de syndrome de grêle court ou la dépendance à la nutrition parentérale.

Conclusion : Il existe une prévalence augmentée de la mutation JAK2 V617F et du SAPL chez les patients présentant une IMA artérielle, et la présence d'une thrombophilie majeure constitue un facteur de risque indépendant de récidive d'IMA.
Ces résultats pourraient permettre de mieux définir les populations à dépister et d'optimiser la prévention du risque de récidive, et devraient être confirmés par des études indépendantes dans l'IMA et les autres accidents vasculaires artériels.

P.225

Tofacitinib dans la maladie cœliaque réfractaire de type 2 : une nouvelle piste thérapeutique ? Une série de cas du réseau CELAC

P. Amirza [(1)], S. Khater [(1)], A. Bai [(1)], B. Rosenbaum [(1)], P. Pouderoux [(2)], M. Cheminant [(1)], J. Bruneau [(1)], T. Molina [(1)], L. Lhermitte [(1)], C. Brouzes [(1)], O. Hermine [(1)], C. Cellier [(1)]

(1) Paris ; (2) Nîmes.

Introduction : La maladie cœliaque réfractaire de type II (MCR 2) est une complication rare mais sévère de la maladie cœliaque. Elle se caractérise par la persistance de symptômes et d'atrophie villositaire malgré un régime sans gluten strict, et la présence de lymphocytes intraépithéliaux clonaux de phénotype anormal. Elle est associée à un risque élevé de transformation en lymphome T (EATL). Aucune stratégie thérapeutique standard n'est codifiée, mais certains patients peuvent bénéficier d'une autogreffe de moelle (AGM). Des mutations somatiques affectant la voie JAK1/STAT3 sont fréquentes et une étude européenne bicentrique (1) de 6 cas a suggéré une bonne efficacité clinique et histologique du tofacitinib dans cette indication.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique incluant huit patients atteints de MCR 2, pris en charge entre 2023 et 2025 au sein du réseau CELAC/INCA. Les données cliniques, histologiques, immunophénotypiques et moléculaires ont été recueillies prospectivement et analysées rétrospectivement.

Résultats : Huit patients (5 hommes, 3 femmes ; âge médian 59 ans, intervalle 40–73) ont été inclus. Ils présentaient un syndrome de malabsorption avec diarrhée et amaigrissement. Une atteinte extra-intestinale (pulmonaire, œsophagienne ou cutanée) était observée chez trois patients, et une jéjunite ulcéreuse chez six patients (75%). Une mutation somatique de la voie JAK1/STAT3 a été détectée chez six patients (75 %). Tous ont été traités par du tofacitinib à la dose de 10 ou 20 mg par jour pendant une durée médiane de 12 mois (5–32). Tous les patients étaient en échec du budésonide (capsule ouverte) ; deux n'avaient pas répondu à une chimiothérapie, et un à une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Cinq patients étaient en rémission clinique (63%) sous Tofacitinib, avec amélioration de l'état nutritionnel et résolution des symptômes ; un de ces patients a rechuté après quatre mois de traitement. Trois étaient en échec thérapeutique. Un patient a progressé vers un EATL sous traitement et est décédé. Parmi les cinq patients ayant eu des biopsies de suivi, quatre ont présenté une rémission histologique avec repousse villositaire (Marsh 0–1), et un patient avait une amélioration partielle du score de Marsh. Une disparition du réarrangement clonal du TCR gamma était observée chez deux patients sur six. Le pourcentage de lymphocytes intra-épithéliaux clonaux anormaux, mesurée par cytométrie en flux ou par immunohistochimie n'a pas montré de variation significative.

Conclusion : Contrairement à certaines données préliminaires de la littérature, notre série, qui constitue à notre connaissance la plus large cohorte de cas rapportés à ce jour, suggère une efficacité variable du tofacitinib. Cette efficacité ne semble pas associée à la présence d'une mutation de la voie JAK1/STAT3. L'utilisation du tofacitinib pourrait constituer un traitement de recours et un traitement d'attente de l'AGM pour la MCR 2 non répondeuse au budésonide oral.

P.226

La prise en charge française de la maladie cœliaque en soins primaires est en augmentation depuis 10 ans

G. Malamut [(1)], Y. Girardeau [(1)], K. Aizel [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La prévalence de la maladie cœliaque est évaluée à 1 %, mais la majorité des cas adultes reste non diagnostiquée. La première étape diagnostique consiste à prescrire un test sérologique spécifique. La confirmation diagnostique implique jusqu'à présent chez l'adulte la réalisation de biopsies duodénales contrairement à l'enfant où un taux sérique d'anticorps anti-transglutaminase supérieur ou égal à dix fois la normale et une sérologie anti-endomysium positive suffisent au diagnostic selon les recommandations de la société européenne de pédiatrie (ESPGHAN). Le traitement de la maladie cœliaque repose sur un régime sans gluten strict à vie qui nécessite un suivi clinique et sérologique régulier avec renouvellement de la prescription des tests sérologiques. La pratique du dépistage et du suivi sérologique de la maladie cœliaque en soins primaires reste non évaluée en France. Notre objectif était d'évaluer la prescription des tests sérologiques de la maladie cœliaque afin d'estimer le dynamisme de la prise en charge de la maladie cœliaque en soins primaires au niveau national et régional.

Patients et Méthodes : À partir des données OPENBio de l'assurance maladie, nous avons étudié les prescriptions d'anticorps anti-transglutaminase et anti-endomysium par les médecins généralistes en France métropolitaine entre 2014 et 2024. Nous avons inclus les tests sérologiques dosant les immunoglobulines (Ig)A et IgG anti-transglutaminase et anti-endomysium. Les données provenant des régions des territoires d'outre-mer n'ont pu être exploitées car incomplètes. Le taux national de prescriptions était défini par le nombre de sérodiagnostics prescrits en France pour 10 000 habitants et par an. Les taux régionaux de prescription ont également été déterminés afin de pouvoir réaliser une comparaison entre les territoires et d'identifier les zones à fort ou faible dynamisme.
L'analyse statistique comprenait une analyse de régression linéaire sur la période 2014-2024 utilisant le test t de Student et une analyse de variance (ANOVA) à deux variables catégorielles, région et année.

Résultats : On observe une prescription nationale croissante des tests sérologiques anticorps anti-transglutaminase et anti-endomysium par les médecins généralistes au cours des 10 dernières années. Le taux évolue de 17.32 pour 10 000 habitants/an en 2014 à 36.5 pour 10 000 habitants/an en 2024, soit une progression moyenne de 7.7 % par an. Seul un décrochage temporaire est observé au moment de la crise Covid en 2020, correspondant à environ 4,2 prescriptions pour 10 000 habitants/an soit une baisse de ~16 % par rapport à ce qui était attendu.
Sur 100 tests prescrits, 84 sont des anticorps anti-transglutaminase et 16 correspondent à des anticorps anti-endomysium et ce pourcentage évolue en faveur des anticorps anti-transglutaminase au cours de la période étudiée.
On note une disparité régionale de prescriptions avec un gradient croissant du Nord-Ouest au Sud-Est. A titre d'exemple, on observe en moyenne 2,3 fois plus de prescriptions de sérologies cœliaques en Provence Alpes Côtes d'Azur qu'en Pays de la Loire. Cette tendance est constante sur les 10 années étudiées.

Conclusion : La prescription en soins primaires des anticorps cœliaques spécifiques de la maladie cœliaque reste faible en France et très éloignée de la couverture d'un test de dépistage. Il existe toutefois une dynamique positive de leur prescription avec une augmentation annuelle environ 7.7 % par an depuis 10 ans. Ces résultats sont probablement en partie en lien avec la possibilité de réaliser chez l'enfant un diagnostic sans biopsie basé sur le dosage sérique des anticorps anti-transglutaminase et anti-endomysium depuis 2012 selon les recommandations de l'ESPGHAN. Le gradient régional croissant du Nord-Ouest au Sud-Est est peut être lié à la proximité de l'Italie où le dépistage de la maladie cœliaque est devenu un enjeu de santé publique. Nos perspectives sont d'étudier l'impact de l'activité de prescription des anticorps cœliaques en soins primaires sur le nombre de diagnostics

confirmés de maladies cœliaques grâce à l'étude de l'activité PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) hospitalière afin de discuter une stratégie de dépistage national.

P.227

Le médecin généraliste face à la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable : une étude quantitative auprès des médecins généralistes

Z. El Achab [1], H. Fouad [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un motif fréquent de consultation en médecine de ville, et sa prise en charge peut parfois s'avérer complexe par le médecin généraliste. Les recommandations internationales les plus récentes conseillent l'utilisation d'une méthode de diagnostic positive ainsi que le recours aux probiotiques et au régime sans FODMAPs.

Matériels et Méthodes : étude observationnelle descriptive : un questionnaire comprenant 18 questions a été envoyé aux médecins généralistes installés libéraux ou en activité dans les structures sanitaires publiques, après accord téléphonique, durant la période du 1 er Août 2025 au 15 Septembre 2025

Résultats : parmi les 378 médecins contactés, 176 ont accepté de participer à l'étude et 176 réponses exploitables ont été obtenues. Concernant le diagnostic du SII, 76,1 % des médecins généralistes interrogés ont déclaré réaliser au moins un examen complémentaire. Les examens les plus réalisés étaient la biologie sanguine (58,5 %), l'échographie abdomino-pelvienne (50,6 %) et le dosage de la Calprotectine fécale (32,4 %). 50,6 % des médecins interrogés ont estimé la coloscopie comme indispensable au diagnostic. Les traitements de première ligne les plus utilisés étaient les antispasmodiques (68,2 %), les laxatifs osmotiques (77,31%), les probiotiques à visée régulatrice du transit (78,4%) et les pansements digestifs à base d'argile (31,8%).
Ces traitements étaient jugés comme modérément efficaces par la majorité des médecins interrogés. Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine étaient peu utilisés (30,4 %) en tant que traitement de seconde intention, les anxiolytiques leurs étant préférés (52,5 %). 88,1 % des médecins interrogés déclaraient utilises des probiotiques et 54,5% déclaraient conseiller un régime sans FODMAPs

Conclusion : la prise en charge du SII par les médecins généralistes interrogés correspond aux recommandations les plus récentes, bien qu'un tiers d'entre eux semble appliquer une méthode de stratégie diagnostique d'exclusion et que les anxiolytiques soient préférés aux antidépresseurs en tant que traitement de seconde intention. L'utilisation du régime sans FODMAPs et le recours aux probiotiques semblent acceptés en pratique courante.

P.228

L'étude en Single Cell permet de guider le traitement de la maladie cœliaque réfractaire

G. Malamut [1], N. Guégan [1], F. Carbone [1], C. Masson [1], M. Luka [1], S. Cording [1], C. Bole-Feysot [2], M. Fumery [3], G. Bouguen [4], V. Abitbol [1], R. Coriat [1], B. Terris [1], F. Beuvon [1], B. Burroni [1], L. Lhermitte [1], C. Brouzes [1], H. Duboc [5], I. Nion-Larmurier [1], M. Uzzan [6], T. Matysiak-Budnik [7], D. Sibon [1], V. Asnafi [1], O. Hermine [1], M. Menager [1], N. Cerf-Bensussan [1], A. Levescot [1]

(1) Paris ; (2) Rouen ; (3) Amiens ; (4) Rennes ; (5) Colombes ; (6) Créteil ; (7) Nantes.

Introduction : La maladie cœliaque réfractaire au régime sans gluten est divisée en deux types en fonction du phénotype normal (sprue réfractaire de type 1-SR1) ou anormal (sprue réfractaire de type 2-SR2) des lymphocytes intraépithéliaux intestinaux. Le traitement de première intention repose dans les 2 types sur le budesonide en « open capsule » puis sur les immunomodulateurs dans la SR1 et sur la chimiothérapie-autogreffe de cellules souches hématopoïétiques dans la SR2. Des mutations somatiques de la voie JAK-STAT sont retrouvées dans 80% des SR2 et un essai clinique incluant 6 patients SR2 révélait récemment l'efficacité clinique et histologique partielle du Tofacitinib (inhibiteur de JAK1 et JAK3) sans réduction des lymphocytes anormaux*.
Notre objectif était d'étudier la réponse immune au cours de la sprue cœliaque réfractaire afin d'isoler de nouvelles pistes thérapeutique.

Patients et Méthodes : Au cours de leurs réévaluations endoscopiques avec biopsies duodénales, 20 patients réfractaires au régime sans gluten (8 SR1, 12 SR2), 5 patients avec maladie cœliaque active consommant du gluten et 4 patients contrôles ont été explorés par la technique Single Cell avec étude multiomique transcriptomique (RNAseq), protéomique (CITEseq), génomique (Whole exome sequencing). Les prélèvements ont été analysés grâce aux plateformes de Single Cell et de Bioinformatique.

Résultats : La population lymphocytaire duodénale maligne des patients SR2 comportait en moyenne 24 sous clones définissant une hétérogénéité intra-tumorale reproductible entre les patients. Celle-ci augmentait au sein de chaque patient en cas de progression de la SR2 et/ ou de survenue de lymphome de haut grade (Enteropathy Associated T cell Lymphoma). Il existait chez un même patient SR2 une hétérogénéité intra-tumorale de l'expression de la voie JAK-STAT avec des niveaux faibles d'expression au sein de certains sous clones fortement prolifératifs suggérant une moindre sensibilité de ces sous clones à des inhibiteurs de JAK et le risque d'échappement tumoral.
De façon surprenante des expansions clonales ont également été retrouvées au sein de SR1 (7/8) à des niveaux d'intensité variable. Une des SR1 a évolué en SR2. Il a été possible d'identifier dans 2 cas de SR1 une forte expansion clonale porteuse de mutations somatiques de la voie JAK-STAT comme les mutations isolées de SOCS1 et 3 pour une malade et une mutation homozygote de JAK1 pour l'autre malade. Aucune expansion clonale n'a été identifiée chez les malades cœliaques actifs.

Conclusion : L'étude en Single cell multiomique de la maladie cœliaque réfractaire permet de comprendre les limites thérapeutiques des inhibiteurs de la voie JAK-STAT dans le traitement de la SR2 en raison de l'hétérogénéité intra-tumorale et le nombre important de mutations somatiques acquises. De façon surprenante l'étude à l'échelon cellulaire a permis de détecter des expansions clonales d'intensité variable au sein des SR1. Ceci suggère un continuum entre SR1 et SR2. Une stratégie de thérapie ciblée peut s'envisager aux stades précoces de SR1 en cas de mutations somatiques isolées portées par de faibles expansions clonales.

P.229

Evolution des critères de sarcopénie chez les patients opérés d'un cancer du foie

I. Habbal [1], O. Bouché [1], Y. Renard [1], M. Perrier [1], E. Gigante [1], E. Bertin [1]

(1) Reims.

Introduction : L'incidence du cancer du foie, primaire ou secondaire, est en forte augmentation et constitue une cause majeure de mortalité. Malgré les avancées thérapeutiques, la résection hépatique demeure le traitement de référence à visée curative, au prix d'un risque élevé de complications post-opératoires. La dénutrition et la sarcopénie sont des facteurs prédictifs bien connus de morbidité et de mortalité post- opératoires dans ce contexte. La sarcopénie doit donc être systématiquement dépistée chez ces patients. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'une résection hépatique partielle pour cancer sur les paramètres diagnostiques de la sarcopénie, en particulier les mesures obtenues par tomodensitométrie (TDM) et les évaluations fontionnelles, ainsi qu'identifier les facteurs influençant leurs variations post-opératoires.

Patients et Méthodes : Cette étude observationnelle prospective constitue une étude ancillaire d'une cohorte monocentrique menée entre mai 2016 et mai 2019. Les patients âgés de plus de 18 ans, opérés à visée curative pour une tumeur hépatique, étaient inclus s'ils disposaient d'un TDM pré-opératoire (≤ 30 jours) et post-opératoire (≤ 9 jours). La sarcopénie a été évaluée à l'aide d'indices tomodensitométriques (SMT, IMS) et de la force de préhension manuelle (HGS). Les variations de paramètres musculaires et nutritionnels, entre le jour 0 (jour précedent la chirurgie) et le jour 7, ont été analysées et corrélées à différents facteurs, dont le bilan hydrique.

	Jour 0	Jour 7	p
Poids, kg	73.46+/-13.91	75.10+/-13.69	0.08
Périmètre abdominal, cm	98. 26 +/- 12.23	101.61+/-10.77	0.0005
Albumine, g/L	40.58+/-20.96	27.4+/-3.83	<.0001
Force de préhension maximale	29.86+/-14.18	26.54+/-13.80	0.02
Surface musculaire totale (SMT), cm²	132.46+/-32.30	152.83+/-34.23	<.0001
Index musculaire squelettique (IMS), cm²/m²	46.12+/-10.22	53.18+/-10.23	<.0001
Faible IMS, n (%)	23 (59.0%)	11 (28.2%)	0.01
Surface totale du psoas (TPA), cm²	15.61+/-4.21	15.94+/-4.41	0.40
TPAI, cm²/m²	5.44+/-1.40	5.55+/-1.45	0.39
Faible TPAI, n (%)	8 (20.5%)	5 (12.8%)	0.51
Épaisseur du muscle psoas (PMT), mm	22.06+/- 6.96	23.95+/-6.04	0.08
PMTH, mm/m	12.99+/-3.92	14.01+/-3.27	0.07
Densité musculaire, HU	44.29 +/-8.72	42.44+/-8.59	0.25
Faible densité musculaire, n (%)	22 (56.4%)	24 (61.5%)	0.56
SAT, cm²	212. 60 +/-89.06	225.81 +/-101.9	0.007
VAT, cm²	182. 54 +/-99 .00	176 .87 +/- 93.6	0.31

Résultats : Parmi 119 patients, 39 répondaient aux critères d'inclusion. La force de préhension diminuait significativement au cours de la première semaine post-opératoire (p=0.02) avec une augmentation de la prévalence de la dynapenie. Paradoxalement, la surface musculaire totale (SMT) et l'index musculaire squelettique (IMS) augmentaient de manière significative (+15%, p<000.1). La variation moyenne du poids corporel était de +7.10 % (+/- 3,92%), tandis que le taux sérique d'albumine diminuait de 46.7 % (+/- 25.47%). Les patients recevaient en moyenne 4.8 +/-2.0 L de liquides dans les 24 heures suivant la chirurgie. La variation relative de la SMT était corrélée à celle du poids corporel (r=0.52, p= 0.004), elle-même corrélée au bilan hydrique (r=0.51, p= 0.009). Ces résultats suggèrent qu'une surhydratation péri-opératoire peut artificiellement majorer les mesures musculaires obtenues par TDM.

Conclusion : Les évaluations tomodensitométriques de la masse musculaire (SMT et IMS) sont significativement biaisées par la rétention hydrique post-opératoire après résection hépatique, ce qui limite leur fiabilité pour une évaluation précoce de la sarcopénie. En revanche, la force de préhension manuelle semble indépendante de l'état d'hydratation et devrait être privilégiée comme indicateur plus fiable du statut nutritionnel et musculaire chez ces patients.

P.230

Etude observationnelle de changement des pratiques courantes : efficacité et tolérance d'une supplémentation en magnésium bisglycinate par voie orale chez les patients insuffisants intestinaux chroniques

C. Chevrier [1], G. Pellet [2], G. Abadie [2], E. Wilsius [2], C. Balde [1], M. Pidoux [1], L. Kerlogot [1], F. Poullenot [2]

(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'insuffisance intestinale chronique (IIC) est une pathologie rare et complexe nécessitant une prise en charge par une équipe multidisciplinaire composée de médecins, infirmières de coordination, diététiciennes, psychologues et pharmaciens. Dans la littérature anglo-saxonne, une distinction est faite entre intestinal insufficiency, correspondant à une absorption intestinale partiellement efficace, et intestinal failure, définissant une défaillance digestive imposant un support parentéral prolongé. Les troubles électrolytiques, notamment la carence en magnésium, représentent une complication fréquente et souvent difficile à corriger. En France, les sels de magnésium ayant un statut de médicament sont des sels de première et deuxième génération caractérisés par une absorption limitée et un effet laxatif. Le magnésium bisglycinate est un sel de magnésium de troisième génération disponible sous la forme de complément alimentaire et réputé pour une meilleure biodisponibilité et tolérance digestive. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du magnésium bisglycinate chez les patients insuffisants intestinaux chroniques avec carence persistante.

Patients et Méthodes : Cette étude a inclus des patients insuffisants intestinaux chroniques suivis dans un centre expert de nutrition parentérale à domicile (NPAD) présentant une carence persistante en magnésium, qu'ils soient ou non déjà supplémentés. Les patients ayant des déficits nécessitant des supplémentations orales ou intraveineuses itératives sans être perfusés toutes les semaines pouvaient participer à cette étude (patient en intestinal insufficiency selon la définition de l'ESPEN). L'objectif principal était de mesurer le pourcentage de patients qui majorent leur magnésémie après 6 mois de traitement hebdomadaire par 2100 mg de magnésium bisglycinate. La date d'inclusion était le jour de l'initiation du magnésium bisglycinate. Pour les patients déjà supplémentés par voie orale, l'ancienne forme était arrêtée à la date d'inclusion. Les objectifs secondaires comprenaient l'évolution du taux de magnésémie entre M0 et M6, l'évaluation de la tolérance au moyen d'un questionnaire subjectif avec deux questions fermées (majoration du transit ou majoration du débit de stomie et douleurs abdominales) et de l'observance au moyen du score Girerd ; l'impact sur la supplémentation intraveineuse, et l'analyse des facteurs associés à un échec de la supplémentation, tels que la longueur intestinale résiduelle, la posologie d'IPP ou l'absence d'analogue du GLP-2.

Résultats : Entre janvier et juin 2025, 45 patients ont été inclus. Sur les 45 patients, 38 ont reçu 6 mois complets de supplémentation. 65,7 % des patients présentaient une amélioration significative de leur magnésémie (+0.10 ±0.16mmol/l ; p<0,05). La tolérance digestive était bonne (91,1 % sans effets indésirables) et l'observance satisfaisante chez 64,4 % des patients. Parmi les patients requérant une supplémentation intraveineuse régulière, aucun n'a pu être sevré. La longueur de grêle restante supérieure à 100 cm était significativement associée à l'amélioration de la magnésémie entre M0 et M6 (p < 0,05).

Conclusion : Cette étude a permis de montrer une relative bonne efficacité du magnésium bisglycinate avec une bonne tolérance digestive. L'intervention pharmaceutique au sein de l'équipe pluridisciplinaire est indispensable pour permettre une meilleure observance thérapeutique et le bon suivi des délivrances thérapeutiques. Cette étude conduit le centre expert de NPAD à privilégier cette forme de magnésium en première intention pour la supplémentation de l'hypomagnésémie plus particulièrement chez les patients considérés comme étant en intestinal insufficiency dans la mesure où elle conditionne la possibilité d'éviter une reprise de perfusions et donc une redépendance à des perfusions intraveineuses.

P.231

Quand l'intelligence artificielle rencontre l'hépato-gastroentérologie : l'essor des chatbots pour informer et accompagner les patients

A. El Amghari [(1)], M. El Bied [(1)], S. Messouadi [(1)], A. Boutaleb [(1)], M. Zouaoui [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'hépato-gastro-entérologie est une spécialité médicale dédiée au diagnostic et au traitement des pathologies du tube digestif, du foie et du pancréas, incluant des maladies complexes telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), les hépatites virales et les cancers digestifs. Ces maladies nécessitent une éducation continue des patients pour favoriser une meilleure adhésion aux traitements, améliorer la gestion des symptômes et promouvoir des comportements préventifs.
Cependant, la complexité des informations médicales, combinée à des barrières linguistiques et culturelles, peut limiter la compréhension des patients, surtout dans des contextes où l'accès aux professionnels de santé est restreint. Les technologies de l'intelligence artificielle (IA), telles que les chatbots, offrent des solutions innovantes. Grâce à leurs capacités de traitement du langage naturel (NLP), ils permettent de fournir des réponses personnalisées et accessibles sur des questions médicales. Ils peuvent être utilisés pour sensibiliser les patients à des procédures médicales, fournir des informations sur les régimes alimentaires adaptés aux MICI, ou encore expliquer la prévention des hépatites.
Malgré leur potentiel, peu d'études ont exploré l'utilisation des chatbots dans le domaine de l'hépato-gastro-entérologie, en particulier leur efficacité à améliorer l'éducation des patients et leur adoption dans des contextes spécifiques.

Matériels et Méthodes : Cette étude a adopté une approche quantitative pour explorer l'adoption des chatbots basés sur l'intelligence artificielle (IA) dans l'éducation des patients en hépato-gastro-entérologie. Un échantillon de 200 patients a été recruté dans des cliniques spécialisées, utilisant un échantillonnage non probabiliste par commodité. Les participants ont été contactés à la fois physiquement et en ligne. Un questionnaire, élaboré sur la base d'échelles validées, a été traduit en arabe et en français pour assurer la compréhension. Les variables clés, telles que la facilité d'utilisation perçue (PEOU), l'utilité perçue (PU), la confiance (TRUST), et l'intention d'utilisation (INT), ont été mesurées à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points. La collecte des données a eu lieu entre janvier et mars 2025, avec un taux de réponse de 85 %. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SmartPLS 4, en utilisant la modélisation par équations structurelles (PLS-SEM) pour évaluer les relations entre les variables.

Résultats : L'étude quantitative a évalué l'adoption des chatbots basés sur l'IA en hépato-gastro-entérologie, en suivant une approche positiviste avec SmartPLS 4. L'échantillon comprenait 200 patients âgés de 18 à 65 ans, équilibrés en termes de sexe et présentant diverses pathologies digestives. Le modèle de mesure a montré une bonne fiabilité, avec des valeurs d'Alpha de Cronbach et de fiabilité composite supérieures à 0,7, et une validité convergente confirmée (AVE > 0,5). La validité discriminante a été démontrée selon le critère de Fornell-Larcker et le ratio HTMT. Le modèle structurel a été testé par bootstrapping (5000 rééchantillons). Les résultats confirment toutes les hypothèses : la facilité d'utilisation perçue influence positivement l'utilité perçue et l'intention d'utilisation. L'utilité perçue apparaît comme le prédicteur le plus fort de l'intention d'usage. La confiance joue également un rôle déterminant, avec un effet direct sur l'intention et un effet modérateur renforçant l'impact de l'utilité perçue. Globalement, le modèle conceptuel est validé, apportant des preuves robustes sur les facteurs déterminants de l'adoption des chatbots en santé digestive

Conclusion : Les chatbots basés sur l'intelligence artificielle offrent une opportunité transformative pour l'éducation des patients en hépato-gastro-entérologie, en fournissant un accès personnalisé à des informations médicales fiables. Cette étude a identifié trois facteurs clés qui influencent leur adoption : la facilité d'utilisation perçue (PEOU), l'utilité perçue (PU), et la confiance (TRUST). Pour maximiser l'impact de ces technologies, il est essentiel d'adapter les chatbots aux besoins spécifiques des patients, en prenant en compte les défis liés à la fracture numérique et à la diversité linguistique. Une collaboration multidisciplinaire impliquant des professionnels de santé et des développeurs est cruciale pour concevoir des outils intuitifs et sécurisés. En surmontant les obstacles à l'adoption, les chatbots peuvent non seulement améliorer l'éducation des patients, mais aussi contribuer à une approche plus équitable et moderne de la santé numérique, favorisant ainsi une meilleure prise en charge des maladies digestives.

P.232

Les médecins maîtrisent-ils la prescription des régimes alimentaires dans le syndrome de l'intestin irritable (SII) ?

Y. Tahiri [(1)], N. Najimi [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], Z. Boukhal [(1)], M. Tahiri [(1)], H. Fouad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) représente une pathologie fonctionnelle fréquente et multifactorielle, l'alimentation y joue un rôle clé en complément avec les traitements médicamenteux. Les recommandations européennes actuelles reconnaissent trois régimes principaux comme efficaces dans la prise en charge du SII : le régime pauvre en FODMAPs (Low FODMAPs), le régime basé sur les recommandations du NICE, et le régime méditerranéen. Bien qu'ils occupent une place importante, les connaissances des médecins sur la prescription nutritionnelle, restent peu étudiées.
Ce travail vise à évaluer le niveau de connaissance, la facilité de prescription et les besoins exprimés par les praticiens marocains à ce sujet.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale menée à travers un questionnaire diffusé via les réseaux sociaux entre août et septembre 2025. Le formulaire s'adressait aux médecins gastroentérologues et généralistes exerçant au Maroc. Les questions portaient sur la fréquence de prescription de régimes alimentaires, la connaissance des recommandations, la facilité perçue de prescription, ainsi que les pratiques d'évaluation des habitudes alimentaires. Les réponses ont été analysées en comparant les gastro-entérologues aux autres praticiens, en utilisant le test du chi² ($p < 0,05$ considéré comme significatif).

Résultats : Au total, 104 médecins ont répondu au questionnaire, majoritairement des femmes (76 %), avec une prédominance de la tranche d'âge 25–30 ans. Les résidents représentaient 43 % des répondants.
Sur le plan pratique, 81 % des médecins déclaraient prescrire systématiquement un régime alimentaire dans le cadre du SII. En revanche, seuls 50 % prenaient le temps d'évaluer les habitudes alimentaires de leurs patients. Il n'y avait de différence significative entre les Gastroentérologues et les autres praticiens ($p = 0,844$).
Les régimes les plus fréquemment prescrits sont l'éviction des aliments responsables des symptômes 79,8 %, le NICE 71,2 % et le Low FODMAPs 44,2 %. D'autres régimes ont été proposés le méditerranéen 28,8 %, le sans gluten 17,3 % et le sans lactose 16,3 %.
Concernant la connaissance des régimes recommandés : 71 % des gastro-entérologues connaissaient le régime FODMAPs contre 32 % des autres praticiens ($p = 0,00018$). Les régimes NICE (28 %) et méditerranéen (68 %) étaient moins connus et sans différence significative entre les deux groupes. En termes de facilité de prescription, seul le régime méditerranéen était considéré comme facile à prescrire par plus de la moitié des répondants (56 %), tandis que le Low FODMAPs était perçu comme difficile par 47 % des médecins. Enfin, 92 % des médecins ont exprimé un vif intérêt pour la création de fiches illustrées en français et arabe pour les aider dans la prescription nutritionnelle quotidienne.

Conclusion : Cette étude montre que la prescription des régimes alimentaires dans le SII est loin d'être maîtrisée par l'ensemble des praticiens. Si les gastro-entérologues semblent mieux informés, notamment sur le Low FODMAPs, la prescription reste complexe pour la majorité. Le manque de formation, la difficulté d'application et l'absence d'outils pédagogiques limitent une mise en œuvre efficace. Il est donc essentiel de renforcer la formation continue, d'encourager la collaboration avec les diététiciens et de développer des supports adaptés pour améliorer la qualité de la prise en charge nutritionnelle du SII.

P.233

Évaluation des carences en micronutriments chez les patients atteints de la maladie de Crohn : utilité potentielle de leur dosage au niveau capillaire

G. Gilca-Blanariu [(1)], R.M. Bratu [(1)], O. Timofte [(1)], A.N. Gologan [(1)], E. Gologan [(1)]
(1) Iaşi, ROUMANIE.

Introduction : La malnutrition des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), tant en macronutriments qu'en micronutriments, influence le pronostic des patients atteints de MICI et est due à divers mécanismes différents. Outre les carences en fer et en vitamines, principalement en vitamines D et B, l'évaluation et le suivi des autres types de carences nutritionnelles sont limités chez les patients atteints de MICI. Compte tenu de l'influence de facteurs externes sur la concentration sérique de certains microéléments, l'alimentation jouant un rôle important dans la valeur déterminée, l'objectif de l'étude était d'évaluer la présence de carences en microéléments chez les patients atteints de MICI dans un produit biologique dont la concentration refléterait de manière plus stable et plus fidèle une éventuelle carence, à savoir les cheveux.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude pilote prospective cas-témoins dans un centre de gastroentérologie tertiaire, incluant des patients adultes dont le diagnostic de MICI a été confirmé par endoscopie, imagerie et histopathologie, et des volontaires sains. L'analyse actuelle présente les résultats pour le sous-groupe de patients atteints de la maladie de Crohn (mC). Des données cliniques et démographiques ont été recueillies pour les deux groupes. Concernant les paramètres biologiques, l'hémoleucogramme, la sidérémie, la ferritinémie, le syndrome inflammatoire systémique et l'albuminémie ont été évalués, ainsi que l'analyse des micronutriments dans les cheveux par spectroscopie X à dispersion d'énergie (EDX). Parmi les microéléments, les concentrations de magnésium, calcium, manganèse, fer, cuivre, zinc et sélénium ont été évaluées par EDX.

Résultats : L'étude a inclus 12 patients atteints de la mC, principalement avec atteinte iléo-colique, et respectivement 31 volontaires sains. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les paramètres sociodémographiques entre le groupe de patients atteints de la mC et le groupe control. Parmi les patients atteints de la mC, 6 (16,21 %) avaient une maladie active au moment de l'inclusion dans l'étude, tous les autres patients étant en rémission clinique et biologique. L'activité de la maladie quantifiée par le score CDAI avait une médiane de 146,5 (52,5; 276,5). En termes de paramètres biologiques évalués, il y avait des différences statistiquement significatives entre les deux groupes pour les valeurs d'hémoglobine, de fer, de ferritine, ainsi que de CRP, de fibrinogène ($p < 0,01$). Concernant les valeurs d'albumine, il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes d'étude ($p = 0,371$). Des concentrations statistiquement significativement plus faibles ont été identifiées dans les cheveux pour une série de micro-éléments, tels que le magnésium, le silicium, le calcium, le fer, le cuivre, le sélénium ($p < 0,001$) chez les patients atteints de la mC, par rapport aux volontaires sains. Concernant la concentration de manganèse dans les cheveux, aucune différence n'a été observée entre les groupes. Pour les concentrations de zinc, bien que des concentrations plus faibles aient été observées dans le groupe de patients atteints de la mC, elles n'ont pas atteint le seuil de significativité statistique ($p = 0,697$).

Conclusion : L'évaluation des taux de micronutriments dans les cheveux des patients atteints de la mC peut fournir des données précieuses sur leur état et peut être considérée comme une méthode complémentaire dans ce contexte, reflétant de manière plus stable le statut en micronutriments à long terme, comparativement à l'évaluation des taux sériques. Bien que les données présentées proviennent d'une étude pilote portant sur un nombre limité de patients, elles ouvrent la voie à une évaluation plus complexe du statut en micronutriments chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Par rapport à l'évaluation sérique, le dosage capillaire présente l'avantage d'être moins dépendant d'autres paramètres et des changements alimentaires/suppléments récents, ce qui en fait une option fiable et stable pour refléter le statut en micronutriments.

P.234

Pratique de l'analyse pharmaceutique des prescriptions au sein du service d'hépato-gastroentérologie : bilan des interventions pharmaceutiques

C. Badr [1], M. Teissonniere [1], S. Parat [1]
(1) Lyon.

Introduction : L'analyse pharmaceutique des prescriptions (APP) s'inscrit dans les actions de pharmacie clinique telles que définies dans le décret relatif aux pharmacies à usage intérieur.
Le service d'hépato-gastro-entérologie (HGE) du CHU bénéficie de la présence d'un interne en pharmacie référent depuis un an. Il mène des activités de pharmacie clinique incluant entre autres l'APP. Cette dernière donne lieu à la formulation d'interventions pharmaceutiques (IP) transmises oralement ou via le logiciel d'aide à la prescription aux prescripteurs (LAP).
L'objectif de cette étude est de réaliser un premier état des lieux des pratiques d'APP pour le service d'HGE telles qu'elles sont menées à ce jour. Pour ce faire, un bilan des interventions pharmaceutiques est réalisé et leur impact clinique est évalué dans un second temps.

Matériels et Méthodes : Les IP émises du 1er septembre 2024 au 25 aout 2025 dans le service d'HGE ont été recensées à partir de tableaux annuels de recueil de l'APP. L'analyse réalisée dans le service est de niveau 2 selon les critères de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Les paramètres pris en compte dans l'analyse sont la population de patients hospitalisés (âge, fonction rénale, polymédication), la nature de l'IP et la fonction du prescripteur. Les classes médicamenteuses concernées ainsi que le devenir de l'intervention sont également relevées. Le nombre de lignes de prescription ainsi que le temps nécessaire à l'analyse pharmaceutique sont comptabilisés. L'échelle CLEO de la SFPC est utilisée par l'interne en pharmacie afin d'évaluer l'impact clinique des IP.

Résultats : Sur les 210 prescriptions analysées, 42 IP sont comptabilisées. Le nombre moyen de traitements par prescription est de 10 et 16% d'entre elles sont concernées par au moins une IP. Le temps moyen pour l'analyse pharmaceutique est de 10 minutes par prescription.
Dans plus de 90% des cas, les prescriptions sont réalisées par les internes en médecine. Le taux moyen d'acceptation par les prescripteurs est de 63%. Si refus, le motif de celui-ci est renseigné dans 13% des cas. La communication des IP aux prescripteurs est réalisée par l'intermédiaire du LAP (79%) ou oralement (21%). L'intégralité des interventions transmises directement à l'oral est acceptée.
Les IP portent principalement sur les médicaments du système nerveux (antipsychotique, antidépresseur, anxiolytique, hypnotique et sédatif) et de la sphère digestive (antiémétique, vitamines et suppléments minéraux).
L'impact clinique des IP est majeur pour 14% d'entre elles. Cela concerne majoritairement des problématiques de contre-indications médicamenteuses (prescriptions d'associations torsadogènes) ainsi que des doses prescrites suprathérapeutiques (surdosage en paracétamol notamment). Ces interventions avec un impact majeur représentent 19% des IP acceptées.
L'impact clinique est mineur pour 50% des IP et moyen pour 12% d'entre elles. Pour le reste, il s'agit d'IP présentant un impact nul ou non déterminé. Il n'a pas été identifié d'IP avec un impact nuisible.

Conclusion : Il s'agit du premier travail d'évaluation de l'APP depuis sa mise en place au sein du service d'HGE. L'APP joue un rôle dans la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient comme nous le montre notamment la prise en compte des interventions majeures ayant pu empêcher la survenue d'un évènement indésirable chez le patient. Le taux d'acceptation des IP reste un élément pouvant être amélioré suggérant une marge d'amélioration possible de la pratique de l'analyse pharmaceutique.
L'une des principales limites de ce travail réside dans le fait que l'évaluation de la cotation des IP a été faite de façon monodisciplinaire par l'interne en pharmacie, sans sollicitation des prescripteurs. Toutefois, une communication de cette étude sera réalisée auprès des équipes médicales afin d'engager une réflexion pluriprofessionnelle sur des axes d'amélioration, ce qui par ailleurs constitue un indicateur obligatoire en pharmacie clinique dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

P.235

Evaluation du risque cardiovasculaire chez les patients suivis pour une insuffisance intestinale chronique

O. El Oumami [(1)], R. Rioche [(1)], E. Wilsius [(1)], C. Balde [(2)], L. Kerlogot [(2)], C. Chevrier [(2)], G. Pellet [(1)], T. Couffinhal [(1)], F. Poullenot [(1)]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : L'insuffisance intestinale chronique (IIC) se définit par une incapacité du tube digestif à assurer une absorption suffisante, rendant la nutrition parentérale (NP) et/ou l'hydratation intraveineuse (IV) indispensable au maintien de l'état nutritionnel et hydrique. Si la NP a considérablement amélioré la survie des patients, elle expose à des complications métaboliques et hépatiques bien documentées, tandis que le risque cardiovasculaire de cette population demeure peu étudié. Compte tenu de l'association fréquente entre terrain athéromateux préexistant, inflammation chronique, sédentarité et effets métaboliques de la NP une évaluation spécifique du profil cardiovasculaire apparaît nécessaire.

Matériels et Méthodes : Une étude observationnelle rétrospective a été menée entre octobre 2024 et août 2025 au sein du service de Nutrition Parentérale à Domicile (NPAD). Dix-neuf patients adultes suivis pour IIC et ayant bénéficié d'une évaluation cardiovasculaireen hôpital de jour ont été inclus. Les données recueillies concernaient les caractéristiques démographiques, socio-économiques, anthropométriques, les pathologies digestives sous jacentes, les modalités de NP et les principaux facteurs de risque cardiovasculaire. La charge athéromateuse a été évaluée par doppler artériel et coroscanner avec calcul du score calcique. Trois scores validés de risque cardiovasculaire (Framingham, SCORE2, MESA) ont été utilisés lorsque les données le permettaient. L'analyse statistique est descriptive.

Résultats : L'âge médian des patients est de 63 ans, avec une répartition équilibrée hommes/femmes. Un tiers présentent une situation de précarité socio-économique et 36,8 %des troubles cognitifs. La sédentarité est fréquente (52,6 %), de même que le tabagisme (47,4% actifs, 36,8 % sevrés). Les principaux facteurs de risque retrouvés sont l'hypertensionartérielle (52,6 %), la dyslipidémie (42,1 %), la stéatose hépatique (26,3 %) et le prédiabète/diabète (26,4 %). Près de la moitié des patients (47,4 %) ont déjà présenté au moinsun événement cardiovasculaire, dominé par l'ischémie mésentérique (31,6 %). L'imagerie met en évidence une charge athéroscléreuse élevée : 63 % des patients présentaient une calcification coronaire modérée à sévère. Selon la stratification du risque cardiovasculaire, 63,2 % des patients sont classés à risque moyen ou élevé, contre seulement 36,8 % à faible risque.

Conclusion : Cette étude souligne qu'une proportion importante de patients atteints d'IIC traités par NP prolongée présente un risque cardiovasculaire non négligeable, lié à la convergence de facteurs préexistants, comportementaux et iatrogènes. Ces résultats plaident pour l'intégration systématique d'un suivi cardiologique structuré et multidisciplinaire, incluant dépistage, correction des facteurs de risque modifiables et optimisation des pratiquesnutritionnelles. Une stratégie proactive de prévention cardiovasculaire apparaît indispensableafin d'améliorer la qualité et l'espérance de vie de cette population.

P.236

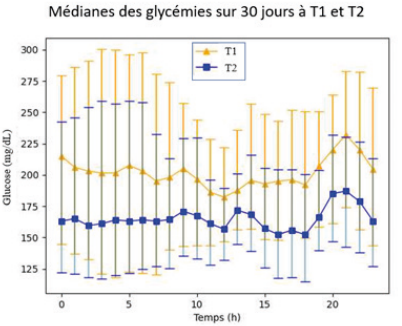
Optimisation de la prise en charge diététique des patients diabétiques sous nutrition parentérale grâce à l'intervention du diabétologue (ONUPAD)

L. Kerlogot [(1)], V. Rigalleau [(2)], G. Pellet [(2)], G. Abadie [(2)], C. Chevrier [(1)], E. Wilsius [(2)], C. Balde [(1)], M. Pidoux [(1)], F. Poullenot [(2)]

(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'insuffisance intestinale chronique (IIC) nécessite le recours à la nutrition parentérale (NP), qui peut – notamment chez des patients déjà diabétiques – favoriser des déséquilibres glycémiques et majorer le risque de complications infectieuses, métaboliques et nutritionnelles. Le diabète, lorsqu'il est mal contrôlé, peut conduire à une dénutrition et majorer le risque d'infections chez ces patients porteurs d'une voie veineuse centrale (VVC). Dans ce contexte, l'étude ONUPAD évalue l'intérêt d'une surveillance glycémique continue et de l'intervention d'un diabétologue expert dans le cadre d'un parcours de soin dédié sur le contrôle glycémique, l'adaptation de la NP et l'état nutritionnel chez des patients ayant une IIC et un diabète connu.

Patients et Méthodes : Une étude prospective avant-après monocentrique a été menée au sein d'un centre labellisé de nutrition parentérale à domicile (NPAD). Les patients inclus présentaient une IIC (définie selon l'ESPEN) avec dépendance à la NP depuis plus de 3 mois, associée à un diabète insulino-dépendant. Le parcours de soins mis en place comprenait trois étapes : i) inclusion lors d'une hospitalisation ou d'un hôpital de jour avec recueil des données cliniques, nutritionnelles et biologiques, et prescription d'un capteur de glycémie en continu ; ii) réévaluation à 1 mois avec adaptation de l'insulinothérapie selon les données du capteur et ajustement de la NP après évaluation du diabétologue et de la diététicienne ; et iii) nouvelle évaluation entre 3 et 6 mois après l'inclusion avec à nouveau recueil des données nutritionnelles, biologiques et glycémiques. Les paramètres anthropométriques, glycémiques, biologiques et nutritionnels ont été comparés avant et après l'intervention. L'analyse statistique (modèles mixtes, test de Wilcoxon apparié, seuil p < 0,05) a été réalisée sous R (2025.09).



Résultats : Douze patients diabétiques insulino-dépendants sous NP (> 3 mois) ont été inclus (âge moyen 64,8 ± 9,1 ans ; 58 % diabète de type 2). Après intervention du diabétologue, le poids médian est passé de 66 kg à 76,5 kg (+5 kg ([4 ; 7,75]), p = 0,006) et le nombre de patients dénutris a diminué de 11/12 à 3/12. L'albuminémie moyenne s'est significativement améliorée : 29,6 ± 5,7 g/L *versus* 37,5 ± 4,2 g/L soit une hausse de + 8 ± 6,65 g/L (p = 0,006) et la glycémie à jeun a diminué de 2,33 ± 0,68 g/L *versus* 1,22 ± 0,44 g/L soit –1,1 ± 0,76 g/L (p = 0,002). L'HbA1c a baissé de 7,9 % à 7,1 % (– 0,74 ± 0,87 %, p = 0,031). Le suivi glycémique continu incluant plus de 14 000 glycémies interstitielles a montré une augmentation du temps en normoglycémie (70–179 mg/dL) de + 206 ± 118,4 min/j (p = 0,003) et une réduction du temps > 250 mg/dL de –139 ± 113,1 min/j (p = 0,014), parallèlement à une diminution de la glycémie moyenne (–20,6 mg/dL, p =

0,004). Enfin, les volumes et apports caloriques de NP ont significativement diminué (–2 104 ± 2 752 mL et –2 308 ± 3 100kcal/semaine, p < 0,05).

Conclusion : L'intervention d'un diabétologue expert associé à une surveillance glycémique continue améliore significativement le contrôle métabolique (glycémie moyenne, HbA1c, temps en normoglycémie), l'état nutritionnel (prise pondérale, albuminémie) et réduit la dénutrition. Elle permet en parallèle d'optimiser la prescription de NP en diminuant les volumes et apports caloriques nécessaires. Ces résultats, obtenus dans une population atteinte d'une affection rare, soutiennent l'intérêt d'un parcours de soin multidisciplinaire structuré intégrant systématiquement la diabétologie à la prise en charge des patients diabétiques sous NP.

Remerciements, financements, autres : Mes remerciements aux fonds FGLMR/AVAD pour le soutien financier de 5000€ attribué pour la réalisation de cette étude.

P.237

Attitudes et pratiques des médecins de première ligne devant la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé

M. Tebourski [(1)], D. Cherif [(1)], H. Yacoub [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Hassine [(1)], H. Kchir [(1)], N. Maamouri [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La dénutrition protéino-énergétique (DPE) constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, particulièrement préoccupant chez la personne âgée, chez qui elle favorise la morbi-mortalité, prolonge la durée d'hospitalisation et altère profondément la qualité de vie demeure largement sous-diagnostiquée. Les médecins de première ligne jouent un rôle essentiel dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de cette pathologie silencieuse.
Ce travail vise à évaluer leurs attitudes et pratiques face à la DPE du sujet âgé, afin d'identifier les lacunes existantes et de proposer des pistes d'amélioration.

Patients et Méthodes : Une étude transversale descriptive a été réalisée du 1er février au 1er mai 2024 auprès de médecins de famille exerçant dans les secteurs public et privé . Les données ont été recueillies via un questionnaire structuré de 33 items, diffusé en ligne et sur support papier. Les items exploraient les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les pratiques de dépistage et de diagnostic, la prise en charge thérapeutique ainsi que le suivi nutritionnel des patients âgés dénutris. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS v23.

Résultats : Quatre-vingts douze médecins ont répondus au questionnaire .L'âge moyen des participants était de 47 ans ± 11 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,84 .La majorité des médecins exerçaient dans le secteur public.
La majorité des médecins pratiquaient une pesée régulière (85 %) et calculaient l'IMC(86 %), Néanmoins seulement 1 médecin sur cinq effectuait un dépistage systématique de la DPE à chaque consultation.
Les outils de référence tels que le Mini Nutritional Assessment (MNA) ou le Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) n'étaient utilisés que par moins de la moitié des répondants. La sévérité de la dénutrition était évaluée principalement à partir de l'IMC (73 %), du pourcentage de perte pondérale (66 %) et de l'albuminémie (56 %).
En cas de dénutrition modérée, 54 % des médecins assuraient eux-mêmes la prise en charge par des conseils nutritionnels et de prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO). Devant une dénutrition sévère, deux tiers des médecins orientaient les patients vers un service hospitalier spécialisé. Les principales difficultés identifiées concernaient le manque de formation (72 %), les contraintes économiques des patients (72 %), et le déficit de collaboration interdisciplinaire. Enfin, 88 % des médecins soulignaient la nécessité d'une coordination renforcée avec les nutritionnistes et 82 % souhaitaient la mise en place d'un guide de bonnes pratiques.

Conclusion : Cette étude met en évidence une implication réelle mais hétérogène des médecins de première ligne dans la prise en charge de la DPE gériatrique. Le dépistage demeure souvent non optimal, et l'utilisation d'outils validés reste insuffisante. Le renforcement des compétences en nutrition clinique, la sensibilisation au dépistage systématique et l'élaboration de référentiels nationaux adaptés représentent des piliers essentiels pour améliorer la qualité du suivi nutritionnel des personnes âgées et réduire les conséquences de la dénutrition sur la santé publique.

P.238

Acceptabilité de l'échographie intestinale pour le suivi des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : enquête nationale auprès des patients français

P. McLellan [1], A. Malet [1], C. Yzet [2], F. Venezia [3], P. Aygalenq [4], E. Lagier [5], D. Hassid [1], S. Restellini [6], C. Reenaers [7], P. Wils [8], A. Buisson [1], M. Fumery [2]

(1) Paris ; (2) Amiens ; (3) Charenton-le-Pont ; (4) Grasse ; (5) Albi ; (6) Genève, SUISSE ; (7) Liège, BELGIQUE ; (8) Lille.

Introduction : L'échographie intestinale (IUS) est un outil non invasif, en temps réel, de plus en plus utilisé pour le suivi des MICI. Si sa précision diagnostique est bien documentée, l'acceptabilité par les patients reste un déterminant majeur de son intégration dans la pratique courante

Patients et Méthodes : Une enquête transversale en ligne, comprenant 40 questions, a été diffusée entre juin et août 2025 par l'afa Crohn RCH France, l'association des patients atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH). Cette enquête a été relayée via l'Observatoire des MICI et les réseaux sociaux de l'association. Le questionnaire portait sur les caractéristiques cliniques, l'expérience vécue de l'IUS et les préférences par rapport à la coloscopie, l'entéro-IRM et la calprotectine fécale. L'acceptabilité et les freins à la réalisation d'échographie périnéale étaient aussi évalués. Les données quantitatives ont été analysées de façon descriptive, et les réponses libres ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

Tableau 1 : description de la population

Caractéristiques		n/N
Femme, %	76.2	706/926
Homme, %	23.1	214/926
Maladie de Crohn, %	55.9	518/926
Localisation, %		
Iléon	47.5	240/505
Iléocolique	19	96/505
Colique	18	93/505
NA	16	76/505
Phénotype, %		
Non sténosant non pénétrant	39	199/505
sténosant	35	180/505
pénétrant	17	87/505
NA	8	39/505
Rectocolite hémorragique,%	40.8	378/926
Localisation, %		
E1	34	123/364
E2	24	87/364
E3	18	66/364
NA	25	88/364
Colite inclassée, %	3.2	30/926
Age, (moyenne)	43 +- 13.7	
Age au diagnostic (moyenne)		
<16 ans (A1)	10.6	93/876
16-40 ans(A2)	69.2	606/876
>40 ans (A3)	20.2	177/876
Centre		
Hôpital (CH/CHU)	57.5	504/876
Cabinet	19.3	169/876
Clinique	21.4	187/876
Traitement		/876
Aminosalicylés	14.3	125/876
Corticoïdes	7.3	64/876
Immunosuppresseurs	13.6	119/876
AntiTNF	35.9	314/876
Anti-integrines	7.8	68/876
Anti-JAK	5.6	47/876
Anti-IL 12/23	10.3	90/876
Anti-IL 23	3	26/876
Aucun traitement	11	100/876
Autres	12	105/876
Antécedent de chirurgie	30	269/876

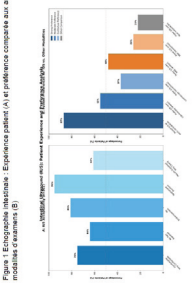


Figure 1 Echographie intestinale : Expérience patient (A) et préférences comparée aux autres modalités d'examens (B)

Résultats : Parmi les 926 répondants (MC, 56 % et RCH, 41 %; âge médian : 43 ans ; 76 % femmes). Les atteintes iléales (L1, 47%) et rectales (E1, 34%) étaient les localisations les fréquentes dans la MC et la RCH, respectivement. 302 (33%) avaient déjà bénéficié d'une IUS pour le suivi de sa MICI. Alors que 95 % ont estimé la durée appropriée, seuls 10% jugeaient l'examen inconfortable/très inconfortable, 64 % n'ont rapporté aucune douleur, et 81 % aucun inconfort psychologique. Concernant l'acceptabilité globale, 87 % des patients accepteraient l'IUS à chaque consultation. Comparativement aux autres modalités : 55 % préféraient l'IUS à la coloscopie de façon systématique, et 37 % dans certains cas. 48 % préféraient l'IUS à l'entéro-IRM systématiquement, et 26 % dans certains cas. 22 % préféraient l'IUS à la calprotectine fécale, cette dernière étant perçue comme complémentaire. Alors que les résultats étaient jugés « très clairement expliqués » par 61 %, le manque d'information (51%) et les performances perçues de l'IUS étaient les principaux freins à la réalisation de l'IUS. Respectivement, 47%, 21% et 16% des patients considéraient que l'IUS était moins performante que la coloscopie, l'IRM ou la calprotectine.

Concernant l'échographie périnéale, seuls 36 patients (3.8% en avaient déjà bénéficié Près de la moitié d'entre eux trouvaient celle-ci inconfortable, avec une gêne psychologique chez un tiers. Malgré cela, la durée et l'explication des résultats sont jugées satisfaisantes par la majorité (84%). L'acceptabilité augmente si l'examen est expliqué par le gastroentérologue, mais le manque d'information (93 %), la gêne (41 %) et la peur de la douleur (15%) constituent les principaux freins.

L'analyse qualitative (n=164) a mis en évidence trois thèmes principaux : (1) l'IUS est vécue comme une alternative bienvenue et peu invasive, (2) des doutes existent concernant la fiabilité diagnostique par rapport aux standards, (3) les patients déplorent des disparités d'accès et un besoin de formation/reconnaissance institutionnelle

Conclusion : Cette large enquête nationale démontre une acceptabilité élevée de l'IUS par les patients atteints de MICI en France, soulignant son potentiel comme outil central du suivi de routine. Pour maximiser son intégration, il est nécessaire de répondre aux préoccupations concernant la fiabilité et l'accès, par une meilleure communication, la standardisation de la formation et un soutien institutionnel.

P.239

Etude de la cinétique de cicatrisation transmurale en IRM chez les patients atteints de maladie de Crohn traités par anti-TNF

A. Buisson [1], C. Hordonneau [1], B. Pereira [1]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : La cicatrisation transmurale est une cible prometteuse dans la maladie de Crohn (MC), associée à de meilleurs résultats que la rémission endoscopique, notamment un risque réduit de progression des lésions intestinales. Le C-score a été récemment développé et validé pour évaluer la cicatrisation transmurale chez les patients atteints de MC. Cependant, le meilleur moment pour évaluer la cicatrisation transmurale reste à déterminer.
Notre objectif était d'évaluer la cinétique de la cicatrisation transmurale chez des patients atteints de MC traités par anti-TNF.

Patients et Méthodes : À partir d'une base de données prospective de patients atteints de MC ayant réalisé une IRM pour MC luminale, nous avons analysé la cinétique de la cicatrisation transmurale chez des patients atteints de MC âgés de plus de 18 ans et recevant un traitement par anti-TNF, présentant des signes objectifs d'inflammation à l'évaluation morphologique (imagerie transversale) avant le début du traitement et ayant réalisé au moins une IRM pour évaluer l'efficacité thérapeutique dans les 12 mois.
Les patients traités par anti-TNF pour des lésions ano-périnéales isolées ont été exclus. Nous avons utilisé un modèle statistique basé sur l'imputation selon la méthode du « last observation carried forward » et la pertinence clinique. La cicatrisation transmurale a ensuite été évaluée mensuellement pendant la première année.
Pour l'analyse segmentaire, nous avons utilisé la même division en segments que celle recommandée pour le calcul de l'indice de Lémann. La cicatrisation transmurale était définie par un C-score < 0,5 dans chaque segment. Le C-score a été calculé conformément aux publications précédentes (0,2 x (épaisseur intestinale en mm – 3) + 2 en cas d'ulcère + 1,5 en cas d'hypertrophie ganglionnaire).

Résultats : Au total, 123 patients ont été inclus. Parmi eux, 90 étaient des femmes (73,1 %), 48 (39,9 %) étaient fumeurs et 53 (43,0 %) avaient subi une résection intestinale antérieure. La durée médiane de la MC à l'inclusion était de 7,6 ans [1,4-15,2 ans]. À l'inclusion, 41 patients (33,3 %) étaient naïfs de traitement anti-TNF. À l'inclusion, 67 patients (55,3 %), 53 patients (43,8 %) et 1 patient (0,8 %) étaient traités respectivement par infliximab, adalimumab et golimumab, avec un traitement immunosuppresseur concomitant chez 94 patients (79,0 %).
À l'inclusion, 220 segments étaient considérés comme actifs (score C > 0,5), dont 100 dans l'iléon terminal et 120 dans le côlon/rectum. Selon l'analyse par segment (N = 220), le taux de cicatrisation transmurale était de 6,4 % à M1, 6,4 % à M2, 10,0 % à M3, 10,1 % à M4, 14,6 % à M5, 18,0 % à M6, 23,2 % à M7, 24,5 % à M8, 26,0 % à M9, 26,8 % à M10, 29,1 % à M11 et 30,4 % à M12.
Parmi les segments d'iléon terminal (n = 100), le taux de cicatrisation transmurale était de 2,0 % à M1, 2,0 % à M2, 5,0 % à M3, 5,0 % à M4, 9,0 % à M5, 12,9 % à M6, 16,0 % à M7, 17,0 % à M8, 18,0 % à M9, 19,0 % à M10, 20,0 % à M11 et 20,0 % à M12.
Parmi les segments colorectaux (n = 120), le taux de cicatrisation transmurale était de 6,4 % à M1, 6,4 % à M2, 13,8 % à M3, 13,8 % à M4, 15,6 % à M5, 22,0 % à M6, 28,4 % à M7, 28,6 % à M8, 28,6 % à M9, 28,6 % à M10, 32,8 % à M11 et 34,4 % à M12.
Parmi les 123 patients atteints de MC, les analyses multivariées ont montré que l'absence de cicatrisation transmurale (score C > 0,5) au cours de la première année était associée à un risque accru de chirurgie (HR = 3,37 [1,30-8,68] ; p = 0,012), d'arrêt du traitement (HR = 2,31 [1,29-4,14] ; p = 0,005) et de progression de la destruction intestinales (p < 0,001), tandis que nous avons observé une tendance à un risque accru d'hospitalisation liée à la MC (HR = 1,92 [0,85-4,36] ; p = 0,11).

Conclusion : La cicatrisation transmurale est atteignable dans plus de 30 % des segments actifs chez les patients atteints de MC traités par anti-TNF au cours de la première année.
Le meilleur moment pour évaluer la cicatrisation transmurale se situait entre 6 et 12 mois après le début du traitement par anti-TNF, avec un taux de cicatrisation transmurale plus élevé pour les segments colorectaux que pour les segments iléaux.
La cicatrisation transmurale, définie par un score C < 0,5, est associée à une amélioration des résultats à long terme chez les patients atteints de MC.

P.240

Prévalence de l'impériosité fécale et de ses déterminants au sein d'une cohorte de patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : une étude observationnelle multicentrique

A. Ahres [1], S. Kwiatek [2], P. Seksik [3], C. Stefanescu [4], A. Meyer [1], M. Nachury [5], S. Nancey [6], G. Savoye [7], M. Allez [3], R. Altwegg [8], D. Laharie [9], M. Serrero [10], D. Franchimont [11], N. Mathieu [12], M. Fumery [13], L. Vuitton [14], S. Nahon [15], C. Gilletta de Saint-Joseph [16], C. Rouillon [17], A. Nuzzo [18], A. Bourreille [19], B. Caron [20], A. Buisson [21], M. Amil [22], M. Charkaoui [23], Q. Laurent-Badr [24], L. Caillo [25], A. Blain [3], C. Reenaers [26], X. Hébuterne [27], L. Plastaras [28], C. Atanasiu [3], M. Uzzan [29], A. Benezech [30], A. Amiot [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Saint-Pierre (La Réunion) ; (3) Paris ; (4) Neuilly-sur-Seine ; (5) Lille ; (6) Lyon ; (7) Rouen ; (8) Montpellier ; (9) Bordeaux ; (10) Marseille ; (11) Bruxelles, BELGIQUE ; (12) Échirolles ; (13) Amiens ; (14) Besançon ; (15) Montfermeil ; (16) Toulouse ; (17) Caen ; (18) Clichy ; (19) Nantes ; (20) Nancy ; (21) Clermont-Ferrand ; (22) La Roche-sur-Yon ; (23) Dijon ; (24) Reims ; (25) Nîmes ; (26) Liège, BELGIQUE ; (27) Nice ; (28) Colmar ; (29) Créteil ; (30) Avignon.

Introduction : L'impériosité fécale est un symptôme fréquent et invalidant chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elle est relativement bien caractérisée dans la RCH mais peu étudiée dans la MC. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés à l'impériosité fécale dans la maladie de Crohn (MC), la rectocolite hémorragique et la colite indéterminée (RCH/CI) et d'étudier ses déterminants.

Patients et Méthodes : À partir d'une large cohorte multicentrique nationale, nous avons inclus consécutivement des patients adultes et ambulatoires, atteints de MC et de RCH/CI sur une période de 2 semaines entre avril et mai 2023 dans 40 centres hospitaliers français et belges. Les données démographiques, les caractéristiques de la MICI et de ses traitements, l'activité clinique et le handicap fonctionnel ont été collectées par auto-questionnaire. L'activité clinique de la maladie a été évaluée selon les PRO-2 et le handicap fonctionnel par le questionnaire IBD-disk. La rémission clinique était définie par un nombre de selles liquides ≤3 par jour et des douleurs abdominales au maximum légère pour la MC et des sous-score de la Mayo Clinic de fréquence des selles et de saignement rectal de 0. L'absence de handicap fonctionnel était défini par un score global de l'IBD-disk <40. L'impériosité fécale était évaluée à partir du questionnaire IBD-disk via la réponse à la question : « j'ai eu des selles urgentes que j'ai eu du mal à gérer ; trouver des toilettes à temps a été un problème et j'ai parfois eu des difficultés d'essuyage/nettoyage » selon une échelle Likert de 0 à 10 (0 correspondant à pas du tout et 10 à énormément). Une impériosité sévère était définie par une score ≥5,correspondant au 4ème quartile du score d'impériosité fécale. Les facteurs prédictifs d'une impériosité sévère ont été étudiés de façon uni- et multi-variée.

Résultats : Au total, 2514 patients (1715 MC et 799 RCH/CI) dont 52% de femmes et d'âge médian de 42,4 (30-53) ans ont été inclus. La prévalence de l'impériosité fécale sévère était de 20,4 % dans la MC et de 17,1 % dans la RCH. En analyse multivariée, chez les patients atteints de MC, l'impériosité fécale sévère était moins fréquente sous thérapie avancée (OR 0,28 [0,20–0,39]) et en cas de rémission clinique (OR 0,18 [0,11–0,29]). L'impériosité fécale était plus fréquente lorsque les patients rapportaient des rectorragies dans plus de 50 % des selles (OR 1,95, p = 0,001), un score de douleurs abdominales >3 (OR 2,63, p < 0,001), un antécédent de résection intestinale (OR 1,41, p = 0,03), un score de fatigue > 6/10 (OR 2,17, p < 0,001), un score de difficultés professionnelles >3/10 (OR 1,79, p = 0,001) et un score de troubles de la sexualité >1/10 (OR 2,13, p < 0,001). En analyse multivariée, chez les patients atteints de RCH, l'impériosité fécale sévère était moins fréquente sous thérapie avancée (OR 0,49, IC95% [0,30–0,81], p = 0,005) et en cas de rémission clinique selon les PRO-2 (OR 0,18, IC95% [0,11–0,29], p < 0,001). L'impériosité fécale était plus fréquente lorsque les patients présentaient un état général altéré modéré à sévère (OR 2,76, p = 0,003), un score de fatigue >5/10 (OR 2,94, p < 0,001), un score de difficultés professionnelles >2/10 (OR 3,70, p < 0,001) et un score d'image corporel >3/10 (OR 1,81, p = 0,01).

Conclusion : Dans cette cohorte de patients atteints de MICI, l'impériosité fécale sévère était fréquente, touchant environ un patient sur 5 que ce soit au cours de la MC que de la RCH. Le contrôle de l'activité inflammatoire semblait associé à une diminution de l'impériosité fécale. Ces résultats soulignent l'importance d'un dépistage systématique et d'une prise en charge multidimensionnelle de l'impériosité dans le suivi des MICI.

Remerciements, financements, autres :
Le GETAID et Fresenius Kabi pour le soutien à cette étude

P.241

Apport de l'intelligence artificielle à l'évaluation endoscopique de la récidive post-opératoire de la maladie de Crohn

H. Benazzouz [(1)], N. Lagdali [(1)], M. Kadiri [(1)], F.Z. Chabib [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Ajana [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La récidive endoscopique après résection iléo-ceacale dans la maladie de Crohn est classiquement évaluée à l'aide du score de Rutgeerts. Cette lecture reste sujette à une variabilité interobservateur, en particulier pour les stades intermédiaires. L'émergence de l'intelligence artificielle (IA) offre de nouvelles perspectives pour l'interprétation automatisée des images endoscopiques. L'objectif de ce travail était d'évaluer la performance d'un modèle de langage basé sur l'IA (OPEN IA, ChatGPT 5, 2025) dans la classification des images endoscopiques selon le score de Rutgeerts, en comparaison avec l'évaluation humaine.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, analytique et rétrospective, réalisée au sein d'un service de gastroentérologie. Les images endoscopiques proviennent à la fois d'examens réalisés dans le service et de banques d'images disponibles en ligne. Chaque image a été interprétée par un endoscopiste expert, puis soumise à l'analyse d'un modèle d'intelligence artificielle (ChatGPT) entraîné au préalable à classer les lésions selon les critères du score de Rutgeerts (i0–i4). Les interprétations ont été comparées image par image.La concordance entre l'endoscopiste et l'IA a été évaluée à l'aide du coefficient kappa de Cohen, permettant de mesurer le degré d'accord au-delà du hasard. Des analyses partielles ont également été réalisées par sous-groupes de stades (extrêmes *vs* intermédiaires), La concordance, les discordances légères (écart d'un point) et les discordances majeures (écart ≥2 points) entre les deux lectures ont été analysées.

Résultats : Au total, 100 images endoscopiques ont été analysées. La répartition selon le score de Rutgeerts était dominée par les stades i0 (30 %) et i1 (25 %), suivis de i2a/i2b (20 %), i3 (15 %) et i4 (10 %). La concordance globale entre l'IA et l'endoscopiste expert était de 65 %, avec un coefficient kappa global de 0,62, traduisant une bonne concordance. Les performances étaient meilleures pour les stades extrêmes, avec un kappa de 0,75 pour i0 et i4, tandis que les stades intermédiaires (i1, i2a, i2b, i3) présentaient une concordance plus modérée (kappa de 0,48). Les discordances concernaient principalement la distinction entre i1 et i2b, ainsi qu'entre i2a et i3, représentant environ 25 % des cas. Des discordances majeures (10 %) ont été observées dans des contextes complexes tels que les sténoses fibreuses ou les inflammations diffuses.

Discussion : La concordance globale entre ChatGPT et l'évaluation humaine était de 65 %, avec de meilleures performances pour les stades extrêmes (i0 et i4). Les petites discordances (25 %) concernaient surtout les distinctions i1/i2b et i2a/i3, où l'appréciation reste subjective, même pour un expert. L'absence de séquence vidéo et la résolution variable des images, notamment celles issues de banques en ligne, ont probablement limité la détection des lésions subtiles. Les discordances majeures (10 %) survenaient surtout dans des cas complexes tels que les inflammations diffuses. Ces résultats confirment la variabilité interobservateur déjà décrite dans la littérature et montrent que l'IA reproduit ces fragilités, tout en restant fiable pour les stades extrêmes [1].

Conclusion : L'IA basée sur un modèle de langage tel que ChatGPT permet une classification automatisée des images endoscopiques selon le score de Rutgeerts avec une précision globalement satisfaisante, particulièrement pour les stades extrêmes. Les difficultés persistent pour les stades intermédiaires, où la variabilité est également importante entre opérateurs humains. Ces résultats suggèrent que l'IA pourrait devenir un outil complémentaire utile en endoscopie digestive, améliorant la reproductibilité et la standardisation de l'évaluation des récidives post-opératoires dans la maladie de Crohn.

Remerciements, financements, autres :

1.Klang E, et al. Deep learning for classification of Crohn's disease lesions in capsule endoscopy: performance compared with human experts. Gastrointest Endosc. 2020;91(3):535–543.

P.242

Evaluation de l'impact d'un assistant numérique de médecine intégrative avec coaching holistique dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

G. Bonnaud [(1)], N. Feuche [(2)], A. Arlix [(1)], N. Bouta [(3)], C. Moulin [(4)], C. Fine [(5)], S. Honap [(6)], K. Henry [(7)], N. Linn [(8)], L. Peyrin-Biroulet [(9)]

(1) Toulouse ; (2) Paris ; (3) Carcassonne ; (4) Marseille ; (5) Lyon ; (6) Londres, ROYAUME-UNI ; (7) Morges, SUISSE ; (8) Bangkok, THAÏLANDE ; (9) Nancy.

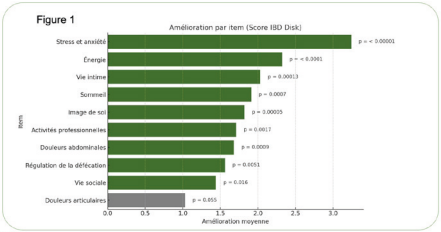
Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) nécessitent une prise en charge centrée sur le patient, allant au-delà du traitement pharmacologique. DOCLIVI, un assistant numérique de médecine intégrative, holistique avec coaching personnalisé, a été développé pour accompagner les patients grâce à des modules sur la nutrition, l'activité physique, la régulation du stress et des émotions.

L'objectif principal était d'évaluer l'impact de DOCLIVI sur la qualité de vie des patients atteints de MICI. Les objectifs secondaires comprenaient l'évaluation des effets sur des indicateurs comportementaux en nutrition, activité physique, stress, sommeil, rythme circadien et la satisfaction vis-à-vis de la plateforme et du coaching.

Patients et Méthodes : Cette étude interventionnelle à un seul bras, multicentrique a évalué prospectivement des patients atteints de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique recevant un traitement biologique stable. Les participants ont utilisé la plateforme numérique (application) DOCLIVI (comprennant 3 programmes en nutrition, activité physique/sédentarité et régulations du stress et des émotions) et ont suivi trois séances de coaching personnalisé en visio sur une période de six mois. Les résultats ont été évalués à l'aide de l'IBD Disk (qualité de vie, handicap fonctionnel), du PSS-10 (stress) et de questionnaires "exposome/comportementaux" sur la nutrition (questionnaire à 10 items), la sédentarité globale, professionnelle et vie privée, l'activité physique (questionnaire de RICCI et GAGNON), le sommeil, la connexion à la nature, le rythme circadien et le bien-être social et émotionnel.

Résultats : 41 patients ont été inclus entre fév et oct 2024. 34 patients ont terminé l'étude ((28F, 6H – âge moy 35,5 – 20 Crohn, 14 RCH) sous biothérapies en entretien, stabilisés (doses non modifiées > 3 mois). L'évolution du score IBD Disk montre une réduction significative après le programme (IBD Disk moyen pré-programme : 55,8/post-programme : 37,1 différence moyenne = 18,74, p < 0,001 ; d de Cohen = 1,01), indiquant une amélioration importante et cliniquement significative dans plusieurs domaines de santé (de l'anxiété et de la fatigue, sommeil, douleurs abdominales...). Lors des analyses par item (figure 1), des améliorations significatives ont été observées pour 9/10 items. 40 % des patients avec une qualité de vie (QDV) altérée en pré programme (IBD disk >40) ont atteint une QDV satisfaisante en post programme (score < 40).

Figure 1



Les habitudes alimentaires saines se sont améliorées significativement (score avant programme : 5,32 ± 1,89 *vs* après programme : 6,29 ± 1,45–Différence moyenne : + 0,97 (p = 0,010). L'activité physique a augmenté de 23,6% (p = 0,043) avec une évolution favorable des niveaux d'activité selon le questionnaire de RICCI et GAGNON (figure 2). Néanmoins 12 (35.3%) patients gardaient en post programme une activité physique faible, inférieure aux recommandations

d'activité physique modérée. 23,5 % (8/34 personnes, p = 0.0078) ont réduit leur sédentarité globale, 29,4 % (10/34 personnes, p = 0,128) ont réduit leur temps sédentaire au travail, 14,7 % (5/34 personnes, p = 0,594) ont réduit leur sédentarité dans leur vie personnelle. Le contact avec la nature a augmenté (58,8% avant *vs* 76,5 après ; p=0,014) et 82,4 % des patients reconnaissent avoir intégrer le rythme circadien. Les dimensions liées au stress se sont améliorées, bien que le scores PSS-10 n'ait montré aucun changement significatif. L'observance et la satisfaction du programme étaient élevées avec une très forte appréciation du soutien du coaching personnalisé en visio (Figure3). 65% des patients estimaient leurs objectifs atteints et 35 % non atteints.

Figure 2

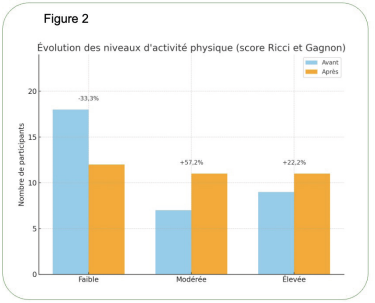
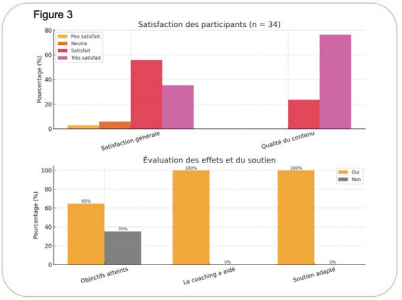


Figure 3



Conclusion : Cette étude démontre qu'un accompagnement holistique digitalisé, intégrant le trépied du vivant (nutrition, activité physique et régulation du stress et émotions) via l'application DOCLIVI et 3 séances de coaching, améliore significativement la qualité de vie et le handicap fonctionnel des patients MICI mesurés par l'IBD Disk. La fatigue, les items intimes et professionnels s'améliorent également, bien qu'absents du contenu éducatif, ce qui souligne l'effet systémique de cette approche. Ce protocole a favorisé des changements environnementaux et comportementaux positifs chez les patients atteints de MICI : sédentarité, activité physique, alimentation, stress, sommeil, contact avec la nature. Cependant, les changements restent partiels : peu de patients atteignent les seuils de santé recommandés (sédentarité < 7h/j, activité physique modérée, contact avec la nature > 2h/sem.) justifiant des supports encore plus engageants et probablement sur une plus longue période.

P.243

Étude du rôle de biomarqueurs inflammatoires dans la prédiction de fistules digestive post-opératoires au cours la maladie de Crohn compliquée

R. Youtichene [(1)], I. Soufli [(1)], A. Salmi [(2)], M. Amri [(1)], F. El Metennani [(1)], H. Belguendouz [(1)], H. Chatter [(1)], M. Mokhbi [(1)], N. Sid Idris [(1)], C. Touil-Boukoffa [(1)]

(1) Alger, ALGÉRIE ; (2) Paris.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), caractérisée par une étiologie complexe et multifactorielle, qui demeure largement inconnue. En contexte chirurgical, la prise en charge des formes compliquées de MC reste un défi majeur, la fistule digestive (FD) représentant l'une des complications post-opératoires les plus redoutées, associée à une morbidité importante et à une prolongation de la durée d'hospitalisation. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'implication de biomarqueurs inflammatoires dans la prédiction de la survenue d'une FD post-opératoire chez les patients atteints de MC compliquée.

Patients et Méthodes : Une étude prospective a été menée auprès de 120 patients atteints de MC. Des prélèvements sanguins ont été effectués en préopératoire, puis aux troisième (J3) et septième (J7) jours post-opératoires afin de mesurer les taux systémiques des biomarqueurs inflammatoires : le monoxyde d'azote (NO), les métalloprotéinase matricielle-9 (MMP-9), l'interleukine-6 (IL-6) et les ratios NLR (neutrophile/lymphocyte) et PLR (plaquette/lymphocyte). Les résultats obtenus ont été analysés en utilisant le logiciel GraphPad Prism et des courbes ROC ont été utilisées pour déterminer la valeur pronostique de ces biomarqueurs chez les patients atteints de MC.

Résultats : Les analyses ROC ont montré que les patients présentant une FD avaient des taux préopératoires d'IL-6 significativement plus élevés (p = 0,0105), ainsi qu'une activité accrue de MMP-9 (p= 0,0339), comparativement aux patients sans complication. Selon les courbes ROC, ces deux biomarqueurs présentent une sensibilité et une spécificité de 100 % pour la prédiction du risque de FD post-opératoire. Par ailleurs, l'analyse post-opératoire a mis en évidence une augmentation significative des taux de NO chez les patients développant une FD, en comparaison avec les patients sans complication, tant au J3 (p = 0,0045) qu'au J7 (p =0,0284). De même, les ratios PLR et NLR au J7 se sont avérés significativement plus élevés chez les patients fistulisés (p = 0,0484 et p = 0,0001, respectivement). Ainsi, des taux élevésde NO, de PLR et de NLR au J7 sont associés à la survenue d'une FD post-opératoire.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'IL-6 et la MMP-9 pourraient constituer des biomarqueurs préopératoires prometteurs pour l'identification précoce des patients à risque de fistule digestive. Tandis que des taux élevés de NO, NLR et PLR en post-opératoire sont associés à la présence de FD et pourraient contribuer au diagnostic précoce de cette complication. Ces marqueurs pourraient ainsi offrir une approche non-invasive et moins couteuse afin d'améliorer la prise en charge et la surveillance des patients atteints de MC compliquée.

Remerciements, financements, autres : Les auteurs expriment leur gratitude aux patients ayant participé à l'étude.

P.244

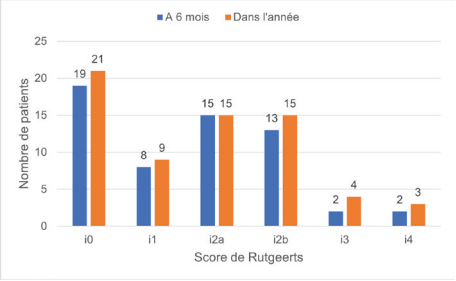
Évaluation de la récidive après anastomose iléo-colique selon Kono-S dans la maladie de Crohn : étude observationnelle et rétrospective

M. Jouan [1], P. Zerbib [1], M. Nachury [1], S. Hambli [1], C. Valibouze [1], R. Gérard [1], P. Desreumaux [1], M. Prodeau [1], P. Wils [1]

(1) Lille.

Introduction : Le taux de récidive endoscopique à 1 an d'une résection iléo-caecale (RIC) pour maladie de Crohn (MC) a été évalué à 70%. L'influence de l'anastomose de Kono-S sur ce taux de récidive fait encore débat. Notre objectif est d'évaluer la récidive endoscopique 1 an après RIC avec anastomose de type Kono-S pour MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte monocentrique rétrospective, incluant des patients âgés de ≥ 18 ans opérés d'une RIC pour MC avec anastomose de Kono-S entre mai 2020 et juillet 2024. Les patients inclus étaient suivis de manière prospective jusqu'aux dernières nouvelles. L'objectif principal était d'évaluer le taux de récidive endoscopique (score de Rutgeerts ≥ i2b) dans l'année suivant la RIC. Les objectifs secondaires étaient (1) d'évaluer les complications postopératoires (classées selon Clavien-Dindo), (2) d'évaluer le taux de récidive cliniquement significative (définie par une modification du traitement associée à une récidive endoscopique sévère (score de Rutgeerts modifié i3–i4) et/ou des lésions significatives à l'imagerie et/ou une récidive clinique associée à une récidive biologique (CRP ≥ 5mg/L ou calprotectine fécale ≥ 100 ug/g), une hospitalisation, une complication (sténose, abcès), une récidive chirurgicale), (3) de définir les facteurs prédictifs de récidive cliniquement significative. L'analyse de la survie sans récidive cliniquement significative a été estimée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.



Résultats : Quatre-vingt-dix-huit patients (52% de femmes, âge médian de 35 ans, durée d'évolution de la maladie de 10 ans) ont été inclus dans notre étude, avec une durée médiane de suivi de 19 mois. 30% des patients étaient fumeurs actifs et 27,5% avaient déjà bénéficié d'une RIC antérieure. La moitié des patients ont été opérés pour une sténose symptomatique, 40% pour une fistule/abcès. Concernant l'exposition aux traitements avant la chirurgie, 11 patients (11,2%) étaient naïfs de tout traitement et 82 patients (83,7%) ont bénéficié d'une biothérapie. Une élévation de la CRP était observée à J3 post-opératoire (CRP médiane à 147mg/L ([83,5-237], n=91). Soixante-quatre patients (65,3%) ont bénéficié d'un traitement préventif de la récidive post-opératoire (biothérapie ou petite molécule orale), avec un délai médian d'introduction de 42 jours postopératoire. Sur les 67 patients (68,4%) ayant effectué une coloscopie dans l'année suivant la chirurgie, 22 patients (32,8%) ont présenté une récidive endoscopique, dont une récidive sévère pour 7 patients (10,4%) (Figure 1). L'absence de traitement prophylactique de la récidive postopératoire était un facteur de risque de récidive endoscopique (52,2% sans traitement *versus* 22,7% avec traitement préventif de la récidive, p=0,03). Quarante-et-un patients (41,8%) ont présenté une complication postopératoire, avec 11,2% d'infection du site opératoire, et 4,1% de complications graves Clavien-Dindo IIIb (3 péritonites avec reprise chirurgicale, et une détresse respiratoire). La survie sans récidive cliniquement significative était de 68% à 12 mois, 57% à 18 mois et 51% à 24 mois. Deux patients ont présenté une sténose symptomatique mais aucune réintervention chirurgicale n'a été constatée. En analyse multivariée, seul le traitement prophylactique de la récidive postopératoire diminuait le risque de récidive cliniquement significative.

Conclusion : Nos résultats après anastomose iléo-colique selon Kono-S, pour MC dans une population réfractaire et traitée pour 2/3 des patients par biothérapie ou petite molécule orale en prévention de la récidive postopératoire, sont comparables aux données de la littérature en termes de récidive endoscopique à 1 an, de survie sans récidive cliniquement significative et de complications postopératoires. Nous n'avons pas observé de nouvelle réintervention chirurgicale. Le traitement prophylactique postopératoire a diminué le taux de récidive endoscopique et le risque de récidive cliniquement significative. Ces résultats doivent être confortés par des études randomisées contrôlées avec un suivi à plus long terme afin de déterminer si l'anastomose Kono-S réduit le risque de récidive postopératoire.

P.245

Attentes des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) concernant la prise en charge idéale : une étude qualitative exploratoire

A. Buisson [1], P. Rivière [2], C. Devos [1], J. Picard [3], M. Podevin [4], P. Rondeau [1], C. Stefanescu [5], A. Malet [1]

(1) Paris ; (2) Bordeaux ; (3) Reims ; (4) Orléans ; (5) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : Les MICI imposent aux patients un parcours de soins et une prise en charge complexes. A ce jour, aucune étude qualitative française n'a exploré la perception des patients sur leur parcours de soin. L'AFA Crohn RCH France a ainsi lancé une étude visant à comprendre leur vécu de ce parcours, en identifiant leurs attentes prioritaires pour améliorer la prise en charge.

Patients et Méthodes : L'étude est d'approche phénoménologique sans a priori théorique. 15 patients avec un diagnostic de MICI supérieur à 5 ans et de profils variés (CSP, lieux de soins, sexe, âge) ont été recrutés pour des entretiens semi-directifs de 90 minutes environ. L'analyse a été de deux types : analyse inductive réalisée manuellement par thématique et analyse lexicale.

Résultats : Une fois franchies les épreuves, souvent longues et semées d'embûches du diagnostic puis des multiples traitements, les patients une fois stabilisés expriment une satisfaction globale de leur prise en charge. Leur satisfaction actuelle, bien que réelle, ne doit pas masquer les attentes qui émergent une fois les phases critiques passées.
Au-delà des optimisations techniques isolées, les patients attendent avant tout une amélioration du parcours global. Ils privilégient l'aspect humain des soins, souhaitent que les temps d'attente pour les premiers examens soient réduits et accordent une grande importance à une coordination de l'organisation. L'accélération du parcours est ainsi perçue comme déterminante, tout comme la reconnaissance de l'expertise médicale et des compétences spécifiques des spécialistes.
Ces attentes se cristallisent autour de trois piliers :
-Une organisation des soins coordonnée et réactive,
-Une relation soignant-patient renforcée, fondée sur l'expertise et l'empathie,
-Une prise en charge holistique, intégrant la dimension psychologique, sociale et thérapeutique.
Les patients soulignent également la nécessité d'une meilleure coordination entre professionnels, d'une écoute active et d'un soutien dans leur quotidien.
Approche du "parcours idéal" des patients : l'alliance thérapeutique. L'analyse des résultats met en évidence la pertinence de la notion d'alliance thérapeutique pour comprendre les attentes exprimées. Cette approche insiste sur la confiance mutuelle, la collaboration patient / médecin et la valorisation tant de l'expertise médicale que du vécu comme piliers d'une prise en charge efficace (figure 1).

Figure 1. Verbatims des patients sur leur prise en charge

Thématiques	Verbatims Patients			
Satisfaction	"Je trouve qu'avec le médecin qui me suit aujourd'hui, c'est plus facile, elle est plus facilement joignable, donc c'est plus facile de tout coordonner. Si j'ai une question, elle est facile à joindre. Si elle a des résultats d'examens, elle peut me joindre facilement." (Patient 7)	"Ma prise en charge, je la trouve très bien et je la vis très bien. C'est très positif, oui. Parce que je suis bien suivie. Et puis, j'ai des gens, notamment le gastro-entérologue, qui est vraiment très présente et qui me répond toujours au téléphone ou par SMS ou par voix de sa secrétaire si j'ai besoin, ou sur je sais." (Patient 12)	"Je trouve ça très bien. Je me sens bien encadrée. Je me sens bien écoutée et ça me rassure beaucoup. Je sais que je ne suis pas laissée à moi-même, face à moi-même sans savoir quoi faire. (...) Je n'ai les choses plus faciles à supporter." (Patient 15)	"Je sais qu'il est là. C'est rassurant de savoir qu'il y a un professionnel de santé qui nous connaît bien, qui est là si besoin et je suis très satisfaite du suivi du professeur et de son référent d'ailleurs avec qui on échange assez souvent qu'avec le professeur" (Patient 10)
Attentes	Un peu plus d'interprofessionnalité ou d'interdisciplinarité, que les médecins se parlent un peu plus, qu'il y ait vraiment peut-être un peu plus de paramédicaux." (Patient 8)	"Demander aux médecins qu'ils posent des questions sur comment on vit la maladie, tous les jours, dans notre vie, que ce soit professionnelle ou perso. Parce que je pense que ça, ils ne posent pas forcément la question. Ils croient que dans le tiroir idéal, oui, qu'il y ait peut-être une attention là-dessus." (Patient 14)	« Il y a des choses qu'on pourrait traiter plus vite et donc on aurait eut, on serait pas bien moins longtemps. Si vous avez une crise, aujourd'hui, oui et c'est une crise où on doit vous enlever le rectal de l'intestin en urgence à l'hôpital, mais une crise un peu classique, c'est 3 mois. C'est long (ça. » (Patient 9)	"Savoir une prise de sang qui permette de détecter si on est sujet à risque pour ce type de maladie, comme on fait du dépistage colorectal, dépistage cancer du sein (...),une sorte de prise de sang qui permettrait de repérer certains marqueurs qui permettraient de identifier des potentialités de risques, ce serait chouette" (Patient 6)
Alliance thérapeutique	"Ne pas hésiter à nous demander notre avis, "est-ce que vous, vous seriez plutôt petits à bleus ça, pas petits à faire ça, petits à suivre un traitement ?" (Patient 8)	"Il ne faut pas laisser le corps médical gérer sa maladie à notre place, il faut vraiment être acteur de sa maladie c'est-à-dire d'examiner par soi-même les autres aspects, à savoir mental, alimentation, etc. C'est très important." (Patient 1)	"On a fini par trouver la solution grâce à un médecin, une fois de plus, un médecin extrêmement disponible et extrêmement cool." (Patient 9)	"Pour moi, c'est l'écoute du patient, c'est la première chose pour bien cerner le patient, parce qu'on est tous tellement différents et on a tous des réactions différentes, de façon à être bien pris en charge." (Patient 12)

Conclusion : L'expérience des patients atteints de MICI révèle ce qu'ils considèrent comme une prise en charge idéale :
-Plus globale, intégrant la santé physique, mentale et sociale
-Mieux coordonnée, avec des soignants qui communiquent et collaborent
-Plus réactive, réduisant les délais et offrant des solutions adaptées en temps réel
-Plus humaine, où chaque patient est écouté, informé et accompagné, pas uniquement sur le plan purement thérapeutique.
Ces premiers résultats confirment l'intérêt des consultations pluridisciplinaires dans les MICI ainsi que celui de l'approche holistique de la prise en charge.

P.246

Etude prospective randomisée de la détection de l'inflammation muqueuse par chromoendoscopie LCI/BLI *versus* lumière blanche chez les patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en rémission clinique et endoscopique

E. Franchet [1], C. Legrand [1], C. Saint [1], R. Chautard [1], C. Fleurent [1], C. Gayat [1], T. Baleba [2], M. Caulet [1], C. Nicolas [1], B. Quenin [1], G. Bouguen [3], D. Moussata [1]
(1) Tours ; (2) Blois ; (3) Rennes.

Introduction : La rémission endoscopique est prédictive d'une rémission clinique durable dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Cependant l'évaluation standard en lumière blanche (LB) est insuffisante pour affirmer une cicatrisation muqueuse. Le but de cette étude a été d'évaluer la performance diagnostique d'un score en chromoendoscopie (CE) LCI/BLI dans la détection de l'inflammation muqueuse chez les patients atteints de MICI considérés en rémission endoscopique en LB (Mayo 0-1).

Patients et Méthodes : Chez des patients porteurs de rectocolite hémorragie (RCH), à partir d'images d'endomicroscopie confocale comparées à des images LCI/BLI, un score a été développé dans la détection de l'inflammation confirmée histologiquement à partir de biopsies ciblées. Ce score, gradé de 0 à 2, est basé sur la présence ou non d'un réseau vasculaire muqueux (macro-vaisseaux) en LCI et d'une microcirculation autour des cryptes en BLI.
Dans un second temps, le score LCI/BLI a été comparé à la LB dans la détection de l'inflammation dans une étude prospective et randomisée chez 60 patients RCH et 44 patients atteints de maladie de Crohn (MC) en rémission endoscopique (Mayo 0-1 et CDEIS <7), avec comme référence l'histologie (score de Nancy), à partir de biopsies ciblées. Une étude de corrélation a été réalisée entre le score LCI/BLI, les scores en LB (Mayo et CDEIS) et le score histologique de Nancy ainsi qu'une étude du caractère prédictif de rechute à 6 et 12 mois.

Résultats : Au total 180 patients ont été inclus : 76 patients avec RCH lors de la 1ère phase et 104 patients (52 RCH et 52 MC) lors de la 2ème phase (soit 304 et 600 segments, respectivement). Lors de la 1ère phase, le score LCI/BLI a montré, dans la RCH, une bonne corrélation avec le score de Nancy (AUC = 0,724 (95% CI : [0,615 ; 0,790]) et supérieure au score de Mayo (0,618 (95% CI : [0,615 ; 0,790])). Les performances du test sont résumées dans le tableau 1 avec une bonne reproductibilité entre les 6 opérateurs (kappa 0.83 [0.665; 0.954] et 0.86 [0.702; 0.955] pour la macro et microcirculation, respectivement).

	PPV	NPV	Sensitivity	Specificity	Accuracy
MES	78.6	85.2	20.3	98.8	85.9
LCI / BLI	56.5	89	56.6	85.3	84.1

Ces résultats ont été confirmés dans la 2ème phase prospective randomisée chez 52 patients avec une RCH (pas de différence en termes de topographie, ancienneté, sexe, âge), avec une meilleure corrélation au score de Nancy du score LCI/BLI comparativement au score Mayo (AUC = 0.727 (95% CI : [0.636; 0.818] *vs* AUC = 0.501 (95% CI : [0.461; 0.541], p<0,001)). Cependant, ces résultats n'ont pas été confirmés dans le groupe MC (score LCI/BLI (AUC= 0.583 (95% CI : [0.487; 0.68])) et CDEIS (AUC = 0.527(95% CI : [0.507; 0.546], p = 0,266)). La valeur prédictive de rechute n'était significative qu'à 12 mois uniquement pour les RCH et que pour les scores LCI/BLI et Nancy ((OR = 2.88 (95% CI : [1.29 ; 6.41]); p = 0.04) et (OR =1.95 (95% CI: [1.24-3.08]); p = 0.008)).

Conclusion : Le score LCI/BLI montre un intérêt dans la détection de l'inflammation muqueuse chez les patients suivis pour une RCH en rémission, avec une bonne reproductibilité interopérateur. Ces résultats encourageants n'ont pas été confirmés chez les patients suivis pour une MC. Enfin, comme le score de Nancy, le score LCI/BLI a une bonne valeur prédictive de rechute à 12 mois chez les patients atteints de RCH.

P.247

Impact du Ramadan sur les symptômes des MICI : étude observationnelle

S. Sbihi [1], N. Goujdami [1], Y. Yassine [1], H. Aouroud [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 : Le jeûne du Ramadan entraîne des modifications alimentaires, hydriques et du rythme de sommeil susceptibles d'influencer l'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les données à ce sujet restent limitées et controversées. L´objectif de notre étude est d´ estimer la variation des symptômes d'activité pendant le Ramadan *vs* période hors-ramadan chez les patients MICI.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle, prospective et monocentrique incluant des patients atteints de MICI (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) suivis dans notre service et ayant choisi de jeûner pendant le mois de Ramadan. L'activité de la maladie a été évaluée par des scores cliniques validés (CDAI pour Crohn, Partial Mayo pour RCH), complétés par un suivi des paramètres cliniques, biologiques et comportementaux (hydratation, sommeil, observance thérapeutique).

Résultats : L'étude a inclus 72 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), dont 44 (61 %) avaient une maladie de Crohn et 28 (39 %) une rectocolite hémorragique. L'âge moyen était de 34 ± 11 ans (18–62 ans) et le sex-ratio hommes/femmes était de 1,1. Au début du Ramadan, 55 patients (76 %) étaient en rémission clinique selon le Harvey–Bradshaw Index pour la maladie de Crohn et le Partial Mayo Score pour la RCH, tandis que 17 patients (24 %) présentaient une activité légère.
Pendant la période de jeûne, une aggravation clinique a été observée chez 14 patients (19 %), dont 6 ont nécessité une hospitalisation (8 %) et 9 ont eu recours à des corticostéroïdes (13 %). Les principaux facteurs associés à ces poussées étaient une hydratation nocturne insuffisante (< 6 verres/jour), un sommeil réduit à moins de 6 heures par nuit et une mauvaise observance thérapeutique. En revanche, 50 patients (69 %) n'ont présenté aucune modification significative de leurs symptômes et 8 patients (11 %) ont rapporté une amélioration subjective de leur état.
L'analyse par sous-groupes a montré que les patients en rémission au début du Ramadan étaient moins susceptibles de développer une poussée, tandis que ceux présentant déjà une activité légère étaient plus exposés. Ces observations suggèrent que, chez des patients sélectionnés et bien informés, le jeûne du Ramadan peut être généralement bien toléré. La surveillance de l'hydratation, du sommeil et de l'observance médicamenteuse apparaît cruciale pour minimiser le risque d'aggravation clinique.

Conclusion : Le jeûne du Ramadan semble globalement bien toléré chez les patients MICI en rémission, mais peut être associé à des poussées en cas de déshydratation, de privation de sommeil ou d'inobservance thérapeutique. Une évaluation pré-Ramadan et une adaptation personnalisée des conseils hygiéno-diététiques et thérapeutiques apparaissent indispensables.

P.248

Programme multimodal de 6 semaines dans les MICI : cohorte prospective évaluant handicap, qualité de vie et performances. Données à long terme

S. Dermine [1], L. Alioui [1], E. Lecoq [1], S. Jarraya [2], J. Bettolo [1], L. Billiauws [1], J. Bourdillel [1], C. Colas [1], C. Bresteau [1], M. El Khatib [1], T.N. Berea [1], C. Hutinet [1], L. Calcul Gold Dalg [1], A. Nuzzo [1], F. Joly [1], T. Bazin [1]

(1) Clichy ; (2) Paris.

Introduction : Malgré l'optimisation thérapeutique, de nombreux patients atteints de MICI présentent une fatigue, un déconditionnement et un handicap persistants. Nous avons évalué l'effet à court terme d'un programme hospitalier multimodal de 6 semaines, associant activité physique adaptée, éducation thérapeutique et accompagnement nutritionnel, sur le handicap, la qualité de vie et les performances fonctionnelles.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude de cohorte observationnelle monocentrique avec évaluations à l'inclusion (S0), à 6 semaines (S6, fin de programme) et à 12 mois (M12, exploratoire). L'intervention consistait en deux séances hebdomadaires pendant 6 semaines, comprenant activité physique supervisée d'environ 90 minutes, conseils diététiques personnalisés et éducation thérapeutique portant sur portant sur les connaissances et la gestion de la maladie. Le critère principal était la variation du score global IBD-Disk (0–100 ; plus élevé = handicap plus important) à S6. Les critères secondaires incluaient la qualité de vie (SF-36), les connaissances liées à la maladie (questionnaire ECIPE), l'activité physique (évaluation de la sédentarité par le score Ricci-Gagnon), la force (handgrip, test de lever de chaise), la performance physique (test de marche de 6 minutes [6MWD], test du Timed Up-and-Go [TUG]), la masse musculaire par impédancemétrie (ASMI) et les biomarqueurs inflammatoires (CRP, calprotectine). Les analyses étaient appariées et bilatérales.

Résultats : Trente-cinq adultes ont complété le programme. À S6, l'IBD-Disk s'est amélioré de −11,9 points par rapport à l'inclusion (IC95 % −16,9 à −6,9 ; p = 5,0×10□□). En utilisant une différence minimale cliniquement importante basée sur la distribution (0,5 SD à l'inclusion = 11,2 points), 20 patients sur 35 (55,6 %) ont été classés comme répondeurs. La qualité de vie s'est accrue (SF-36 + 13,0 ; p = 1,1×10□□) et les connaissances sur la maladie ont progressé (ECIPE + 7,63 ; p = 1,9×10□□). La proportion de participants « actifs » (Ricci-Gagnon ≥ 18/45) est passée de 47,2 % à 87,5 % (p = 1,39×10□□). Les performances fonctionnelles se sont également améliorées (6MWD + 61,6 m, p = 1,12×10□□ ; TUG − 1,51 s, p = 3,7×10□□ ; handgrip + 3,17 kg, p = 1,0×10□□ ; test de lever de chaise + 4,69 répétitions, p = 1,02×10□□). L'évaluation de la masse musculaire montrait une hausse modeste non significative à S6 et La CRP et la calprotectine sont restées stables à S6. L'observance du programme était très bonne (89.5 %), et seulement un événement indésirable lié à la maladie (abcès périnéal) a été observé.
À M12, l'amélioration moyenne de l'IBD-Disk était de −5,2 points (IC à 95 % : −14,5 à +4,1 ; n = 15), ce qui suggère une durabilité partielle de l'effet, mais avec une grande incertitude liée à la perte de participants (moyenne [écart type] : 40,7 [19,8]). Cependant, les améliorations observées sur le niveau d'activité physique (Ricci-Gagnon ≥ 18/45, 86.7 %, p=0.003) et les performances physiques (6MWD + 44,8 m, p=0.00158 ; TUG − 1,14 s, p=0.0277 ; test de lever de chaise + 3.27 répétitions, p=2.78×10□□) se maintenaient, ainsi que les connaissances sur la maladie (ECIPE +7.53 ; p=1.25×10□□).

Conclusion : Un programme supervisé, multimodal et court de 6 semaines apparaît sûr et associé à des améliorations cliniquement pertinentes du handicap, de la qualité de vie, des connaissances et de la capacité fonctionnelle chez des patients atteints de MICI, avec un maintien partiel à 12 mois. Des essais contrôlés multicentriques sont justifiés pour confirmer l'efficacité et étudier d'éventuels effets modificateurs de la maladie.

P.249

Evaluation de l'impact et bénéfices d'un programme d'Activité Physique Adaptée dans les MICI

S. Nahon [1], C. Le Berre [2], M. Barrau [3], L. Boivineau [4], C. Gay [5], G. Bouguen [6], J. Filippi [7], M. Fumery [8], N. Mathieu [9], M. Nachury [10], X. Roblin [3], P. Wils [10], A. Buisson [11], C. Slembrouck [11], S. Hamdan [12]

(1) Montfermeil ; (2) Nantes ; (3) Saint-Étienne ;
(4) Montpellier ; (5) Besançon ; (6) Rennes ; (7) Cagnes-sur-Mer ; (8) Amiens ; (9) Échirolles ; (10) Lille ;
(11) Paris ; (12) Issy-les-Moulineaux.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des pathologies touchant des individus de tout âge avec un important impact sur la qualité de vie des patients, tant sur le plan physique que psychologique. L'Activité Physique Adaptée (APA), en complément de la prise en charge médicamenteuse, a démontré de multiples effets bénéfiques, notamment une meilleure qualité de vie globale et une réduction de certains symptômes chez les patients atteints de pathologies chroniques, y compris dans les MICI. Des programmes personnalisés d'APA peuvent être proposés aux patients afin de lutter contre la sédentarité et favoriser l'adoption d'une activité physique régulière et durable chez les patients.
L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un programme d'APA sur l'activité physique et sur la qualité de vie des patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : « Le Moov + MICI » est un programme, proposé depuis février 2025 dans 10 centres français, conçu pour offrir aux patients atteints de MICI un accès facilité à des séances d'APA adaptées. Encadrées par un enseignant spécialisé et pouvant se dérouler en distanciel, ces séances sont complétées par des jeux et défis ludiques afin de stimuler l'engagement des patients et renforcer les bénéfices de l'activité physique du programme. Les données lors du bilan initial puis à 3 mois étaient collectées de façon prospective lors d'une visioconférence avec un enseignant APA, et complétés via une application dédiée.
Une fois le bilan terminal réalisé, un questionnaire de satisfaction est envoyé aux patients bénéficiaires du programme afin de recueillir leur expérience et leur ressenti.

Résultats : Les résultats préliminaires sont présentés avec des données collectées jusqu'au 23 septembre 2025. A cette date, un total de 76 patients étaient inscrits au programme dans les 10 établissements partenaires. L'âge moyen de ces patients était de 35 ans et une majorité de femmes (N=40) étaient inscrites.
Parmi les 26 patients ayant participé à au moins une intervention (i.e. jeu, séance et/ou bilan), le nombre de séances réalisées par patient était de 4,5 en moyenne. Le nombre de pas moyen par jour était de 6 304 au début du programme et augmentait à 7 590 en moyenne pendant la phase active du programme.
Parmi les 13 patients ayant terminé les 3 mois du programme, les principales sources de motivation citées par les patients pour participer au programme étaient la perte de poids (N=6), la réduction du stress et de la fatigue (N=3), ainsi que la reprise progressive d'une activité physique adaptée (N=3).
Les premiers patients pour lesquels les données des questionnaires de satisfaction (n=3) étaient disponibles ont déclaré avoir augmenté leur niveau d'activité physique grâce au programme, et exprimé le souhait de poursuivre une pratique régulière. Une augmentation du nombre moyen de répétitions réalisées au step test chez ces 3 patients a également été notée (N=70 au bilan initial ; N=86 au bilan final). Ces résultats seront mis à jour par les données de suivi attendues pour une trentaine de patients supplémentaires d'ici la tenue du congrès en cours d'inclusion, ce qui permettra d'affiner l'analyse et de renforcer la portée des conclusions.

Conclusion : Le programme « Le Moov + MICI » semble être un levier pertinent pour sensibiliser les patients atteints de MICI à l'importance d'une activité physique régulière et adaptée à leur condition. La mise en place d'une prise en charge encadrée, reposant sur une prescription médicale et l'intervention d'enseignants APA formés aux spécificités des MICI, a permis d'observer une tendance positive

quant à l'amélioration de la qualité de vie des participants. Ces premiers résultats encouragent à promouvoir ce type d'approche non médicamenteuse, en complément des traitements classiques, et à envisager sa généralisation à l'échelle nationale. Une telle démarche pourrait contribuer à une meilleure intégration de l'APA dans les parcours de soins des patients MICI.

P.250

Perception de l'intelligence artificielle dans la prise en charge des MICI : étude comparative médecins-patients

Z. Basri [(1)], F. Belabbes [(1)], H. Delsa [(1)], A. Nadi [(1)], O. Bahlaoui [(1)], N. Benjelloun [(1)], Y. Bennani [(1)], W. Khannoussi [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) représente une innovation majeure en gastroentérologie, particulièrement dans la prise en charge de plusieurs pathologies dont les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). Cependant, son adoption réussie nécessite une compréhension approfondie des attentes différenciées entre les médecins prescripteurs et les patients utilisateurs finaux. Cette étude vise à comparer systématiquement leurs perceptions, priorités et préoccupations concernant l'intégration de l'IA dans le parcours de soin.

Patients et Méthodes : Une étude observationnelle transversale a été menée auprès de 50 patients atteints de MICI et 30 gastro-entérologues, recrutés via deux questionnaires distincts sur Google Forms.
Les outils d'évaluation comprenaient des échelles de Likert, des questions à choix multiple et des items ouverts explorant : les sentiments associés à l'IA, les applications prioritaires, les craintes principales et l'impact perçu sur la relation thérapeutique.
Les analyses statistiques ont inclus des tests descriptifs et comparatifs.

Résultats : L'analyse des résultats préliminaires révèle un optimisme modéré mais contrasté : 60% des patients et 70% des médecins éprouvent de l'espoir face à l'IA. Les applications prioritaires diffèrent significativement : les médecins valorisent l'aide au diagnostic précoce (93%) et à la décision thérapeutique (87%), tandis que les patients privilégient le suivi personnalisé des symptômes (92%) et la prédiction des poussées (88%). Concernant les craintes, les médecins redoutent principalement la perte de contrôle décisionnel (83%) et la déshumanisation (77%), alors que les patients s'inquiètent de la confidentialité des données (85%) et de la complexité d'utilisation (62%). Une divergence majeure apparaît sur l'impact relationnel : 78% des patients estiment que l'IA améliorera la communication avec leur médecin, contre seulement 35% des médecins qui partagent cet avis.

Conclusion : Cette étude met en lumière des attentes structurellement différentes entre gastro-entérologues et patients concernant les applications de l'IA dans les MICI. Les résultats confirment une divergence fondamentale : là où les cliniciens privilégient des outils d'aide au diagnostic et à la décision thérapeutique, les patients plébiscitent des applications de surveillance proactive et d'accompagnement au quotidien.La perception opposée de l'impact sur la relation thérapeutique est particulièrement significative. Alors que les patients y voient un moyen d'enrichir le dialogue avec leur médecin, les cliniciens expriment des réserves sur son potentiel d'intrusion dans la relation de soin.
L'originalité de ce travail réside dans la démonstration quantitative que l'acceptabilité de l'IA dans les MICI ne dépendra pas seulement de sa performance technique, mais de sa capacité à s'insérer de manière complémentaire dans l'écosystème existant, en respectant les logiques distinctes des patients et des soignants.

P.251

Les auto-anticorps anti-interféron-α sont rares chez les patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin atteints d'infections virales

P. McLellan [(1)], P. Bastard [(1)], A. Bourrier [(1)], N. Grellier [(1)], C. Landman [(1)], P. Seksik [(1)], I. Nion-Larmurier [(1)], Y. Spaes [(1)], A. Cobat [(1)], H. Sokol [(1)]

(1) Paris.

Introduction : Les auto-anticorps dirigés contre l'interféron-α (Aab IFN-α) sont associés à un risque accru d'infections virales sévères. Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) présentent un risque élevé d'infections virales en raison de leur maladie et des traitements immunosuppresseurs qu'ils reçoivent.
Objectif : Évaluer la prévalence des Aab IFN-α chez les patients MICI ayant présenté des infections virales telles qu'un zona ou des infections sévères à EBV ou CMV, et la comparer à des patients MICI n'ayant pas présenté d'infection et à la population générale.

Patients et Méthodes : Étude cas-témoins à partir d'une cohorte monocentrique prospective de patients avec MICI. Les cas (n=62) étaient des patients avec MICI ayant présenté un antécédent d'infection sévère à EBV (n=4), à CMV (n=3) ou au virus Varicelle-zona (n=55). Un appariement 1:2 était réalisé avec des patients avec MICI sans histoire d'infection (n=131) sur l'âge, le sexe, le type de maladie et la durée d'évolution. Une comparaison de la prévalence des Aab IFN-α était aussi réalisée avec des témoins sains issus d'une cohorte publiée antérieurement (régression logistique de Firth). La détection des Aab IFN-α a été réalisée par ELISA.

Résultats : La prévalence des Aab IFN-α était faible chez les patients avec MICI et comparable qu'il y ait ou pas un antécédent d'infection virale sévère (1,6 % et 1,5 % ; p=1,0). Aucune différence significative n'a été observée dans les caractéristiques démographiques, phénotypiques ou thérapeutiques entre les 2 groupes. La durée d'évolution de la maladie était marginalement plus longue chez les patients avec antécédent d'infection (18,2 *vs* 16,9 ans ; p=0,053). Aucune différence de prévalence n'a été identifiée entre la population de patients avec MICI (n=195 ; 1.5%) et les témoins sains (n=34159 ; 0.3% ; p=0.77).

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques et démographiques des patients atteints de MICI avec et sans infection virale par rapport aux témoins sains

		MICI sans infection virale n: 131	(%)	MICI avec infection viral n: 62	(%)	Témoins sains n : 34159	(%)	p
Genre								0,73
Homme		71	54,2	36	58,1			
Femme		60	45,8	26	43,3			
Age		41,5	[29,7-53,3]	43,2	[30-56]			0,83
Durée MICI		16,9	[8,4-25,4]	18,2	[10-26,4]			0.053
Tabac								0,46
	Jamais	59	45,0	31	51,7			
	Sevré	16	12,2	6	10,0			
	actif	33	25,2	20	33,3			
	Non connu	19	14,5	5	8,3			
Crohn		n : 95		n=62				0,21
	L1	29	22,1	8	13,3			
	L2	24	18,3	18	30,0			
	L3	41	31,3	20	33,3			
	L4	1	0,8					
RCH		n : 36		n = 16				0,62
	E1	9	6,9	6	10,0			
	E2	7	5,3	2	3,3			
	E3	20	15,3	8	13,3			
Chirurgie								0,34
	oui	51	38,9	19	31,7			
	Non	80	61,1	43	71,7			
Treatment								0,22
	none	1	0,8	0	0,0			
	5ASA	3	2,3	5	8,3			
	Corticostéroïdes	5	3,8	2	3,3			
	Azathioprine ou Methotrexate	24	18,3	9	15,0			
	Infliximab, adalimumab	70	53,4	30	50,0			
	Ustekinumab, vedolizumab	19	14,5	16	26,7			
Taux de détection Aab		2	1,5	1	1,6	117	0,03	0,77

Abréviations : Aab : autoanticorps IFN : interferon, RCH : rectocolite hémorragique. Crohn : maladie de Crohn

Conclusion : Les Aab IFN-α sont rares chez les patients avec MICI qu'ils aient présenté un antécédent d'infection virale sévère ou non. La prévalence des Aab IFN-α chez les patients avec MICI est comparable à celle de la population générale. D'autres mécanismes immunitaires pourraient expliquer la susceptibilité accrue aux infections dans cette population.

Remerciements, financements, autres :

Mots-clés : auto-anticorps ; interféron-α ; MICI ; infections virales ; immunosuppression

P.252

Enquête multicentrique et multi-exercices sur la mise en place et les premiers bénéfices observés de la prise en charge pluridisciplinaire de patients MICI en hospitalisation de jour

A. Bozon [1], A. Borel [2], L. Caillo [2], I. Giraud [1], C. Breuker [1], M. Knight [2], M.C. Roux [2], P. Faure [3]
(1) Montpellier ; (2) Nîmes ; (3) Toulouse.

Introduction : Les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), sont complexes avec des interventions pluridisciplinaires multiples à organiser. Face à cet enjeu, la consultation pluridisciplinaire en HDJ permet une prise en charge globale et un suivi personnalisé du patient tout en optimisant les parcours à l'hôpital ainsi que leur valorisation. La mise en place en 2020 de la gradation des prises en charge ambulatoires et le déploiement de certaines expérimentations (Article 51), a permis la valorisation au sein d'un forfait des interventions de plusieurs professionnels de santé (PDS), actes de soins ou prestations intellectuelles, pour certains non remboursés en dehors de ce cadre financier. De nombreux parcours pluridisciplinaires en HDJ ont depuis pu être déployés.
Cette enquête a pour objectif de décrire la mise en œuvre des prises en charge pluridisciplinaire dans les MICI, au sein des HDJ, et de mettre en avant les premiers bénéfices perçus, en s'appuyant sur des exemples concrets afin de mieux comprendre leurs impacts organisationnels et économiques.

Patients et Méthodes : Une revue de littérature et une cartographie des HDJ proposant une prise en charge pluridisciplinaire ont été réalisées. Des entretiens semi-structurés en groupe ont ensuite été menés sur différentes thématiques (besoins identifiés, mise en place, bénéfices attendus et/ou observés, freins à anticiper, facteurs clés de succès) auprès de PDS de 3 établissements différents (2 CHU et 1 clinique privée) impliqués dans le déploiement de ces parcours, plus particulièrement pour les patients MICI.

Résultats : Un total de 13 PDS a pu être interrogé dont 3 gastro-entérologues, 6 pharmaciens, 1 médecin DIM, 2 infirmières et une membre de la direction hospitalière. Une variabilité a été observée en termes de méthodologie de déploiement, d'organisations fonctionnelles des soins et de PDS impliqués dans les établissements ayant déployé des consultations pluridisciplinaires en HDJ pour les patients MICI. Par exemple, certains établissements proposent une HDJ dédiée aux MICI, alors que d'autres ont une HDJ mutualisée pour les maladies chroniques. Certains mobilisent systématiquement les pharmaciens cliniciens alors que d'autres mettent l'accent en priorité sur les soins de support.
Pour la mise en place de ces interventions en HDJ, des PDS de chacun des établissements soulignaient la nécessité d'un certain nombre de prérequis comme la maîtrise et la vision complète des actes ou activités pouvant être intégrés dans l'HDJ, les outils de coordination indispensables ou encore la nécessité de définir les parcours pour évaluer la mutualisation de certains besoins. Ces prérequis sont nécessaires lors de la mise en place de ce type de prise en charge afin de prendre en compte le virage ambulatoire suite à l'apparition de nouveaux schémas thérapeutiques (i.e. le passage à des voies d'administration sous-cutanées).
Trois PDS d'un des établissements soulignait parmi les bénéfices l'augmentation des temps d'échanges entre patients et la possibilité de mettre en place une prise en charge holistique du patient chronique pour qui les besoins pluridisciplinaires au long cours sont importants. Cette prise en charge facilite les échanges qualitatifs permettant un accompagnement renforcé des patients sur l'ensemble des dimensions de leur qualité de vie et a permis de diminuer les ruptures de parcours dans un des EDS. Trois PDS d'un autre établissement mettaient en avant un gain d'attractivité de l'établissement pour les patients avec un suivi « à la carte » et le sentiment d'appartenance à une structure. La fidélisation et un recrutement facilité de PDS grâce à des postes rendus plus attractifs par le temps dédié à ce type de prise en charge complémentaire, plus complète, étaient également soulignés par les PDS de ce même établissement tandis que dans un second établissement, 2 PDS insistaient sur la pérennisation de postes de pharmaciens supplémentaires grâce à ces nouveaux financements.

Conclusion : Cette enquête met en exergue des différences dans la mise en place et de nombreux bénéfices de ces consultations pluridisciplinaires en HDJ dans le champ des MICI. Ce type de prise en charge pourrait constituer une réponse organisationnelle pertinente aux enjeux de chronicité, de coordination des soins et de valorisation des pratiques professionnelles hospitalières pour ces pathologies. Cette enquête montre également que le passage d'un financement à l'acte vers un forfait dédié à la consultation pluridisciplinaire en HDJ offre des perspectives positives en termes de valorisation du temps médical et de coordination pluridisciplinaire. Il permet aux établissements d'envisager une amélioration de la pertinence et de la qualité des soins, dans une logique de transformation durable de l'activité MICI des HDJ. Ces résultats ouvrent la voie à une généralisation de ce type de prise en charge mais devront faire l'objet d'une évaluation future pour être confirmés.

P.253

Maladie de Crohn ou tuberculose intestinale ? Un vrai défi diagnostique en zone endémique : apport du Quantiferon®. Expérience marocaine sur 4 ans

N. Bouhdoud [1], A. Sadik [1], F. Machayi [1], H. Aouroud [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 : Dans les pays endémiques pour la tuberculose, tels que le Maroc, le diagnostic différentiel entre tuberculose intestinale (TI) et maladie de Crohn (MC) demeure un défi majeur en raison de similitudes cliniques, endoscopiques et histologiques, notamment au niveau iléo-cæcal. Cette distinction est cruciale car elle conditionne la prise en charge thérapeutique : un traitement immunosuppresseur chez un patient tuberculeux non diagnostiqué peut être fatal, tandis qu'un retard au diagnostic de MC peut aggraver le pronostic évolutif. Le Quantiferon-TB Gold® est un test immunologique basé sur la libération d'IFN-γ en réponse à des antigènes spécifiques de Mycobacterium tuberculosis, proposé comme outil d'orientation diagnostique. Nous avons évalué son apport dans un contexte marocain.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, menée dans notre service sur une période de 4 ans (janvier 2019 – décembre 2023). Ont été inclus tous les patients explorés pour iléocolite chronique avec suspicion de MC ou TI. Chaque patient a bénéficié d'une coloscopie avec biopsies sur SS0,9% et formol, d'un entéro-scanner et d'un bilan phtisiologique, en plus du test Quantiferon®.

Résultats : Un total de 172 patients a été inclus dans l'étude, comprenant 143 cas de maladie de Crohn (MC), soit 83,1 %, et 29 cas de tuberculose intestinale (TI), soit 16,9 %. Sur le plan démographique, l'âge moyen des patients atteints de MC était de 31,5 ± 9,8 ans, contre 39,7 ± 11,2 ans pour ceux présentant une TI. Le sex-ratio F/H était de 1,3 pour la MC et de 1,5 pour la TI. Concernant les manifestations cliniques, les douleurs abdominales chroniques étaient les plus fréquentes dans la MC (52 %), suivies des diarrhées (36 %) et du syndrome sub-occlusif (12 %). Dans la TI, les douleurs abdominales étaient retrouvées dans 48 % des cas, les diarrhées chroniques dans 34 %, et la constipation ou les épisodes sub-occlusifs dans 18 %.À l'endoscopie, les lésions ulcérées segmentaires et longitudinales prédominaient dans la MC (68 %), tandis que la tuberculose intestinale se caractérisait plus souvent par des ulcérations et un aspect pseudotumoral (55 %).
L'étude histologique a mis en évidence des granulomes épithélioïdes dans 28 % des cas de MC contre 62 % des cas de TI.
L'évaluation du test Quantiferon® a montré, chez les patients atteints de MC (n = 143), un résultat positif dans 21 cas (14,7 %), négatif dans 112 cas (78,3 %) et indéterminé dans 10 cas (7,0 %). Chez les patients atteints de TI (n = 29), le test était positif dans 25 cas (86,2 %), négatif dans 2 cas (6,9 %) et indéterminé dans 2 cas (6,9 %). La performance diagnostique du Quantiferon® a montré une sensibilité de 86 %, une spécificité de 85 %, une valeur prédictive positive (VPP) de 63 % et une valeur prédictive négative (VPN) de 95 %. L'analyse comparative a révélé qu'un Quantiferon positif était fortement associé à la TI (OR = 12,3 ; IC 95 % [4,5 – 27,6] ; p < 0,001). L'association d'un Quantiferon positif et de la présence d'un granulome histologique augmentait la VPP à 82 %. À l'inverse, chez les patients présentant un Quantiferon négatif associé à l'absence de granulome avec nécrose caséeuse, la probabilité de maladie de Crohn dépassait 90 %.

Conclusion : Dans notre contexte marocain, où la tuberculose reste endémique, le Quantiferon® apparaît comme un outil fiable pour orienter le diagnostic différentiel entre MC et TI, avec une excellente valeur prédictive négative. Toutefois, son interprétation doit être intégrée aux données endoscopiques et histologiques. L'association Quantiferon + histologie renforce la précision diagnostique. Des études prospectives multicentriques marocaines, intégrant également le Genexpert® sur biopsies et des marqueurs sérologiques (ASCA, pANCA), sont nécessaires afin d'élaborer un algorithme décisionnel adapté au Maroc

P.254

Comportements alimentaires restrictifs et suspicion d'ARFID dans les MICI : prévalence, profils et impact clinique

T. Bazin [1], J. Soto [1], S. Dermine [1], L. Billiauws [1], M. El Khatib [1], T.N. Berea [1], C. Bresteau [1], F. de Castelbajac [1], M. Hanachi [2], F. Joly [1]

(1) Clichy ; (2) Villejuif.

Introduction : Chez les adultes atteints de MICI, des comportements alimentaires évitants/restrictifs compatibles avec une suspicion d'ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) sont rapportés, mais leur fréquence et leurs conséquences concrètes sur la vie quotidienne et la santé restent mal documentées. Nous avons donc estimé la prévalence d'une suspicion d'ARFID chez des patients atteints de MICI et examiné ses liens avec des dimensions cliniques et psychosociales mesurables : hypersensibilité viscérale (*Vs*I), anxiété et dépression (GAD-7/PHQ-9), handicap rapporté (IBD-Disk), ainsi que des indicateurs nutritionnels et de force musculaire.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale monocentrique chez des adultes atteints de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique. Le dépistage reposait sur la version française du questionnaire Nine-Item ARFID Screen (NIAS-Fr), avec une suspicion fondée sur le dépassement des seuils des sous-échelles (mangeur difficile ≥ 10, peur de manger ≥ 10, petit appétit ≥ 9) et une définition alternative par score global NIAS ≥ 24. Les évaluations concomitantes comprenaient l'hypersensibilité viscérale (*Vs*I), l'anxiété (GAD-7), la dépression (PHQ-9), le handicap (IBD-Disk), ainsi que des paramètres nutritionnels et de force musculaire. Nous avons comparé les caractéristiques des patients selon la présence d'une suspicion d'ARFID et exploré des profils en fonction des sous-types.

Résultats : Soixante-cinq patients ont été inclus (âge médian : 33 ans ; 60 % de femmes). Une suspicion d'ARFID a été identifiée chez 32,3 % des patients avec l'approche par sous-échelles, contre 12,3 % avec un seuil global NIAS ≥ 24. L'ARFID suspecté était plus fréquent chez les femmes et dans la maladie de Crohn. Il s'associait à un handicap plus élevé (score IBD-Disk médian 48 *vs* 34,5 ; p = 0,007), à une hypersensibilité viscérale accrue (*Vs*I ≥ 37,5 : 67 % *vs* 34 % ; p = 0,002), à davantage d'anxiété (GAD-7 ≥ 10 : 48 % *vs* 20 % ; p = 0,03) et à des symptômes dépressifs plus sévères (p = 0,045). Le profil « petit appétit » était associé à un antécédent de résection intestinale ; le profil « peur de manger » lié à l'hypersensibilité viscérale et à une qualité de vie altérée ; et le profil « mangeur difficile » était associé à un âge plus jeune, un IMC plus bas et une faible masse musculaire (50 % *vs* 14 % ; p = 0,047).

Conclusion : Chez l'adulte atteint de MICI, la suspicion d'ARFID est fréquente et s'accompagne d'un retentissement fonctionnel et psychologique, ainsi que d'indices de vulnérabilité nutritionnelle. Ces résultats justifient un dépistage ciblé en pratique courante et une prise en charge multidisciplinaire précoce intégrant éducation, soutien nutritionnel et accompagnement psychologique. Des études de plus grande taille sont nécessaires pour confirmer ces résultats et préciser leur lien avec la sarcopénie ainsi que leur impact sur l'évolution des MICI.

P.255

Prévalence des MICI chez les cœliaques : expérience d'un centre hospitalier universitaire

N. Sardi [(1)], F.Z. Chabib [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Ajana [(1)], M. Kadiri [(1)], N. Lagdali [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'association maladie cœliaque (MC)–maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est rare et principalement rapportée sous forme de cas isolés. Le chevauchement sémiologique (diarrhée, douleurs, malabsorption) entretient la confusion diagnostique. Cette étude vise à estimer la prévalence des MICI chez les patients atteints de MC et à décrire leur évolution sous régime sans gluten (RSG), afin d'éclairer le dépistage croisé et d'optimiser la prise en charge intégrée.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive, monocentrique, menée sur une période de 30 ans (1995–2025) dans un service de gastro-entérologie hospitalo-universitaire. Ont été inclus tous les patients suivis pour MC confirmée (faisceau clinico-biologique ± histologie duodénale). Les MICI (maladie de Crohn/rectocolite hémorragique) ont été identifiées sur documentation clinico-endoscopique, radiologique et histologique. Les variables analysées étaient : âge, sexe, type de MICI, chronologie MICI *vs* MC (concomitante, postérieure ou antérieure) et évolution sous RSG. Les analyses étaient descriptives (%, médiane, IQR) et la prévalence calculée avec IC95 % selon la méthode de Wilson.Données manquantes non imputées. Analyses réalisées avec Jamovi.

Résultats : Parmi 344 patients atteints de MC, 22 présentaient une MICI associée, soit une prévalence de 6,4 % (IC95 % : 4,3–9,5). La maladie de Crohn prédominait (n = 19 ; 86,4 %) sur la rectocolite hémorragique (n = 3 ; 13,6 %). L'âge médian au diagnostic était de 24 ans (IQR 19–33) avec une prédominance féminine (sex-ratio F/H = 1,75). Chez les patients atteints de Crohn, la localisation était iléocolique dans 57,9 %, colique dans 26,3 % et iléale dans 15,8 %. Le phénotype était inflammatoire (B1) dans 63,1 %, sténosant (B2) dans 21 % et fistulisant (B3) dans 15,9 %. Les trois RCH présentaient deux formes gauches (E2) et une pancolite (E3), toutes modérées à sévères (Mayo 2–3). La MICI était concomitante à la découverte de la MC dans 50 %, postérieure dans 45,5 % et antérieure dans 4,5 %. Après un suivi médian de 24 mois (IQR 18–36), 19 patients (86,4 %) présentaient une amélioration clinique sous RSG, plus marquée dans les formes inflammatoires de Crohn et les RCH gauches. Trois patients (13,6 %) restaient symptomatiques (formes sténosantes ou pancoliques). L'amélioration fonctionnelle concernait 81,8 % des cas, sans corrélation significative avec la réponse biologique (baisse de la CRP dans 36,4 %) ni endoscopique (stabilité ou amélioration partielle dans 72,7 %). Aucun cas d'aggravation ni complication sévère n'a été observé.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence non négligeable de l'association MC–MICI, avec des diagnostics souvent concomitants. Le RSG améliore principalement la symptomatologie fonctionnelle, sans effet significatif sur l'activité inflammatoire. Un dépistage ciblé et une prise en charge gastro-nutritionnelle coordonnée sont essentiels pour optimiser la gestion de ces formes associées.

P.256

MICI & réseaux sociaux : entre soutien et désinformation. Analyse du contenu des publications en ligne

M. Cheker [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], A. Sidi [(1)], L. Nada [(1)]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) suscitent un intérêt croissant sur les réseaux sociaux, où les patients recherchent soutien et information. Ces plateformes constituent un espace d'échange non régulé où se mêlent témoignages, conseils et discours pseudo-scientifiques. L'objectif de ce travail était d'analyser la qualité et la conformité scientifique des informations relatives aux MICI diffusées sur les réseaux sociaux dans un contexte local.

Patients et Méthodes : Une étude observationnelle descriptive a été menée entre janvier et juillet 2025. Les publications publiques traitant des MICI ont été identifiées à partir de groupes Facebook, pages Instagram et comptes X (Twitter) marocains, en utilisant les mots-clés « maladie de Crohn », « rectocolite hémorragique », « MICI » et leurs équivalents en arabe. Chaque publication a été analysée selon une grille de lecture standardisée incluant la nature du contenu (témoignage, conseil, information, publicité), le profil de l'auteur (patient, professionnel, influenceur, page commerciale), la présence de sources citées et la conformité scientifique vis-à-vis des recommandations ECCO et GETAID.

Résultats : Au total, 236 publications ont été analysées. Les témoignages de patients constituaient la majorité des contenus (54 %), suivis des conseils alimentaires ou de mode de vie (27 %), des publications à visée informative (12 %) et des contenus publicitaires (7 %). La provenance des messages était dominée par les patients et leurs proches (68 %), puis les professionnels de santé (18 %) et les pages commerciales ou pseudo-thérapeutiques (14 %). Concernant la fiabilité, 41 % des publications étaient conformes aux recommandations internationales, 33 % partiellement conformes et 26 % non conformes ou erronées. Les principales erreurs concernaient la promotion de régimes restrictifs, l'usage de compléments non validés, la confusion entre Crohn et rectocolite hémorragique et les conseils d'arrêt ou de modification de traitement sans avis médical. Seules 15 % des publications citaient une source scientifique identifiable.

Conclusion : Les réseaux sociaux représentent une source d'information dynamique mais hétérogène sur les MICI, où la désinformation demeure fréquente. Ces résultats soulignent la nécessité d'une implication plus active des professionnels de santé afin de promouvoir une communication fiable et scientifiquement validée sur les plateformes numériques, en particulier dans les pays à littératie médicale limitée.

P.257

Intérêt des scores prédictifs de non réponse à la corticothérapie dans les colites aiguës graves, quelle place dans la pratique courante ?

O. Merzouki [(1)], I. El Fadli [(1)], W. Boukamza [(1)], S. Mliyahe [(1)], A. Akjay [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'évaluation initiale semble être un facteur essentiel dans la prise en charge des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale en colite aiguë grave (CAG). Malgré de nombreuses avancées thérapeutiques dans la prise en charge de la CAG, le taux d'échec de la corticothérapie reste élevé. L'objectif de cette étude est d'identifier les meilleurs facteurs prédictifs de non réponse à la corticothérapie, ce qui pourrait nous permettre d'adapter notre prise en charge en urgence de ces patients.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique des cas de CAG. Les cas répondant aux critères clinico-biologique de Truelove et Witts ont été retenus. Le score de Lichtiger, les critères additionnels de Truelove et Witts (fièvre, tachycardie, anémie ou élévation de la CRP), le score UCEIS et le score ADMIT-ASC (CRP supérieure ou égale à 100 mg/L (1 point), Albumine inférieure ou égale à 25 g/L (1 point) UCEIS supérieur ou égale à 4 (1 point) et supérieur ou égal à 7 (2 points)) ont été enregistrés à l'admission. Le critère d'évaluation pré-spécifié (d'échec thérapeutique) comprenait l'utilisation d'anti-TNF ou la colectomie au cours de la même admission. L'analyse statistique a été réalisée a l'aide du logiciel SPSS 28.0.

Résultats : Entre septembre 2021 et Mai 2024, 203 dossiers ont été analysés, 68 cas ont été retenus comme CAG. Tous répondaient aux critères de TW modifiés de colite aiguë grave. Trente-sept patients étaient des hommes (54 %), l'âge médian à la présentation était de 32 ans (15-85), l'ancienneté de la maladie était d'environ 4 ans (0-16). Trente-deux patients ont eu besoin d'un traitement de secours (47%), 6 patients ont subi une colectomie au cours de la même hospitalisation (8,8 %) et 24 patients ont eu besoin d'un anti TNF (35,2%). Un score de Lichtiger sévère (supérieur ou égal à 11) a été retrouvé chez 34 patients (50%) et a été associé à un traitement de secours pour 20 patients (58%), (p=0,052). Des critères de Truelove et Witts supplémentaires (plus de 2) ont prédit un échec thérapeutique pour 14 patients (86%) (p=0,0001). Sur le plan endoscopique, un score UCEIS sévère (7 ou 8) a été retrouvé chez 32 patients (47,1%), et a été associé à un échec thérapeutique pour 17 patients (53%), (p=0,345). Un score ADMIT-ASC élevé (3 ou plus) a été retrouvé chez 8 patients et était corrélé positivement avec l'échec de la corticothérapie pour 7 patients (87%), (p=0,015).

Conclusion : Les facteurs prédictifs précoces d'échec de la corticothérapie dans la CAG doivent être considérés comme des outils puissants pour personnaliser les mesures thérapeutiques et anticiper l'échec avant les échéances classiques. De nouveaux scores tels que le score ADMIT-ASC, basé sur des données biologiques et endoscopiques, semble identifier précocement les non-répondeurs, facilement calculable, et pourrait constituer une bonne perspective dans notre pratique quotidienne. Nous inscrivant ainsi dans une prise en charge personnalisée et plus pragmatique des patients.

P.258

Acceptabilité des examens endoscopiques chez les patients atteints de MICI

S. Bentabet [(1)], E. Hajar [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), comprenant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, nécessitent un suivi endoscopique régulier pour évaluer l'activité de la maladie, guider le traitement et dépister les complications, notamment les dysplasies coliques. Cependant, ces examens invasifs sont souvent associés à des contraintes (préparation, douleur, anxiété) pouvant influencer leur acceptabilité et, par conséquent, l'adhésion des patients à la prise en charge.
Cette étude vise à évaluer l'acceptabilité des examens endoscopiques chez des patients atteints de MICI à l'aide d'un questionnaire structuré, afin d'identifier les principaux freins, leviers et axes d'amélioration dans la prise en charge.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée à l'aide d'un questionnaire distribué à des patients adultes atteints de MICI, suivis au sien du service d'Hépato-gastroentérologie. Le questionnaire comportait 6 sections : données sociodémographiques, informations médicales, antécédents d'endoscopie, ressenti et acceptabilité, perception générale, et suggestions d'amélioration.
Les critères d'inclusion étaient : âge ≥ 18 ans, diagnostic confirmé de MICI, au moins un examen endoscopique antérieur. L'analyse des données a été réalisée de manière descriptive.
L'acceptabilité a été évaluée sur une échelle de 1 à 10. Les variables catégorielles ont été exprimées en fréquence et pourcentages.

Résultats : Au total, 180 patients ont été inclus dans notre étude (âge moyen : 34,2 ; 58 % de femmes). La maladie de Crohn représentait 66,6 % des cas, contre 33,4% de rectocolite hémorragique. La coloscopie était la plus fréquente (92%), suivie de la fibroscopie (42%) et de la rectosigmoidoscopie (20%) et 93 patients avaient réalisé plus de trois examens endoscopiques au cours de leur suivi.
La préparation était jugée difficile ou très difficile par 39% de nos patients, supportable par 46% et facile par seulement 15%. Avant l'examen, 64% se déclaraient bien informés, et 36% peu ou pas inofrmés24%. La sédation, utilisée chez 72% des patients, réduisait nettement l'inconfort. Concernant la douleur, 26% n'ont rapporté aucun inconfort, 37% un inconfort léger, 25% modéré et 12% fort. Après l'examen, les résultats ont été expliqués à 79% de nos malades.
Les freins les plus souvent rapportés étaient la préparation (52%), la douleur (38%), l'anxiété (33%) et le manque d'information (29%).
Le score moyen d'acceptabilité était de 7,2 ± 1,8/10. L'examen était jugé utile ou très utile par 81% des patients. Si nécessaire, 67% accepteraient de refaire une endoscopie sans hésitation, 28% avec appréhension et 5% refuseraient. Enfin, la quasi-totalité de nos patients (94%) se déclaraient favorables à des alternatives non invasives si elles étaient aussi fiables.
L'endoscopie renforçait la confiance dans la prise en charge pour 58% des patients, n'avait pas d'impact particulier selon 62 patients, et un impact négatif pour 8%.

Conclusion : L'acceptabilité des examens endoscopiques chez les patients MICI est globalement satisfaisante, mais elle reste limitée par la préparation, la douleur et le manque d'information. Optimiser la sédation, renforcer l'information et proposer des alternatives fiables amélioreront probablement l'adhésion des patients au suivi.

P.259

L'insomnie persistante exacerbe la maladie de Crohn en favorisant l'inflammation systémique : étude clinique sur un an

M. Aouroud [(1)], H. Aouroud [(1)], Y. Yassine [(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'insomnie chronique est un trouble fréquent, caractérisé par une altération du sommeil réparateur et un déséquilibre neuro-immunitaire. Dans la maladie de Crohn (MC), plusieurs données suggèrent que les troubles du sommeil peuvent aggraver la réponse inflammatoire et influencer l'évolution de la maladie. Cette étude vise à évaluer l'impact de l'insomnie persistante sur l'activité clinique et biologique de la MC, ainsi que sur la fatigue et la qualité de vie des patients.

Matériels et Méthodes : Une étude prospective observationnelle a été réalisée sur une période de 12 mois, incluant 76 patients adultes atteints de MC confirmée. L'insomnie a été évaluée à l'aide de l'Insomnia Severity Index (ISI), et une insomnie persistante était définie par un score ≥ 15. L'activité de la maladie a été mesurée par le Crohn's Disease Activity Index (CDAI), la CRP et la calprotectine fécale. Les scores de fatigue (IBD-F), d'anxiété et dépression (HADS), et de qualité de vie (IBDQ) ont également été recueillis à l'inclusion et à la fin du suivi.

Résultats : Parmi les 76 patients inclus (âge moyen 36,4 ± 10,2 ans ; 55 % de femmes), 29 (38,1 %) présentaient une insomnie persistante. Ces patients avaient, dès l'inclusion, des scores CDAI et CRP plus élevés et un retentissement fonctionnel plus important comparativement aux patients sans trouble du sommeil. Au terme du suivi d'un an, le score CDAI moyen est resté élevé chez les insomniaques (186 ± 72) alors qu'il a diminué chez les non-insomniaques (132 ± 58). Les niveaux moyens de CRP (14,8 ± 7,2 mg/L) et de calprotectine fécale (312 ± 110 µg/g) sont demeurés supérieurs dans le groupe insomniaque, traduisant une inflammation systémique persistante. Les scores IBD-F étaient nettement plus élevés chez les patients insomniaques (13,6 ± 3,9 contre 9,4 ± 3,2), indiquant une fatigue chronique plus marquée. Sur le plan psychologique, les scores HADS-Anxiété et HADS-Dépression étaient également plus élevés chez les insomniaques, reflétant une atteinte émotionnelle associée. Les patients présentant une insomnie persistante ont rapporté une détérioration significative de la qualité de vie, notamment dans les dimensions du sommeil, de l'énergie et des activités sociales selon l'IBDQ. L'analyse multivariée a montré que l'insomnie persistante constituait un facteur indépendant associé à une activité élevée de la maladie (OR = 2,9 ; IC95 % : 1,3–6,4), indépendamment du sexe, de la durée d'évolution ou du traitement biologique.

Conclusion : Cette étude met en évidence que l'insomnie persistante est étroitement liée à une aggravation de la maladie de Crohn, en particulier à travers une inflammation systémique entretenue. Les patients insomniaques présentent des taux plus élevés de CRP et de calprotectine, une fatigue plus intense et une altération marquée de la qualité de vie. Ces résultats renforcent l'hypothèse selon laquelle le sommeil joue un rôle clé dans la régulation immunitaire. Le dépistage et la prise en charge ciblée des troubles du sommeil devraient être intégrés au suivi global des patients atteints de MICI afin de limiter la chronicité de l'inflammation et d'améliorer le pronostic clinique.

P.260

Etude IBD-SELFCARE : résultats préliminaires

P. Veyrard [(1)], M. Barrau [(1)], A.S. Peaucelle [(1)], L. Bastide [(1)], T. Lefebvre [(2)], X. Roblin [(1)]
(1) Saint-Étienne ; (2) La Tronche.

Introduction : Alors qu'il n'est pas recommandé de régime spécifique hors alimentation méditerranéenne dans les maladies inflammatoires digestives, des études montrent que 75% de patients MICI modifient leur alimentation après le diagnostic de leur maladie. 1
De même, certaines études relatent que presque la moitié des patients prennent des probiotiques.
L'observatoire des MICI de l'AFA montrait que plus de 70% des patients avaient eu recours a des médecines dites alternatives. 2
A ce jour, il n'existe pas de donnée sur les mesures complémentaires prises par les patients pour gérer le retentissement de leur maladie et le fardeau lié à leur pathologie.
L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'ensemble des mesures prises par les patients en fonction du fardeau lié à leur pathologie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective bicentrique ayant reçu un avis favorable du comité d'éthique sous le numéro CE2025-140.
Tous les patients porteurs d'une MICI connues depuis plus de 3 mois et suivis en consultation ou en hôpital de jour étaient inclus. Un questionnaire leur était remis ainsi qu'un IBD disk dont l'intérêt pour montrer le « fardeau » de la maladie a déjà été démontré.

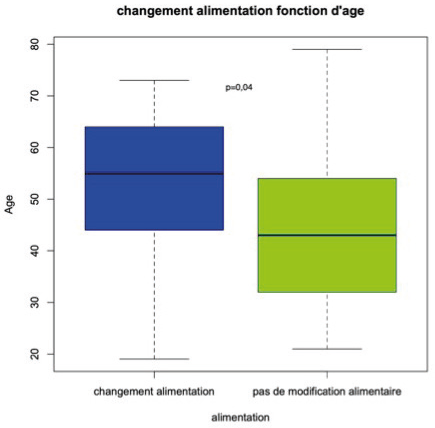


Figure 1 : Age moyen des patients modifiant ou non leur alimentation

Résultats : Soixante-quatre patients ont été inclus entre le 3/09/25 et le 02/10/25 avec les caractéristiques suivantes :
Sexe : 59,4% des femmes,
Tabagisme actif : 18,6%
Traitement par biothérapie : 93%
RCH : 46,8%
Age moyen était de 48, 25 ans (35,75-60,25 ans).
67% des patients évaluaient leur maladie comme étant en rémission. 54,6% des patients avaient changé leur alimentation depuis le diagnostic de leur maladie :
80% par des modifications non recommandées (diminution des fibres, arrêt du gluten ou du lactose, micro-nutrition), et 28,5% par des modifications « validées » (régimes anti inflammatoires, majoration des fibres), 18,75% avaient recours à des médecines dites alternatives. (L'ostéopathie dans 75% des cas)
51,5% pratiquaient une activité physique régulière dont 28,9% l'avait débuté après le diagnostic de leur maladie.
17,2% prenaient des probiotiques et 17% des compléments

alimentaires. 10% des patients consommaient des boissons fermentées.
Concernant l'alimentation, l'activité de la maladie perçue par le patient ou le fardeau de la maladie n'étaient pas associés à des changements dans l'alimentation, l'âge du patient était cependant un facteur associés à des modifications alimentaires. (p=0,044) (Figure 1).
Le seul facteur retrouvé comme significativement associé au recours aux médecines alternatives étaient l'IBD disk élevé (p=0,004). (Figure 2) Ni le lieu de suivi, ni l'activité professionnelle, ni l'âge, ni le type de maladie n'étaient associés à une différence significative. On note toutefois que l'item douleur articulaire était significativement plus élevé chez ces patients qui pratiquaient donc majoritairement l'ostéopathie. (t=-2,85, p=0,015)

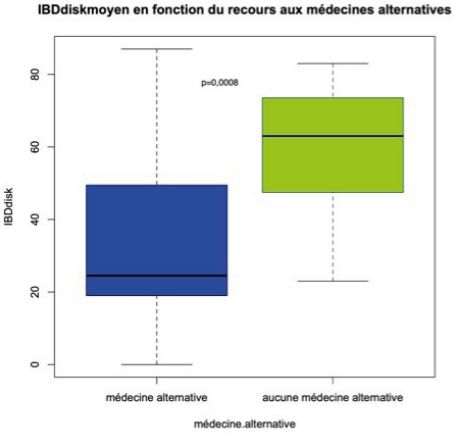


Figure 2 : IBD disk en fonction du recours ou non à des médecines alternatives

Conclusion : Plus de la moitié des patients suivis pour une MICI modifient leur alimentation, et les patients jeunes sont plus enclin à effectuer ce changement. Dans notre étude, moins d'un quart des patients avaient recours à des médecines alternatives, un « fardeau » important de la maladie était significativement associé au recours à ce type de médecine.
Ces résultats sont préliminaires et les inclusions se poursuivent.

Remerciements, financements, autres : remerciements à l'AFA

P.261

Les enjeux cachés des MICI : qualité de vie et besoins extra-médicaux au CHU d'Orléans

O. Wilson [1], A. Said [2], P. Potier [1], B. Beye [1]
(1) Orléans ; (2) Casablanca, MAROC.

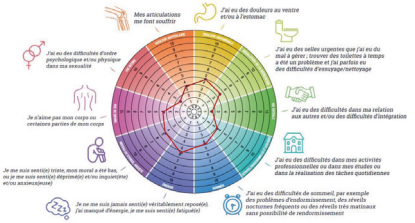
Introduction : La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont des affections chroniques invalidantes. Bien que les indicateurs de qualité de vie tels que les PROMS et PREMS soient couramment utilisés dans les essais cliniques, leur intégration en pratique courante reste limitée, souvent par manque de temps. Cette étude vise à évaluer la qualité de vie des patients atteints de MICI modérée à sévère suivis au CHU d'Orléans, et à identifier leur recours aux soins de support tout au long de leur parcours de soins.

Matériels et Méthodes : Entre août et novembre 2024, 118 patients ont complété un questionnaire distribué en consultation ou en hôpital de jour. L'évaluation du handicap a été réalisée via l'IBD Disk, accompagnée de données socio-économiques (soutien familial, activité professionnelle, arrêts de travail). Les informations cliniques incluaient le type de MICI, les traitements reçus (voie d'administration et impact perçu), le statut de la maladie (rémission ou non), et l'accès aux soins de support.

Tableau 1 : recensement des traitements

Infliximab	IV	48
	SC	10
Vedolizumab	IV	26
	SC	1
Adalimumab		15
Ustekinumab		14
Golimumab		1
Risankizumab		1
AntiJAK		0
MTX		10
Azathioprine		8
5 ASA		17

Figure 1 : IBD Disk



Résultats : Les patients, âgés de 17 à 91 ans (âge moyen : 44 ans), étaient majoritairement atteints de MC (77 MC, 38 RCH, 3 colites inclassées), avec une répartition équilibrée entre hommes (61) et femmes (57). La moitié d'entre eux avaient été diagnostiqués depuis plus de cinq ans. Les traitements administrés étaient principalement intraveineux (tableau 1), mais seulement 10.8 % des patients ont rapporté un impact négatif lié à cette voie. L'analyse des scores IBD Disk (figure 1) révèle des symptômes digestifs persistants (douleurs abdominales, urgence défécatoire), ainsi que des troubles du sommeil et de l'humeur, de l'anxiété, avec des scores supérieurs à 4/10. Parmi les 59 patients en rémission clinique, 30 présentaient encore des symptômes digestifs invalidants. Sur le plan socio-économique, 30 % des patients se déclaraient en situation d'isolement social. Parmi les 80 patients économiquement actifs, 37,5 % ont connu un arrêt temporaire de travail et 10 % un arrêt définitif. Concernant les soins de support (tableau 2), les patients ont principalement eu recours aux pharmaciens, diététiciens,

psychologues et ostéopathes. En revanche, seuls 5 % ont consulté une assistante sociale, et 3 % ont rencontré une infirmière d'éducation thérapeutique, malgré les besoins identifiés. Depuis 2023, les patients initiant un traitement par voie sous-cutanée rencontrent systématiquement une IDE d'éducation thérapeutique.

Conclusion : Cette étude met en lumière les répercussions persistantes de symptômes invalidants, même en période de rémission, chez les patients atteints de MICI modéré à sévère. Les troubles psychologiques et l'isolement social sont fréquents, et les ressources de soins de support restent insuffisamment mobilisées. Un renforcement des équipes et une meilleure structuration de l'accompagnement sont essentiels pour améliorer la prise en charge globale de ces patients.

P.262

Dépistage de la dysmorphophobie chez les sujets atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

M. Afifi [(1)], O. Chiheb [(1)], Z. Boukhal [(1)], F.Z. El Rhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], H. Fouad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La dysmorphophobie (Body Dysmorphic Disorder, BDD) est un trouble psychiatrique caractérisé par une préoccupation excessive concernant l'apparence physique, entraînant une souffrance psychologique et une altération du fonctionnement social. Bien que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) aient un impact majeur sur la qualité de vie, les données concernant les troubles de l'image corporelle dans cette population restent rares. Notre étude a pour objectif d'évaluer la prévalence de la dysmorphophobie chez des patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude transversale descriptive auprès de patients atteints de MICI, à l'aide d'un questionnaire en ligne. Le dépistage de la dysmorphophobie a été réalisé au moyen du score BDD-Q (Body Dysmorphic Disorder – Questionnaire) simplifié, considéré positif si supérieur ou égal à 3 sur 5. L'analyse statistique a été effectuée avec Microsoft Excel 2025.

Résultats : Un total de 104 patients a été inclus, avec un âge moyen de 42,3 ± 14 ans et une prédominance féminine (86,5 %). La répartition des MICI était de 76 % pour la maladie de Crohn, 19 % pour la rectocolite hémorragique (RCH) et 5 % pour les colites inclassées. Le score moyen au BDD-Q était de 3,44 et la prévalence globale de la dysmorphophobie atteignait 71,2 %.

La dysmorphophobie était significativement plus fréquente chez les patients de 40 ans et plus (83,9 % *vs* 56,2 % ; p = 0,0039). Selon le type de MICI, elle prédominait chez les patients atteints de maladie de Crohn (77,2 %) par rapport à la RCH (50,0 %) (p = 0,048). En revanche, le sexe n'était pas associé à une différence significative (70,0 % chez les femmes *vs* 78,6 % chez les hommes ; p = 0,73).

La chirurgie digestive (78,0 % *vs* 66,7 % ; p = 0,30), la présence ou l'antécédent de stomie (73,9 % à 85,7 % ; p = 0,61), les antécédents psychiatriques (68,6 % à 78,6 % ; p = 0,85) et les manifestations ano-périnéales (75,0 % *vs* 68,3 % ; p = 0,60) étaient associés à des prévalences plus élevées, mais sans atteindre la significativité statistique.

Conclusion : Notre étude met en évidence une fréquence élevée de la dysmorphophobie chez les patients atteints de MICI (71,2 %). Elle est significativement plus marquée en cas d'âge ≥40 ans et chez les patients atteints de maladie de Crohn. Bien que d'autres facteurs (chirurgie, stomie, antécédents psychiatriques, MAP) montrent des tendances à la hausse, ces associations n'étaient pas significatives. Ces résultats soulignent l'importance d'un dépistage précoce de ces troubles de l'image corporelle afin de permettre un accompagnement psychologique adapté et d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire des patients MICI.

P.263

MICI et alimentation : étude sur les croyances, restrictions alimentaires et complications nutritionnelles

S. Bentabet [1], M. Cheker [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], H. Abid [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), incluant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, impactent non seulement l'état inflammatoire digestif mais également le rapport des patients à leur alimentation. Les croyances, restrictions et complications nutritionnelles qui en découlent peuvent influencer l'évolution de la maladie et la qualité de vie.
L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions des patients MICI vis-à-vis de l'alimentation, les modifications alimentaires, ainsi que les conséquences nutritionnelles et psychosociales de ces pratiques.

Matériels et Méthodes : Une étude descriptive transversale a été menée auprès de 210 patients atteints de MICI, suivis en consultation spécialisée de gastro-entérologie. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire standarisé portant sur les caractéristiques cliniques, perception du rôle de l'alimentation, restrictions alimentaires, complications nutritionnelles (perte de poids, carences, troubles fonctionnelles digestifs) ainsi que l'impact psychologique de la maladie et des restrictions alimentaires.

Résultats : Parmi les 210 patients inclus dans cette étude, 140 étaient atteints de maladie de Crohn et 70 de rectocolite hémorragique, avec un âge moyen de 34,5 ans et un sex-ratio F/H de 1,2 (115 femmes, 95 hommes).73 % des patients considéraient que l'alimentation influençait l'évolution de leur MICI et 69 % avaient modifié leur régime depuis le diagnostic, principalement par peur d'aggraver les symptômes (55 %), sur recommandation médicale (23 %), ou encore sous l'influence de conseils issus d'internet et des réseaux sociaux (11 %).
Les restrictions alimentaires les plus fréquentes concernaient les produits laitiers (47 %), les fibres (39 %), les aliments gras (35 %) et le gluten (29 %). Ces exclusions étaient majoritairement décidées par les patients eux-mêmes (77 %). Sur le plan nutritionnel, 42 % rapportaient une perte de poids involontaire, 33 % avaient présenté au moins une carence documentée (fer, vitamine D, B12), et 19 % avaient bénéficié d'une supplémentation nutritionnelle spécifique.Sur le plan psychologique, 46 % des patients déclaraient une peur de consommer certains aliments et 27 % rapportaient une désocialisation liée aux repas.
Enfin, seuls 14 % des patients avaient bénéficié d'un suivi diététique régulier, alors que 66 % exprimaient un intérêt pour un accompagnement nutritionnel renforcé.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance majeure de l'alimentation dans la perception et la gestion des patients atteints de MICI. Les restrictions alimentaires, souvent initiées sans encadrement médical, exposent à un risque significatif de complications nutritionnelles et de retentissement psychologique. Une prise en charge diététique et personnalisée semble indispensable pour améliorer l'équilibre nutritionnel et la qualité de vie des patients MICI.

P.264

Faible niveau d'activité physique chez les patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin : un défi pour la prise en charge

H. Hassen [1], E. Souilem [1], W. Dahmani [1], N. Elleuch [1], H. Jaziri [1], A. Braham [1], A. Ben Slama [1], M. Kssiaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'activité physique est un élément fondamental de la santé globale et apporte des bénéfices spécifiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), en améliorant la condition physique, la fonction musculaire et le bien-être général. Malgré ces avantages, de nombreux patients restent insuffisamment actifs. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le niveau d'activité physique et les types d'activités pratiquées chez des patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a inclus 105 patients adultes atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique(RCH). L'activité physique a été évaluée à l'aide de la version courte de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), exprimée en MET-min/semaine, et classée en faible (<600), modérée (600–3 000) et élevée (>3 000). La fatigue a été mesurée par le FACIT-F (13 items) et l'activité de la maladie par l'indice de Harvey-Bradshaw pour la maladie de Crohn et le Simple Clinical Colitis Activity Index pour la rectocolite hémorragique. Les types d'activités pratiquées ont également été recensés.

Résultats : Parmi les 105 patients inclus, 77 (73,3 %) avaient une maladie de Crohn et 28 (26,7 %) une rectocolite hémorragique. L'âge moyen était de 38,6 ± 15,8 ans, avec 54,3 % d'hommes. La majorité des patients (71,4 %) présentait un faible niveau d'activité physique, 13,3 % un niveau modéré et 15,3 % un niveau élevé. La marche (30 %) et la musculation (20 %) étaient les activités les plus pratiquées. Les patients ayant un faible niveau d'activité physique présentaient une fatigue significativement plus élevée que ceux ayant un niveau modéré ou élevé (p = 0,01). Les patients en rémission avaient tendance à pratiquer plus d'activité physique que ceux avec une maladie active, mais la différence n'était pas significative. Une corrélation négative a été observée entre les scores IPAQ et FACIT-F (r = −0,406, p = 0,03).

Conclusion : La pratique d'activité physique reste insuffisante chez la majorité des patients atteints de MICI et est associée à une fatigue accrue. Ces résultats soulignent la nécessité d'intégrer systématiquement la promotion de l'activité physique dans la prise en charge clinique afin d'améliorer la condition physique, réduire la fatigue et renforcer le bien-être global de ces patients.

P.265

La perception des patients atteints de MICI face aux examens endoscopiques répétés

I. Bounnite [1], F. Belabbes [1], Y. Bennani [1], H. Delsa [1], N. Anas [1], O. Bahlaoui [1], W. Khannoussi [1], I. Benelbarhdadi [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) représentent un groupe de pathologies complexes, incluant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique , nécessitant des examens endoscopiques réguliers pour évaluer l'activité de la maladie et prévenir les complications. Cependant, la répétition de ces explorations génère souvent anxiété et inconfort, altérant l'expérience des patients et leur adhésion au suivi. Le manque d'outils adaptés pour améliorer ce vécu constitue un frein majeur à une prise en charge optimale. Au sein de cette réalité, l'objectif de notre étude était d'explorer la perception des patients atteints de MICI vis-à-vis des endoscopies répétées et d'identifier des pistes d'amélioration.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective et monocentrique a été menée auprès de 50 patients suivis pour MICI entre 2023 et 2025. Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne (Google Forms) afin d'assurer une collecte objective des informations sans perturber le rythme de vie des patients. Comprant 30 item divisés en sept domaines distincts évaluant l'expérience des endoscopies, l'anxiété ressentie, la perception de l'information délivrée et l'intérêt pour des alternatives diagnostiques

Résultats : L'analyse des données recueillies auprès de cinquante patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (38 maladie de Crohn et 12 rectocolite hémorragique) a montré un âge moyen de 41 ans (14–79 ans) avec une répartition équilibrée entre hommes et femmes. La durée d'évolution de la maladie dépassait 5 ans chez 60 % des participants, dont 70 % étaient sous biothérapie. Concernant les endoscopies déjà réalisées, 34 % des patients en avaient effectué 1–2, 32 % 3–5, et 34 % plus de 5. Au cours des trois dernières années, 46 % déclaraient avoir une endoscopie annuelle, principalement pour le suivi de l'activité de la maladie (80 %). Sur le plan de la perception, 22 % ont reporté ou interrompu un examen par appréhension, dont 10 % suite à des complications post-endoscopiques telles que des perforations. L'anxiété pré-endoscopique était modérée chez 58 % des patients, principalement liée à l'attente des résultats (52 %) et à la préparation colique (56 %). Concernant le suivi, 46 % jugeaient le délai de remise des résultats supportable, tandis que 36 % le trouvaient long ou très long. Les explications fournies après l'examen satisfaisaient 78 % des patients, 22 % restant partiellement insatisfaits. Le stress post-endoscopique affectait les activités quotidiennes chez 46 % des participants. Par ailleurs, 74 % manifestaient un intérêt pour des alternatives non invasives (IRM, tests biologiques), 68 % acceptaient de poursuivre les endoscopies régulières à visée de prévention du cancer colorectal, 22 % étaient hésitants et 10 % opposés. Enfin, 48 % souhaitaient bénéficier d'un accompagnement psychologique.

Conclusion : Nos résultats soulignent l'importance d'améliorer l'information et l'accompagnement des patients pour réduire l'anxiété liée aux endoscopies répétées. Afin de répondre à ces besoins, nous proposons le développement d'un outil d'intervention multidimensionnel combinant :
- une brochure ou guide pré-examen détaillant le déroulement, la préparation et les risques,
- une checklist numérique ou application de suivi facilitant la préparation et le rappel des résultats,
- un accompagnement psychologique ou des techniques de relaxation pour les patients les plus anxieux.

La mise en place d'un tel programme pourrait optimiser le vécu des patients, renforcer leur adhésion au suivi et améliorer globalement la qualité de prise en charge des MICI.

P.266

Le parcours de soin vécu par le patient atteint de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) : errance diagnostique et thérapeutique encore trop fréquentes

A. Buisson [1], C. Stefanescu [2], C. Devos [1], P. Rondeau [1], M. Podevin [3], J. Picard [4], P. Rivière [5], A. Malet [1]
(1) Paris ; (2) Neuilly-sur-Seine ; (3) Orléans ; (4) Reims ; (5) Bordeaux.

Introduction : Les MICI imposent aux patients un parcours de soins et une prise en charge complexes. Pour autant, aucune étude qualitative française n'a, à notre connaissance, exploré la perception du patient sur l'expérience globale de ce parcours, du début des symptômes à la stabilisation. L'association de patients AFA Crohn RCH France a conduit une étude qui visait à mieux décrire ce vécu à travers le récit des patients.

Patients et Méthodes : L'étude est d'approche phénoménologique sans a priori théorique. 15 patients avec un diagnostic de MICI supérieur à 5 ans et de profils variés (CSP, lieux de soins, sexe, âge) ont été recrutés pour des entretiens semi-directifs de 90 minutes environ. L'analyse a été de deux types : analyse inductive réalisée manuellement par thématique et analyse lexicale.

Résultats : La plupart des participants étaient cliniquement stabilisés au moment de l'entretien, permettant un regard rétrospectif qui met en évidence les difficultés rencontrées tout en se déclarant relativement satisfaits de leur prise en charge.
Trois temporalités majeures du parcours émergent des récits des patients (figure1) :

Figure 1. Récit des patients selon thématiques

	Verbatims patients			
Début des symptômes au diagnostic : un délai perçu comme étant long et angoissant	« Au début, quand j'avais les premiers symptômes, c'est-à-dire aller à la selle plusieurs fois par jour, je me disais 'ça va être passager'. Mais ça ne passait pas plus que ça. Puis après, c'est l'hémorragie rectale dans les selles qui m'a fait un petit peu m'inquiéter. » (Patient 3).	« Je continuais à en parler à mon médecin, mais lui qui me parlait que c'était toujours des hémorroïdes etc. Ça a traîné comme ça pendant encore… Là, ça faisait à peu près 6 mois, 6, 8 mois que j'avais eu mes premiers saignements. » (Patient 6)	« Ça a été des mois de souffrance intense, au bout d'un moment, quand on a trop mal, on ne peut plus rien les choses, il faut faire quelque chose. » (Patient 5)	« Pratiquement un an de thérapie pour comprendre pourquoi, qu'il ont porté absolument aucun fruit, des aides-vie, très régulières chez un médecin traitant qui me disait que j'avais des gastros. » (Patient 8)
« Le coup de massue » post-diagnostic	« Pour moi, c'était horrible. Je l'ai très mal vécu, le diagnostic. Surtout qu'il n'y avait pas autant de prévention. Enfin pour moi, on m'a juste dit bon, tout arrêter ça, tout arrêter ça, tout arrêter ça, tout arrêter de manger ça, tout arrêter de faire ça. » (Patient 2)	« J'étais un peu plus en colère à dire "pourquoi ça m'arrive à moi?" et un peu aussi dans le déni en disant "Ok ça va être passager, il y a un traitement et puis ça va aller". » (Patient 3)	« Je pense que j'étais un peu soiré donc je n'ai pas vraiment de souvenir de paroles […] on sait qu'on n'en guérit pas, ça a été un sacré choc de me dire : "Toute ma vie, je vais vivre avec quelque chose qui peut se réveiller du jour au lendemain, si j'arrive à l'endormir". » (Patient 5)	« C'était très difficile à encaisser. "Pourquoi j'ai moi comme ça ? Je n'ai que 25 ans. J'essaie de prendre soin de ma vie et j'ai cette maladie". » (Patient 10)
« Le parcours semé d'embûches »	« J'ai changé peut-être 1, 2, 3, 4, une vingtaine de fois de traitement. J'étais quasiment tout le temps malade. J'ai vécu pendant plusieurs années. Le parcours a été semé d'embûches parce que je devenais systématiquement très, très résistant à tous les traitements. » (Patient 4)	« On est rentré dans plusieurs années, panel, comme il dit, de "cuisine", où j'ai testé plusieurs traitements. Avec des traitements qui n'étaient pas, des traitements avec des effets secondaires. » (Patient 11)	« Donc il y a eu un certain temps de tâtonnement comme ça, ce allait, ça variait, etc. Donc, ça a duré pratiquement 4 ans et puis, j'allais, je venais, je pensais mon temps avec ce Pentasa, ce Cortancyl, les corticoïdes, que je supposais mal par voie orale, je perdais le sommeil. » (Patient 12)	« Sans arrêt, ça revenait. Je pouvais avoir des périodes de rémission de trois mois, quatre mois, cinq mois et après je repartais en RCH. Donc tout ça, c'était très difficile à vivre, surtout que moi, je suis quand même d'un naturel assez anxieux » (Patient 1)

-Début des symptômes au diagnostic : un délai perçu comme étant long et angoissant : expliqué en partie par la banalisation des symptômes et le retard d'adressage au spécialiste. Pour certains patients certains estimant ce délai de plus de dépasse deux ans. Les patients expliquent cette situation au fait que d'un côté ils ont nié leurs symptômes et que de l'autre, ils n'ont pas été envoyés suffisamment tôt vers un spécialiste.
-« Le coup de massue » : choc initial au moment du diagnostic marqué par l'anxiété face à la chronicité, aux traitements « à vie » et leurs effets secondaires.
-« Le parcours semé d'embûches » : période prolongée de recherche de stabilité, avec des difficultés à identifier le traitement adapté.
Les patients décrivent une errance liée à la recherche d'un traitement leur permettant d'obtenir une rémission durable. Cette quête, marquée par les changements thérapeutiques répétés et l'escalade des traitements pour faire face aux crises successives, étant vécue comme une période de grande vulnérabilité psychologique.
Les retards diagnostiques, les échecs thérapeutiques et les lacunes dans la coordination des soins sont identifiés par les patients comme des sources majeures de difficultés et d'anxiété, aggravées pour certains par l'isolement et le manque d'information.
Les patients soulignent l'importance d'une communication claire dès l'annonce du diagnostic, d'un accompagnement personnalisé permettant d'arriver rapidement à un traitement efficace et d'une meilleure coordination entre les acteurs de santé.

Conclusion : Cette première étude qualitative française centrée autour de la perception des patients MICI sur leur

parcours de soins met en évidence des leviers concrets d'amélioration : accélérer la prise en charge des patients en termes de diagnostic, améliorer l'annonce diagnostique et personnaliser le projet thérapeutique afin de réduire l'anxiété et d'alléger un parcours vécu comme traumatisant. Ces enseignements enrichissent des recommandations pour les professionnels et décideurs.

P.267

Fatigue chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude transversale sur un an et demi

M. Aouroud [(1)], H. Aouroud [(1)], N. Bouhdoud [(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 : La fatigue est un symptôme fréquent, complexe et multifactoriel chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elle résulte d'interactions entre l'activité inflammatoire, les troubles du sommeil, les altérations nutritionnelles et les facteurs psychologiques. Ce symptôme, souvent sous-estimé en pratique clinique, a un impact majeur sur la qualité de vie et la capacité fonctionnelle. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence, l'intensité et les déterminants de la fatigue chez les patients atteints de MICI, à l'aide de l'Échelle de fatigue liée aux MICI (IBD-F), validée en français.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale et analytique a été menée sur une période de 18 mois. Les patients adultes atteints de MICI confirmée (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique) ont été inclus. La fatigue a été mesurée à l'aide de l'IBD-F, composée de deux sections principales :
- Section I (10 items) : fréquence, durée et intensité de la fatigue (score total de 0 à 20).
- Section II (20 items) : impact fonctionnel de la fatigue sur la vie quotidienne (score de 0 à 140)
Des données cliniques (activité de la maladie, durée d'évolution, traitements), biologiques (CRP, hémoglobine) et sociodémographiques ont été recueillies. L'analyse statistique a été effectuée avec SPSS, en utilisant la régression logistique multivariée ($p < 0,05$).

Résultats : Un total de 245 patients ont été inclus (maladie de Crohn : 57 % ; rectocolite hémorragique : 43 %).
La prévalence globale de la fatigue était de 66,5 %, avec un score moyen IBD-F section I de 12,4 ± 4,2.
Le score moyen de la section II, évaluant l'impact fonctionnel, était de 65,3 ± 22,8, traduisant une altération notable des activités quotidiennes, de la concentration et du sommeil.
La fatigue était significativement plus marquée chez les femmes ($p = 0,01$) et chez les patients ayant une maladie active ($p < 0,001$). Les patients atteints de maladie de Crohn présentaient des scores de fatigue légèrement supérieurs à ceux atteints de rectocolite hémorragique (12,9 ± 4,3 *vs* 11,7 ± 3,9 ; $p = 0,04$).
Une association significative a été observée entre la fatigue, une CRP élevée ($p = 0,004$) et une anémie modérée ($p = 0,03$).
En analyse multivariée, les facteurs indépendants associés à la fatigue étaient l'activité de la maladie (OR = 3,4 ; IC95 % : 1,9–6,0) et le sexe féminin (OR = 2,1 ; IC95 % : 1,2–3,8).

Conclusion : La fatigue demeure un symptôme fréquent et invalidant chez les patients atteints de MICI. L'utilisation de l'échelle IBD-F permet une évaluation multidimensionnelle, intégrant à la fois l'intensité du symptôme et son retentissement fonctionnel. La fatigue est plus marquée en phase active, chez les femmes et en présence d'inflammation systémique. Son dépistage systématique doit être intégré dans le suivi des MICI afin d'adapter la prise en charge et d'améliorer la qualité de vie.

P.268

Connaissances des femmes en âge de procréer atteintes de maladie de Crohn concernant la grossesse : résultats d'une enquête par questionnaire CC-Know (Crohn's and Colitis Pregnancy Knowledge Questionnaire)

F. Sahbani [(1)], H. Hassine [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Yacoub [(1)], D. Cherif [(1)], N. Maamouri [(1)], H. Kchir [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn touche fréquemment des femmes en âge de procréer. Les connaissances concernant l'impact de la maladie et de ses traitements sur la grossesse influencent les décisions reproductives et l'adhésion thérapeutique. Peu de données sont disponibles dans les pays à revenu intermédiaire.
L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances des patientes atteintes de maladie de Crohn concernant la grossesse à l'aide du questionnaire validé CC-Know, et analyser les facteurs associés à un faible niveau de connaissances.

Patients et Méthodes : Une étude transversale a été menée entre janvier 2025 et juillet 2025, incluant 30 patientes suivies pour maladie de Crohn. Les participantes ont complété le questionnaire CC-Know, un outil validé évaluant les connaissances des patientes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin concernant la grossesse. Ce questionnaire comporte 17 questions à choix multiples, chacune comportant une seule bonne réponse. Un point est attribué pour chaque réponse correcte et zéro point pour une réponse incorrecte, permettant d'obtenir un score total compris entre 0 et 17. Selon le score obtenu, le niveau de connaissance est classé comme pauvre (0–7), adéquat (8–10), bon (11–13) ou très bon (14–17). Les données sociodémographiques, le niveau socio-économique, les caractéristiques de la maladie et les traitements en cours ont également été recueillis.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 29 ± 6 ans, et la majorité d'entre elles, soit 22 patientes (73 %), présentaient un niveau socio-économique bas.L'atteinte iléo-colique était prédominante, retrouvée chez 15 patientes (50 %), suivie par l'atteinte iléale isolée dans 9 cas (30 %) et l'atteinte colique dans 6 cas (20 %). Une atteinte ano-périnéale était associée chez 18 patientes. Concernant les traitements, 12 patientes (40 %) recevaient de l'azathioprine, 7 patientes (23 %) un anti-TNFα en monothérapie, tandis que 11 patientes (37 %) étaient sous combothérapie (Azathioprine et anti TNFα). Le score moyen au questionnaire CC-Know était de 7,8 ± 2,5/17, et un faible niveau de connaissances (défini par score inférieur à 8) était observé chez 18 patientes (60 %). Les principales insuffisances de connaissances portaient sur la sécurité thérapeutique durant la grossesse, le risque de rechute et les modalités d'accouchement. L'âge n'influençait pas significativement le score de connaissance. La plupart des patientes n'abordaient pas les questions de planification familiale avec leur gynécologue, celles-ci étant généralement discutées dans le cadre du suivi par le gastro-entérologue. Le faible niveau socio-économique ainsi que le faible niveau d'instruction restait significativement associé à un score bas (p = 0,02 ; p=0,01).

Conclusion : Un déficit de connaissances sur la grossesse est observé chez la majorité des patientes atteintes de maladie de Crohn en âge de procréer, particulièrement chez celles à faible niveau d'éducation et socio-économique. Ces résultats soulignent l'importance d'une approche éducative multidisciplinaire pour optimiser la planification reproductive et l'adhésion thérapeutique.

P.269

Développement d'un modèle d'intelligence artificielle pour le dépistage de la malnutrition chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

O. M'solli [(1)], W. Dahmani [(1)], E. Souilem [(1)], H. Hassen [(1)], N. Elleuch [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Ben Slama [(1)], A. Braham [(1)], M. Ksiaa [(1)]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La malnutrition est une complication fréquente mais souvent sous-estimée des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), influençant la réponse thérapeutique et le pronostic. L'intelligence artificielle (IA) offre des perspectives prometteuses pour son dépistage précoce. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de la malnutrition, d'identifier les facteurs qui y sont associés et de développer un modèle d'intelligence artificielle (IA) basé sur l'apprentissage automatique permettant de dépister la malnutrition chez les patients atteins de MICI.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale à visée analytique a été menée au service de gastro-entérologie du CHU Sahloul, incluant 224 patients atteints de MICI. La malnutrition était définie par un score de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ≥ 2 ou selon les critères ESPEN 2015 (IMC < 18,5 kg/m² ou perte de poids significative associée à un IMC bas selon l'âge). Les modèles d'apprentissage automatique ont été développés en suivant la méthodologie CRISP-DM (Cross-Industry Standard Process for Data Mining). Les performances prédictives ont été comparées par la courbe ROC.

Résultats : Au total, 224 patients ont été inclus dont 157 cas de maladie de crohn (MC) et 67 cas de RCH. L'âge médian de la population était de 38 ans [IIQ: 29–48] avec un sex-ratio H/F de 1,26. La prévalence globale de la malnutrition était de 25,9 %, avec une bonne concordance entre MUST et ESPEN (κ = 0,723). En analyse univariée, la malnutrition était significativement associée au tabagisme (p = 0,018), à la localisation iléocolique de la MC (p = 0,011), à la localisation distale de la RCH (p = 0,041), à l'activité clinique et endoscopique (p < 0,001), à l'anémie (p < 0,001), à l'hypoalbuminémie (p < 0,001), à l'élévation de la CRP (p < 0,001) et à l'absence de traitement par azathioprine ou biothérapie (p < 0,001). En analyse multivariée, les facteurs indépendants identifiés étaient : une activité clinique (OR = 3,38 [IC95 % : 1,51–7,58]), CRP élevée (OR = 2,51 [IC95 % : 1,14–5,53]) et hypoalbuminémie (OR = 4,03 [IC95 % : 1,86–8,70]). Parmi les modèles d'apprentissage automatique testés, le Neural Network avait la meilleure performance dans la prédiction de la malnutrition avec une aire sous la courbe ROC de 0,90 et une précision de 87 %.

Conclusion : Notre étude met en évidence une prévalence élevée de la malnutrition chez les patients atteints de MICI, significativement associée à l'activité de la maladie, à l'inflammation systémique et à l'hypoalbuminémie. Par ailleurs, elle a permis de développer un modèle performant d'IA pour le dépistage de la malnutrition, soulignant le rôle prometteur de l'IA dans la prise en charge nutritionnelle personnalisée des patients atteints de MICI.

P.270

Les MICI ont-elles leurs saisons ? État des lieux à partir d'une cohorte marocaine prospective de 318 patients

N. Bouhdoud [1], F. Machayi [1], A. Sadik [1], H. Aouroud [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 : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) présentent une évolution marquée par des poussées et des rémissions, influencées par des facteurs environnementaux et immunologiques. Plusieurs études suggèrent un impact saisonnier sur la survenue des exacerbations, probablement lié aux variations de température, d'exposition solaire (vitamine D), de comportements alimentaires ou d'infections intercurrentes. Peu de données existent dans les pays du Maghreb, où le climat et les habitudes de vie diffèrent des cohortes européennes. L'objectif de notre étude était d'évaluer la relation entre les saisons et la survenue des poussées aiguës de MICI dans une population marocaine suivie en 2024.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée au sein de notre service d'Hépato-gastro-entérologie, entre janvier et décembre 2024. Ont été inclus tous les patients suivis pour MICI (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique), en consultation spécialisée ou hospitalisés pour poussée. Les variables recueillies comprenaient les données démographiques, le type de MICI, le traitement de fond, la date et la gravité des poussées, ainsi que les paramètres biologiques (CRP, calprotectine fécale) et le taux sérique de 25(OH)-vitamine D. Les saisons ont été définies selon les critères climatiques locaux. Une analyse comparative a été effectuée entre les saisons, avec calcul du taux de poussées par trimestre et corrélation avec le taux moyen de vitamine D.

Résultats : Parmi les 318 patients inclus, 182 (57,2 %) étaient atteints de maladie de Crohn et 136 (42,8 %) de rectocolite hémorragique, avec un âge moyen de 34,6 ± 10,8 ans et une légère prédominance féminine (54 %). Les traitements de fond comprenaient des immunosuppresseurs chez 46 % des patients (principalement azathioprine), une biothérapie anti-TNF chez 32 %, et la mésalazine seule chez 22 %. Au total, 127 poussées aiguës ont été recensées au cours de l'année 2024, soit un taux annuel de 39,9 %. Une variation saisonnière significative a été observée, avec un pic de poussées au printemps (41 poussées, 32 %), suivi de l'automne (38 poussées, 29,9 %), de l'hiver (26 poussées, 20,4 %) et de l'été (22 poussées, 17,3 %). Les patients ayant présenté une poussée avaient des taux moyens de vitamine D significativement plus bas (17,8 ± 6,4 ng/mL) comparés à ceux restés en rémission (24,1 ± 8,2 ng/mL, $p < 0,001$), avec une corrélation inverse entre le taux de vitamine D et la fréquence des poussées ($r = –0,42$, $p < 0,001$). Les infections respiratoires documentées précédaient 19 % des poussées, principalement durant les mois de mars à mai. Bien que la saisonnalité ait été observée indépendamment du type de traitement, les patients sous biothérapie présentaient une tendance à une moindre variabilité saisonnière. Les hospitalisations étaient plus fréquentes lors des poussées printanières, soulignant la gravité accrue de cette période.

Conclusion : Notre étude met en évidence une variation saisonnière significative de l'activité des MICI, avec un pic de poussées au printemps et à l'automne, périodes caractérisées par une baisse du statut vitaminique et une recrudescence des infections respiratoires. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une surveillance renforcée et d'une supplémentation systématique en vitamine D durant les saisons à risque. Cette étude constitue le premier état des lieux marocain sur la saisonnalité des MICI et ouvre la voie à des stratégies préventives personnalisées adaptées à notre contexte climatique et culturel.

P.271

MICI et grossesse : expérience d'un centre hospitalier universitaire

O. Chiheb [1], S. Bannani [1], W. Badre [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des affections dont l'incidence et la prévalence sont particulièrement élevées chez les jeunes adultes. Elles touchent fréquemment les individus en âge de procréer et peuvent avoir un impact significatif sur la vie sexuelle ainsi que sur la fertilité. La gestion des MICI pendant la grossesse est d'une importance cruciale vu le retentissement qu'exerce l'une sur l'autre rendant la prise en charge des parturientes atteintes de MICI un vrai défi à la fois pour le gastro-entérologue et le gynécologue.
L'objectif de notre travail est d'évaluer rétrospectivement la période de grossesse chez les patientes atteintes de MICI suivies dans notre centre hospitalier universitaire, en étudiant l'impact de la grossesse sur la MICI et l'impact des MICI et de leur traitement sur la grossesse.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique incluant toutes les patientes atteintes d'une MICI depuis au moins 6 mois ayant eu une grossesse, suivies au service d'hépato-gastroentérologie.
Une analyse univariée et multivariée a été effectuée selon la régression logistique à l'aide du logiciel Jamovi.
De cette étude ont été exclus les femmes ayant une grossesse avant le diagnostic de MICI.

Résultats : Nous avons inclus dans notre étude 51 patientes, dont 94.1% étaient non primipares, et 27.5% avaient des antécédents de fausses couches. 62.7% étaient suivies pour une maladie de Crohn et 37.3% étaient suivies pour une RCH. 25% des patientes avaient des antécédents de chirurgie en rapport avec leur MICI. Le traitement de fond le plus utilisé était l'azathioprine chez 32 patientes dont 21 étaient suivies pour maladie de Crohn et 11 patientes suivies pour RCH. La majorité des patientes soit 78.4% étaient en rémission clinique durant la conception, alors que 21.6% avaient une maladie active durant cette période.
Durant la grossesse, 15 patientes soient 32.6% ont présenté une poussée, 4 patientes ont nécessité une hospitalisation, dont 3 pour colite aigue grave sur RCH et une pour poussée sévère de sa maladie de Crohn.
Selon la régression logistique univariée, il existe une association significative entre l'absence de rémission durant la période conceptionnelle et l'apparition de poussée durant la grossesse, $P<0.01$ (OR= 2). Les autres facteurs prédictifs de survenue de poussée au cours de la grossesse étaient : la RCH ($P=0.023$; OR= 2.59) et la notion de résection intestinale dans les antécédents ($P=0.006$; OR= 2.3).
Le traitement de fond était poursuivi chez 32 patientes soient 62.7% des cas, l'azathioprine était arrêtée, principalement au cours du premier trimestre, par 5 patientes d'elles-mêmes sans indication médicale par crainte des effets indésirables sur le fœtus. Chez 4 patientes parmi les 6 patientes sous combothérapie, un arrêt de l'azathioprine était préconisé. Les anti-TNF étaient arrêtés chez 10 patientes au cours du troisième trimestre sur les anciennes recommandations médicales.
Les complications obstétricales étaient présentes chez 15.6% des patientes à type de menace d'accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes et hémorragie de la délivrance. Selon l'analyse univariée, il existe une association significative entre la notion de poussée durant la grossesse et la survenue de complications obstétricales ($p<0.05$).
L'accouchement s'est fait par voie basse chez 51% des patientes et par césarienne chez 49%, dont les indications étaient obstétricales chez 23 patientes : souffrance fœtale, défaut d'engagement et dilatation stationnaire, et pour 2 patientes l'indication n'était pas obstétricale en rapport avec des lésions ano-périnéales actives.

Conclusion : La grossesse chez les patientes atteintes de MICI peut en général, se dérouler sans complication, si la maladie est en rémission au moment de la conception. Une gestion proactive anticipée et une coordination étroite entre

les différents spécialistes permet d'optimiser les résultats obstétricaux et de permettre à la patente porteuse d'une MICI de vivre une expérience, de grossesse et d'accouchement, normale ainsi garantir la sécurité de la mère et de l'enfant.

P.272

Concordance entre le score MUST et les critères ESPEN pour le dépistage de la malnutrition chez les patients atteints de MICI

O. M'solli [(1)], W. Dahmani [(1)], E. Souilem [(1)], H. Hassen [(1)], N. Elleuch [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Ben Slama [(1)], A. Braham [(1)], M. Ksiaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La malnutrition est une complication fréquente des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Plusieurs outils de dépistage sont utilisés, mais leur performance et leur concordance restent discutés. Le Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) et les critères diagnostiques de l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN, 2015) figurent parmi les plus employés en pratique clinique. Notre objectif est d'évaluer la concordance entre le score MUST et les critères ESPEN dans le dépistage de la malnutrition chez des patients atteints de MICI.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale a été menée au CHU Sahloul entre septembre 2023 et mars 2024 incluant 224 patients suivis pour MICI.La malnutrition était définie par un score MUST ≥ 2 ou selon les critères ESPEN 2015 (IMC < 18,5 kg/m² ou perte de poids significative associée à un IMC bas selon l'âge).Les performances du MUST ont été comparées à celles des critères ESPEN, et la concordance entre les deux méthodes a été évaluée à l'aide du coefficient κ de Cohen.

Résultats : La prévalence de la malnutrition était de 25,9 % selon MUST et de 16,5 % selon ESPEN. Parmi les patients identifiés à risque de malnutrition par MUST, 63,8 % répondaient également aux critères ESPEN, tandis que 36,2 % étaient détectés uniquement par MUST. Aucun patient non malnutri selon MUST n'était malnutri selon ESPEN. La sensibilité de MUST (référence ESPEN) était de 100 % (IC95 % : 91–100), la spécificité de 88,8 % (IC95 % : 83–93), la VPP de 63,8 % et la VPN de 100 %.L'accord global atteignait 90,6 %, avec un κ = 0,723 (IC95 % : 0,42–1,00), traduisant un bon niveau de concordance.

Conclusion : Le score MUST et les critères ESPEN montrent une bonne concordance pour le dépistage de la malnutrition au cours des MICI. MUST, plus sensible, identifie des cas supplémentaires non repérés par ESPEN. Son utilisation systématique pourrait améliorer le dépistage précoce de la malnutrition et renforcer la prise en charge nutritionnelle dans cette population.

P.273

Apport des différents moyens diagnostiques de la surinfection à CMV lors des colites sévères au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

F. Sahbani [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], S. Ayadi [1], A. Mensi [1], L. Mouelhi [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La surinfection au cytomégalovirus (CMV) constitue une complication potentiellement grave des poussées sévères de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), notamment lors decorticorésistance. Son diagnostic reste difficile en raison de la fragilité du virus et de la variabilité des performances des tests disponibles. L'objectif de notre étude était d'évaluer les principaux moyens diagnostiques de la surinfection au CMV au cours des colites sévères chez des patients suivis pour MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients suivis pour MICI et ayant présenté une poussée sévère sur une période de 10 ans. La recherche du CMV a été effectuée chez tous les patients par différents moyens : PCR sur biopsies coliques (n = 27), PCR sanguine (n = 3), sérologie CMV, et examen anatomopathologique à la recherche d'inclusions virales sur les biopsies coliques.

Résultats : Nous avons inclus 43 patients d'âge moyen de 42,5 ans et desexe-ratio H/F de 0,54.Une infection à CMV a été confirmée chez 18 patients (42 %). Le diagnostic reposait principalement sur la PCR positive sur biopsies coliques dans 15 cas (83%), la PCR sanguine dans 2 cas (11 %) et la mise en évidence d'un effet cytopathogène sur les biopsies dans 1 cas (6 %). La sérologie montrait des IgM positives chez un patient également positif en PCR sanguine.La PCR sur biopsies coliques présentait une sensibilité de 93,75 % et une spécificité de 100 %. La détection d'inclusions virales avait une sensibilité de 5,55 % et une spécificité de 100 %. L'évaluation de la PCR sanguine n'a pas pu être réalisée en raison du faible nombre de tests.Aucune inclusion typique de CMV n'a été retrouvée sur les biopsies coliques en dehors du cas cytopathogène décrit.

Discussion : Nos résultats confirment la supériorité de la PCR sur biopsies coliques pour le diagnostic de la surinfection à CMV au cours des poussées sévères de MICI. Ces données rejoignent celles de la littérature, où la PCR tissulaire et sanguine montrent des sensibilités élevées (jusqu'à 100 %) et des spécificités avoisinant 94–98 %. Cependant, il faut insister sur un acheminement rapide des biopsies au laboratoire du fait de la fragilité du virus pouvant compromettre l'examen et donner de faux négatifs. À l'inverse, l'étude anatomopathologique, bien que spécifique, demeure peu sensible. Ces résultats soulignent l'importance d'un diagnostic moléculaire systématique en cas de poussée sévère corticorésistante.

Conclusion : La PCR sur biopsies coliques représente actuellement la méthode de référence pour le diagnostic de la surinfection à CMV au cours des colites sévères des MICI, alliant sensibilité et spécificité élevées. L'étude anatomopathologique garde une valeur complémentaire, mais son faible rendement justifie la systématisation des méthodes moléculaires dans ce contexte clinique.

P.274

Efficacité et tolérance en vie réelle du tofacitinib dans la rectocolite hémorragique : résultats à un an de la cohorte prospective 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 (TOFA) est un inhibiteur de JAK indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH). L'objectif principal de cette étude était de décrire de manière prospective l'efficacité du TOFA en vie réelle, chez des patients atteints de RCH modérée à sévère, en utilisant un critère strict pour l'évaluation du bénéfice clinique.

Matériels et Méthodes : TOFAST est une étude observationnelle, prospective, multicentrique, ayant inclus des patients initiant le TOFA dans 39 centres français (décembre 2020 – juin 2023). Cette analyse intermédiaire présente l'efficacité et la tolérance à un an. Le critère d'évaluation principal était le bénéfice clinique à un an, défini comme une rémission symptomatique évaluée par un score PRO-2 [sous-score de saignement rectal (SR) = 0 et sous-score de fréquence des selles (FS) ≤1], indépendamment de l'arrêt du TOFA. Les patients ayant subi une colectomie, un décès, un traitement par un autre produit biologique/JAKi/immunosuppresseur ou des corticostéroïdes (CS) au cours des 3 derniers mois ont été considérés comme des non-répondeurs. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la rémission clinique, la réponse clinique, la variation des scores PRO-2 quotidiens au cours des 14 premiers jours, le délai médian jusqu'au soulagement symptomatique et la tolérance. La rémission clinique a été définie comme un score Mayo partiel (PMS) ≤2 sans sous-score >1, la réponse clinique a été définie par une diminution du 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)]. Le soulagement symptomatique du patient a été rapporté comme étant le délai en jour depuis l'initiation du TOFA jusqu'à l'amélioration de ses symptômes. Les données manquantes ont été imputées comme des non-réponses.

Résultats : 150 et 146 patients ont été inclus dans l'analyse de tolérance et de l'efficacité, respectivement, avec une durée d'exposition médiane de 7,4 mois [Q1 ; Q3 : 2,9 ;12,0]. Dans la population d'analyse de l'efficacité, l'âge moyen (±écart-type) était de 36,9 ±13,6 ans, la durée médiane de la maladie était de 6,0 ans [Q1 ; Q3 : 2,6 ;11,2], 47,2% des patients présentaient une pancolite et le score Mayo total moyen était de 7,8 ±2,3. 94,5% des patients avaient déjà reçu au moins un anti-TNF, 62,3% le vedolizumab et 32,2% l'ustekinumab. 27,4% des patients ont reçu au moins 3 agents biologiques. Tous les patients ont initié le TOFA à 10 mg deux fois par jour, en association avec le 5-ASA et les CS pour 19,9% et 33,6% d'entre eux, respectivement. A un, an, le bénéfice clinique a été atteint pour 38/146 patients (26,0%), et 66/146 (45,2%) des patients étaient toujours traités par TOFA. 30,1% et 30,8% des patients ont obtenu une rémission clinique et une réponse clinique, respectivement. Pour les 94 patients (64,4%) qui ont rapporté une amélioration symptomatique, le délai médian jusqu'au soulagement des symptômes était de 7 jours [Q1;Q3 : 4,0;14,0]. Parmi les 102 patients ayant complété leurs sous-scores PRO-2 quotidiens au cours des 14 premiers jours, respectivement 36 (35,3%) et 55 (53,9%) ont normalisé les sous scores pour la FS et les SR au 14e jour. 134 patients (89,3%) ont signalé au moins un événement indésirable (EI) et 35 (23,3%) ont signalé au moins un EI grave. Parmi les 22 infections (14,7%), 3 cas de zona étaient observés. 5 cas d'acné ont été reportés. 2 cas de cancers (un carcinome urothélial de bas grade non invasif et un adénocarcinome du côlon) ainsi qu'un décès (considéré comme non lié au traitement) ont été signalés. Aucun événement thromboembolique cardiovasculaire ou veineux majeur n'a été observé.

Conclusion : Dans cette cohorte prospective en vie réelle de patients atteints de RCH réfractaire en vraie vie, un bénéfice clinique à un an a été obtenu chez 26% des patients en utilisant un critère d'évaluation exigeant. Près d'un tiers des patients étaient en rémission clinique. Un soulagement

symptomatique rapide dès les premiers jours et un profil de tolérance attendu confirment le rôle du TOFA en tant qu'option thérapeutique dans la RCH difficile à traiter.

P.275

Efficacité et tolérance à un an de l'upadacitinib chez 198 patients atteints de maladie de Crohn : étude de cohorte multicentrique en vie réelle

N. Richard [1], P. Seksik [2], R. Altwegg [3], A. Amiot [4], L. Vuitton [5], M. Nachury [6], G. Bouguen [7], C. Gilletta de Saint-Joseph [8], B. Coffin [9], A. Buisson [10], L. Peyrin-Biroulet [11], A.L. Pelletier [2], S. Nancey [12], C. Rouillon [13], C. Le Berre [14], M. Allez [2], M. Uzzan [15], L. Caillo [16], M. Vidon [15], F. Goutorbe [17], M. Amil [18], H. Brixi [19], G. Sickersen [2], D. Laharie [20], M. Fumery [21]

(1) Rouen ; (2) Paris ; (3) Montpellier ; (4) Le Kremlin-Bicêtre ; (5) Besançon ; (6) Lille ; (7) Rennes ; (8) Toulouse ; (9) Colombes ; (10) Clermont-Ferrand ; (11) Nancy ; (12) Lyon ; (13) Caen ; (14) Nantes ; (15) Créteil ; (16) Nîmes ; (17) Bayonne ; (18) La-Roche ; (19) Reims ; (20) Bordeaux ; (21) Amiens.

Introduction : L'upadacitinib a démontré son efficacité dans la maladie de Crohn (MC) dans un essai contrôlé randomisé de phase 3 contre placebo1. Les données en vie réelle restent limitées notamment au-delà du traitement d'induction.
L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'utilisation de l'upadacitinib en vie réelle jusqu'à 12 mois de suivi.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs atteints d'une MC réfractaire ayant initié un traitement par upadacitinib 45 mg/j dans 25 centres français entre septembre 2022 et août 2025 et avec au moins un an de suivi ont été inclus rétrospectivement. La dose d'induction ou de réinduction par upadacitinib était définie par la posologie de 45mg/j, tandis que les doses de maintenance correspondaient aux doses de 15 ou de 30mg/j. Le critère de jugement principal était la rémission clinique sans corticoïdes à 12 mois, définie par un score d'Harvey-Bradshaw (HBI) inférieur à 4. Les critères secondaires incluaient la réponse clinique (diminution ≥ 3 points du score HBI et/ou un score HBI < 4), la rémission clinique, la normalisation des biomarqueurs (calprotectine ≤ 250 µg/g ou CRP ≤ 5 mg/L en l'absence de calprotectine), la réponse/rémission endoscopique ou radiologique (échographie intestinale et/ou IRM), ainsi que la survenue d'événements indésirables.

Résultats : Parmi les 198 patients inclus, l'âge médian était de 38 ans (IQR, 27-46), 96 (49 %) étaient des hommes et 19 (10 %) étaient porteurs d'une stomie. Tous avaient été exposés à au moins une biothérapie (médiane 4, IQR [3-4]), et 98 (50 %) avaient un antécédent de résection intestinale. À 3, 6 et 12 mois, la rémission clinique sans corticoïdes était observée respectivement chez 83/163 (51 %), 62/155 (40 %) et chez 57/179 patients (32 %) (Figure 1). À 12 mois, la normalisation des biomarqueurs était observée chez 51/183 patients (28 %), la réponse et la rémission radiologique chez 21/67 patients (31 %) et 9/67 (13 %), respectivement. Une réponse et une rémission endoscopique étaient observées respectivement chez 18/40 (45 %) et 16/47 patients (34 %) à 12 mois.
Chez les 162/198 (82 %) patients ayant poursuivi le traitement par upadacitinib au-delà de la phase d'induction de 3 mois, 95/162 (59 %) n'ont pas eu de traitement de réinduction tandis que 47/162 (29 %) et 20/162 (12 %) patients ont reçu respectivement une et deux cures de réinduction entre 3 et 12 mois. Parmi les 123 patients ayant reçu au moins une dose de maintenance au cours des 12 mois de suivi, la dose de 30mg/j était prescrite chez 119/123 patients (97 %).
À 12 mois, parmi les patients atteints de spondylarthrite, 5/28 patients (18 %) ont obtenu une rémission clinique en cas de forme axiale et 5/28 (18%) une rémission clinique en cas de forme périphérique.
En analyse multivariée, un indice de masse corporelle < 18,5 kg/m² (OR=0,21, IC95% : 0,05-0,72, p=0,02), un antécédent de résection intestinale (OR=0,34, IC95% : 0,16-0,71, p=0,005) et un HBI > 7 (OR=0,47, IC95%: 0,24-0,94, p=0,03) étaient associés à un plus faible taux de rémission clinique sans corticoïdes à 12 mois, tandis que le nombre de traitements biologiques antérieurs n'influençait pas la rémission sans corticoïdes (OR = 0,94, IC95 % : 0,4-2,15 ; p = 0,89).

À 12 mois, 90 patients (46 %) ont arrêté l'upadacitinib (manque d'efficacité, n=75 ; événement indésirable (EI), n=9 ; et autre, n=6), 44 patients (22 %) ont été hospitalisés et 14 (7 %) ont nécessité une résection intestinale pour leur MC. Quatre-vingt-onze EI ont été rapportés chez 72 patients (36 %), dont 17 EI graves, correspondant à 15 cas d'exacerbation de la MC, une arthrite septique et un cas de lymphoprolifération colique associée à EBV. La survenue d'acné a été observée chez 33 patients (17 %), justifiant l'arrêt du traitement chez 5 (3 %) patients. Deux cas (1%) de zona ont été rapportés.

Conclusion : Dans cette cohorte en vie réelle de patients atteints de MC multi-réfractaire, le traitement par upadacitinib a permis d'obtenir une rémission clinique chez environ un tiers des patients après un an et semble une option intéressante dans cette situation.

P.276

Efficacité et tolérance du filgotinib chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérée et sévère : résultats d'une analyse intermédiaire des données de l'étude prospective et observationnelle en vie réelle, GALOCEAN

C. Gilletta de Saint-Joseph [1], J.P. Seenan [2], M.L. Høivik [3], S. Vermeire [4], S. Schreiber [5], W. Reinisch [6], M. Lowenberg [7], G. Doherty [8], E. Ricart [9], R. Saldana [10], W. Sawyer [11], O. Bouzid [11], C. Rudolph [12], A. Armuzzi [13]

(1) Toulouse ; (2) Glasgow, ROYAUME-UNI ; (3) Oslo, NORVÈGE ; (4) Louvain, BELGIQUE ; (5) Kiel, ALLEMAGNE ; (6) Vienne, AUTRICHE ; (7) Amsterdam, PAYS-BAS ; (8) Dublin, IRLANDE ; (9) Barcelone, ESPAGNE ; (10) Bruxelles, BELGIQUE ; (11) Bologne, ITALIE ; (12) Munich, ALLEMAGNE ; (13) Milan, ITALIE.

Introduction : Une analyse post hoc de l'étude SELECTION (NCT02914522) a montré que les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) modérée étaient plus susceptibles de répondre au filgotinib (FIL), un inhibiteur préférentiel de Janus kinase 1 administré par voie orale une fois par jour, que ceux atteints de RCH sévère. (1) Des données de vie réelle explorant l'efficacité du FIL dans différentes populations sont nécessaires.

Tableau 1 : Données démographiques et caractéristiques de la maladie à l'inclusion chez les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) modérément et sévèrement active.

Données démographiques / caractéristiques de la maladie	RCH modérément active (n=81)	RCH sévèrement active (n=70)
Sexe, n (%)		
Femme	41 (50,6)	29 (41,4)
Âge		
Médiane (min–max), années	36,0 (18–67)	37,0 (19–70)
≥65 ans, n (%)	1 (1,2)	5 (7,1)
Durée de la RCH	**n=80**	**n=70**
Médiane (min–max), années	5,9 (0-26)	6,2 (0–33)
Type de RCH, n (%)	**n=80**	**n=70**
Proctite	6 (7,5)	11 (15,7)
Colite gauche	31 (38,8)	29 (41,4)
Pancolite	35 (43,8)	24 (34,3)
Autre	8 (10)	6 (8,6)
CRP	**n=53**	**n=44**
Médiane (min–max), mg/L	4,0 (0–43)	3,8 (0–122)
Traitement biologique antérieur, [a] n (%)	56 (69,1)	55 (78,6)
Nombre de traitements biologiques antérieurs, [a,b] n (%)		
0	25 (30,9)	15 (21,4)
1	25 (30,9)	18 (25,7)
≥2	31 (38,3)	37 (52,9)

La maladie modérément active était définie par un pMCS de 5 ou 6, et la maladie sévèrement active par un pMCS ≥7. Les données ne sont pas présentées pour les patients atteints de maladie légère ou inactive. Certaines données sont manquantes.
[a]Les traitements biologiques antérieurs incluaient les anti-intégrines (n=76), les inhibiteurs de l'IL-12/23 et IL-23 (n=50), et les anti-TNFα.
[b]L'utilisation multiple d'un même traitement biologique n'a été comptée qu'une seule fois. **CRP =** protéine C-réactive ; **IL =** interleukine ; **pMCS** ; partial Mayo Clinic Score; **TNF =** facteur de nécrose tumorale ; **RCH =** rectocolite hémorragique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une analyse intermédiaire de GALOCEAN (NCT05817942), une étude européenne, multicentrique, prospective et observationnelle portant sur environ 600 patients atteints de RCH recevant du FIL dans le cadre de la pratique clinique courante. Les données d'efficacité et de tolérance jusqu'à 24 semaines ont été rapportées parmi des patients atteints de RCH modérée ou sévère, définie comme un score Mayo partiel (pMCS) de respectivement 5 à 6, ou pMCS ≥7. Le score Mayo (MCS), le pMCS et les scores des symptômes digestifs rapportés par les patients (PRO-2) ont été évalués, ainsi que des PROs (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire [SIBDQ], Urgency Numerical Rating Scale [NRS] et le Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue [FACIT-Fatigue] scores). L'évaluation de la tolérance comprenait le recueil des événements indésirables apparus sous traitement (EIATs) et des événements indésirables d'intérêt particulier (EIIPs).

Tableau 2. Efficacité et résultats rapportés par les patients jusqu'à la semaine 24 chez les patients atteints de RCH modérément active et sévèrement active.

Résultat	Variable	RCH modérément active			RCH sévèrement active		
		Inclusion	Semaine 10	Semaine 24	Inclusion	Semaine 10	Semaine 24
MCS	Score moyen (ET)	7.7 (0.8) n=67	4.9 (2.8) n=19	3.5 (2.9) n=6	10 (1.0) n=57	4.8 (3.8) n=20	4.0 (2.5) n=12
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	−2.9 (2.6) n=19	−3.8 (2.8) n=6	–	−5.2 (3.6) n=19	−5.7 (3.1) n=12
	Patients en rémission, % (n)	–	15.8 (3/19)	33.3 (2/6)	–	30.0 (6/20)	25.0 (3/12)
pMCS	Score moyen (ET)	5.6 (0.5) n=81	2.4 (2.4) n=45	1.8 (2.2) n=25	7.5 (0.6) n=70	3.2 (2.7) n=41	2.1 (2.1) n=21
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	−3.2 (2.2) n=45	−3.7 (2.2) n=25	–	−4.2 (2.7) n=41	−5.4 (2.2) n=21
	Patients en rémission, % (n)	–	46.7 (21/45)	56.0 (14/25)	–	31.7 (13/41)	42.9 (9/21)
PRO2	Score moyen (ET)	3.5 (0.7) n=81	1.4 (1.6) n=48	0.9 (1.4) n=28	4.8 (0.6) n=70	1.9 (1.9) n=43	1.2 (1.4) n=23
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	−2.1 (1.5) n=48	−2.6 (1.4) n=28	–	−2.9 (1.8) n=43	−3.6 (1.5) n=23
	Patients en rémission, % (n)	–	43.8 (21/48)	57.1 (16/28)	–	32.6 (14/43)	43.5 (10/23)
SIBDQ	Score moyen (ET)	36.8 (11.6) n=76	46.7 (13.5) n=49	54.2 (12.2) n=26	34.9 (11.6) n=63	46.2 (14.1) n=39	51.9 (12.9) n=25
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	8.9 (12.1) n=46	15.3 (16.7) n=24	–	10.4 (11.1) n=37	15.6 (13.0) n=22
	Patients atteignant la MCID, % (n)	–	56.5 (26/46)	75.0 (18/24)	–	51.4 (19/37)	68.2 (15/22)
FACIT-Fatigue	Score moyen (ET)	26.9 (10.9) n=76	30.0 (12.6) n=49	37.4 (11.8) n=27	25.1 (11.1) n=63	31.7 (12.4) n=39	36.5 (10.5) n=25
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	2.9 (9.4) n=46	8.8 (14.4) n=25	–	5.7 (10.3) n=37	8.5 (8.6) n=22
	Patients atteignant la MCID, % (n)	–	50.0 (23/46)	76.0 (19/25)	–	62.2 (23/37)	59.1 (13/22)
Score d'urgence NRS	Score moyen (ET)	4.8 (2.8) n=74	2.9 (2.9) n=48	2.5 (2.8) n=25	5.4 (2.6) n=58	3.8 (2.9) n=40	3.3 (2.9) n=23
	Variation moyenne par rapport à l'inclusion (ET)	–	−1.9 (3.2) n=43	−1.7 (3.4) n=23	–	−1.1 (3.2) n=34	−2.3 (3.4) n=19
	Patients atteignant la MCID, % (n)	–	44,2 (19/43)	34,8 (8/23)	–	29,4 (10/34)	42,1 (8/19)

Résultats : 277 patients ont été inclus, parmi lesquels 219 avaient des données d'inclusion disponibles, y compris un score pMCS; 137 et 82 ont complété les semaines 10 et 24, respectivement. À l'inclusion (Tableau 1), 37 % des patients (81/219) avaient une rectocolite hémorragique (RCH) modérée et 32 % (70/219) avaient une RCH sévère. Les scores moyens, les modifications par rapport à l'inclusion et les proportions de patients atteignant la rémission ou la différence minimale cliniquement significative (MCID) pour l'efficacité et les résultats rapportés par les patients jusqu'à la semaine 24 sont présentés dans le Tableau 2. À la semaine 24, pour les patients ayant une RCH modérée et sévère, respectivement, la rémission MCS a été atteinte par 33 % et 25 % des patients, la rémission pMCS par 56 % et 43 % des patients, et la rémission PRO-2 par 57 % et 44 % des patients. La MCID pour le score SIBDQ a été atteinte par 75 % et 68 % des patients avec une RCH modérée et sévère, respectivement, la MCID pour le score FACIT-Fatigue par 76 % et 59 %, et la MCID pour le score d'urgence NRS de 35 % et 42 %. À la semaine 24, 30 % des patients dans chaque groupe ont déclaré ≥1 EIAT, et 6 % (RCH modérée) et 7 % (RCH sévère) ont déclaré ≥1 EIIP.

Conclusion : Dans l'étude en vie réelle GALOCEAN, les patients sous FIL ont connu une amélioration des symptômes et une réduction de l'activité de la maladie sur 24 semaines. Des proportions numériquement plus élevées de patients ayant une RCH modérée ont atteint la rémission et des améliorations cliniquement significatives des PROs par rapport à ceux ayant une RCH sévère, notamment à la semaine 10. Le profil de tolérance était similaire entre les groupes.

P.277

Relation entre les concentrations sériques d'infliximab et la cicatrisation des fistules ano-périnéales dans la maladie de Crohn, évaluée par imagerie par résonance magnétique (IRM)

C. Saint [1], D. Ternant [1], V. Cuplov [1], B. Quenin [1], J. Antraygues [1], A. Landemaine [2], C. Brochard [2], G. Bouguen [2], D. Moussata [1]

(1) Tours ; (2) Rennes.

Introduction : Les fistules anopérinéales constituent une manifestation sévère et invalidante de la maladie de Crohn (MC). Bien que les anti-TNF aient transformé le pronostic des formes fistulisantes, les taux de réponse demeurent suboptimaux et les rechutes fréquentes. Le suivi thérapeutique pharmacologique aide à optimiser la prise en charge, mais l'association entre les concentrations sériques d'infliximab et la cicatrisation des fistules en particulier évaluée par IRM reste peu connue.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective bicentrique ayant inclus les patients atteints de MC fistulisante anopérinéale (LAP) traitées par infliximab (IFX). Les caractéristiques cliniques, biologiques et chirurgicales ont été recueillies à l'inclusion et tout le long du suivi avec les concentrations sériques d'IFX jusqu'à la cicatrisation des LAP définie par un score Van Assche (VA) < 7 sur la dernière IRM pelvienne de suivi. Un modèle pharmacocinétique–pharmacodynamique (PK–PD) a été développé pour décrire la relation entre les concentrations d'infliximab et la réduction du score de Van Assche.

Résultats : Sur 433 patients, 45 (10,4 %) ont été inclus, d'âge moyen de 48 ± 20 ans, durée médiane de la maladie de Crohn : 9 ans, 48,9 % de fumeurs. La topographie selon Montréal : L1 2,2 %, L2 36 %, L3 51,1 %, L4 8,8 %, périnéal isolé 2,2 %. 86,7 % des fistules étaient complexes. Une combothérapie a été utilisée dans 77,8 % des cas et des sétons dans 91,1 %. Après un suivi médian de 24 *vs* 7 mois (p = 0,64), on a observé 17 répondeurs (VA < 7) et 28 non-répondeurs. Parmi ces derniers : 57,1 % réponse partielle, 32,1 % réponse insuffisante, 10,8 % absence de réponse. En analyse univariée, les non-répondeurs avaient plus fréquemment une fistule complexe (96,4 % *vs* 70,6 %, p = 0,002), une CRP médiane plus élevée (11 *vs* 9, p = 0,03) et une tendance à un tabagisme plus fréquent (60,7 % *vs* 29,4 %, p = 0,06). Le modèle PK–PD a montré qu'une concentration de Infliximab de 14,7 mg/L était associée à une réduction de 50 % du score VA initial. Parmi les 17 répondeurs, 15 (88,2 %) avaient été classés répondeurs par le modèle; parmi les 28 non-répondeurs, 13 (46,4 %) avaient été classés répondeurs par le modèle (et parmi eux 11/13 (84,6 %) avaient une réponse partielle).

Conclusion : Environ un tiers des patients ont obtenu une réponse définie par un score de VA<7 sur l'IRM. Une fistule complexe et une CRP plus élevée étaient associées à la non-réponse, tandis que la modélisation PK–PD soutient l'existence d'une relation exposition–effet avec une concentration cible à 14,7 mg/L. Ces résultats confortent une stratégie proactive dans le suivi thérapeutique pharmacologique de l'infliximab dans la MC anopérinéale et mérite d'être testée dans des essais utilisant un score IRM harmonisé

P.278

Évolution de la pratique de l'éducation thérapeutique au cours des MICI en France : résultats d'une enquête nationale

J. Moreau [(1)], C. Devos [(2)], I. Nion-Larmurier [(2)], M. Allez [(2)], C. Martinez-Vinson [(2)], S. Monboussin [(3)], V. Delrieu [(2)], C. Baudry Schraub [(2)], X. Hébuterne [(4)], C. Noë [(2)]

(1) Toulouse ; (2) Paris ; (3) Rennes ; (4) Nice.

Introduction : Le rôle bénéfique de l'éducation thérapeutique (ETP) est bien établi au cours des maladies chroniques et il a été récemment démontré par l'étude ECIPE (1), qu'au cours des MICI, tous les domaines touchant à la qualité de vie (QDV) des patients étaient améliorés par l'ETP. Il y a 7 ans, une première enquête nationale concernant l'ETP au cours des MICI avait conduit à la rédaction d'un livre blanc contenant quinze recommandations (2). Cette enquête avait montré que moins d'un centre sur trois avait obtenu l'aval de l'ARS et que le nombre d'IDE officiellement reconnues dans leurs fonctions éducatives était encore très faible (n= 60). Cette nouvelle enquête avait pour but de mesurer l'évolution de la place de l'ETP dans les MICI en France

Patients et Méthodes : D'avril à mai 2025, les 57 Centres actifs dans l'ETP des MICI ont été contactés par l'Association Française pour l'Éducation Thérapeutique chez les patients atteints d'une Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin (AFEMI : http://www.afemi.org). Un questionnaire comportant 38 questions a été diffusé et les réponses ont été recueillies par voie électronique à l'aide d'un logiciel spécifiquement adapté. Les questions portaient sur : 1) le nombre et la taille des Centres impliqués ; 2) la place prise par l'ETP dans le parcours de soins ; 3) la reconnaissance officielle de cette activité (validation par l'ARS, personnel dédié, etc…) ; 4) le nombre et le type de personnels formés à l'ETP ; 5) la place et le rôle du patient expert ; 6) les thèmes principaux abordés en ateliers ; 7) le financement et la valorisation.

Résultats : Sur l'ensemble des réponses (50/57 centres ont répondu à l'enquête, soit 87,7 %), on constate une très nette progression de la place de l'ETP-MICI en France. 1) Le nombre de Centres agréés par l'ARS actifs est passé de 10 à 57 incluant de nombreux CH de taille moyenne. 2) Le nombre d'IDE « ETP » à temps partiel ou complet est passé de quelques dizaines à 323. 3) La présence d'un patient expert dans les Centres est passée de 0 à 50%, imprimant un rôle déterminant dans les ateliers. 4) Les thèmes abordés dans les ateliers sont plus nombreux et sont décrits dans l'enquête. 5) Plus de 50 % (26 % en 2019) des équipes ont déclaré que l'ETP est devenue un axe prioritaire dans leur Centre. 6) Une évaluation systématique lors du « débriefing » des ateliers montre que plus de 90 % des participants étaient satisfaits.
Trois points négatifs se dégagent de l'enquête : 1) un financement pérenne insuffisant et une faible valorisation de cette activité pour la moitié des Centres ; 2) un nombre encore insuffisant de patients experts afa intégrés dans les équipes ; 3) le faible développement de l'ETP en pratique libérale.
Enfin, parmi les quinze propositions du livre blanc de 2019, dix se sont vues récompensées d'une avancée significative.

Conclusion : L'ETP dans les MICI, dont le but essentiel est d'améliorer la QDV des patients, a fait un bond considérable au cours des dernières années et pas uniquement dans les grands Centres MICI. Les résultats de cette enquête suggèrent, qu'en France, plusieurs milliers de patients ont vu leur QDV améliorée grâce à cette activité. L'ETP-MICI doit être mieux valorisée. L'intégration des patients experts afa devrait être systématisée et l'ETP en pratique libérale mériterait d'être développée.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions toutes les personnes qui ont participé bénévolement à cette enquête.

P.279

Caractéristiques des patients à l'inclusion, atteints de rectocolite hémorragique et traités par filgotinib, associées à l'atteinte des critères d'efficacité

N. Mathieu [(1)], M. Allez [(2)], J. Burisch [(3)], B. Verstockt [(4)], A. Dignass [(5)], G. Fiorino [(6)], Y. Zabana [(7)], M. Saruta [(8)], W. Sawyer [(9)], C. Rudolph [(10)], V. Vyncke [(9)], P. Irving [(11)]

(1) Échirolles ; (2) Paris ; (3) Copenhague, DANEMARK ; (4) Louvain, BELGIQUE ; (5) Francfort, ALLEMAGNE ; (6) Rome, ITALIE ; (7) Barcelone, ESPAGNE ; (8) Tokyo, JAPON ; (9) Bologne, ITALIE ; (10) Munich, ALLEMAGNE ; (11) Londres, ROYAUME-UNI.

Introduction : L'étude en vie réelle GALOCEAN a montré que ~70% des patients ont une rectocolite hémorragique (RCH) modérée. (1) Une analyse post hoc de l'étude SELECTION (NCT02914522) a révélé que les patients ayant une RCH modérée (MOD) sont plus susceptibles d'avoir des réponses soutenues au filgotinib (FIL) que ceux ayant une RCH sévère (SEV). (2)

Matériels et Méthodes : Nous rapportons les résultats pour les patients atteints de RCH MOD ou SEV selon les sous-scores endoscopiques de Mayo (ES) dans une analyse post hoc de SELECTION, étude de phase 2b/3 ayant inclus 659 patients adultes présentant une RCH MOD ou SEV. Ces patients ont été randomisés (2:2:1) à la semaine (S) 0 pour recevoir du FIL oral quotidien à 200 mg (FIL200) ou 100 mg, ou un placebo (PBO) pendant 11 semaines dans l'étude d'induction A (bio-naifs) ou B (bio-exposés). (3) Les proportions de patients atteignant les critères d'efficacité (Tableau) ont été comparées entre FIL200 et PBO pour chaque sous-groupe.

Tableau : Résultats pour les patients bio-naïfs traités par FIL200 ou PBO à S10 et S58.

Résultats, n/N (%)	Définition	Semaine 10 bio-naïfs MOD	Semaine 10 bio-naïfs SEV	Semaine 58 bio-naïfs MOD	Semaine 58 bio-naïfs SEV	Semaine 10 bio-exp MOD	Semaine 10 bio-exp SEV	Semaine 58 bio-exp MOD	Semaine 58 bio-exp SEV
Rémission endoscopique*	ES = 0	FIL200: 39/112 (17.9) PBO: 4/57 (8.4) p = 0.0557	FIL200: 10/133 (7.5) PBO: 1/76 (1.3) p = 0.0531	FIL200: 17/94 (21.3) PBO: 3/50 (7.5) p = 0.0763	FIL200: 9/95 (16.4) PBO: 2/39 (5.4) p = 0.2006	FIL200: 19/61 (11.9) PBO: 1/31 (3.2) p = 0.0567	FIL200: 3/205 (1.5) PBO: 2/117 (1.8) p = 0.2505	FIL200: 3/53 (13.0) PBO: 0/13 (0) p = 0.4271	FIL200: 3/76 (3.9) PBO: 1/23 (4.3) p = 0.3676
Réponse Endoscopique*	ES ≤ 1	FIL200: 51/112 (45.5) PBO: 19/57 (33.3) p = 0.0462	FIL200: 32/133 (24.1) PBO: 9/76 (11.8) p = 0.0361	FIL200: 30/94 (59.3) PBO: 9/50 (24.0) p = 0.0044	FIL200: 25/95 (45.5) PBO: 4/39 (15.8) p = 0.0072	FIL200: 24/190 (46.7) PBO: 6/31 (25.8) p = 0.1126	FIL200: 21/203 (10.3) PBO: 11/120 (9.7) p = 0.0067	FIL200: 16/23 (43.5) PBO: 1/12 (8.3) p = 0.1936	FIL200: 14/70 (20.0) PBO: 4/20 (12.1) p = 0.4743
Rémission MCS*	ES = 1, RB = 1, SF = 1, PGA = 1, PCS = 1	FIL200: 19/112 (33.3) PBO: 7/57 (16.4) p = 0.0293	FIL200: 22/133 (17.3) PBO: 1/76 (1.3) p = 0.1066	FIL200: 20/94 (48.1) PBO: 3/50 (12.0) p = 0.0013	FIL200: 15/95 (41.4) PBO: 4/39 (13.8) p = 0.0139	FIL200: 14/190 (25.7) PBO: 3/31 (9.7) p = 0.1429	FIL200: 11/203 (5.4) PBO: 11/121 (9.1) p = 0.1170	FIL200: 6/53 (34.6) PBO: 1/13 (8.3) p = 0.1933	FIL200: 10/70 (21.1) PBO: 2/23 (8.9) p = 0.1442
Réponse HCS*	RB = 1 ou réduction de 3 points minimum HCS, dont 3 ou 30%	FIL200: 79/112 (70.5) PBO: 30/57 (45.2) p = 0.0060	FIL200: 64/133 (51.3) PBO: 34/76 (44.7) p = 0.3103	FIL200: 49/94 (74.1) PBO: 11/50 (44.0) p = 0.0013	FIL200: 41/95 (74.6) PBO: 11/39 (37.9) p = 0.0013	FIL200: 56/190 (61.8) PBO: 9/31 (25.8) p = 0.0018	FIL200: 105/203 (59.7) PBO: 71/111 (15.3) p = 0.0001	FIL200: 14/23 (66.9) PBO: 1/12 (16.7) p = 0.0698	FIL200: 39/70 (56.7) PBO: 8/20 (24.2) p = 0.0339
Rémission histologique*	ES grade 0 ou 1, grade 1 si 1, 1; grade plus 2/4 (Nancy) et grades 2/3, 3, 4	FIL200: 42/112 (37.5) PBO: 19/57 (21.2) p = 0.0106	FIL200: 29/94 (51.9) PBO: 9/50 (20.0) p = 0.0079	FIL200: 21/95 (38.2) PBO: 3/39 (17.2) p = 0.0752	FIL200: 19/58 (32.2) PBO: 9/31 (8.7) p = 0.0150	FIL200: 53/203 (16.3) PBO: 31/113 (8.7) p = 0.0600	FIL200: 9/23 (39.1) PBO: 1/12 (8.3) p = 0.2494	FIL200: 16/70 (25.7) PBO: 2/19 (9.1) p = 0.0395
Rémission pMCS*	RB = 1, SF = 1, PGA = 1 et pPCS > 2	FIL200: 63/112 (59.9) PBO: 23/57 (36.1) p = 0.0027	FIL200: 51/133 (38.3) PBO: 21/76 (27.6) p = 0.0028	FIL200: 37/94 (66.5) PBO: 10/50 (40.0) p = 0.0119	FIL200: 30/95 (75.9) PBO: 8/39 (51.3) p = 0.0007	FIL200: 29/190 (46.2) PBO: 9/31 (16.1) p = 0.0120	FIL200: 94/203 (28.6) PBO: 31/111 (8.3) p = 0.0001	FIL200: 19/23 (90.2) PBO: 1/12 (16.7) p = 0.0499	FIL200: 33/70 (47.1) PBO: 5/20 (15.2) p = 0.0097
Rémission PRO-2*	RB = 0 ou SF = 1	FIL200: 73/112 (65.4) PBO: 31/57 (37.7) p = 0.0015	FIL200: 56/133 (54.8) PBO: 25/76 (54.3) p = 0.0000	FIL200: 56/95 (78.9) PBO: 11/50 (44.0) p = 0.0036	FIL200: 54/95 (57.8) PBO: 15/39 (38.5) p = 0.0010	FIL200: 73/203 (35.5) PBO: 14/111 (5.4) p = 0.0001	FIL200: 16/23 (65.3) PBO: 1/12 (16.7) p = 0.0499	FIL200: 16/23 (65.3) PBO: 1/12 (16.7) p = 0.0054	FIL200: 33/70 (47.1) PBO: 5/20 (15.2) p = 0.0054
Rémission MCS (sans calprotectine)	ES = 1, RB = 1, SF = 1, PGA = 1, pPCS = 2 et CSFpour 6 mois	N/A	N/A	FIL200: 11/54 (20.4) PBO: 3/35 (8) p = 0.0039	FIL200: 7/36 (13.7) PBO: 1/29 (3.4) p = 0.0457	N/A	NA	FIL200: 5/29 (21.7) PBO: 0/12 (0) p = 0.0179	FIL200: 3/76 (2.6) PBO: 1/23 (3.3) p = 0.5408
Rémission SIBDQ*	Score ≥ 170	FIL200: 71/133 (53.4) PBO: 27/67 (54.4) p = 0.8210	FIL200: 59/94 (76.4) PBO: 14/55 (54.0) p = 0.1605	FIL200: 45/95 (61.9) PBO: 17/39 (58.6) p = 0.8236	FIL200: 50/58 (54.7) PBO: 9/31 (19.4) p = 0.0136	FIL200: 64/203 (41.4) PBO: 35/111 (16.9) p = 0.0001	FIL200: 11/23 (73.9) PBO: 1/12 (58.3) p = 0.7518	FIL200: 44/70 (62.9) PBO: 11/20 (51.4) p = 0.5015

Résultats : A S0, les scores Mayo moyens (écart-type) pour les patients bio-naïfs MOD et SEV étaient de 7,8 (1,1) et 9,2 (1,1) ; pour les patients bio-exposés, 7,9 (1,3) et 9,6 (1,2). Pour les sous-groupes MOD et SEV, 41 % (46/112) et 66 % (88/133) présentaient un CRP ≥3mg/L ; 35 % et 44 % étaient diagnostiqués depuis ≥7 ans. À S10 et S58, des taux de réponse significativement plus élevés ont été observés chez les patients traités par FIL200 par rapport au PBO pour la plupart des résultats dans les deux sous-groupes (Tableau). Les taux de réponse à S10 étaient numériquement plus élevés pour les patients MOD bio-naïfs (réponse ES : MOD, 46 % ; SEV, 24 %). À S58, les différences numériques entre les sous-groupes étaient moins prononcées chez les bio-naïfs (réponse ES : MOD, 59 % ; SEV, 46 %) ; les différences entre les sous-groupes des patients bio-exposés ont été maintenues.

Conclusion : Ces données montrent que les patients atteints de RCH MOD ou SEV traités par FIL200 ont des améliorations des résultats cliniques et de qualité de vie *vs* PBO. A S10, les patients avec une RCH MOD étaient généralement plus susceptibles d'obtenir un résultat clinique positif que ceux avec une RCH SEV, en particulier chez les patients bio-naïfs. Les différences numériques entre les sous-groupes de patients bio-naïfs étaient moins prononcées au fil du temps, car les taux de réponse ont augmenté dans le sous-groupe SEV jusqu'à S58.

P.280

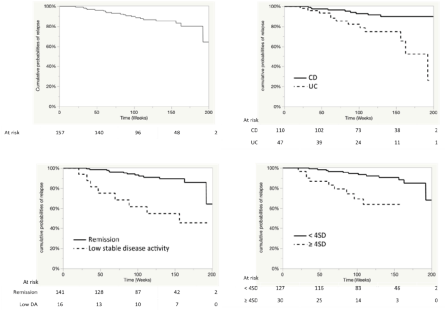
Efficacité et stratégie pour le switch des formes intraveineuses optimisées vers la forme sous-cutanée d'infliximab chez les patients atteints de MICI

L. Trubert [1], T. Brunet [1], B. Franck [1], C. Legué [1], A. Landemaine [1], C. Brochard [1], J. Le Corre [1], M. Lazareth [1], F. Le Maitre [1], C. Tron [1], G. Bouguen [1]

(1) Rennes.

Introduction : L'efficacité du switch de l'infliximab intraveineux (IFX IV) vers la forme sous-cutanée (IFX SC) a été prouvée pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) traités par IFX IV en entretien avec un schéma standard (5mg/kg toutes les 8 semaines). Les données concernant les patients ayant un schéma IV optimisés sont en revanche peu nombreuses et divergentes. Notre objectif était d'analyser la faisabilité et les modalités de switch SC selon le type de schéma IV ainsi que d'identifier les facteurs de risque de rechute.

Patients et Méthodes : Tous les patients issus d'une base de données monocentrique traités par IFX IV depuis au moins 6 mois pour une MICI et switchés par voie SC pour une durée d'au moins 6 mois ont été inclus. Pour évaluer l'impact des différents schémas IFX IV au switch, ils ont été regroupés en doses standards par rapport au schéma standard (5mg/kg toutes les 8 semaines) en considérant par exemple comme 2 doses standards un doublement de la dose (10mg/kg toutes les 8 semaines) ou une réduction de 2 semaines l'intervalle entre les injections (5mg/kg toutes les 6 semaines). Le principal critère de jugement était la rechute, évaluée par une analyse de survie selon le type de schéma d'IFX IV. Nous avons également analysé les facteurs de risque de rechute, ainsi que les données pharmacodynamiques.



Résultats : Parmi les 157 patients inclus, la probabilité cumulée de persistance du traitement à 1, 2 et 3 ans était de 95 %, 87 % et 76 %. 30 (19,1 %) patients avaient un schéma IV très optimisé au switch (≥ 4 dose standard = 5mg/kg toutes les 4 semaines ou 10mg/kg toutes les 6 semaines). Après un suivi moyen de 26,6 (+/- 11.1) mois, 21/157 (13,4 %) patients ont présenté une rechute dont 8/21 (38,1 %) avaient une maladie légèrement active au switch. L'optimisation permettait de capturer de nouveau la rémission dans 54,5 % des cas. Le risque cumulé de rechute à 1, 2 et 3 ans était de 7 %, 15,2 % et 26,1 % respectivement. En analyse multivariée, La rectocolite hémorragique et une maladie faiblement active au switch étaient associées à un risque de rechute plus important avec respectivement un HR=4.67 (95%CI [1.85-12.24], p = 0.037) et HR=6.46 (95%CI [1.99-19.57], p = 0.0011). Indépendamment du schéma optimisé ou non d'IFX-SC au switch, les patients ayant un schéma d'IFX IV optimisé ≥ 4DS avaient également plus de risque de rechute (HR=1.39, 95%CI [1.06-1.78], p = 0.017). Au niveau pharmacocinétique, l'infliximabémie moyenne avec la forme SC (28.46 (+/- 16.9) µg/dl à 6 mois) était supérieure par rapport à la forme IV (6.76 (+/- 4.7) µg/dl). L'absence de corrélation entre la concentration pré et post switch ne permet pas de prédire la concentration sanguine sous IFX SC (r^2=0.09).

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité durable de l'IFX SC après le switch. Le risque accru de rechute chez les patients ayant un schéma d'IFX IV ≥ 4DS, indépendamment du schéma SC, ainsi que chez les patients ayant une maladie légèrement active, suggère que le switch devrait être évité dans cette population.

P.281

Efficacité et tolérance du filgotinib à la semaine 10 chez les patients atteints de rectocolite hémorragique : une analyse intermédiaire de l'étude en vie réelle prospective GALOCEAN

C. Stefanescu [1], A. Armuzzi [2], E. Ricart [3], J.P. Seenan [4], M. Lowenberg [5], S. Vermeire [6], C. Gilletta de Saint-Joseph [7], M.L. Høivik [8], S. Schreiber [9], G. Doherty [10], R. Saldana [11], W. Sawyer [12], C. Rudolph [13], V. Sendersky [12], W. Reinisch [14]

(1) Neuilly-sur-Seine ; (2) Milan, ITALIE ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) Glasgow, ROYAUME-UNI ; (5) Amsterdam, PAYS-BAS ; (6) Louvain, BELGIQUE ; (7) Toulouse ; (8) Oslo, NORVÈGE ; (9) Kiel, ALLEMAGNE ; (10) Dublin, IRLANDE ; (11) Bruxelles, BELGIQUE ; (12) Bologne, ITALIE ; (13) Munich, ALLEMAGNE ; (14) Vienne, AUTRICHE.

Introduction : Filgotinib (FIL) est un inhibiteur préférentiel de Janus kinase 1 administré par voie orale une fois par jour, approuvé pour le traitement des adultes présentant une rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère, sur la base des résultats de l'essai SELECTION(1) de phase 2b/3. Les données en vie réelle sont limitées.

Patients et Méthodes : Cette analyse rapporte les caractéristiques à l'inclusion des patients présentant une RCH et les données préliminaires d'efficacité et de tolérance à la semaine 10 (S10) sous FIL dans l'étude GALOCEAN (NCT05817942), une étude européenne observationnelle prospective évaluant l'efficacité et la tolérance du FIL en vie réelle. Les caractéristiques des patients à l'inclusion (BL) ont été rapportées pour la population d'analyse complète et les résultats d'efficacité ont été rapportés pour l'ensemble des patients à réponse évaluable (RES). À S10, les variations moyenne par rapport à l'inclusion (CFB) du score Mayo partiel (pMCS) et le score patient à 2 items (PRO2), ainsi que les proportions de patients en rémission selon le pMCS ou le PRO2 ont été évalués. Les moyennes des CFB et la proportion de patients atteignant la différence minimale cliniquement importante (MCID) à S10 dans les résultats rapportés par les patients ont été évalués. La tolérance a également été évaluée en documentant les événements indésirables.

Tableau. Résultats d'efficacité à l'inclusion et à la semaine 10 après traitement par FIL (RES)

	BL			S10					
Critère de jugement	**Score moyen (ET)**	**Patients présentant une activité modérée de la maladie, % (n/N)**	**Patients présentant une activité sévère de la maladie % (n/N)**	**Score moyen (ET)**	**CFB moyen (ET)**	**Patients présentant une activité modérée de la maladie, % (n/N)**	**Patients présentant une activité sévère de la maladie % (n/N)**	**Patients en rémission,* % (n/N)**	**Patients avec MCID† vs BL, % (n/N)**
pMCS	5.2 (2.0) *n*=262	58.0 (151/260)	27.9 (73/262)	2.4 (2.5) *n*=232	−2.9 (2.7) *n*=228	9.9 (24/232)	9.9 (23/232)	41.5 (86/236)	–
PRO2 score	3.2 (1.4) *n*=265	59.6 (158/265)	22.6 (60/265)	1.4 (1.7) *n*=248	−1.8 (1.9) *n*=247	26.6 (66/248)	6.1 (20/248)	43.1 (107/248)	–
SIBDQ score	39.4 (11.7) *n*=249	–	–	49.0 (12.9) *n*=222	9.3 (11.3) *n*=211	–	–	–	54.0 (114/211)
Urgency NRS score	4.3 (2.7) *n*=237	–	–	2.9 (2.8) *n*=212	−1.5 (3.0) *n*=190	–	–	–	33.7 (64/190)
FACIT-Fatigue score	28.7 (11.6) *n*=249	–	–	34.0 (11.8) *n*=222	5.3 (9.6) *n*=211	–	–	–	55.9 (117/211)

Les données sont rapportées pour les patients pour lesquels des données sont disponibles. Les populations d'analyse sont définies comme suit : le groupe RES comprenait des patients ayant des données à l'inclusion (BL) et des données cliniques de qualité valides pour au moins un point de mesure après le début du traitement par FIL, et le groupe FAS comprenait tous les patients ayant des données BL disponibles.

*Les définitions de la rémission étaient les suivantes : rémission pMCS (RB ≤1, SF ≤1, PGA ≤1, pMCS ≤1) ; rémission PRO2 (SF=0, RB=0).
†Les définitions des MCID (différence minimale cliniquement importante) étaient les suivantes : MCID SIBDQ (augmentation par rapport à BL ≥9) ; MCID Urgency NRS (diminution par rapport à BL ≥3) ; MCID FACIT-Fatigue (augmentation par rapport à BL ≥4).

BL, inclusion; CFB, changement par rapport à l'inclusion; FACIT-Fatigue, Évaluation Fonctionnelle des Thérapies des Maladies Chroniques - Fatigue; FIL, filgotinib; MCID, différence minimale cliniquement importante; NRS, Échelle Numérique d'Évaluation; PGA, Évaluation Globale du Patient; pMCS, Score Mayo partiel; PRO2, résultat rapporté par le patient en 2 items; RB, sous-score de saignement rectal; RES, ensemble de patients à réponse évaluable; ET, écart type; SF, sous-score de fréquence des selles; SIBDQ, Questionnaire court des Maladies inflammatoires de l'intestin; S10, semaine 10.

Résultats : 353 patients débutant FIL ≤200mg ont été inclus (femmes : 48,7 % ; âge, médiane [min-max] : 36,0 [18-86] ans ; délai depuis le diagnostic de la RCH, médiane [min-max] : 6,3 [0-35] ans). La durée moyenne (écart type) du suivi était de 23,9 (17,2) semaines. À l'inclusion, les taux de sévérité de la RCH définis par le pMCS étaient inactifs (pMCS 0-1 ; 5,8 % [n=20]), ou légère (pMCS 2-4 ; 28,3 % [n=97]), modérée (pMCS 5-6 ; 35,9 % [n=123]) ou sévère (pMCS 7-9 ; 30 % [n=103]) actifs ; 10 patients n'avaient pas de pMCS rapporté à l'inclusion. La plupart des patients avaient une colite gauche (38,2 % [n=135]) ou une pancolite (39,4 % [n=139]). Au total, 21,2 % (n=75) des patients étaient naïfs de thérapies conventionnelles (à l'exclusion des corticostéroïdes [CS]), et 26,9 % (n=95), 27,8 % (n=98) ou 45,3 % (n=160) avaient précédemment reçu 0, 1 ou ≥2 thérapies avancées, respectivement. À l'inclusion, FIL était utilisé sans thérapie concomitante chez 55,8 % (n=197) des patients ; les CS étaient utilisés comme thérapie concomitante par 26,3 % (n=93) des patients. Le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent était le tabagisme actuel ou antérieur (31,7 % [n=112]). Au total, 75,9 % (n=268) des patients avaient des données d'efficacité (RES). À S10, les patients avaient montré des symptômes cliniques améliorés et une meilleure qualité de vie (HRQoL) par rapport à la BL (Tableau). 123 (34,8 %) patients ont interrompu le traitement, principalement en raison d'un manque d'efficacité. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été observé.

Conclusion : En vie rééle, le filgotinib a montré une amélioration clinique et de la qualité de vie dès la semaine 10 avec un profil de tolérance attendu. (2–4) Les inclusions dans l'étude GALOCEAN sont désormais clôturées, et les résultats avec un plus grand nombre de patients et une exposition plus longue au FIL seront analysés pour une meilleure évaluation de l'efficacité et la tolérance du FIL en vie réelle.

P.282

Etude du positionnement des traitements et de la persistance thérapeutique au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en vie réelle dans les centres hospitaliers généraux : étude PERSIST'ANGH

S. Nahon [1], T. Paupard [2], F. Heluwaert [3], M. Vidon [4], A. Garioud [5], S. Tlili [6], J.B. Delobel [7], F. Dautrecque [8], E. Poli [9], F. Khemissa Akouz [10], M. Kaassis [11], A. Blain [12], S. Taieb [12], R.L. Vitte [13], A.I. Raoto [14], B. Anon [15], A. Lalieu [16], T. Delory [3], P. Mortreux [17], F. Skinazi [18], C. Montuclard [19], J. Roux [20]

(1) Montfermeil ; (2) Dunkerque ; (3) Annecy ; (4) Créteil ;
(5) Villeneuve-Saint-Georges ; (6) Montélimar ;
(7) Saint-Brieuc ; (8) Lens ; (9) Orsay ; (10) Perpignan ;
(11) Cholet ; (12) Paris ; (13) Poissy ; (14) Avignon ;
(15) Boulogne-sur-Mer ; (16) Valenciennes ;
(17) Béthune ; (18) Saint-Denis ; (19) Valence ;
(20) Montreuil.

Introduction : Le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) repose aujourd'hui sur une approche globale et personnalisée. Les comorbidités (âge, obésité/surpoids, pathologies métaboliques et cardiovasculaires, antécédents de cancer, manifestations extra-digestives) et la grossesse influencent le choix et la persistance des lignes de thérapies avancées (TA). L'étude PERSIST'ANGH a pour but d'analyser en vie réelle le positionnement et la persistance des TA.

Patients et Méthodes : PERSIST'ANGH est une étude observationnelle, ambispective et multicentrique qui récence, via un eCRF, les caractéristiques des patients suivis pour une maladie de Crohn (MC) ou une rectocolite hémorragique (RCH) dans des centres hospitaliers non universitaires qui ont reçu au moins une TA. L'objectif principal est de décrire les différentes séquences de TA et leurs persistances à partir de l'initiation de la 1ère ligne. Cette première analyse se concentre sur les caractéristiques de la population étudiée au moment de l'inclusion.

Résultats : Au 15 septembre 2025, 1 362 patients ont été inclus par 21 centres. L'analyse statistique a porté sur 1 162 patients : 62 % de MC (n=722) et 38 % de RCH (n=440). L'âge médian était de 40 ans (39 ans pour la MC *vs* 42 ans pour la RCH ; p=0,013) et 33% des malades avaient plus de 50 ans. Cinquante-deux pour cent étaient des hommes. L'IMC moyen était de 25,3 kg/m² ; 29 % des patients étaient en surpoids et 16 % obèses. Un tabagisme actif concernait 20 % des MC *vs* 9 % des RCH (p<0,001). Pour la MC, les localisations iléales (L1) et iléo-coliques (L3) représentaient respectivement 42 % et 40 % des cas, le phénotype inflammatoire (B1) 56 % et les lésions ano-périnéales 26 % des cas. Trois-cent vingt-huit patients ont eu une chirurgie : 191 (61%) chirurgies luminales et 121 (39%) chirurgies ano-périnéales. Pour la RCH, l'extension était pancolique (E3), colique gauche (E2) et rectale (E1) dans respectivement 52 %, 38 % et 11 % des cas. Les comorbidités augmentaient significativement après 50 ans : HTA (28 % *vs* 3 % ; p<0,001), diabète (12 % *vs* 1 % ; p<0,001) et dyslipidémie (16 % *vs* 1 % ; p<0,001). Un antécédent de cancer était observé dans 58 cas [guéris (n=35), en rémission (n=15) et actifs (n=8)] chez 13 % des plus de 50 ans *vs* 1 % des moins de 50 ans (p<0,001) avec une prédominance pour la RCH (8%) *vs* la MC (4 %). Les localisations les plus fréquentes étaient les cancers non mélanocytaires (n=9), le sein (n=8) et la prostate (n=8). Des manifestations extra-intestinales étaient observées chez 19 % des patients : rhumatisme axial (34 %), périphérique (25 %), psoriasis (11 %), érythème noueux (6 %) et cholangite sclérosante primitive (12 %). Cent quarante-deux grossesses ont été recensées ; 90 % à terme avec un accouchement par voie basse dans 70 % des cas. La TA a été maintenue tout au long de la grossesse dans 29 % des cas.

Conclusion : Les résultats de cette cohorte sont globalement cohérents avec les données de la littérature. Les comorbidités métaboliques et cardiovasculaires ainsi que les antécédents de cancer sont nettement plus fréquents après 50 ans, soulignant la nécessité d'une évaluation globale avant l'instauration ou la poursuite d'une thérapie avancée. La poursuite du traitement pendant la grossesse reste limitée (29 %). Ces résultats descriptifs constituent une première étape de l'étude PERSIS'ANGH. Ils seront complétés, dans un second temps, par l'analyse de la persistance et du séquençage des lignes de thérapies avancées, afin de mieux comprendre les stratégies thérapeutiques et leur adéquation avec les profils cliniques observés.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les laboratoires Celltrion et Lilly pour leur soutien.
Nous remercions l'équipe de la DRCI du Centre hospitalier Annecy Genevois: Dr Marion GHIDI / Dr Marion BEUCHER, Mr Mathieu LENORMAND, Mrs Melissa PETRIER, Dr Tristan DELORY.

P.283

Lien entre résultats endoscopiques et améliorations cliniques à long terme chez les patients présentant une maladie de Crohn modérée à sévère traités par risankizumab : résultats d'une analyse post-hoc de l'essai de phase III SEQUENCE

L. Peyrin-Biroulet [1], V. Jairath [2], N. Joshi [3], C. Ma [4], P. Bossuyt [5], N. Shukla [3], K. Kligys [3], J. Zambrano [3], T. Anschutz [3], K. Brooke [3], B.G. Feagan [2]

(1) Nancy ; (2) London, CANADA ; (3) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Calgary, CANADA ; (5) Bonheiden, BELGIQUE.

Introduction : D'après le consensus STRIDE-II, la cicatrisation muqueuse est un objectif thérapeutique à long terme important pour les patients présentant une maladie de Crohn (MC).1 Cette analyse post hoc visait à évaluer le lien entre la cicatrisation muqueuse et les résultats cliniques à long terme chez des patients présentant une MC modérée à sévère traités par risankizumab (RZB) après échec d'un traitement par anti-facteur de nécrose tumorale dans le cadre de l'essai de phase III SEQUENCE.2

Matériels et Méthodes : Cette analyse portait sur les patients traités par RZB ayant effectué la visite de la semaine 48 en partie 1 de SEQUENCE (NCT04524611) et ayant poursuivi le traitement d'entretien par RZB au cours de la partie 2 de l'essai. La partie 2 est une phase d'extension en ouvert (OLE), en cours, dans laquelle les patients ayant reçu le traitement d'induction et d'entretien par RZB pendant la partie 1 pouvaient poursuivre le RZB (360 mg par voie sous-cutanée toutes les 8 semaines pendant 220 semaines supplémentaires au maximum). Tous les patients de cette analyse post hoc ont reçu 100 semaines de traitement par RZB (48 semaines en partie 1 et 52 semaines en partie 2). La proportion de patients ayant rempli les critères cliniques à la semaine 100 (partie 2) (réponse et rémission CDAI [CD activity index], rémission clinique CDAI sans corticoïdes et normalisation du taux de calprotectine fécale [CF]) était comparée en fonction de l'obtention ou non à la semaine 48 d'une réponse endoscopique, d'une rémission endoscopique et d'une rémission endoscopique sans corticoïdes (définition des critères dans les notes en bas du Tableau), par un test du X^2. En cas de données manquantes, les patients étaient considérés comme non répondeurs. Les endoscopies étaient évaluées par un examinateur central. Les évaluations de la tolérance à long terme du RZB ont été décrites par ailleurs.3

Résultats : Parmi les 224 patients inclus dans l'analyse, 114 (50,9 %), 80 (35,7 %) et 80 (35,7 %) ont respectivement obtenu une réponse endoscopique, une rémission endoscopique et une rémission endoscopique sans corticoïdes à la semaine 48. Une proportion significativement plus importante de patients ayant obtenu une réponse endoscopique à la semaine 48 a également obtenu une rémission et une réponse CDAI, une rémission clinique CDAI sans corticoïdes et une normalisation du taux de CF à la semaine 100 par rapport aux patients sans réponse endoscopique à la semaine 48 ($P \leq 0,05$ pour toutes les comparaisons) (Tableau). Des résultats similaires ont été observés chez les patients ayant obtenu une rémission endoscopique ou une rémission endoscopique sans corticoïdes à la semaine 48 ($P \leq 0,05$ pour tous les critères, sauf la réponse clinique CDAI).

Conclusion : Les résultats de cette analyse post hoc des données de SEQUENCE ont montré que l'atteinte des critères endoscopiques à la semaine 48 était associée à des améliorations cliniques durables après 2 ans de traitement par RZB.

Remerciements, financements, autres : AbbVie 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. Aucuns honoraires ou paiement n'ont été versés pour la qualité d'auteur. 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 Stephanie Parsons, PhD, collaboratrice d'AbbVie.Amy Kuang, collaboratrice d'AbbVie, a fourni un soutien rédactionnel.

P.284

Décisions thérapeutiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : ChatGPT-4.0 comparé à l'expertise médicale

H. Loncour [1], V. Muls [1], J. Aoun [1], A. Hoyois [1]
(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Face à la prévalence croissante des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et à la complexité de leur prise en charge thérapeutique, l'évaluation de nouvelles approches devient indispensable. Les Large Language Models (LLM), tels que ChatGPT-4.0, ont connu un essor considérable ces dernières années. Si plusieurs études ont évalué ces modèles dans diverses spécialités médicales, leur application dans le domaine des MICI demeure inexplorée. Cette étude vise à comparer les recommandations thérapeutiques formulées par ChatGPT-4.0 à celles des gastroentérologues spécialistes des MICI, afin d'évaluer les potentielles applications et limitations en pratique clinique.

Matériels et Méthodes : Cette étude observationnelle prospective a été menée dans un centre hospitalo-universitaire entre septembre 2024 et mars 2025. Elle a inclus 47 cas de patients atteints de MICI nécessitant l'instauration ou l'adaptation d'un traitement par biothérapie. Des vignettes cliniques standardisées ont été élaborées afin de fournir à la fois aux cliniciens et à ChatGPT-4.0 des informations identiques. Pour chaque situation clinique, les décisions thérapeutiques étaient structurées selon une séquence précise : la classe thérapeutique, la molécule spécifique au sein de cette classe, et enfin le choix d'une monothérapie ou d'une bithérapie. Les propositions ont ensuite été comparées à l'aide du pourcentage d'accord et du coefficient kappa de Cohen (κ).

Résultats : Le taux de concordance entre les spécialistes et ChatGPT-4.0 était de 76,6 % (κ = 0,677) pour le choix de la classe thérapeutique et de 44,7 % (κ = 0,352) pour le choix spécifique de la molécule. Une discordance concernant la classe thérapeutique a été observée dans 11 cas sur 47 (23,4 %) mais l'ensemble des réponses discordantes ont été jugées acceptables après relecture par les gastroentérologues. Parmi elles, sept secondes propositions rejoignaient les décisions thérapeutiques des experts.

Conclusion : Cette étude souligne le rôle prometteur de ChatGPT-4.0 dans la prise en charge thérapeutique des MICI. Néanmoins, il ne constitue pas à ce jour une ressource suffisamment fiable pouvant substituer à un avis médical expert. Le développement futur de modèles spécialisés, intégrant les recommandations européennes et l'expertise des cliniciens, pourrait améliorer la fiabilité des LLM et leur intégration sécurisée dans la pratique médicale.

P.285

Apport de la cinétique précoce de la CRP au sein d'un modèle biologique et endoscopique intégré de prédiction de corticorésistance dans la rectocolite hémorragique aiguë grave

H. Hassen [1], E. Souilem [1], N. Elleuch [1], H. Jaziri [1], A. Ben Slama [1], A. Braham [1], W. Dahmani [1], M. Ksiaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) constitue une urgence thérapeutique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Malgré l'efficacité de la corticothérapie intraveineuse (CTIV), environ 30 à 40 % des patients présentent une résistance, compromettant leur pronostic. Les marqueurs isolés, biologiques ou endoscopiques, présentent une valeur prédictive limitée. L'objectif de cette étude était de développer un modèle combiné intégrant des paramètres cliniques, biologiques et endoscopiques statiques, ainsi qu'un marqueur dynamique (ΔCRP %) permettant une prédiction précoce de la corticorésistance

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective analytique a été menée chez 164 patients atteints de rectocolite hémorragique hospitalisés pour CAG entre 2009 et 2023. Les données cliniques, biologiques et endoscopiques à l'admission (score de Lichtiger, albumine, CRP, score UCEIS) ont été analysées. La variation relative de la CRP entre J0 et J3 (ΔCRP %) a été calculée selon la formule :ΔCRP % = [(CRP_J0 − CRP_J3) / CRP_J0] × 100.La corticorésistance était définie par le recours à un traitement de deuxième ligne ou à la chirurgie. Les facteurs indépendants qui y sont associés ont été identifiés par régression logistique multivariée, et la performance du modèle combiné a été évaluée à l'aide de la courbe caractéristique de performance du récepteur (ROC) et de son aire sous la courbe (AUC).

Résultats : Une corticorésistance a été observée chez 44 % des patients.Les taux de CRP à l'admission augmentaient significativement avec la sévérité de l'atteinte endoscopique : 38 ± 14 mg/L pour les formes modérées (UCEIS 4–5), 67 ± 25 mg/L pour les formes sévères (UCEIS 6–7) et 92 ± 30 mg/L pour les formes très sévères (UCEIS ≥ 8) (p< 0,001).Une corrélation linéaire forte a été observée entre la CRP et le score UCEIS (r = 0,62 ; p< 0,001), indiquant une association significative entre l'intensité de l'atteinte muqueuse et l'inflammation systémique.Sous CTIV, la CRP diminuait en moyenne de 57 % ± 21 à J3, mais restait significativement plus élevée chez les résistants que chez les répondeurs (58 ± 26 *vs* 28 ± 18 mg/L ; p< 0,001).La variation relative de la CRP (ΔCRP %) était significativement plus faible chez les non-répondeurs (28 % ± 16 *vs* 61 % ± 22 ; p< 0,001).Un ΔCRP % < 40 % à J3 prédisait indépendamment la corticorésistance (OR = 3,8 ; IC95 % [2,1–6,9] ; p< 0,001).En analyse multivariée, cinq facteurs étaient indépendamment associés à la corticorésistance : CRP > 70 mg/L à l'admission (OR = 3,1 ; IC95 % [1,5–6,4]), albumine < 30 g/L (OR = 2,6 ; IC95 % [1,3–5,2]), score de Lichtiger ≥ 12 (OR = 3,8 ; IC95 % [1,9–7,6]), UCEIS ≥ 7 (OR = 2,9 ; IC95 % [1,4–6,0]) et ΔCRP % < 40 % à J3 (OR = 3,8 ; IC95 % [2,1–6,9]).Un modèle ajusté combinant les paramètres statiques (CRP, albumine, Lichtiger, UCEIS) et le paramètre dynamique ΔCRP % à J3 améliorait significativement la performance prédictive (AUC = 0,94 *vs* 0,89 pour le modèle statique seul ; p< 0,01), traduisant une meilleure capacité de discrimination

Conclusion : Le modèle intégrant les paramètres endoscopiques, biologiques et dynamiques permet une prédiction plus fiable de la corticorésistance au cours des CAG. La cinétique précoce de la CRP constitue un marqueur simple, rapide et reproductible, pouvant compléter les scores cliniques existants et guider précocement la stratégie de sauvetage thérapeutique

P.286

Impact en vie réelle de la supplémentation martiale intraveineuse sur la fatigue et la qualité de vie des patients atteints de MICI avec carence martiale sans anémie : résultats d'une étude prospective

S. Tamdrari [1], C. Yzet [1], F. Brazier [1], S. Dubian [1], J. Delaire [1], L. Ghilardi [1], M. Diouf [1], A. Ollier [1], M. Fumery [1]

(1) Amiens.

Introduction : Alors que la prise en charge de l'anémie par carence martiale est consensuelle, celle de la carence martiale isolée est toujours sujette à controverse chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de cette étude était d'évaluer, en vie réelle, l'impact d'une supplémentation martiale intraveineuse (IV) sur la fatigue et la qualité de vie des patients atteints de MICI présentant une carence martiale sans anémie.

Matériels et Méthodes : Tous les patients majeurs (> 18 ans) consécutifs présentant une MICI compliquée d'une carence martiale isolée dans notre centre étaient inclus dans une étude prospective observationnelle. La fatigue, la qualité de vie et le handicap étaient évalués à l'aide d'un panel de quatre questionnaires validés dans les MICI (FACIT-F, EQ-5D-5L, SF-36 et IBD Disk), remplis le jour de l'inclusion, puis à un mois et à deux mois après une supplémentation martiale intraveineuse. Une fatigue modérée à sévère était définie par un score FACIT-F < 40.

Résultats : 90 patients (femmes, 71 % ; âge médian 32 ans (IQR, 23-43), Hémoglobine médiane 13,4 g/dL (12,7-14,1), ferritine médiane 19,5 µg/L (13,3-28,8)) ont été inclus. Soixante-six patients (73 %) présentaient une maladie de Crohn (MC), et quaranteneuf (54 %) des patients inclus étaient en rémission clinique (MC, Index HarveyBradshaw < 5 ; RCH, Score Mayo Clinic partiel < 1). Avant la perfusion de fer, une fatigue modérée à sévère était observée chez 72 % des patients (FACIT-F < 40). Alors qu'aucun effet indésirable grave de la supplémentation martiale IV était observé, deux patients ont présenté une éruption cutanée. L'hémoglobine et la ferritine médiane à 2 mois étaient respectivement de 14 g/dL (13,4-14,8) et 151 µg/L (89-223). Une amélioration significative du score de fatigue FACIT-F était observé à un mois (+3,9 points ; IC 95 % : 2,6 à 6,7 ; p < 0,01) et à deux mois (+3,7 points ; IC 95 % : 2,4 à 6,1 ; p < 0,01) après la supplémentation. Dans le sous-groupe de patients considérés comme fatigués à l'inclusion, une réduction du risque de fatigue à un mois de 28 % (p<0.01) et de 28,3 % à deux mois (p<0.01) était observée (nombre de sujet à traiter = 3,6). Une amélioration significative de la qualité de vie était observée (score SF-36, +5,1 points (IC 95 % : 2,0 à 8,2 ; p = 0,001)) à un mois. La supplémentation martiale IV n'avait pas d'impact significatif sur le score IBD Disk, - 2,6 points (IC 95 % : –6,3 à 1,1) ; p=0,17) à un mois et de -3,2 points (IC 95 % : –6,8 à 0,4 ; p=0,09) à deux mois. Aucun facteur à l'inclusion n'était associé au bénéfice de la perfusion de fer sur la fatigue.

Conclusion : La supplémentation martiale IV améliorait la fatigue et la qualité de vie des patients atteints de MICI avec carence martiale sans anémie. Des essais randomisés contrôlés, sont désormais nécessaires pour confirmer ces résultats.

P.287

Prévalence et facteurs associés aux lésions pré-néoplasiques gastriques dans la gastrite à *Helicobacter pylori* dans deux centres hospitaliers d'une ville d'Afrique subsaharienne

A.R. Kpossou [1], C.N.M. Sokpon [1], M.M.M. Degbey [1], P.A. Alokpon [1], K.R. Vignon [1], J. Sehonou [1]

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : Selon la description faite par Correa, le cancer gastrique se développe chez 1% des gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), en passant par des lésions précancéreuses que sont l'atrophique gastrique (AG), la métaplasie intestinale (MI) et la dysplasie. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence des lésions précancéreuses gastriques dans la gastrite à *H. pylori* et les facteurs qui y sont associés dans deux centres hospitaliers de Cotonou.

Matériels et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec une collecte prospective de données sur une période de 3 mois allant de Mars à Mai 2025 dans deux centres hospitaliers de Cotonou. Une endoscopie haute a été réalisée chez tous les participants, et au moins cinq biopsies gastriques ont été prélevées pour chacun d'eux. Un examen histologique standard a été réalisé sur les échantillons. Le prélèvement de la biopsie et l'examen histologique ont été réalisés selon le Système de Sydney. Les associations entre les variables catégorielles ont été testées au moyen du test du Chi carré ou du test exact de Fisher, selon le cas. Le seuil de signification statistique était un p < 0,05.

Résultats : Au total, de 363 patients ayant une gastrite chronique, 249 (68,6%) avaient une recherche d'*H. pylori* positive. Parmi ces derniers, 55 (22,1%) présentaient au moins une lésion pré-néoplasique. Sur les 55 patients avec une lésion pré-néoplasique, 26 étaient de sexe masculin et 29 étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 45,1 ±4,2 ans. L'atrophie gastrique était la lésion prédominante avec 47 cas, soit une prévalence de 18,9% au cours de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori* ; suivie de la métaplasie intestinale avec 10 cas (4 %) ; et de la dysplasie avec 2 cas (0,8%). L'atrophie gastrique était présente au niveau antral (n=45, 18,1%) et fundique (n=29 ; 11,6%), la métaplasie intestinale était présente uniquement au niveau antral. Pour les deux cas de dysplasie, un cas était de bas grade localisé au niveau antral et fundique et le second cas était de haut grade localisé uniquement au niveau de l'antre.
Parmi les patients présentant une gastrite chronique à *Helicobacter pylori*, seulement deux (0,8%) étaient à un stade III selon OLGA. Deux patients (0,8%) ayant *Helicobacter pylori* positif avaient un adénocarcinome gastrique.
Les patients ayant une lésion pré-néoplasique étaient statistiquement plus âgés (45,1 ±4,2 ans) que ceux n'ayant pas de lésion pré-néoplasique (40,2 ±2,1 ans), p = 0,02.
Parmi les patients ayant une gastrite chronique à *Helicobacter pylori*, 15 (6,0%) avaient un antécédent personnel d'ulcère gastrique et ou duodénal documenté. La fréquence des lésions pré-néoplasiques était légèrement plus élevée chez ces patients (n = 5 ; 33,3%) contre 21,4% (n = 50) chez ceux n'ayant pas d'antécédents d'UGD, mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,3). La prise d'alcool était significativement associée à la survenue de lésions pré-néoplasiques (p=0,01). Les patients qui consommaient régulièrement de l'alcool avaient environs 2 fois plus de risque de développer au moins une lésion pré-néoplasique au cours de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori*. Concernant le tabagisme, parmi les 12 patients qui consommaient du tabac, 5 (41,7%) présentaient des lésions pré-néoplasiques à l'examen anatomo-pathologique des pièces de biopsies gastriques. Cette fréquence est plus élevée que chez les non-tabagiques avec 50 cas (21,1%) de lésions pré-néoplasiques. Cependant, cette association n'était pas statistiquement significative.
En analyse multivariée, les facteurs qui apparaissaient statistiquement associés aux lésions pré néoplasiques étaient l'âge du patient (p=0,02) et la consommation d'alcool (p=0,03).

Conclusion : Le lésions précancéreuses gastriques étaient trouvées chez au moins un patient sur cinq dans la population étudiée. Les personnes les plus âgées et celles consommant de l'alcool étaient statistiquement les plus affectées par ces lésions et devraient faire l'objet d'un dépistage et d'une surveillance selon les cas. La prévention passe par la détection précoce et le traitement efficace de l'infection par *H. pylori*.

P.288

Performance du test antigène fécal dans le diagnostic et le suivi de l'infection à *Helicobacter pylori* : expérience monocentrique marocaine

J. Rizkou [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 : *Helicobacter pylori* (HP) touche près de 50 % de la population mondiale et est responsable de gastrite chronique, ulcère gastroduodénal et cancer gastrique. Le test antigène fécal (TAS) est un outil non invasif, simple et peu coûteux, mais sa performance peut être influencée par divers facteurs. L'objectif était d'évaluer sa fiabilité dans le diagnostic et le suivi de HP dans une population marocaine.

Patients et Méthodes : Étude prospective monocentrique (septembre 2023 – juin 2025) incluant 94 patients explorés par fibroscopie. Les patients HP positifs (n=86, 91,5 %) ont été randomisés pour recevoir une quadrithérapie bismuthée ou concomitante. Le TAS a été réalisé avant traitement et 6–8 semaines après, comparé respectivement à l'histologie et au test respiratoire à l'urée (TRU).

Résultats : Parmi les 86 patients infectés (49 hommes, 37 femmes ; sex-ratio H/F = 1,32 ; âge moyen 39 ans, extrêmes 16–79 ans), la fibroscopie était indiquée pour épigastralgies (82,9 %), dyspepsie (53,1 %), vomissements (28,7 %), reflux (19,1 %), amaigrissement (15,9 %), anémie ferriprive (13,8 %) et ATCD familial de cancer gastrique (1,1 %).En pré-thérapeutique, le TAS présentait une sensibilité de 52 %, une spécificité de 86 %, une VPP de 95 % et une VPN de 19 %, avec un faible accord avec l'histologie (kappa=0,12). En post-thérapeutique, la sensibilité chutait à 34 % alors que la spécificité atteignait 100 % (VPP=100 %, VPN=80 %, kappa=0,41).En analyse univariée, la prise d'IPP (p=0,016), la constipation (p=0,005) et la gastropathie nodulaire (p=0,045) réduisaient significativement la performance du TAS, tandis que la dyspepsie l'améliorait (p=0,012). En post-traitement, la prise d'IPP (p=0,012) et la persistance de symptômes digestifs (p=0,025) réduisaient la fiabilité, alors qu'un délai ≥6–8 semaines l'améliorait (p=0,018).

Conclusion : Le TAS est un test accessible et utile, mais ses performances dans cette cohorte marocaine sont inférieures aux données internationales, influencées par IPP, transit intestinal et délai post-thérapeutique. Une interprétation prudente est nécessaire et il doit être complété par d'autres examens en cas de doute.

P.289

GERD-Q comme prédicteur de lésions endoscopiques dans le reflux gastro-œsophagien : vers une meilleure stratification diagnostique

A. Faik [(1)], Y. Ait Ahmed [(1)], I. Hafid [(1)], A. Akjay [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une affection fréquemment rencontrée en pratique clinique, ayant un impact négatif important sur la qualité de vie des patients. Le score GERD-Q, validé et simple, permet d'évaluer la sévérité du RGO à partir des symptômes cliniques. L'objectif de cette étude est d'analyser la corrélation entre le score GERD-Q et les résultats endoscopiques chez des patients présentant un RGO.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de 1 an, incluant des patients présentant des symptômes évocateurs de RGO.
- Le questionnaire GERD-Q comporte 6 items : 4 relatifs aux symptômes positifs prédictifs de RGO et 2 aux symptômes négatifs.
- Les patients ont été répartis en 2 groupes selon leur score : un groupe « score élev» (≥ 8) et un groupe « score bas » (< 8).
- Tous les participants ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute évaluant la présence et la sévérité d'une œsophagite (classée selon la classification de Los Angeles), d'une hernie hiatale, d'un endobrachyœsophage (EBO) ou d'ulcères gastriques/duodénaux.
- L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS v21. La corrélation entre le score GERD-Q et chaque lésion endoscopique a été étudiée séparément.

Résultats : Un total de 103 patients a été inclus. Parmi eux, 31 (30 %) présentaient une œsophagite peptique et 72 (70 %) avaient une endoscopie normale.
- Selon la classification de Los Angeles :
- 11 patients (37 %) avaient une œsophagite de grade A
- 10 patients (32 %) grade B
- 5 patients (16 %) grade C
- 5 patients (16 %) grade D
- Tous les patients présentant une œsophagite avaient un score GERD-Q ≥ 8, avec une corrélation positive entre l'élévation du score et la sévérité de l'atteinte.
- Une hernie hiatale a été retrouvée chez 26 patients (25 %), dont 91 % présentaient un score GERD-Q ≥ 8.
- Un EBO a été chez 17 patients, dont 13 avaient un score ≥ 8 et 4 un score < 8.
- Tous les patients ayant un score GERD-Q strictement inférieur à 8 avaient une endoscopie normale, sans anomalie macroscopique.

Conclusion : Cette étude met en évidence une corrélation significative entre le score GERD-Q et les anomalies endoscopiques, en particulier l'œsophagite, chez les patients atteints de RGO. Ces résultats confirment l'intérêt clinique du GERD-Q comme outil d'évaluation de la sévérité du RGO, notamment en soins primaires où l'endoscopie n'est pas toujours disponible, et soulignent sa valeur pour optimiser son indication lorsque celle-ci est accessible.

P.290

Prévalence et caractéristiques moléculaires des souches d'*Helicobacter pylori* isolées de lésions gastroduodénales : résultats d'une étude transversale

A. Etchiali [(1)]
(1) Tlemcen, ALGÉRIE.

Introduction : *Helicobacter pylori* est une bactérie impliquée dans diverses pathologies digestives, allant de la gastrite chronique aux ulcères gastroduodénaux. Cette étude vise à déterminer la prévalence de l'infection à *H. pylori*, ainsi que le profil moléculaire et biochimique des souches isolées.

Patients et Méthodes : Un total de 95 patients âgés de 18 à 80 ans ayant bénéficié de biopsies gastriques a été inclus. Le diagnostic reposait sur le test rapide à l'uréase, l'examen histologique (H.E, Giemsa), la PCR pour les gènes de virulence (VacA, CagA) et des tests biochimiques (catalase, oxydase, γ-GT, phosphatase alcaline, nitrate réductase, uréase).

Résultats : La population étudiée comprenait 55 femmes (58%) et 40 hommes (42%), avec un âge moyen de 45 ans (±15,77). La prévalence globale de l'infection était de 61%. La gastrite antéro- fundique représentait la lésion la plus fréquente, suivie de la gastrite chronique, tandis que l'ulcère bulbaire était surtout observé chez les jeunes adultes et les sujets âgés. Des antécédents familiaux étaient présents chez 47% des patients. L'analyse moléculaire a révélé que 60% des souches étaient VacA m1/CagA+, 10% VacA m1/s1+, et 30% dépourvues de gènes de virulence. L'infection HP+ était associée à 66% des gastrites chroniques, 83% des duodénites, et 80% des ulcères gastriques et bulbaire. Le test rapide à l'uréase a montré une positivité de 55% et une spécificité de 70%, tandis que le frottis histologique présentait une spécificité de 80%. Les tests biochimiques ont mis en évidence une forte activité catalasique et oxydasique (90%) et une positivité élevée de l'uréase (58%) dans les formes les plus sévères.

Discussion : Nos résultats confirment la forte prévalence de *H. pylori* et la prédominance du génotype VacA m1/CagA+, réputé pour son association avec un pouvoir pathogène accru [1]. La forte corrélation entre ce génotype et les lésions ulcéreuses est cohérente avec les données de la littérature [2]. Le profil biochimique observé, notamment l'activité uréasique élevée, pourrait constituer un marqueur indirect de la charge bactérienne et de l'intensité de l'inflammation muqueuse [3]. La sensibilité modérée du test rapide à l'uréase souligne, comme attendu, la nécessité d'une approche diagnostique combinée pour une fiabilité optimale

Conclusion : Cette étude confirme la forte prévalence de *H. pylori* chez des patients de la ville de Tlemcen et souligne l'importance des gènes de virulence et de la variabilité enzymatique dans la sévérité des pathologies gastro-duodénales. Le diagnostic combiné (test rapide, histologie, PCR) reste essentiel pour une prise en charge optimale.

P.291

Impact de la classification Chicago v4.0 sur l'interprétation de la manométrie œsophagienne haute résolution

M. Faiz [(1)], S. Gioftsiou [(1)], Z. Malki [(1)], F. Elgraoui [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La classification de Chicago constitue la référence internationale pour l'interprétation des manométries œsophagiennes à haute résolution (HRM). La version 4.0 (2021) a introduit des critères diagnostiques plus stricts, notamment pour les troubles obstructifs de la jonction œso-gastrique (JOG) et la motricité inefficace. Cette révision vise à réduire les surdiagnostics et à mieux corréler les anomalies fonctionnelles aux symptômes cliniques. L'objectif de notre étude est de comparer la distribution diagnostique selon les versions 3.0 et 4.0 de la classification de Chicago

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant 214 patients ayant bénéficié d'une HRM pour symptômes œsophagiens (dysphagie, régurgitations, douleur thoracique non cardiaque) entre 2018 et 2021.
Les tracés ont été relus indépendamment selon les critères des classifications Chicago v3.0 (2015) et v4.0 (2021).
Les diagnostics ont été répartis en : achalasie (types I–III), obstruction de la JOG, motricité inefficace (IEM), motricité fragmentée, hypercontractilité, et motricité normale.
Les variations diagnostiques entre les deux versions ont été analysées.

Résultats : Achalasie : diagnostiquée chez 10 % des patients selon Chicago v3, *versus* 14 % selon Chicago v4, soit une augmentation relative de 4 % liée à une meilleure individualisation des formes incomplètes.
Obstruction de la jonction œso-gastrique (EGJOO) : 10 cas (soit 4,7 %) initialement classés comme obstructifs en v3 ont été reclassés normaux selon les critères plus restrictifs de la v4 (exigeant confirmation par tests complémentaires ou symptômes évocateurs).
Motricité inefficace (IEM) : 8 cas considérés pathologiques en v3 ont été reclassés normaux selon v4, réduisant la prévalence globale des troubles mineurs de la motricité.
Globalement, la proportion de manométries normales augmente de 28 % en v3 à 35 % en v4, traduisant un resserrement des critères diagnostiques.

Discussion : La transition de la version 3 à la version 4 de la classification de Chicago entraîne une modification significative de la distribution des diagnostics manométriques.
Les critères plus exigeants pour l'EGJOO et la motricité inefficace réduisent le risque de surinterprétation et améliorent la spécificité clinique.
Inversement, la redéfinition des sous-types d'achalasie et la prise en compte de la relaxation incomplète de la JOG ont permis une meilleure détection des formes atypiques.
Ces ajustements renforcent la corrélation physiopathologique et clinique, mais soulignent la nécessité d'une interprétation multidisciplinaire intégrant les tests fonctionnels complémentaires (endoflip, transit baryté, pH-impédance).

Conclusion : L'application de la classification Chicago v4.0 dans notre cohorte de 214 patients a entraîné :
une augmentation du diagnostic d'achalasie (10 % → 14 %),
une réduction des EGJOO et IEM reclassés normaux, et une meilleure spécificité diagnostique globale.
Ces résultats confirment la pertinence de la révision v4 et son impact direct sur la stratégie diagnostique et thérapeutique des troubles moteurs œsophagiens

P.292

Anatomopathologie *versus* PCR dans le diagnostic d'*Helicobacter pylori* chez les patients ulcéreux : comparaison des performances

L. Marhraoui [(1)], H. Idrissi [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Salih [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], N. Lahmidani [(1)]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est un pathogène à tropisme gastrique reconnu comme un facteur étiologique majeur de la gastrite chronique, de l'ulcère gastro-duodénal et de certaines formes de cancer gastrique. Le diagnostic précis de cette infection est essentiel pour une prise en charge adéquate, notamment chez les patients présentant une maladie ulcéreuse. Parmi les outils disponibles, l'anatomopathologie (avec colorations spéciales) permet une visualisation directe de la bactérie sur les biopsies, mais peut être limitée par des faux négatifs. La PCR (réaction en chaîne par polymérase), en revanche, offre une sensibilité accrue pour la détection de l'ADN bactérien. L'objectif de cette étude est de comparer les performances diagnostiques de ces deux méthodes chez des patients porteurs de lésions ulcéreuses.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective débutée en janvier 2023 menée au service d'endoscopie digestive portant sur tous les patients avec ulcère gastrique et/ou duodénal confirmé endoscopiquement. Pour chaque patient, des biopsies antrales et fundiques ont été prélevées ; une partie des fragments a été examinée en anatomopathologie pour détection de *H. pylori* (coloration de Giemsa) et description des lésions histologiques, tandis que l'autre partie a été analysée par PCR ciblant le gène ureC d'*H. pylori*. Les résultats ont été consignés sur fiche standardisée et comparés afin d'évaluer la sensibilité et la spécificité de chaque méthode .

Résultats : Au total 138 patients présentant un ulcère gastrique et/ou duodénal ont été inclus dans l'étude. Des résultats appariés PCR et anatomopathologie exploitables étaient disponibles pour 114 prélèvements ; 36 échantillons (24,0 %) ont été exclus de l'analyse comparative en raison d'un résultat anatomopathologique non exploitable (« perdu »).Parmi les 114 cas analysables, la PCR (gène ureC) a été positive chez 52/114 (45,6 %) et négative chez 62/114 (54,4 %). L'anatomopathologie a été positive chez 34/114 (29,8 %) et négative chez 80/114 (70,2 %). La concordance entre les deux méthodes était de 80/114 (70,2 %), répartie en 26 concordances positives (PCR+ / ANAPATH+) soit 22,8 % et 54 concordances négatives (PCR− / ANAPATH−) soit 47,4 %.Les discordances observées comprenaient 26 cas PCR+ / ANAPATH− (22,8 %) et 8 cas PCR− / ANAPATH+ (7,0 %). En prenant la PCR (ureC) comme méthode de référence, les performances diagnostiques de l'anatomopathologie se présentent comme suit : sensibilité 50,0 %, spécificité 87,1 %.

Conclusion : L'anatomopathologie reste une méthode spécifique pour établir la présence de *H. pylori*, mais sa sensibilité peut être réduite dans certaines situations (biopsies limitées, traitement antérieur). En cas de doute, il est donc pertinent d'avoir recours à des techniques complémentaires notamment la PCR pour confirmer l'infection.

P.293

Évaluation des causes digestives de l'halitose, symptôme unique ou dominant

O. Timofte [1], A.N. Gologan [1], A. Olteanu [1], G. Gilca-Blanariu [1], D.S. Gologan [1], M.I. Timofte [1], A. Sidencu [1], E. Gologan [1]
(1) Iași, ROUMANIE.

Introduction : L'halitose – une odeur buccale désagréable ou répulsive – est un symptôme fréquemment rencontré dans diverses affections dentaires, ORL ou digestives. Même en l'absence de cause grave, elle constitue souvent une source d'altération de la qualité de vie, d'inquiétude parfois obsessionnelle, et motive de nombreuses consultations médicales. Identifier sa cause afin de proposer un traitement étiologique adapté est certainement préférable aux traitements « cosmétiques » à base de bains de bouche ou de comprimés mentholés, fréquemment recommandés.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé, d'un point de vue étiologique, 50 patients de la région, suivis en consultation externe de gastroentérologie, adressés pour une halitose en tant que symptôme dominant (et souvent unique), afin d'en identifier la cause. Les patients présentant une mauvaise hygiène bucco-dentaire ont été exclus à l'aide d'un simple questionnaire intégré à l'anamnèse. Le groupe de patients évalués provenait majoritairement de zones urbaines (60%), était en majorité féminin (76%); âge moyen 38,9 ans. Tous les patients avaient déjà consulté en dentisterie et en ORL, où les causes d'halitose relevant de ces spécialités avaient été écartées; l'orientation vers notre service s'est faite dans un délai de 1 à 21 mois après la dernière consultation dentaire ou ORL. Un examen biologique minimal a été réalisé chez tous les patients, incluant une numération formule sanguine, la fonction rénale, une glycémie, un bilan hépatique, des marqueurs inflammatoires et la fonction thyroïdienne.

Résultats : La première étape était un interrogatoire détaillé, qui n'a révélé des symptômes associés que chez 22 patients. Bien que l'halitose ait été le motif principal de consultation, il y avait les symptômes associés, extrêmement polymorphes mais souvent minimisés par les patients: régurgitations (12 patients), satiété précoce (3), brûlures d'estomac (14), dyspepsie (10), céphalées (6), perte de poids (2), troubles du transit intestinal (2), oligurie (1), asthénie (6), dysphagie (2) et constipation sévère (4). Afin d'exclure une cause digestive, une gastroscopie a été proposée à tous les patients ; 44 d'entre eux (88 %) l'ont acceptée. Chez ces patients, les résultats endoscopiques ont été: 33 patients (66%) un aspect normal, 4 patients - œsophagite ou gastrite, 1 patient - gastroparésie, 1 patient - cancer gastrique, 1 patient - achalasie du cardia, 1 patient - diverticule de Zenker, 3 patients - hernie hiatale. Les six patients ayant refusé l'endoscopie (pour des raisons personnelles) ont accepté une radiographie barytée œsogastroduodénale en alternative. Celle-ci a permis d'identifier deux autres hernies hiatales et un cas de reflux gastro-œsophagien simple ; chez trois patients, les résultats étaient normaux. Les 36 patients présentant une imagerie digestive normale mais une halitose persistante ont été réorientés vers les services ORL et dentaires. Les résultats ont été surprenants : 4 cas de sinusite, 3 cas d'amygdalite cryptique, 5 cas de rhinite allergique (ultérieurement adressés en allergologie), un cancer de la langue, un cancer du nasopharynx et 8 cas de parodontite. Au total, 22 cas pathologiques (61 %) ont été identifiés. Chez les 14 patients restants, les conclusions des consultations spécialisées ont confirmé l'absence de cause identifiable.

Conclusion : Chez les 50 patients évalués pour une halitose en tant que symptôme unique ou dominant, aucune cause digestive n'a été identifiée chez 36 (72%) d'entre eux. Toutefois, les examens biologiques ont permis de diagnostiquer plusieurs pathologies potentiellement liées à l'halitose (insuffisance rénale chronique, diabète). Parmi les patients présentant des anomalies endoscopiques, la majorité souffraient de pathologies inflammatoires ; d'autres anomalies incluaient des altérations de la jonction œsophagienne, un diverticule, une achalasie, une gastroparésie et un cas de cancer gastrique. La réévaluation ORL et dentaire des 36 patients a permis d'identifier diverses pathologies chez 22 d'entre eux (61%). Pour un pourcentage non négligeable de patients (28%), malgré les consultations répétées dans plusieurs spécialités, la cause de l'halitose est restée indéterminée.

P.294

Dilatation pneumatique dans l'achalasie : efficacité, tolérance et facteurs prédictifs de succès

S.A. Alioua [1], O. Abdeslam [1], A. Salah [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'achalasie est une affection motrice rare de l'œsophage caractérisée par une absence de péristaltisme et une relaxation incomplète du sphincter inférieur de l'œsophage [1] [2]. Plusieurs options thérapeutiques sont disponibles, mais la dilatation pneumatique (DP) demeure une approche endoscopique de référence [3] [4], notamment dans les contextes où l'accès à la myotomie per-orale (POEM) reste limité. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité, la tolérance et les facteurs prédictifs de succès de la DP dans une cohorte suivie sur six ans.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 67 patients atteints d'achalasie, traités par DP entre juin 2017 et juin 2023. Le diagnostic reposait sur des critères cliniques, radiologiques, endoscopiques et manométriques. La DP a été réalisée selon un protocole gradué (30 à 40 mm), sous sédation, avec contrôle fluoroscopique et endoscopie post-procédure systématique. Le succès clinique était défini par un score d'Eckardt ≤3 à un an. Les facteurs prédictifs ont été analysés en univarié.

Variable	*Résultats (n = 67)*
Nombre de séances de dilatation	
- 1 séance	33 (49,3%)
- 2 séances	28 (41,8%)
- 3 séances	5 (7,5%)
- 4 séances	1 (1,5%)
Présence de ressaut au cardia	
- Oui	46 (68,7%)
- Non	21 (31,3%)
Durée de la dilatation	
- 1 minute	47 (70,1%)
- 2 minutes	20 (29,9%)
Dilacération post-procédure	
- Présente	62 (92,5%)
- Absente	5 (7,5%)

Tableau 3. Données procédurales des patients

Résultats : L'âge moyen des patients était de 48,9 ans, avec une légère prédominance masculine. La dysphagie et les régurgitations étaient les symptômes principaux (95,5 % et 92,5 %). Une ou deux séances de dilatation ont suffi dans 91,1 % des cas. À un an, le succès clinique était de 73,1 %, avec une amélioration du score d'Eckardt de 8,9 à 2,6. Une reprise pondérale a été notée chez 59,7 % des patients. La tolérance était satisfaisante : une seule perforation (1,5 %), traitée endoscopiquement par prothèse, sans séquelle, aucune hémorragie majeure ni décès. Les facteurs prédictifs de succès étaient l'achalasie de type II (p=0,005), la présence d'un ressaut au franchissement du cardia (p=0,039) et une perte de poids <10 kg avant la procédure (p=0,026).

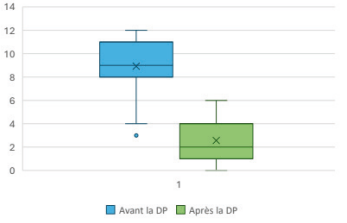


Schéma 1. Evolution du score d'Eckardt un an après la DP

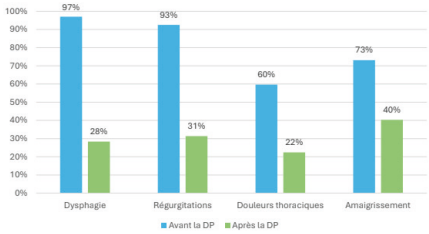


Schéma 2. Evolution des symptômes cliniques un an après la DP

Facteur analysé	*p-value*
Sexe	0,582
Nombre de séances	0,884
Ressaut au franchissement du cardia	**0,039**
Durée de dilatation	>0,999
Présence de dilacération	0,313
Score d'Eckardt avant dilatation	0,125
Amaigrissement < 10 kg	**0,026**
Type I	0,234
Type II	**0,005**
Type III	0,094

Tableau 4. Facteurs prédictifs de succès clinique après dilatation pneumatique

Discussion : Les résultats observés sont comparables aux grandes séries internationales[3] [5] [6], confirmant l'efficacité et la sécurité de la DP lorsqu'elle est réalisée dans des conditions techniques rigoureuses. Les facteurs prédictifs identifiés renforcent l'importance de la sélection des patients et du sous-typage manométrique.

Conclusion : La DP reste une option endoscopique efficace, sûre et accessible dans la prise en charge de l'achalasie. Le type II, un amaigrissement limité et la présence d'un ressaut cardial apparaissent comme des critères de meilleure réponse. Dans les contextes où l'accès au POEM demeure restreint, la DP conserve une place de première ligne à condition de respecter les standards techniques recommandés.

P.295

Connaissances et perceptions de la population générale sur *Helicobacter pylori*

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(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 : *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est une bactérie Gram-négative largement répandue, impliquée dans la genèse de pathologies gastro-intestinales majeures telles que la gastrite chronique, l'ulcère gastroduodénal et certaines formes de cancer gastrique. Le niveau de connaissance de la population vis-à-vis de cette infection joue un rôle déterminant dans la prévention, le dépistage et la prise en charge thérapeutique. Toutefois, plusieurs travaux ont mis en évidence une méconnaissance persistante de cette bactérie au sein du grand public. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances, attitudes et perceptions de la population fréquentant un service de gastro-entérologie à propos de *H. pylori*.

Matériels et Méthodes : Une étude descriptive transversale a été conduite sur une période de 12 mois au sein du service de gastro-entérologie. Un questionnaire structuré et validé par un comité d'experts a été administré à 267 participants, incluant patients et accompagnants. Les variables recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques, le statut symptomatique, les antécédents médicaux, ainsi que le niveau de connaissance et les perceptions liées à *H. pylori*. L'analyse statistique a reposé sur des méthodes descriptives et analytiques afin d'identifier les facteurs influençant le niveau de connaissance.

Résultats : Parmi les 267 répondants, l'âge moyen était de 45 ± 15 ans, avec une répartition équilibrée entre hommes (52 %) et femmes (48 %). Quarante pour cent présentaient des symptômes digestifs, tandis que 25 % avaient déjà bénéficié d'un traitement pour *H. pylori*.
Si 65 % des participants avaient déjà entendu parler de la bactérie, seuls 40 % en connaissaient la nature pathogène et ses complications possibles (ulcère, cancer). Les sources d'information les plus citées étaient les professionnels de santé et les médias. La majorité (70 %) pensaient que la transmission s'effectuait uniquement par l'alimentation ou l'eau, alors que peu connaissaient les véritables voies de contamination (salive, contact direct, eau contaminée). Les connaissances sur les mesures préventives, notamment l'hygiène et le traitement adapté, restaient limitées (moins de 30 %).

Conclusion : Cette étude met en lumière la nécessité d'intensifier les actions de sensibilisation autour de *H. pylori*. Le renforcement de l'éducation sanitaire, via les professionnels de santé et les médias, apparaît essentiel pour améliorer la compréhension, encourager le dépistage précoce et réduire la morbidité associée. L'intégration de programmes d'information sur *H. pylori* dans les stratégies nationales de santé publique constitue une priorité afin de mieux contrôler l'impact de cette infection silencieuse mais omniprésente

P.296

Impact de l'éradication d'*Helicobacter pylori* sur les symptômes : étude comparative entre deux schémas thérapeutiques

A. Oueslati [(1)], S. Bostani [(1)], M. Ghanem [(1)], M. Mtir [(1)], C. Ben Mehrez [(2)], K. Boughoula [(1)], S. Bizid [(1)], R. Bouali [(1)], H. Ben Abdallah [(1)]

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

Introduction : L'éradication d'*Helicobacter pylori* vise à prévenir les complications ulcéreuses et néoplasiques, mais aussi à améliorer les symptômes fonctionnels. Peu d'études tunisiennes ont évalué de manière systématique l'évolution clinique après traitement. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'amélioration des symptômes après traitement d'éradication et de comparer les résultats entre quadrithérapie concomitante et quadrithérapie bismuthée.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit un essai clinique prospectif randomisé incluant 200 patients infectés par *H. pylori*, naïfs de traitement. Les participants ont reçu soit une quadrithérapie concomitante de 14 jours (QTC), soit une quadrithérapie bismuthée de 10 jours (QTB). Tous les patients inclus étaient symptomatiques. Les symptômes initiaux et leur évolution ont été évalués par un questionnaire standardisé, distinguant l'absence d'amélioration, l'amélioration partielle et l'amélioration totale à 4–6 semaines post-traitement.

Résultats : L'âge médian des patients était de 40,8 ± 11,7 ans, avec un sex-ratio proche de 1. Les symptômes les plus fréquents étaient les épigastralgies (68 %), suivies des vomissements (11 %), du RGO (5,5 %), de la diarrhée chronique (5 %) et de l'amaigrissement (3 %). Le taux global d'éradication en intention de traiter était de 82 % dans le groupe QTC et de 87 % dans le groupe QTB (p = 0,29). Dans le groupe QTC, une amélioration totale a été observée chez 62 % des patients, une amélioration partielle chez 28 %, et une absence d'amélioration chez 10 %.Dans le groupe QTB, l'amélioration totale concernait 65 % des patients, l'amélioration partielle 22 %, et l'absence d'amélioration 13 %. La comparaison entre les deux groupes n'a pas montré de différence significative (p = 0,55).

Conclusion : L'éradication d'*Helicobacter pylori* entraîne une amélioration significative des symptômes chez la majorité des patients. L'absence de différence entre quadrithérapie bismuthée et quadrithérapie concomitante suggère que les deux schémas sont équivalents sur le plan clinique.

P.297

Douleurs gastriques et automédication par AINS chez les jeunes adultes

I. Drissi [(1)], S. Oualaalou [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'automédication par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est une pratique courante, en particulier chez les jeunes adultes. Bien que ces molécules soient largement disponibles, leur usage incontrôlé expose à des risques notables, notamment gastro-intestinaux. Les données concernant leurs modalités d'emploi dans cette population restent toutefois limitées.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale descriptive a été conduite par questionnaire auto-administré en ligne. Ont été inclus 485 participants âgés de 18 à 35 ans (74,4 % de femmes, âge moyen 23,6 ans). Les variables recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques, les modalités d'usage des AINS sans prescription, les indications, les sources d'approvisionnement, la symptomatologie digestive et le niveau de connaissance des risques

Résultats : Plus de la moitié des répondants (53,3 %) ont rapporté une consommation d'AINS sans prescription au cours des trois derniers mois. L'usage était essentiellement ponctuel (89,8 %), d'une durée médiane de 1 à 3 jours. Les molécules les plus citées étaient l'ibuprofène (22,2 %), l'aspirine (16,7 %) et l'acide méfénamique (11,1 %). Les principaux motifs étaient les dysménorrhées (48,3 %), les algies musculo-articulaires (28,2 %) et les céphalées (34 %), en dernier lieu, la fièvre (23%). Les AINS provenaient majoritairement des pharmacies sans ordonnance (45,8 %). Concernant la tolérance, (38,7 %) des utilisateurs ont rapporté des épigastralgies à type de brûlures, tandis que (37,1 %) signalait des nausées et/ou des vomissements, (19,2 %) rapportait un reflux, le reste des symptômes étant un ballonnement digestif avec une sensation de lourdeur en post prandial. Une protection gastrique par IPP n'était associée que dans (14,7 %) des cas. Si (67 %) des participants avaient connaissance du risque digestif, (20 %) avaient interrompu la prise en raison de douleurs gastriques

Conclusion : L'automédication par AINS est fréquente chez les jeunes adultes, principalement motivée par les dysménorrhées. La fréquence des symptômes digestifs, le faible recours aux IPP et les lacunes persistantes en matière de connaissances justifient des actions renforcées de prévention et un encadrement accru de leur délivrance

P.298

Apport de l'endoscopie en lumière blanche dans l'évaluation du statut *Helicobacter pylori*

E. Cherif [(1)], Z. Benzarti [(1)], A. Jerbi [(1)], A. Nakhli [(1)], B. Bouchabou [(1)], R. Ennaifer [(1)]

(1) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (HP) est une cause fréquente de gastrite chronique et un facteur de risque établi de cancer de l'estomac. Elle est fréquemment associée à des anomalies endoscopiques de la muqueuse gastrique. Cette corrélation fait encore l'objet de nombreuses études. En effet, la prédiction du statut naïf, infecté ou antérieurement infecté par cette bactérie pourrait permettre de personnaliser la prise en charge dès la salle d'endoscopie et surtout d'identifier les patients présentant un risque élevé de dégénérescence.
L'objectif de notre travail était d'évaluer l'association entre certains aspects endoscopiques et le statut HP.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective incluant des patients ayant eu une endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) diagnostique complète avec biopsies gastriques réalisées selon le protocole de Sydney, au sein de l'unité d'endoscopie digestive de l'hôpital Mongi Slim, entre mai et juillet 2025. Ont été exclus, les patients suivis pour une hépatopathie chronique, ayant un estomac opéré ou se présentant pour une hémorragie digestive. Les données démographiques, les antécédents de gastrite à HP et d'ulcère gastro-duodénal, ainsi que les données endoscopiques, ont été recueillies le jour de l'examen. Les résultats anatomopathologiques, en particulier la présence ou l'absence de HP, ont été collectés ultérieurement. Les patients inclus ont été ensuite répartis en trois groupes, sur la base de l'interrogatoire et des données anatomopathologiques : naïfs pour l'infection à HP, infection HP éradiquée et infection HP active. Les données étaient saisies et analysées moyennant le logiciel SPSS.26 (p significatif si <0,05).

Résultats : Au total, 60 patients ont été inclus, d'âge moyen 55 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 88 ans. Il s'agissait de 25 hommes et de 35 femmes, soit un sex-ratio H/F de 0,7. Un antécédent de gastrite à HP traitée et d'ulcère gastro-duodénal a été retrouvé chez 25 % et 13 % des patients, respectivement. Les principales indications de l'EOGD étaient les épigastralgies (45 %) et l'anémie ferriprive (18 %). Les biopsies ont révélé une infection active à *H. pylori* chez 42 % des patients (n= 25). Parmi les patients *H. pylori* négatifs, 40% (n=14) avaient une infection éradiquée et 60% (n= 21) étaient naïfs.
L'arrangement régulier des veinules collectrices était significativement associé au statut naïf pour *H. pylori* (p = 0,017 ; Se = 71 %, Sp = 66 %), tandis que l'œdème muqueux et la nodularité de l'antre étaient corrélés à une infection active (p = 0,009 ; Se = 44 %, Sp = 78 % et p = 0,024 ; Se = 60 %, Sp = 74 %, respectivement). L'aspect de « map-like redness » était prédictif d'une infection éradiquée (p = 0,033 ; Se = 28 %, Sp = 93 %). Aucune association n'a été retrouvée entre le statut d'infection et l'aspect congestif diffus, l'hypertrophie des plis gastriques, le mucus collant, les érosions gastriques ou les dépôts d'hématine.

Conclusion : Dans notre étude, l'arrangement régulier des veinules collectrices, l'œdème muqueux, l'aspect nodulaire de l'antre ainsi que l'aspect de « map-like redness » ont été identifiés comme corrélés au statut *H. pylori*. Toutefois, leurs sensibilités et spécificités restent encore limitées. Des études à plus grande échelle sont nécessaires afin de développer un algorithme simple de classification du statut HP, applicable en salle d'endoscopie, pour guider la réalisation de tests diagnostiques complémentaires ou les décisions thérapeutiques.

P.299

Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en milieu hospitalier : enquête sur les pratiques médicales

M. Cheker [(1)], S. Bentabet [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], L. Nada [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], A. Sidi [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) figurent parmi les médicaments les plus prescrits en milieu hospitalier à travers le monde. De nombreuses études ont mis en évidence une utilisation excessive et parfois inappropriée, exposant les patients à des effets indésirables et générant un coût économique important. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques de prescription des IPP en milieu hospitalier et d'apprécier leur adéquation aux recommandations en vigueur.

Patients et Méthodes : Une enquête transversale a été menée entre août 2025 et septembre 2025 à l'aide d'un questionnaire électronique anonyme diffusé auprès des médecins. Les données recueillies concernaient le profil des prescripteurs, les modalités de prescription, la réévaluation des traitements, la perception de la surprescription et la connaissance des recommandations internationales.

Résultats : Cent dix réponses exploitables ont été obtenues. La population interrogée comprenait 73 % de résidents, 20 % d'internes et 7 % de spécialistes. Les répondants exerçaient principalement en gastro-entérologie (30 %) et en réanimation (20 %), les autres provenant de diverses spécialités médicales et chirurgicales. La prescription des IPP était quasi universelle, déclarée par 94 % des participants, dont deux tiers de manière régulière. La réévaluation d'un traitement initié par un autre praticien n'était systématique que chez 41 % des répondants, tandis que 24 % ne la pratiquaient jamais. Près de 70 % considéraient que les IPP étaient fréquemment prescrits sans indication claire. La connaissance des recommandations restait limitée : 59 % déclaraient ne pas les connaître, et seuls quelques participants citaient la HAS ou des indications validées telles que le reflux gastro-œsophagien, l'ulcère gastroduodénal ou la prévention sous AINS et antiagrégants. Enfin, 96 % des médecins se déclaraient favorables à une fiche de rappel ou à une formation courte.

Conclusion : Cette enquête met en évidence une surprescription marquée des IPP en milieu hospitalier et une connaissance insuffisante des recommandations. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation et de formation ciblées afin d'améliorer la pertinence des prescriptions et de réduire l'usage inapproprié des IPP.

P.300

Test-and-Treat *Helicobacter pylori* chez le jeune patient dyspeptique : une approche efficace et non invasive

N. Bouhdoud [1], A. Sadik [1], F. Machayi [1], H. Aouroud [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'infection à *Helicobacter pylori* (HP) constitue une cause majeure de dyspepsie fonctionnelle. Chez les jeunes patients sans signes d'alarme, la stratégie "test-and-treat" représente une alternative non invasive et rentable à l'endoscopie systématique. Cette approche permet de diagnostiquer et traiter précocement l'infection tout en réduisant les coûts, la charge hospitalière et l'inconfort des patients. Peu de données marocaines ont évalué son efficacité et son acceptabilité en pratique réelle, dans une population à forte prévalence d'HP. L'objectif de notre travail et d'évaluer l'efficacité et l'impact clinique de la stratégie "test-and-treat" pour HP chez les jeunes patients dyspeptiques, à travers la résolution des symptômes, le taux d'éradication, la satisfaction des patients et la réduction du recours à l'endoscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée entre janvier 2023 et juin 2024, incluant 75 patients âgés de 18 à 45 ans, consultant pour dyspepsie fonctionnelle sans signe d'alarme. Tous ont bénéficié d'un test non invasif pour HP (test respiratoire à l'urée ou antigène fécal). Les sujets HP positifs ont reçu un traitement d'éradication adapté (quadrithérapie concomitante ou quadrithérapie bismuthée). Les HP négatifs ont eu un traitement symptomatique (IPP ± prokinétique). L'évaluation clinique a été réalisée à 6 semaines (taux d'éradication confirmé par test respiratoire, et questionnaire de satisfaction en fin d'étude)

Résultats : Sur les 75 patients inclus (âge moyen 32 ± 7 ans, sex-ratio F/H = 1,4), 39 (52 %) étaient HP positifs. La majorité (68 %) présentaient une dyspepsie postprandiale, et 22 % une forme mixte. Parmi les patients HP positifs, 90 % ont achevé la quadrithérapie prescrite ; le taux global d'éradication à 6 semaines était de 90,7 %. L'amélioration complète des symptômes était observée chez 84 % des patients HP positifs *versus* 63 % des HP négatifs.Aucun patient n'a nécessité d'endoscopie en urgence pendant le suivi. Sur le plan de la tolérance, 32 % des patients traités ont rapporté des effets secondaires mineurs (douleur abdominale, nausées, diarrhées). Le taux de satisfaction globale était élevé (95 %), notamment en raison de la simplicité de la prise en charge, de la rapidité du diagnostic et de la disparition des symptômes. La stratégie a permis d'éviter le recours à l'endoscopie dans 89 % des cas, générant une réduction estimée de plus de 80 % des coûts directs liés au diagnostic initial

Conclusion : La stratégie "test-and-treat" HP appliquée aux jeunes patients dyspeptiques sans signes d'alarme s'est révélée efficace, sûre et économiquement avantageuse. Elle permet une amélioration rapide et durable des symptômes, un taux élevé d'éradication et une forte satisfaction des patients, tout en allégeant la charge des services d'endoscopie. Dans le contexte marocain, marqué par une prévalence élevée d'HP et une population jeune, cette approche constitue une option rationnelle et à fort impact clinique pour la prise en charge de la dyspepsie fonctionnelle en première ligne

P.301

Prévalence et facteurs prédictifs de l'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale dans la gastrite à *Helicobacter pylori*

S. Fyras [1], E. Souilem [2], B. Barkia [3], H. Hassen [2], H. Jaziri [2], N. Elleuch [2], A. Ben Slama [2], A. Braham [2], W. Dahmani [2], M. Ksiaa [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ; (3) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (HP) reste un problème majeur de santé publique, en raison de son rôle central dans la genèse des lésions gastriques précancéreuses. L'évolution histologique suit la cascade de Correa allant de la gastrite chronique active à la métaplasie intestinale, à l'atrophie glandulaire et à la dysplasie puis au cancer.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, incluant tous les patients présentant une infection à HP diagnostiquée sur des biopsies gastriques entre Juin 2022 et Septembre 2025. Les caractéristiques histologiques de la gastrite chronique ont été évaluées selon la classification de Sydney.

Résultats : Nous avons colligé 487 patients d'âge moyen de 53 ans [10-84] avec un sex-ratio (H/F) de 0,82. L'atrophie gastrique était retrouvée chez 26,7% des patients. Elle était légère dans 47,3%, modérée dans 33,7% et sévère dans 19%. La localisation antrale était la plus fréquente (67,5%).
L'atrophie gastrique était significativement liée à un âge supérieur à 40 ans (p=0,02). 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=0,08, p=0.42; respectivement).Une métaplasie intestinale était présente 11,8% des patients. La localisation antrale était la plus fréquente (65,1%).
La métaplasie était significativement liée à un âge supérieur à 40 ans et à l'atrophie sévère (p=0,002, p<0,001; respectivement).

Conclusion : La métaplasie intestinale et l'atrophie étaient significativement liées à un âge supérieur à 40 ans, soulignant la nécessité d'une surveillance endoscopique ciblée des patients âgés pour une détection précoce de ces lésions précancéreuses. L'absence de corrélation entre la densité de colonisation par HP et ces lésions pourrait expliquer leur persistance après éradication de la bactérie.

P.302

Facteurs prédictifs de concordance entre endoscopie et histologie dans l'œsophage de Barrett

F. Machayi [(1)], A. Sadik [(1)], M. Aouroud [(1)], H. Aouroud [(1)], O. Nacir [(1)], F.É. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'endobrachyœsophage ou œsophage de Barrett se définit par la présence d'un épithélium cylindrique métaplasique de type intestinal remplaçant l'épithélium malpighien normal de l'œsophage distal. Il constitue une complication bien connue du reflux gastro-œsophagien chronique et représente une lésion précancéreuse exposant à un risque accru d'adénocarcinome de l'œsophage. Le diagnostic repose sur la combinaison des données endoscopiques et histologiques. En pratique, l'aspect macroscopique suggérant un endobrachyœsophage n'est pas toujours corrélé à la confirmation histologique, ce qui pose le problème du sur- ou du sous-diagnostic. L'objectif de ce travail est d'étudier la corrélation entre les données endoscopiques et histologiques dans l'endobrachyœsophage et d'identifier les facteurs prédictifs d'une bonne concordance.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein de notre service entre janvier 2020 et décembre 2024. Ont été inclus les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec suspicion d'endobrachyœsophage, confirmée ou non par l'étude histologique. Les variables analysées concernaient l'âge, le sexe, les antécédents de reflux gastro-œsophagien, la longueur de la muqueuse suspecte selon la classification de Prague (C et M), la présence d'une hernie hiatale associée, ainsi que les résultats histologiques des biopsies systématiques selon le protocole de Seattle. La concordance entre endoscopie et histologie a été évaluée, et une analyse statistique univariée puis multivariée a été réalisée pour déterminer les facteurs prédictifs indépendants de corrélation.

Résultats : Au total, 142 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 52 ± 13 ans et une prédominance masculine (sex-ratio H/F = 2,1). Les antécédents de reflux gastro-œsophagien étaient retrouvés chez 76 % des patients. L'endoscopie montrait un endobrachyœsophage de courte longueur (M < 3 cm) dans 61 % des cas et de longue longueur (M ≥ 3 cm) dans 39 % des cas. Une hernie hiatale était associée dans 45 % des cas. L'analyse histologique a confirmé la présence d'une métaplasie intestinale dans 89 cas (62,7 %). La corrélation entre endoscopie et histologie était meilleure pour les endobrachyœsophages de longue longueur (78 % contre 51 % pour les courtes longueurs, p = 0,01) et en présence d'une hernie hiatale (72 % contre 56 %, p = 0,04). L'analyse multivariée a identifié deux facteurs indépendants associés à une corrélation significative : la longueur de l'endobrachyœsophage (OR = 2,8 ; IC95 % [1,3–6,1], p = 0,007) et la présence d'une hernie hiatale (OR = 1,9 ; IC95 % [1,1–3,5], p = 0,03).

Conclusion : La concordance entre les données endoscopiques et histologiques dans l'endobrachyœsophage n'est pas absolue et varie selon certains facteurs. La longueur de la muqueuse suspecte et l'association à une hernie hiatale apparaissent comme des éléments prédictifs majeurs d'une confirmation histologique. Ces résultats soulignent l'importance d'un protocole strict de biopsies, en particulier dans les formes courtes, afin d'éviter les faux négatifs et d'optimiser la surveillance de cette lésion précancéreuse.

P.303

Les inhibiteurs de la pompe à protons entre automédication et méconnaissance des risques : enquête auprès des professionnels de santé

C. Hiji [(1)], A. Benhamdane [(1)], S. Mrabti [(1)], C. Haddad Hachimi [(1)], M. Amine [(1)], I. Karam [(1)], F. Ait Iken [(1)], T. Addajou [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(1)], H. Seddik [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons constituent l'une des classes thérapeutiques les plus prescrites dans le monde. Leur efficacité thérapeutique conduit à une large diffusion, exposant à des pratiques inappropriées comme l'automédication. L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence et les pratiques d'utilisation des IPP parmi le personnel médical et paramédical, et d'identifier les facteurs associés à l'automédication.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique au sein du personnel médical et paramédical exerçant en milieu hospitalier. Les résidents et les spécialistes hépato-gastro-entérologues ont été exclus de cette étude. Les données ont été recueillies par un questionnaire anonyme en ligne (Google Forms), incluant des variables sociodémographiques, les modalités d'usage des IPP et leur tolérance . L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi, en considérant p < 0,05 comme seuil de significativité.

Résultats : Un total de 142 participants a répondu au questionnaire. La majorité étaient des résidents (42,3 %), suivis des internes (31 %) et des infirmiers (21,1 %), avec une prédominance féminine (67,6 %). La tranche d'âge 20–30 ans représentait 78,9 % de l'échantillon. Au total, 91,5 % avaient déjà pris un IPP, dont 75,8 % sans prescription médicale. L'oméprazole était la molécule la plus utilisée (97 %). Les principales indications rapportées étaient les épigastralgies (27,7 %) et le reflux gastro-œsophagien (10,8 %). Plus de la moitié (53,6 %) rapportaient un usage répété sans prescription, motivé par une expérience personnelle jugée efficace. La durée de prise était le plus souvent moins d'une semaine (65,2 %), tandis que 9,1 % rapportaient un usage de plus d'un mois. Concernant la tolérance, 92 % n'ont pas rapporté d'effets secondaires, mais une méconnaissance des risques d'un usage prolongé était retrouvée chez 42,3 % des participants. En analyse statistique, seule la profession était significativement associée à l'automédication, plus fréquente chez les résidents que dans les autres catégories professionnels (p=0,044).

Conclusion : L'automédication par IPP est fréquente chez le personnel médical et paramédical, dominée par l'oméprazole. La profession apparaît comme un facteur associé, avec une prévalence plus marquée chez les résidents. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation sur les risques liés à l'usage inapproprié des IPP, même au sein des professionnels de santé .

P.304

Profil étiologique des lésions œsophagiennes révélées par les impactions alimentaires

S. Abadi [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], H. Fouad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les impactions alimentaires œsophagiennes constituent une urgence endoscopique courante. L'œsophage est le site d'impaction de corps étranger le plus fréquent. Leur survenue traduit le plus souvent l'existence d'une pathologie œsophagienne organique sous-jacente. L'identification de ces lésions est primordiale afin d'adapter la prise en charge et prévenir les récidives.
L'objectif de ce travail est de décrire le profil étiologique des lésions œsophagiennes organiques révélées par les épisodes d'impaction alimentaire.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective et descriptive menée au service de gastro-entérologie de CHU Ibn Rochd de Casablanca, incluant 71 malades ayant bénéficié d'une FOGD pour une impaction alimentaire œsophagienne, sur une période de 6 ans allant du Janvier 2019 au Juin 2025.

Résultats : L'âge moyen de nos malades était de 50 ans +/- 13,2 avec des extrêmes d'âge allant de 17 ans à 80 ans, avec une nette prédominance masculine (sexe ratio H/F = 1,8).
L'endoscopie digestive haute a objectivé une anomalie œsophagienne sous-jacente chez 54 patients soit 76%. L'œsophagite peptique était l'anomalie la plus fréquente (26 cas soit 36,6% des cas). D'autres types d'anomalies œsophagiennes sous-jacentes ont été également notés : sténose régulière chez 9 patients (12,6%), 5 cas de processus œsophagiens ulcéro-bourgeonnent très suspects de malignité soit 12,5% de nos patients, un anneau de Schatzki chez 6 patients (8,5%), 5 cas d'œsophagite mycosique (7,04 %) et un cas de sténose caustique (1,4%). Une sensation de ressaut au franchissement du cardia par le fibroscope en faveur d'un trouble moteur de l'œsophage a été noté chez deux patients.
L'endoscopie digestive haute n'a pas montré d'anomalie œsophagienne endoscopique chez 17 patients (24%). Ces patients ont bénéficié de biopsies œsophagiennes à la recherche d'œsophagite à éosinophile.
Ces impactions alimentaires sont spontanément résolues dans 30 %, extraites endoscopiquement dans 30% des cas, et poussées par l'endoscope dans l'estomac dans 40% des cas.

Conclusion : Dans notre étude, les impactions alimentaires œsophagiennes ont révélé des anomalies sous-jacentes dans 76% des cas. Ainsi, l'exploration endoscopique doit être systématique même après la résolution spontanée de de l'impaction alimentaire.

P.305

Quels éléments suggestifs de métaplasie intestinale histologique en cas d'endobrachyœsophage ?

B. Barkia [1], H. Gdoura [1], M. Moalla [1], H. Smaoui [1], L. Chtourou [1], M. Boudabous [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'œsophage de Barrett, ou endobrachyœsophage (EBO), constitue une lésion précancéreuse. Son diagnostic est suspecté sur des arguments endoscopiques et confirmé histologiquement. Il correspond à une métaplasie intestinale caractérisée par le remplacement de la muqueuse œsophagienne malpighienne normale par une muqueuse glandulaire de type intestinal. Le but de notre étude est d'identifier les facteurs cliniques et endoscopiques prédictifs de la de métaplasie intestinale œsophagienne en cas d'EBO.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période de 13 ans (janvier 2012 – septembre 2025), incluant tous les patients dont la fibroscopie œso-gastro-duodénale avait montré un aspect endoscopique évocateur d'EBO et ayant bénéficié de biopsies.Ont été exclus les patients chez lesquels les biopsies n'ont pas pu être réalisées (patients agités, sous anticoagulants, etc.).

Résultats : Un total de 161 patients a été inclus. L'âge moyen était de 59,7 ± 17,5 ans, avec un sexe-ratio de 1,3 en faveur des hommes (91 hommes et 70 femmes).Les principales indications de la fibroscopie étaient le reflux gastro-œsophagien (RGO) (40,99 %, n = 66), les épigastralgies (26,08 %, n = 42) et l'anémie (13,04 %, n = 21).
L'examen endoscopique a objectivé une œsophagite peptique dans 18,63 % des cas et une hernie hiatale dans 49,06 % des cas.L'EBO était court (< 3 cm) dans 60,25 % des cas et long (≥ 3 cm) dans 39,75 % des cas. Le nombre moyen de fragments biopsiés était de 2,04 (extrêmes : 1 à 8).
Le diagnostic histologique d'EBO a été confirmé dans 52,17 % des cas, dont 1,86 % présentaient une dysplasie de bas grade. Aucun cas de dysplasie de haut grade n'a été observé.
L'analyse bivariée a montré comme facteurs prédictifs de métaplasie intestinale :
- L'âge (p = 0,04),
- Le sexe masculin (p = 0,04 ; OR = 1,9),
- L'étendue des lésions (p < 0,001),
- La présence d'une œsophagite peptique (p = 0,026 ; OR = 0,3),
- Le nombre de biopsies (p < 0,001).

En analyse multivariée, deux facteurs restaient significativement associés à la présence de métaplasie intestinale :
- La longueur de l'EBO (p < 0,001 ; β = 1,75 [IC95 % : 1,35 – 2,27]),
- Le nombre de biopsies (p < 0,001 ; β = 2,61 [IC95 % : 1,63 – 4,16]).

Conclusion : Dans notre étude, la corrélation endoscopie-histologie a été observée dans environ 50 % des cas, et le nombre de biopsies prélevées constitue un facteur clé pour la détection de la métaplasie intestinale. Ces résultats soulignent l'importance de standardiser les protocoles de biopsies et de renforcer la formation des endoscopistes à la reconnaissance précoce de l'EBO.

P.306

Quand les IPP deviennent à double tranchant : étude observationnelle sur 176 patients

M. Aouroud [(1)], H. Aouroud [(1)], N. Bouhdoud [(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 : Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont devenus incontournables dans le traitement des maladies digestives acido-dépendantes. Leur efficacité n'est plus à démontrer, mais leur usage massif et parfois prolongé n'est pas sans conséquences. De plus en plus de données rapportent des effets indésirables qui méritent d'être mieux connus. Nous avons voulu, à travers cette étude, dresser un état des lieux de leurs indications en pratique réelle et recenser les complications rencontrées chez nos patients.

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude observationnelle, prospective et descriptive sur deux ans (janvier 2023 – décembre 2024) au service d'hépato-gastroentérologie du CHU. Cent soixante-seize patients adultes sous IPP ont été inclus. Les informations recueillies concernaient l'âge, le sexe, l'indication de prescription, la durée du traitement et les effets secondaires déclarés ou constatés au suivi.

Résultats : Nos patients avaient en moyenne 45 ans (18–82 ans), avec une légère prédominance féminine. Les principales indications étaient le reflux gastro-œsophagien et l'œsophagite érosive (38 %), l'ulcère gastro-duodénal (22 %), la prévention d'ulcères liés aux AINS/aspirine (18 %) et l'éradication de *Helicobacter pylori* (12 %). Dans 10 % des cas, les prescriptions paraissaient discutables.La moitié des patients environ recevaient un traitement court, l'autre moitié un traitement prolongé.Les effets secondaires n'étaient pas rares : à court terme, 12 % présentaient des troubles digestifs, 8 % des céphalées et 6 % des douleurs abdominales. À long terme, nous avons noté des carences (vitamine B12 : 10 %, magnésium : 6 %, fer : 7 %), des fractures ostéoporotiques (4 %), des infections à *Clostridium difficile* (3 %) et plus rarement une insuffisance rénale chronique ou une pneumonie. Aucun décès n'a été directement lié aux IPP.

Conclusion : Notre expérience confirme que les IPP restent un traitement indispensable et efficace. Toutefois, près d'une prescription sur dix n'était pas justifiée, et les effets indésirables concernaient surtout les traitements prolongés. Cette réalité nous rappelle la nécessité d'une prescription raisonnée, régulièrement réévaluée, et d'une meilleure information des patients pour limiter les risques d'un usage excessif.

P.307

Facteurs associés au reflux gastro-œsophagien chez les agriculteurs en milieu rural dans un pays d'Afrique subsaharienne

A.W. Ndjitoyap Ndam [(1)], A.S. Njifit Manjeli [(1)], M. Bidjogo [(2)], E.P. Tchoumi Leuwat [(1)], P. Talla [(1)], M.P. Kowo [(1)], O. Njoya [(1)], F. Ankouane [(1)], N.E.C. Ndam [(1)]
(1) Yaoundé, CAMEROUN ; (2) Douala, CAMEROUN.

Introduction : Le reflux gastroœsophagien (RGO) est une maladie chronique qui expose à la survenue de complications graves. La profession d'agriculteur pourrait particulièrement exposer à la survenue de cette pathologie dans les pays endéveloppement à cause de l'absence de mécanisation. En raison de la chronicité de sa symptomatologie, le RGO représente un fardeau financier dans sa prise en charge, altère la qualité de vie et peut avoir un retentissement sur la productivité des travailleurs. L'objectif était de comparer la prévalence du RGO entre agriculteurs et non-agriculteurs en milieu rural.

Patients et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte de donnée prospective au sein de la population sur une période du 1er Février 2025 au 1er Mai 2025. La population cible était constituée d'agriculteurs. Ces derniers ont été appariés en âge et en sexe selon le ratio 1 : 1 aux non-agriculteurs. Le critère de jugement pour le diagnostic de RGO était un score GerdQ* ≥ 8 chez les 2 groupes de travailleurs. La force de l'association des variables a été mesurée par l'Odd Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

Résultats : La population était constituée de 150 agriculteurs d'âge médian 43,5 ans IQR [32,5-54,2]. La prévalence du RGO était de 21,3% chez les agriculteurs contre 8,7% chez les non agriculteurs (OR=2,8 ; [1,4-5,6] ; p = 0,003). Les facteurs associés au RGO étaient le sexe féminin (OR=2,69; [1,2-6,2] ; p = 0,01), le bas niveau d'éducation (OR=4,7 ; IC95% [1,0-20,8] ; p = 0,04), la pratique de cultures vivrières (OR=3,6 ; [1,2-10,9] ; p = 0,02), le délai < 2 heures entre les repas et la pratique agricole (OR=13,1 ; [1,7-99,5] ; p = 0,01), l'obésité (OR=5,6 ;[1,3-24,7] ; p = 0,02). en analyse multivariée, seul le delai < 2 heures entre les repas et la pratique agricole était associée au RGO (OR = 18,69 ; [1,05-332,08]; p = 0,04.

Conclusion : La prévalence du RGO est plus élevée chez les agriculteurs et des facteurs de risque sont identifiés, au rang desquels le court delai entre le repas et la pratique agricole. Une mécanisation de ces activités pourrait réduire l'incidence de cette affection.

P.308

Résistance aux traitements d'éradication d'*Helicobacter pylori* chez les patients présentant une dyspepsie chronique

M. Aouroud [1], H. Aouroud [1], F. Machayi [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 : La dyspepsie chronique est un motif fréquent de consultation en gastro-entérologie. L'infection à *Helicobacter pylori* en est une cause majeure. Les protocoles actuels d'éradication sont de plus en plus confrontés à la résistance bactérienne, réduisant les taux de succès thérapeutiques.L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence de l'infection à *H. pylori* chez les patients dyspeptiques, de décrire les schémas thérapeutiques utilisés et d'analyser les causes d'échec, en particulier les résistances bactériennes

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service d'hépato-gastroentérologie entre janvier 2022 et décembre 2024. 73 patients atteints de dyspepsie chronique ayant bénéficié d'une endoscopie avec recherche de *H. pylori* ont été inclus.

Résultats : L'âge moyen était de 36 ans (18–64 ans), avec une légère prédominance féminine (sex-ratio F/H = 1,2). Cliniquement, les douleurs épigastriques dominaient (82 %), suivies des ballonnements (46 %) et des nausées (30 %). L'endoscopie était normale dans 28 % des cas, montrait une gastrite antrale dans 49 %, un ulcère duodénal dans 15 % et un ulcère gastrique dans 8 %.La recherche de *H. pylori* était positive chez 61 patients (84 %). Deux schémas ont été prescrits : une quadrithérapie concomitante (IPP + amoxicilline + clarithromycine + métronidazole) dans 37 cas (61 %) et une quadrithérapie au bismuth dans 24 cas (39 %). Le taux global d'éradication était de 70 %. Un échec a été observé chez 18 patients (30 %). Parmi eux, 9 cas (15 % des infectés) ont nécessité une culture avec antibiogramme, révélant une résistance à la clarithromycine dans 7 cas et au métronidazole dans 5 cas, dont 3 résistances croisées.L'analyse statistique a montré que le tabagisme était significativement associé à l'échec d'éradication (présent chez 7 patients résistants, $p < 0,05$). Les antécédents d'utilisation d'antibiotiques, notamment les macrolides, étaient retrouvés chez 6 patients résistants ($p < 0,05$). Ni l'âge, ni le sexe, ni l'observance rapportée n'étaient significativement associés aux résistances.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence élevée de *H. pylori* chez les patients dyspeptiques et un taux non négligeable de résistances aux antibiotiques, particulièrement à la clarithromycine.En conclusion, l'adaptation des protocoles thérapeutiques aux résistances locales est nécessaire. La généralisation des schémas au bismuth et la réalisation d'antibiogrammes ciblés dans les cas d'échec pourraient améliorer l'efficacité de l'éradication.

P.309

H. pylori et maladie cœliaque : association fortuite ou interaction pathologique ?

M. Fartmissi [1], H. Fouad [1], Z. Boukhal [1], F.Z. El Rhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : *Helicobacter pylori* (HP) est une bactérie largement répandue dans le monde, en particulier dans les pays en développement. Elle est connue pour provoquer diverses pathologies gastriques, telles que la gastrite chronique, les ulcères gastroduodénaux et certains cancers de l'estomac. Par ailleurs, HP a été impliquée dans des troubles extra-digestifs, notamment l'anémie ferriprive et certaines maladies auto-immunes.La maladie cœliaque (MC) est une affection auto-immune chronique de l'intestin grêle, déclenchée par l'ingestion de gluten chez des sujets génétiquement prédisposés. Elle entraîne une atrophie des villosités intestinales, responsable de symptômes digestifs variés et de complications nutritionnelles, notamment l'anémie par carence en fer.La relation entre l'infection à *Helicobacter pylori* et la maladie cœliaque demeure controversée. Certaines études suggèrent une possible interaction entre ces deux affections, mais les mécanismes sous-jacents restent mal compris.
L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'infection à *H. pylori* chez les patients atteints de maladie cœliaque

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les patients atteints de la maladie cœliaque vu en consultation et qui ont bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale avec, des biopsies gastriques.

Résultats : Nous avons colligés 68 patients L'âge moyen des patients était de 28 ans. Le sexe-ratio homme/femme était de 0,48 . Les principales indications de la fibroscopie étaient la diarrhée chronique avec colonoscopie normale (77 %) et l'anémie ferriprive (89 %). Les anomalies observées lors de la fibroscopie et ayant motivé la biopsie gastrique étaient : une muqueuse gastrique érythémateuse chez 39 patients, une muqueuse atrophique chez 16 patients, à la fois érythémateuse et atrophique chez 10 patients, nodulaire chez 8 patients et érosive chez 5 patients.Selon la classification de Marsh, les lésions duodénales étaient classées comme suit : stade IIIC chez 41 patients, stade IIIB chez 20 patients et stade IIIA chez 7 patients.L'infection à HP a été retrouvée dans 81,6 % des cas. La densité de la colonisation par HP était légère (+) chez 12 % des patients, modérée (++) chez 38 % et sévère (+++) chez 18 %.L'atrophie villositaire était plus marquée dans le groupe HP (+++) par rapport au groupe HP (+). Ainsi, dans le groupe HP (+++), 72 % des patients présentaient une atrophie totale, 18 % une atrophie subtotale et 10 % une atrophie partielle. Dans le groupe HP (+), l'atrophie villositaire était partielle dans 51 % des cas, subtotale dans 46 % et totale dans 3 %.La relation entre la densité d'HP et le degré d'atrophie villositaire n'était pas significative ($P = 0,78$).

Conclusion : L'infection à *Helicobacter pylori* apparaît comme un phénomène fréquent chez les patients atteints de maladie cœliaque, avec une prévalence de 81,6 % observée dans cette étude. Cette fréquence justifie la nécessité d'un dépistage systématique de HP chez ces patients. Malgré une tendance à une atrophie villositaire plus sévère chez les patients présentant une colonisation bactérienne dense, aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre la charge bactérienne et la gravité des lésions intestinales.

P.310

Reflux gastro-œsophagien : quand le soulagement devient dépendance

H. Aouroud [1], M. Aouroud [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 : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est l'une des affections digestives les plus fréquentes. Devant la banalisation des symptômes et la disponibilité libre des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), l'automédication est devenue courante. Or, l'usage prolongé et non encadré de ces traitements comporte des risques potentiels (carence en vitamine B12, infections digestives, rebond acide, etc.). Cette étude vise à évaluer la fréquence de l'automédication dans le RGO, les connaissances de la population sur les risques associés et les comportements vis-à-vis de la consultation médicale.

Patients et Méthodes : Une étude descriptive transversale a été menée sur une période de 6 mois au sein d'un service de gastro-entérologie et en officine communautaire. Un questionnaire anonyme a été administré à 312 participants adultes présentant des symptômes de reflux. Les variables étudiées incluaient : recours à l'automédication, type de médicament utilisé, durée de traitement, connaissance des effets indésirables, et perception de la nécessité d'un suivi médical.

Résultats : Parmi les 312 répondants, 58 % déclaraient s'être automédiqués au moins une fois pour des symptômes de RGO. Les IPP constituaient le traitement le plus fréquemment utilisé (72 %), suivis des antiacides (45 %).
Seuls 34 % des participants avaient consulté un médecin avant de débuter le traitement.
La durée moyenne d'automédication était de 4,8 mois, souvent sans sevrage progressif.
Concernant les risques, seulement 27 % connaissaient les effets indésirables possibles d'un usage prolongé.
Une corrélation significative a été observée entre le niveau d'éducation et la connaissance du risque ($p < 0,05$).
Près de la moitié (48 %) pensaient que les IPP pouvaient être pris "sans danger à long terme".

Conclusion : L'automédication dans le RGO est largement répandue, souvent prolongée et mal encadrée. Une sensibilisation du grand public et une meilleure régulation de la dispensation des IPP s'imposent. Les médecins et pharmaciens ont un rôle clé à jouer dans l'éducation thérapeutique et la limitation du mésusage médicamenteux.

P.311

Prothèse œsophagienne : expérience d'un centre hospitalier sur 10 ans

L. Marhraoui [1], A. Salhi [2], M.D. Ngo [2], S. Dautreme [2], D. Pop [2], R. Petit [2]
(1) Fès, MAROC ; (2) Dieppe.

Introduction : Les prothèses œsophagiennes occupent une place centrale dans la prise en charge palliative et parfois curative des sténoses œsophagiennes d'origine maligne ou bénigne, permettant une amélioration de la qualité de vie. Au cours des dix dernières années, les progrès techniques et le développement de modèles variés ont élargi les indications tout en modifiant le profil des complications. Nous rapportons l'expérience monocentrique de notre service sur 10 ans, en décrivant les indications, les techniques d'implantation, les résultats cliniques et les complications observées.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur 35 patients ayant bénéficié d'une prothèse œsophagienne dans notre centre sur une période continue de dix ans. Ont été inclus tous les patients pris en charge pour pose de stent œsophagien (indication maligne ou bénigne) et disposant d'un dossier clinique exploitable .Pour chaque patient nous avons recueilli de façon standardisée les variables démographiques, l'étiologie et la topographie de la sténose, le type de prothèse utilisée (métallique recouverte/non recouverte, plastique), les modalités d'implantation, le succès technique et le succès clinique (amélioration du score de dysphagie), ainsi que les complications immédiates et tardives (migration, obstruction tumorale, perforation, hémorragie, fistule) et les réinterventions réalisées.

Résultats : Dans notre série de 35 patients, la population était majoritairement âgée (>60 ans : 91,4 %) et masculine (68,6 %). L'indication prédominante était la sténose maligne (91,4 %) ; on note aussi 4 cas de fistule œso-trachéale et 1 cas de sténose bénigne. La pose de prothèse s'est faite sous endoscopie + scopie (100%), avec dilatation préalable dans 11 cas (31,4 %). Les prothèses utilisées sont hétérogènes (majorité de modèles métalliques partiellement ou totalement recouverts, souvent avec mécanisme anti-reflux).Sur le plan immédiat, aucun incident per-procédural majeur n'a été relevé . À plus long terme, 21 patients (61,8 %) n'ont eu aucune complication tardive documentée ; les complications retardées principales ont été l'obstruction tumorale (17,6 %) et la migration(8,6 %). On note aussi des événements graves isolés : une fistule œso-aortique fatale et une fistule œso-trachéale.Le succès clinique à court terme est élevé : 74,3 % des patients ont montré une amélioration des symptômes (dysphagie). Cependant, la mortalité à long terme est importante ;71,4 % des patients sont décédés au dernier suivi reflétant essentiellement le pronostic des affections malignes sous-jacentes et non nécessairement la morbidité liée exclusivement au stent. Trois patients ont nécessité un remplacement ou un repositionnement de la prothèse et trois autres un retrait de la prothèse lors du suivi.

Conclusion : Dans notre série, la prothèse œsophagienne a assuré une amélioration fonctionnelle rapide de la dysphagie pour la majorité des patients, confirmant son intérêt palliatif . Malgré un succès technique immédiat élevé, des complications retardées se produisent et imposent un suivi étroit et des réinterventions. La mortalité élevée observée reflète surtout la sévérité des pathologies sous-jacentes ; ces résultats plaident pour une standardisation des comptes rendus, un protocole de suivi structuré et une prise en charge pluridisciplinaire afin d'optimiser les indications et la qualité des soins.

P.312

Caractéristiques morphologiques et histologiques des polypes gastriques

A. Oueslati [1], H. Yacoub [1], D. Cherif [1], H. Debbabi [1], H. Hassine [1], H. Kchir [1], N. Maamouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les polypes gastriques représentent une découverte fréquente lors des endoscopies digestives hautes. Leur hétérogénéité histologique, allant de lésions bénignes à des formes à potentiel malin, impose une caractérisation précise. Leur prise en charge dépend du type histologique et de leur potentiel évolutif, ce qui souligne l'importance de l'examen anatomopathologique. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques endoscopiques et histologiques des polypes gastriques observés dans notre série.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service d'hépato-gastro-entérologie B de l'hôpital La Rabta de janvier 2022 à septembre 2025. Ont été inclus tous les polypes gastriques identifiés en endoscopie digestive haute et ayant bénéficié d'une analyse histologique. Les données démographiques, endoscopiques et histologiques ont été recueillies et analysées.

Résultats : Un total de 42 polypes gastriques a été étudié. L'âge moyen des patients porteurs était de 62 ± 10,3 ans (38–88). La taille moyenne des polypes était de 7,9 mm (2–30 mm).La localisation était fundique dans 59,5 % (25 cas) et antrale dans 40,5 % (17 cas). La majorité des polypes étaient uniques (81 % ; 34 cas) et sessiles (95,2 % ; 40 cas), tandis que 2 cas (4,8 %) étaient pédiculés.L'analyse histologique a montré une prédominance des polypes glandulokystiques (47,6 % ; 20 cas) et hyperplasiques (40,5 % ; 17 cas), suivis des adénomes (9,5 % ; 4 cas) et d'une tumeur neuroendocrine (2,4 % ; 1 cas).

Conclusion : Les polypes gastriques de notre série étaient le plus souvent uniques, de petite taille et sessiles, avec une prédominance des polypes bénins glandulokystiques et hyperplasiques. La découverte d'adénomes et d'une tumeur neuroendocrine rappelle toutefois la nécessité d'un prélèvement systématique et d'une analyse histologique pour une prise en charge adaptée.

P.313

Caractéristiques cliniques, endoscopiques et histologiques de l'infection à *Helicobacter pylori*

A. Oueslati [1], S. Bostani [1], M. Ghanem [1], C. Ben Mehrez [2], M. Mtir [1], K. Boughoula [1], S. Bizid [1], R. Bouali [1], H. Ben Abdallah [1]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Ariana, TUNISIE.

Introduction : *Helicobacter pylori* est une infection largement répandue, responsable de la gastrite chronique et impliquée dans la survenue d'ulcères gastro-duodénaux et de cancers gastriques. Ses manifestations cliniques sont souvent peu spécifiques et ses aspects endoscopiques variables, rendant l'histologie indispensable au diagnostic. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques, endoscopiques et histologiques de l'infection à *H. pylori*.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude prospective incluant 200 patients porteurs d'une infection à *H. pylori*. Les patients étaient naïfs de traitement d'éradication et présentaient des symptômes digestifs motivant une endoscopie. Les données démographiques et cliniques ont été recueillies. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD). Les lésions endoscopiques ont été systématiquement notées et classées. Au moins quatre biopsies gastriques (antrales et fundiques) ont été réalisées pour chaque patient et analysées selon la classification de Sydney afin d'évaluer l'activité inflammatoire, la densité bactérienne, l'atrophie glandulaire et la présence de métaplasie intestinale.

Résultats : L'âge moyen était de 40,8 ± 11,7 ans, avec un sex-ratio proche de 1. Tous les patients étaient symptomatiques. Les épigastralgies représentaient le principal symptôme (68 %), suivies des vomissements (11 %), de l'anémie (15 %), du RGO (5 %), de la diarrhée chronique (5 %) et de l'amaigrissement (3 %).À l'endoscopie, la gastropathie antrale congestive était la lésion la plus fréquente (55 %), suivie de la pangastropathie congestive (22 %), de la gastropathie micronodulaire (15 %) et de la gastropathie fundique atrophique (3,5 %). Des lésions ulcéreuses ont été retrouvées dans 12,5 % des cas (ulcère duodénal 10 %, ulcère gastrique 2,5 %). L'endoscopie était normale chez seulement 4,5 % des patients.L'analyse histologique a montré une gastrite chronique active constante, d'intensité légère dans 60 %, modérée dans 30 % et sévère dans 2,5 %. Une atrophie glandulaire a été retrouvée chez 3 % des patients et une métaplasie intestinale dans 4,5 %. La densité de l'infection variait : faible (+) dans 47 %, modérée (++) dans 25 % et forte (+++) dans 20 %.

Conclusion : L'infection à *Helicobacter pylori* se manifeste par une symptomatologie dominée par les épigastralgies, des lésions endoscopiques le plus souvent antrales et une gastrite chronique constante à l'histologie. La mise en évidence d'atrophie et de métaplasie intestinales confirme le risque évolutif et souligne la nécessité d'un dépistage et d'une éradication précoces.

P.314

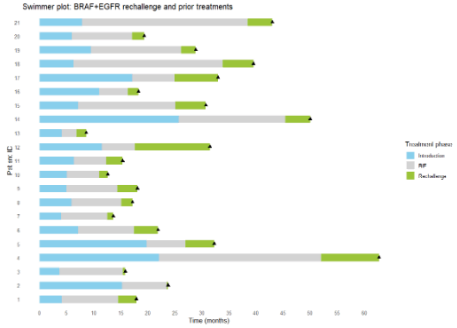
Rechallenge par inhibiteur de BRAF et anti-EGFR chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique avec mutation BRAF V600E : une étude multicentrique de l'AGEO

C. Gallois [1], P. Girot [2], L. Mas [1], J. Lavolé [3], G. Goujon [1], R. Colle [1], R. Guimbaud [4], J. Taïeb [1], F. Sullo [1]

(1) Paris ; (2) Nantes ; (3) Clichy ; (4) Toulouse.

Introduction : La double inhibition de BRAF et EGFR par encorafenib + cetuximab est devenue un traitement standard dans le cancer colorectal métastatique (CCRm) avec mutation BRAF V600E. Récemment, cette thérapie ciblée associée au FOLFOX en 1ère ligne (1) a démontré sa supériorité par rapport au traitement standard dans l'essai de phase III BREAKWATER, établissant ainsi un nouveau standard thérapeutique dans cette indication. Le bénéfice d'un rechallenge par cette thérapie ciblée à distance reste inconnu, à la lumière des données disponibles sur le rechallenge par anti-EGFR chez les patients RAS non mutés.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective multicentrique a inclus des patients avec un CCRm BRAF V600E muté et ayant reçu un rechallenge par une combinaison anti-BRAF + anti-EGFR dans 14 centres (France, Italie, Espagne, Australie et USA). Tous les patients avaient obtenu un contrôle de la maladie lors d'un traitement antérieur par anti-BRAF/EGFR (=traitement d'introduction) et avaient reçu au moins une ligne de traitement intermédiaire avant le rechallenge.



Résultats : 21 patients ont été inclus avec un âge médian de 62 ans, 52 % de femmes, 62 % de patients avec une tumeur du côlon droit, et 9 % de patients (N=2) avec une tumeur dMMR/MSI.
Le traitement anti-BRAF/EGFR d'introduction a été administré en 1ère ligne chez 3 patients (14 %), en 2ème ligne chez 11 patients (52 %) et en 3ème ligne chez 7 patients (33%), avec un taux de réponse objective (TRO) et une survie sans progression (SSP) médiane sous ce traitement d'introduction de 47,6 % et 7,1 mois (IC95 % : 5,9–15,2), respectivement.
Au moment du rechallenge, 48 % des patients avaient plus de deux sites métastatiques, et 68 % avaient un score ECOG PS de 0–1. Les schémas de rechallenge comprenaient : encorafénib + cetuximab (N=18), dabrafénib + tramétinib (N=1), vémurafénib + irinotécan + cetuximab (N=1), ou irinotécan + cetuximab + encorafénib (N=1). Ce rechallenge était prescrit en 3ème ligne (N=1), 4ème ligne (N=5), 5ème ligne (N=9), 6ème ligne (N=4) ou 7ème ligne (N=2) de traitement.
Lors du rechallenge, le taux de contrôle de la maladie était de 43 %, et le TRO de 14 % (N=3). Ces 3 derniers patients avec une réponse objective avaient eu une réponse objective également lors du traitement d'introduction.
Après un suivi médian de 27,6 mois, tous les patients avaient progressé, et 76 % étaient décédés. La SSP et la survie globale (SG) médianes étaient de 3,4 mois (IC 95 % : 2,1–5,6) et 7,1 mois (IC 95 % : 5,3–15,9), respectivement. L'âge avancé (>65 ans), la résection de la tumeur primitive, et la durée de la PFS sous traitement d'introduction avaient tendance à être associés à une SSP plus longue (HR 0,43 [0,16-1,13] ; p = 0,08 ; HR 0,45 [0,17-1,16] ; p = 0,099 ; et HR 0,92, IC 95 % 0,84–1,00, p = 0,06, respectivement), tandis que la présence de métastases ganglionnaires tendait à être associée à une SSP plus courte (HR 2,69 [IC 95 % 0,95-7,6] ; p = 0,06).Concernant la SG, les patients avec un intervalle sans inhibiteur de BRAF (BFI) supérieur à 9,4 mois (médiane) présentaient une SG significativement plus longue (HR 0,31, IC 95 % 0,1–0,98, p = 0,047), avec une médiane de SG de 15,9 mois pour le groupe « BFI long » et de 6,5 mois pour le groupe « BFI court ». La réponse objective lors du traitement d'introduction n'était pas associée ni à la PFS ni à l'OS lors du rechallenge.

Conclusion : Cette étude met en évidence des signaux d'efficacité potentiellement prometteurs pour un rechallenge par anti-BRAF/EGFR chez des patients lourdement pré-traités, justifiant la mise en place d'essais thérapeutiques dédiés. Un intervalle sans inhibiteur de BRAF prolongé était associé à un meilleur pronostic.

P.315

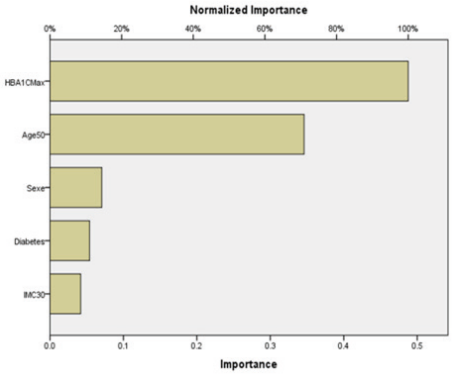
Impact du diabète et du contrôle glycémique (HbA1c) sur le risque d'adénome et de cancer colorectal

L. Abi Khalil [(1)], P. Wehbe [(1)], A. Kahwagi [(1)], B. Younes [(1)], J. Azar [(1)], J. Rached Njeim [(1)], E. Mahfouz [(1)], J. Amara [(1)], K. Honein [(1)], R. Slim [(1)], C. Yaghi [(1)]

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) demeure une cause majeure de morbi-mortalité mondiale malgré les progrès du dépistage et de la prévention. Les facteurs métaboliques, notamment le diabète et l'hyperglycémie chronique, sont impliqués dans sa carcinogenèse. Une méta-analyse récente a montré une association entre des taux élevés d'HbA1c et un risque accru de cancer colorectal (1). L'intérêt de cette approche réside dans la stratification précoloscopique, qui consiste à identifier avant l'examen les patients à risque métabolique plus élevé, afin d'adapter la stratégie de dépistage et la fréquence de surveillance. Cette étude vise à explorer le lien entre le contrôle glycémique et la présence d'adénomes ou de cancers colorectaux confirmés histologiquement.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 462 patients ayant réalisé une coloscopie entre 2020 et 2025 et ayant une mesure d'HbA1c disponible. Les données démographiques, cardiovasculaires et métaboliques ont été extraites des dossiers médicaux (âge, sexe, IMC, hypertension, diabète, dyslipidémie). La valeur de l'HbA1c la plus proche de la coloscopie ainsi que la valeur maximale enregistrée (HbA1cMax) ont été recueillies à partir de l'historique des HbA1c (2017-2025). Les lésions et cancers ont été confirmés histologiquement à partir des comptes rendus endoscopiques et anatomopathologiques. L'analyse statistique a comporté la comparaison des fréquences par test du χ^2, une régression logistique pour estimer les odds ratios (OR), et l'évaluation de la performance discriminante de l'HbA1c par courbe ROC, avec calcul du seuil optimal selon l'indice de Youden. Un modèle de risque combiné a ensuite été élaboré pour pondérer les principaux prédicteurs (âge, sexe, IMC, diabète, HbA1cMax).



Résultats : Parmi les 462 patients, la prévalence des lésions colorectales atteignait 82 %, dont 79.9 % d'adénomes, 6.1 % de néoplasies de haut grade non invasives et 7.4 % de cancers. La courbe ROC a identifié un seuil optimal d'HbA1c à 5.9 % (AUC = 0.62 ; p < 0.05). Les lésions colorectales avancées (néoplasies de haut grade et cancers) étaient plus fréquentes chez les patients ayant un HbA1c ≥ 5.9 % que chez ceux ayant un HbA1c < 5.9 %, aussi bien pour la mesure la plus proche de la coloscopie (12.2 % *vs* 5.7 % ; OR = 2.31 ; IC95 % : 1.13–4.71) que pour l'HbA1cMax (11.1 % *vs* 5.3 % ; OR = 2.22 ; IC95 % : 1.10–4.48). Le score de risque obtenu est : 0.35 × (âge ≥ 50) + 0.071 × (Sexe masculin) + 0.042 × (IMC ≥ 30) + 0.054 × (Diabète) + 0.488 × (HbA1cMax ≥ 5.9 %). La figure 1 met en évidence le poids relatif de chaque facteur de risque dans le modèle, avec une contribution prédominante de l'HbA1cMax et de l'âge. La performance ROC du modèle était satisfaisante (AUC = 0.708 ; IC95 % : 0.629–0.786).Un cut-off de 25 a été identifié, au-delà duquel le risque d'adénomes de haut grade et de cancers était considéré comme élevé (OR = 6.70 ; IC95 % : 2.32–19.36 ; p < 0.001).

Conclusion : Dans cette cohorte de 462 patients, un taux d'HbA1c ≥ 5.9 % double approximativement le risque de lésions colorectales de haut grade et de cancers (OR ≈ 2.2–2.3). Ces résultats soutiennent l'intégration de paramètres métaboliques simples tels que l'HbA1c dans la stratification précoloscopique afin de personnaliser l'intervalle de surveillance et d'optimiser le rendement du dépistage. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour valider ce score et confirmer sa valeur prédictive dans la pratique clinique.

P.316

Efficacité et tolérance du switch du cétuximab vers le panitumumab au cours du traitement par encorafénib dans les cancers colorectaux métastatiques BRAF V600E : étude internationale multicentrique du groupe AGEO

A. Gandini [1], V. Probst [2], M. Landi [3], M.C. De Grandis [4], P. Girot [5], M. Decraecker [6], A. Pastorino [7], L. Grados [8], L. Sayah [9], I. Trouilloud [1], D. Tougeron [10], J. Taïeb [1]

(1) Paris ; (2) Munich, ALLEMAGNE ; (3) Pisa, ITALIE ; (4) Padoue, ITALIE ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Bordeaux ; (7) Gênes, ITALIE ; (8) Amiens ; (9) Nancy ; (10) Poitiers.

Introduction : La combinaison encorafénib-cétuximab (ENCO-CET) constitue le standard thérapeutique en deuxième ligne pour les cancers colorectaux métastatiques (CCRm) porteurs d'une mutation BRAF V600E. Cependant, 2 à 5 % des patients présentent des réactions d'infusion sévères (grade ≥ 3) au CET, conduisant à l'arrêt du traitement. Le panitumumab (PANI), anticorps anti-EGFR entièrement humain, présente un risque nettement plus faible de réactions d'infusion. L'objectif de cette étude était d'évaluer la tolérance et l'efficacité de la combinaison encorafénib-panitumumab (ENCO-PANI) après réaction d'infusion au CET.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective internationale multicentrique, coordonnée par le groupe AGEO, a inclus les patients atteints de CCRm BRAF V600E ayant interrompu ENCO-CET pour réaction d'infusion et poursuivi par ENCO-PANI entre 2020 et 2024. Les données cliniques, histologiques, de réponse et de tolérance ont été recueillies de façon pseudonymisée. Les taux de réponse objective (TRO), de contrôle de la maladie (TCM), la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été estimés selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Vingt patients issus de 12 centres dans 4 pays ont été inclus. La médiane d'âge était de 66 ans ; 55 % avaient une tumeur colique droite et 25 % étaient dMMR/MSI. Dix-neuf patients ont reçu ENCO-CET puis ont switché vers ENCO-PANI après une réaction d'infusion, et un patient a débuté directement ENCO-PANI. Les taux de TRO et TCM étaient respectivement de 25 % et 85 %. La médiane de SSP était de 6,2 mois (IC95 : 5,7–13,0) et la médiane de SG de 11 mois (IC95 : 7,9–23,8). Des événements indésirables (EI) liés à ENCO-PANI ont été observés chez 75 % des patients, principalement cutanés (60 %) et digestifs (25 %), majoritairement de grade 1–2 ; 4 patients (20 %) ont présenté des EI de grade 3–4. Aucune nouvelle réaction d'infusion ni toxicité fatale n'a été rapportée.

Conclusion : Chez les patients atteints d'un CCRm BRAF V600E ayant présenté une réaction d'infusion sévère au CET, le switch vers ENCO-PANI apparaît sûr et efficace, permettant de maintenir une stratégie ciblée anti-BRAF / anti-EGFR. Avec une SG médiane de 11 mois et une toxicité gérable, ENCO-PANI constitue une alternative thérapeutique réaliste dans cette population et mérite une évaluation prospective.

P.317

Valeur pronostique de la signalisation calcique mitochondriale dans le cancer colorectal : analyse ancillaire de l'essai PRODIGE 13

R. Chautard [1], G. Fromont [2], E. Barbier [3], T. Lecomte [1], F. Bibeau [4], C. Lepage [3], M. Guéguinou [1]

(1) Tours ; (2) Orléans ; (3) Dijon ; (4) Besançon.

Introduction : La signalisation calcique régule l'activité cellulaire physiologique. Sa dérégulation participe au développement tumoral. Les mitochondries contribuent également activement à la tumorigenèse en régulant la production d'ATP, les métabolismes glycolytique et oxydatif, la prolifération et la mort cellulaire. Leur rôle dans la signalisation calcique est encore peu étudié dans le cancer. Les flux calciques mitochondriaux sont régulés par le canal MCU et l'échangeur NCLX. Les variations d'expression de ces composantes ioniques influencent la prolifération et l'invasivité de modèles cellulaires de cancer colorectal 1,2. Des travaux suggèrent également qu'elles affectent l'infiltration immunitaire du microenvironnement. Nous cherchons à évaluer l'impact pronostique de l'expression de MCU et NCLX dans le cancer colorectal (CCR) localisé.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse ancillaire issue de l'étude multicentrique randomisée comparant des méthodes de surveillance de patients opérés de CCR localisés : PRODIGE 13 – FFCD 0902 (NCT00995202). Nous avons mesuré, par TMA, l'expression des canaux MCU et NCLX sur les blocs de paraffine issus des cancers colorectaux de stade 2 et 3 de cette cohorte. L'expression était considérée soit nulle soit élevée ou très élevée. Nous avons évalué l'association entre les expressions de MCU/NCLX et les données disponibles cliniques des patients ainsi que les caractéristiques histologiques de tumeurs colorectales par les tests du chi2 ou de Fisher pour les variables qualitatives, et le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Nous avons examiné l'impact de ces expressions sur la survie sans récidive (SSR) et survie globale (SG).

Résultats : A partir des 2009 patients randomisés de l'étude princeps, nous avons pu extraire 745 blocs pour analyse. Nous avons exclu les tumeurs avec instabilité microsatellitaire (en raison de leurs caractéristiques histologiques et pronostiques particulières), les cancers du rectum (en raison de leur traitement néoadjuvant pouvant influencer la qualité du tissu) et éliminé les TMA aux résultats douteux. Parmi les 501 tumeurs analysées, 17,2% (N=86) et 20,4% (N=102) exprimaient respectivement NCLX et MCU. Nous n'avons pas identifié de corrélation significative sur les données cliniques (genre, âge, IMC) ni biologiques (ACE). Il n'y avait pas non plus de corrélation significative avec le caractère perforé ou occlusif de la tumeur, le stade pTNM, le nombre de ganglions prélevés. L'expression NCLX était significativement associée à un grade 2-3 de bourgeonnement tumoral (p=0,006) et à la présence d'emboles périnerveux (p=0,038). L'expression élevée de MCU était significativement associée à l'infiltration lymphocytaire CD3+ dans le cœur tumoral (p=0,026) et sur le front d'invasion (p=0,025). Il n'y avait pas d'association significative en termes de survie. On observe toutefois une tendance à une moins bonne SSR en cas d'expression NCLX, avec une médiane de 111.6 mois *vs* non atteinte (NA) en l'absence d'expression (HR :1,33 [0,92-1,93], p=0,128).

Conclusion : Les expressions de MCU et NCLX ne semblent pas avoir de valeur pronostique dans le cancer colique localisé. Il semblerait cependant que MCU joue un rôle dans l'infiltration lymphocytaire du microenvironnement tumoral, tandis que NCLX est associé aux caractéristiques de prolifération et d'invasivité du front tumoral. La validation de ces hypothèses nécessite davantage d'étude translationnelle actuellement en cours.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions tous les groupes coopératifs (FFCD, UNICANCER GI et GERCOR) pour leur contribution ainsi que les participants à l'étude princeps PRODIGE-13. Nous remercions également la SNFGE pour l'attribution de la bourse FARE.

P.318

Intérêt des facteurs de croissance granulocytaires (GCSF) en prévention primaire de la survenue d'une neutropénie de grade 3-4 sous TAS 102 ± bévacizumab dans le cancer colorectal métastatique (CCRm)

L. Samat [1], **N. Williet** [1], **P. Artru** [2], **L. Saban-Roche** [3], **H. Boutallaka** [1], **S. Mohamed** [1], **J.M. Phelip** [1]

(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon ; (3) Saint-Priest-en-Jarez.

Introduction : La neutropénie de grade 3-4 chimio-induite est une complication fréquente exposant à des infections graves qui nécessitent souvent une réduction de la dose-intensité des traitements (suspensions, réductions de dose, voire arrêt définitif). Le TAS 102 (trifluridine/tipiracil) ± Bévacizumab (T ± B) est le traitement standard dit de 3ème ligne du CCRm. Sa toxicité hématologique est connue avec principalement un risque de neutropénie de grade 3-4, rapporté dans 40% des cas dans les études pivots RECOURSE et SUNLIGHT. Une prophylaxie primaire par GCSF pourrait permettre de réduire cette toxicité et d'optimiser la dose intensité du traitement.
Objectif : Evaluer l'impact de l'utilisation de GCSF en prévention primaire sur l'incidence des neutropénies grade 3-4 sous T ± B dans le CCRm

Patients et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique regroupant tous les patients ayant initié un traitement par T ± B entre janvier 2016 et décembre 2024. L'objectif principal était de comparer l'incidence des neutropénies de grade 3-4 entre un groupe ayant reçu ou non un GCSF en prévention primaire. Les critères secondaires d'évaluation étaient la survie globale (SG), la survie sans progression (SSP), l'incidence de la neutropénie fébrile, le taux de suspension et d'arrêt définitif du traitement, le taux de réduction de dose du TAS 102, le taux de réponse au traitement (RECIST v1,1) et la tolérance du T ± B. Un ajustement a été fait sur les facteurs pronostiques prédéfinis (âge, statut OMS, métastases hépatiques/péritonéales, délai d'initiation du T ± B) et ceux significatifs en analyse univariée (α < 10%).

Résultats : Sur les 3 centres français ayant participé, 182 patients ont été inclus (âge médian : 68 ans, femmes : 46,7%, statut OMS ≥ 2 : 28,5%) dont 115 patients dans le groupe avec GCSF en prévention primaire et 67 patients sans GCSF en prévention primaire. 99 patients (54,4%) avaient reçu l'association T+B, avec une utilisation plus fréquente de GCSF en prévention primaire : 69 patients (60%) *vs* 46 (40%), (P = 0,067). Pour le reste, les groupes étaient comparables. L'utilisation de GCSF en prévention primaire réduisait significativement la survenue des neutropénies de grade 3-4, tant en analyse univariée (HR=0,15, IC95% [0,08 – 0,3], P=< 0,001) qu'en analyse multivariée (HR=0,14, IC 95% [0,07 – 0,28], P=< 0,001). Un antécédent de neutropénie apparaissait comme un facteur de risque indépendant (HR = 4,54, IC 95% [2,34 – 8,82], P =< 0,001). La survenue d'une neutropénie de grade 3-4 n'impactait pas la SG (SGm : 8,1 *vs* 8,7 mois, HR = 1,07 ; IC95% [0,75 – 1,52], P=0,722) ni la SSP (SSPm : 3,2 *vs* 4,4 mois, HR = 1,12 ; IC95% [0,81 – 1,54], P=0,5). Cependant elle réduisait significativement le taux d'arrêt temporaire du traitement (P=0,002) et les réductions de dose de TAS 102 (P=0,027). L'incidence de la neutropénie fébrile était numériquement réduite (3 *vs* 1 patient), sans différence significative (P = 0,14).

Conclusion : Nos résultats montrent que l'utilisation d'un GCSF en prévention primaire réduit significativement l'incidence des neutropénies de grade 3-4 des patients traités par T ± B. Il permettrait de maintenir une dose intensité optimale en limitant significativement les interruptions et la réduction de dose de la chimiothérapie. La survenue d'une neutropénie fébrile était rare mais numériquement plus faible chez les patients ayant eu un GCSF en prévention primaire. Cependant, aucune amélioration de la SG et la SSP n'a été observée, ce qui ne permet pas de recommander l'utilisation systématique de GCSF en prévention primaire chez les patients traités pour un CCRm réfractaire par T+B. Cette indication pourrait toutefois être envisagée chez les patients présentant un antécédent de neutropénie sévère chimio-induite.

P.319

#DépisteTesDarons

S. de Retz [1]

(1) Paris.

Introduction : Le cancer colorectal est 5 fois plus meurtriers que les accidents de la route. En France, avec 47 582 nouveaux cas en 2023 et 17 117 décès en 2018, le cancer colorectal fait partie des cancers les plus fréquents.
Une chance, s'il est détecté tôt, il se guérit dans 9 cas sur 10 d'autant qu'un dépistage organisé a été mis en place en 2010. Néanmoins, malgré son efficacité, sa rapidité et sa simplicité, ce dépistage souffre en France d'un déficit de participants et ce loin derrière les autres pays européens.
Seulement 34,6 % de la population a réalisé un test de dépistage du cancer colorectal en 2024, bien en-deçà du standard européen (45 %).
De nombreuses campagnes ont été mises en place, dans les officines, par l'Inca, par les associations MAIS les chiffres restent faibles voire baissent.
Nous avons souhaité ainsi participer à l'augmentation du nombre de participants au dépistage en lançant une grande campagne de communication décalée et intergénérationnelle.

Patients et Méthodes : La campagne:
Aujourd'hui plus qu'hier, les jeunes jouent un rôle essentiel dans la santé de leurs parents. Avec humour, taquinerie ou sérieux, les 15-30 ans, grâce à cette campagne, peuvent aborder de manière informée et décomplexée, le sujet du dépistage du cancer colorectal avec leurs parents ou grands-parents. Ils dédramatiseront le geste et deviendront prescripteurs du FIT. Les jeunes ne suivant pas les médias classiques (TV, radio et presse écrite), il nous fallait trouver le meilleur canal pour les toucher : Instagram, le réseau social plébiscité par plus 26 millions d'utilisateurs en France avec une audience majoritaire des 25 -45 ans.
3 personnalités nous ont suivis : Marine Lorphelin (Médecin, influenceuse et Miss France 2013 - 1 million de followers), Titoff (comédien et humoriste) et Nino Arial (Influenceur et stand-upper - 1,1 million followers).
--> Le duo Marine/Titoff s'est pris au jeu pour une vidéo Tuto savoureuse de l'utilisation du kit de dépistage au travers d'une recette de mousse au chocolat...
Enfin, c'est au travers de témoignages de jeunes ayant des parents concernés par le cancer colorectal que nous

souhaitions également toucher le grand public pour que ce geste anodin du dépistage devienne un rituel bisannuel pour les 50/74 ans.
Un hashtag et une Baseline
#DépisteTesDarons
"Si tu ne te dépistes pas pour toi, dépiste-toi pour moi"

Résultats : Réseaux sociaux : Instagram
~2,5 millions de vues et ~1, 5 millions de comptes atteints
Officines de ville : 3900 officines partenaires avec affiche en vitrine et flyers à disposition
Relai médias : 42 articles dans la presse écrite, Web et audiovisuelle
Une page de publicité gratuite dans le magazine « Avantages »
-->Plus de 35 millions de lecteurs/auditeurs au global
Doctolib :Mise en avant de la campagne du 23 au 30 mai 2025
3,8 millions d'impressions et 1,4 millions de visiteurs uniques
Résultat global au regard de notre critère de performance :
- plus de 21 000 clics vers le site de commande de la Caisse nationale d'assurance maladie : monkit.depistage-colorectal.fr

Conclusion : Une portée grand public, aux impacts réels sur les commandes de kit

Remerciements, financements, autres :
Merci aux membres du comité de pilotage : Emmanuel Collin (Inca), Pr JF Seitz, Pr Côme Lepage, Dr Thibault Mazard, Pr Sylvain Manfredi, Dr Patrick Delassale, Pr Robert Benamouzig, Cyril Sarrauste de Menthière et Myriam Grace (Mon réseau cancer colorectal), Dr Yannick Neuder (Député à l'époque), Dr Jean-Luc Leymarie (CSMF - MG), Eric Douriez (USPO - pharma).

P.320

Définition d'une signature pronostique du cancer du côlon basée sur l'activation ectopique de gènes

S. Valmary-Degano [1], A. Spinelli [1], S. Rousseaux [1], A.L. Vitte [1], M.H. Laverrière [1], S. Khochbin [1], E. Flin [1]
(1) Grenoble.

Introduction : Le cancer du côlon (CC) représente le 4ème et 2ème cancer en termes d'incidence et de mortalité respectivement. Malgré un dépistage organisé permettant 30% des diagnostics, la survie globale à 5 ans n'est que de 65% avec des extrêmes allant de 10 à 90% selon les stades. Sur matériel histologique, la prise en charge (PEC) de référence inclue des explorations pré-thérapeutiques avec l'étude du profil microsatellitaire systématique et du statut des gènes RAS et BRAF pour les tumeurs avancées, puis une étude de la pièce d'exérèse précisant d'autres facteurs histopronostiques. Cependant, le pronostic reste hétérogène, en particulier dans les stades II et IV, et différentes chimiothérapies post-opératoires recommandées ou optionnelles sont discutées.
Il est établi que certains gènes spécifiques de certains tissus, normalement silencieux dans la plupart des tissus sains, peuvent présenter une expression ectopique dans les cancers. De plus, pour certains de ces gènes, une expression aberrante est significativement associée à un mauvais pronostic. Ces gènes représentent ainsi une nouvelle source de biomarqueurs pronostiques. Un pipeline d'apprentissage automatique, nommé « ectopy », développé par notre équipe, a déjà permis de découvrir des biomarqueurs pronostiques robustes dans plusieurs types de cancers à partir de données d'expression génique.
Dans ce projet, nous avons défini une signature pronostique du CC basée sur l'activation ectopique de gènes normalement silencieux, en utilisant les données d'expression de gènes de plusieurs cohortes publiques du CC.

Matériels et Méthodes : La première étape de l'approche utilisée consistait à identifier les gènes spécifiques de tissus, non exprimés dans le côlon normal. Les gènes candidats, activés dans plus de 10% des CC avec un impact significatif et robuste sur le pronostic, ont été sélectionnés. Ensuite, nous avons combiné ces biomarqueurs dans un outil pronostique nommé Gene Expression Classifier (GEC), qui permet de stratifier les patients selon le nombre de gènes activés : plus grand est le nombre de ces gènes, plus faible est la probabilité de survie des patients. En dernière étape, la signature GEC a été testée dans une cohorte publique de CC indépendante, jamais utilisée lors de l'identification des biomarqueurs du panel pronostic.

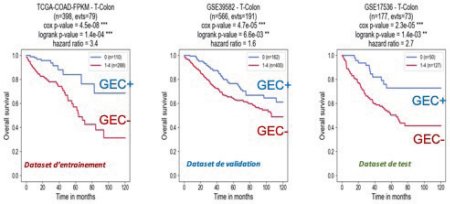


Figure : Courbes de survie globale en fonction du statut GEC dans les jeux de données d'entrainement TCGA-COAD, de validation GSE39582 et de test GSE17536.

Résultats : Les résultats sont issus des données d'expression de gènes de 4 cohortes publiques de CC (TCGA-COAD, GSE39582 et GSE17536) et tissus sains (GTEX). Parmi 3554 gènes spécifiques de tissus, 748 gènes ont été trouvés fréquemment activés dans le CC pour plus de 10% de patients. En appliquant la méthode « ectopy », nous avons identifié 4 gènes candidats, ERFE, HOXC6, LAMP5 et ULBP2, capables de prédire individuellement le pronostic des patients. Ces 4 gènes ont été ensuite combinés pour créer la signature pronostique GEC. Nous avons trouvé que les patients dont les tumeurs activent au moins un gène du panel (GEC+) ont une probabilité de survie statistiquement plus courte que les patients avec tumeur GEC- (aucun gène du panel activé). La valeur pronostique de la signature

GEC a été confirmée dans une cohorte indépendante de test (GSE17536). L'analyse multivariée a démontré que la signature GEC apporte une information indépendante et complémentaire sur le pronostic des patients par rapport à d'autres facteurs de risque tel que le stade pTNM et le statut KRAS. Enfin, nous avons montré, par analyse pronostique en sous-groupes, que la signature GEC est un marqueur prédictif significatif de la survie, indépendamment du statut microsatellitaire.
La validation sur une cohorte de patients indépendante en vie réelle est en cours. Le développement d'un test immunohistochimique estimant l'expression protéiques des 4 gènes du GEC est aussi prévu, pour une appropriation de l'outil par les pathologistes et une application en routine.

Conclusion : En utilisant une technique originale basée sur une analyse de données bioinformatique et le « machine learning », nous proposons un nouvel outil histopronostique robuste. A l'heure où les options thérapeutiques se multiplient, la signature GEC contribuera efficacement à une prise en charge optimale des CC, aussi bien dans un souci de désescalade que d'intensification thérapeutique.

P.322

Biomarqueurs pronostiques et/ou prédictifs chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique réfractaire traités par trifluridine/tipiracil

T. Vigié [1], P. Laurent-Puig [1], O. Bouché [2], I. Trouilloud [1], M.L. Garcia [1], D. Vernerey [3], C. Boisson [3], V. Hautefeuille [4], M. Laly [5], Y. Rinaldi [6], C. Fenioux [7], D. Smith [8], J. Desrame [9], C. Lecaille [8], B. Chibaudel [10], J.P. Wagner [11], P. Texereau [12], A. Vienot [3], D. Tougeron [13], C. Borg [3], J.B. Bachet [1]

(1) Paris ; (2) Reims ; (3) Besançon ; (4) Amiens ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Marseille ; (7) Créteil ; (8) Bordeaux ; (9) Lyon ; (10) Levallois-Perret ; (11) Dunkerque ; (12) Mont-de-Marsan ; (13) Poitiers.

Introduction : Le trifluridine/tipiracil en association au bevacizumab est le traitement de référence en troisième ligne pour les cancers colorectaux métastatiques (CCRm) réfractaires. Une proportion importante de patients ne tire qu'un bénéfice limité, 25 à 50% des patients progressant d'emblée. La toxicité hématologique demeure fréquente avec 40% de neutropénie grade 3-4. L'identification de biomarqueurs pronostiques et prédictifs permettant d'optimiser la sélection des patients constitue un enjeu majeur de médecine personnalisée. Outre la neutropénie sous traitement dont le caractère prédictif a été validé, des polymorphismes génétiques constitutionnels, le statut mutationnel de KRAS et l'ADN tumoral circulant (ADNtc) ont été rapportés comme potentiellement pronostiques et / ou prédictifs.

Patients et Méthodes : Après signature du consentement, 165 patients atteints d'un CCRm réfractaire et traités par Trifluridine/Tipiracil ont été inclus dans l'analyse translationelle pré-planifiée de l'essai multicentrique français LONGBOARD. L'ADN plasmatique a été extrait à partir des échantillons prélevés avant traitement (T0) et après un cycle (C2J1). La détection et la quantification de l'ADNtc ont été réalisées après conversion au bisulfite et amplification par PCR digitale en gouttelettes à l'aide de deux marqueurs universels spécifiques des cancers colorectaux (WIF1 et NPY). Les mutations KRAS ont été recherchées si nécessaire par séquençage (Next Generation Sequencing) et les polymorphismes génétiques génotypés (FGFR4, ATM, XRCC3, ENT1 et MATE2) par PCR quantitative. Les analyses statistiques ont utilisé des courbes de survie de Kaplan-Meier et des modèles de Cox. Les seuils quantitatifs discriminants ont été établis par la méthode spline cubique restreinte.

Résultats : Les premiers résultats ont porté sur 100 patients disposant d'échantillons exploitables à T0 et C2J1. L'ADNtc était détectable chez 83 % des patients à T0 et chez 77 % à C2J1. La présence d'ADNtc avant traitement était associée à une survie sans progression médiane de 1,8 mois contre 5,8 mois en absence d'ADNtc (p=0,0128 ; HR=1,93 [IC 95% : 1,13-3,29]) (Figure 1). La survie globale médiane atteignait 6,6 mois contre 20,9 mois respectivement (p<0,0001 ; HR=5,23 [IC 95% : 2,57-10,65]). Le taux d'ADNtc à baseline et la cinétique précoce de l'ADNtc avaient aussi une valeur pronostique. Des résultats portant sur un plus grand nombre de patients avec un T0 ainsi que les données sur les mutations KRAS et les polymorphismes génétiques sont en cours d'analyse et seront présentés lors des JFHOD.

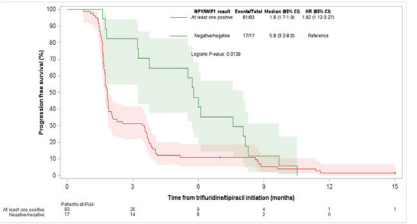


Figure 1 : Courbes de survie selon Kaplan Meier illustrant la survie sans progression sous trifluridine/tipiracil selon la détection ou non d'ADN tumoral circulant à T0.

Discussion : Ces résultats confirment la valeur pronostique de la présence, du taux à T0 et de la cinétique de l'ADNtc sous trifluridine/tipiracil. L'ADNtc apparaît comme un outil d'évaluation dynamique de la réponse tumorale, susceptible d'orienter la prise de décision thérapeutique. Les analyses complémentaires en cours sur les polymorphismes génétiques et les mutations KRAS visent à affiner un modèle pronostique et/ou prédictif.

Conclusion : La détection d'ADNtc avant l'introduction du trifluridine/tipiracil constitue un marqueur pronostique fort de survie sans progression et de survie globale. Sa quantification et sa cinétique pourraient contribuer à la stratification pronostique et à la personnalisation du traitement. Ces résultats nécessitent une validation prospective sur des cohortes indépendantes de plus grande ampleur.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions la SNFGE pour son soutien financier via la bourse FARE qui a permis la réalisation du projet.

P.323

Efficacité et tolérance de la chimiothérapie intra-artérielle hépatique en traitement d'intensification ou de rattrapage dans le cancer colorectal métastatique : analyse rétrospective d'un centre expert

A. Gandini [(1)], F. Lipsich [(1)], J. Netter-Coti [(1)], W. Lahlou [(1)], C. Lepere [(1)], X. Guerra [(1)], O. Pellerin [(1)], J. Taïeb [(1)], T. Boeken [(1)], C. Gallois [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) représente une option thérapeutique pour les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) à prédominance hépatique, mais son utilisation reste limitée par le manque de données en vie réelle. Cette étude évalue l'efficacité et la tolérance de la CIAH selon le contexte d'administration : traitement d'intensification (INT-CIAH) ou traitement de rattrapage (RAT-CIAH).

Patients et Méthodes : Une analyse rétrospective monocentrique a inclus tous les patients traités par CIAH entre 2010 et 2024. Les patients ont été classés selon la ligne de traitement : INT-CIAH (1re-2e ligne) et RAT-CIAH (≥3e ligne). Les agents utilisés incluaient principalement l'oxaliplatine ou le 5-fluorouracile (5FU). Les taux de réponse, la survie sans progression (SSP), la survie sans progression hépatique (SSPH) et la survie globale (SG) ont été estimés par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Parmi les 213 patients analysés, 99 ont reçu une INT-CIAH et 114 une RAT-CIAH. Les patients du groupe RAT-CIAH présentaient plus souvent une atteinte extra-hépatique (45 % *vs* 23 %), un score de performance ECOG ≥ 2 (16 % *vs* 4 %) et une progression préalable sous oxaliplatine intraveineux (41 % *vs* 16 %). L'oxaliplatine était l'agent principal dans 79 % des cas. Les taux de réponse objective (TRO) et de contrôle de la maladie (TCM) étaient respectivement de 51 % et 77 % dans le groupe INT-CIAH, contre 32 % et 60 % dans le groupe RAT-CIAH. Des traitements hépatiques à visée curative ont été réalisés chez 28 % et 7 % des patients respectivement. Les médianes de SSP, SSPH et SG étaient de 7,6 mois, 9 mois et 23 mois en INT-CIAH, contre 3,7 mois, 5,8 mois et 12 mois en RAT-CIAH. Une progression antérieure sous oxaliplatine IV était associée à une survie significativement réduite en INT-CIAH. Les événements indésirables de grade 3-4 survenaient chez 43 % des patients ; les complications liées au cathéter (25 %) étaient plus fréquentes en cas d'association à un anti-angiogénique (44 % *vs* 22 %, p = 0,005).

Conclusion : Chez les patients atteints de CCRm à prédominance hépatique, la CIAH, notamment à base d'oxaliplatine, est une approche efficace et globalement bien tolérée lorsqu'elle est réalisée dans un centre expert multidisciplinaire. Utilisée précocement, elle offre des taux de réponse élevés et une survie prolongée. En revanche, son efficacité semble limitée immédiatement après une progression sous oxaliplatine intraveineux. Ces résultats soutiennent l'évaluation prospective de la CIAH dans des essais randomisés dédiés.

P.324

Validation de la version française du LARS-score : propriétés psychométriques

R. Morello [1], A. Alves [1], O. Dejardin [1], V. Bouvier [1]
(1) Caen.

Introduction : Plus de la moitié des patients opérés d'un cancer du rectum sous-péritonéal souffre de séquelles fonctionnelles intestinales regroupées sous le terme de syndrome de résection antérieure, évalué par le LARS-score. L'objectif de ce travail était de valider en langue française, ce LARS-score afin de mesurer la prévalence, la sévérité de ce syndrome et le cas échéant de proposer une prise en charge adaptée.

Matériels et Méthodes : L'adaptation transculturelle du LARS-score a été effectuée en deux phases : la traduction selon les standards internationaux et la validation psychométrique associant les validités d'apparence, de contenu, du construit dont la cohérence interne ainsi que les validités divergente (EORTC QLQ-C30) et convergente (EORTC QLQ-CR29) selon une méthodologie exploratoire puis confirmatoire. Les 950 patients adultes provenaient de 39 hôpitaux en France, opérés d'un adénocarcinome rectal entre le 1er janvier 2020 et le 1er octobre 2023.

Résultats : L'échelle LARS-score a fait l'objet d'une double traduction vers le français. Les deux versions ont été comparées entre elles afin de produire une version traduite de façon préliminaire en langue française. La version française obtenue a été retraduite en langue anglaise. Toutes ces versions ont été comparées entre elles et à leur version originale, afin de produire une nouvelle version française. Un consensus a été obtenu en associant les chercheurs et cliniciens ainsi que les traducteurs. La validité d'apparence du French-LARS-score a été évaluée par une centaine de patients sélectionnés au hasard afin de vérifier la clarté, la cohérence et la pertinence de chaque item traduit en français. Le French-LARS-score est corrélé positivement avec les QLQCR29-FI (R = 0.334, p<0,001) et négativement avec le QLQC30-QL2 (R = -0,334, p<0,001). Le test-retest montre une fidélité élevée (CCI = 0,934, IC95=[0,923-0,943]. Le pourcentage de patients avec un Dindo-Clavien >1 tend significativement (test de Cochran-Armitage p 0,015) à augmenter avec le LARS score : pas de LARS (19,1%), LARS minime (27,5%) et LARS majeur (31,3%). La cohérence interne est bien présente (coefficient ω de McDonald = 0,740, IC92=[0,699-0,781]). L'analyse factorielle montre des saturations acceptables à bonnes excepté pour l'item 3. L'analyse confirmatoire conclut à un indice absolu RMSEA de 0,009 et à un indice incrémental CFI de 0,999. Les indices d'ajustement Infit et Outfit sont tous compris entre 0,8 et 1,3.

Discussion : La saturation plus faible de l'item3 s'explique de par le fait que les réponses correspondant aux modalités extrêmes (1ère et 4ème) ont les scores les plus élevés (4 et 5 respectivement) par rapport aux deux modalités intermédiaires (2ème et 3ème) avec les scores les plus faibles (2 et 0 respectivement).

Conclusion : Cette étude permet donc de disposer pour la première fois de la version française validée du LARS-score, le «French-LARS» dont la pertinence clinique est élevée. Le French-LARS va permettre : (i) d'évaluer objectivement la prévalence et la sévérité du syndrome de résection antérieure et son impact sur la qualité de vie ; (ii) de délivrer une information éclairée non seulement aux patients mais également aux praticiens ; (ii) et de proposer une stratégie thérapeutique multimodale adaptée et personnalisée à la sévérité des troubles de chaque patient.
L'usage du French-LARS ne peut être que renforcé en particulier au cours du suivi des patients opérés d'un cancer du rectum sous-péritonéal dont la qualité de vie peut être lourdement altérée. L'accompagnement dans l'évolution de leurs symptômes, évalués par le French-LARS, peut renforcer leur confiance, nécessaire à l'adaptation à la vie au quotidien. Ces évaluations permettront d'optimiser la prise en charge à l'aide d'un outil validé et de contribuer à l'évaluation de nouvelles technologies opératoires chirurgicales de l'adénocarcinome du rectum.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient l'Institut National du Cancer pour leur soutien financier par l'obtention d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC-K17-031) et la participation du GRECCAR – SFCD French Lars Project Team : Hélène Meillat (marseille), Yves Panis (Paris), Yann Parc (Paris), Marc Pocard (Paris), Jean Jacques Tuech (Rouen), Christine Denet (Paris), Anne Dubois (Clermont-Ferrand), Mehdi Ouaissi (Tours), Jean Luc Faucheron (Grenoble), Jérôme Loriau (Paris), Léonor Benhaim (Paris), Emilie Duchalais (Nantes), Thomas Bardol (Montpellier), Aurélien Venara (Angers), Etienne Buscail (Toulouse), Eric Rullier (Bordeaux), Bogdan Badic (Brest), Frederic Marchal (Nancy), Zaher Lakkis (Besançon), Benoit Romain (Strasbourg), Guillaume Piessen (Lille), Charles Sabbagh (Amiens), Eddy Cotte (Lyon), Antoine Brouquet (Paris); Niki Christou (Limoges), Adeline Germain (Nancy), Merhdad Jafari (Lille), Nicola De Angelis (Paris) et Véronique Desfourneaux (Rennes).

P.325

Évaluation prospective des performances de biomarqueurs protéiques sériques pour la détection de néoplasie colorectale avancée : étude COLODIAG

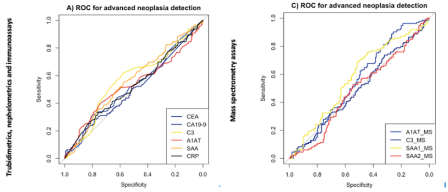
A. Grancher [(1)], H. Girot [(1)], J.P. Roperch [(2)], C. Guillou [(1)], S. Manfredi [(3)], A. Di Fiore [(1)], K. Bouhier-Leporrier [(4)], C. Hennion [(2)], P. Cosette [(1)], P. Michel [(1)], G. Launoy [(4)], F. Di Fiore [(1)], L. Guittet [(4)]

(1) Rouen ; (2) Miserey ; (3) Dijon ; (4) Caen.

Introduction : La participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) reposant sur un test immunochimique fécal (FIT) reste faible, d'environ 35%, limitant son efficacité. Une des solutions serait de développer un test sanguin basé sur la détection d'un ou plusieurs biomarqueurs protéiques sériques. Parmi les biomarqueurs candidats, l'alpha-1-antitryspine (A1AT), la sérum amyloïde A (SAA), et la fraction C3 du complément (C3) ont montré des performances intéressantes dans la littérature et dans une phase pilote. L'objectif de l'étude était d'évaluer la performance de ces biomarqueurs pour la détection de néoplasie colorectale avancée (NA).

Matériels et Méthodes : Cette étude prospective multicentrique a inclus des individus de 50 ans et plus adressés pour une coloscopie après un résultat positif au FIT ou pour résection endoscopique de lésion(s) précédemment visualisée(s). Le prélèvement sanguin était réalisé avant la coloscopie. L'A1AT, la SAA et le C3 ont été dosés par turbidimétrie ou néphélométrie (T/N), ainsi que par technique de spectrométrie de masse (SM). L'ACE, le CA19-9, et la CRP ont également été dosés, comme biomarqueurs témoins. Le critère de jugement principal était la performance du biomarqueur ou de la combinaison de biomarqueur pour la détection de NA (adénome avancé + CCR). Le critère de jugement secondaire était la performance pour la détection de CCR. La population d'étude a été divisée entre un set de training (TS), et un set de validation (*Vs*), afin de définir la meilleure combinaison de ces biomarqueurs pour la détection de NA dans le TS, et la tester sur le *Vs*. Une analyse exploratoire sur ces deux sets était également prévue pour rechercher d'autres peptides d'intérêt pour la détection de NA.

Résultats : Au total, 332 individus ont été inclus dans l'étude, dont 143 NA et 26 CCR. Les AUC de l'A1AT, la SAA et le C3 étaient respectivement de 0,53, 0,56, 0,57 en T/N, et 0,55, 0,50, 0,58 en SM pour la détection de NA, et de 0,61, 0,56, 0,55 en T/N, et 0,57, 0,49, 0,52 en SM pour la détection de CCR (Figure 1). La performance de la combinaison associant les 6 biomarqueurs pour la détection de NA avait une AUC de 0,61 dans le TS, et de 0,51 dans le *Vs*. La meilleure combinaison de biomarqueurs pour la détection de NA dans le TS sélectionnée par une méthode de régression logistique backward ne conservait que le C3, et avait une AUC de 0,58 dans le TS et 0,54 dans le *Vs*. Les 4 meilleurs peptides identifiés par l'analyse exploratoire en SM pour la détection de NA dans le TS avaient des AUC comprises entre 0,55 et 0,66. Cependant, leurs AUC pour la détection de NA dans le *Vs* étaient décevantes, comprises entre 0,47 et 0,59.



Discussion : Cette étude n'a pas confirmé l'intérêt de l'A1AT, de la SAA et du C3 pour la détection de NA, que ces biomarqueurs protéiques soient dosés en T/N ou en SM. Cette étude souligne l'intérêt de mener des essais prospectifs avec une bonne sélection de la population d'étude conformes aux récentes guidelines (1), afin de réduire la surestimation des performances issus des études rétrospectives cas-témoin.

Conclusion : Notre étude n'a révélé aucun intérêt de l'A1AT, de la SAA et du C3 pour la détection de NA ou du CCR.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements : Nous remercions l'ensemble des patients et des collègues ayant participés à l'étude
Financement : Financement à 50% par la Fédération hospitalo-universitaire DEPCAN et 50% par la société ONCODIAG (Miserey, Eure, France).

P.326

Quels patients sélectionner pour une prise en charge ambulatoire pour fermeture de stomie par voie élective dans un contexte oncologique ?

J. Deyrat , T.T. Albert [(1)], E. Fernandez-De-Sevilla [(1)], L. Benhaim [(1)], M. Gelli , C. Honore [(1)], M. Faron [(1)], I. Sourrouille [(1)]

(1) Villejuif.

Introduction : La fermeture de stomie par voie élective (FSVE) est une intervention simple parfois sous-estimée dans le parcours oncologique. Sa morbidité propre ne doit pas compromettre l'initiation d'une éventuelle chimiothérapie postopératoire. La courte durée de cette intervention incite à proposer sa réalisation dans un parcours ambulatoire. L'objectif de cette étude est d'identifier les patients à faible risque de complications postopératoires ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, afin de permettre une prise en charge ambulatoire sûre et efficace en contexte oncologique.

Patients et Méthodes : Tous les patients opérés de FSVE dans un contexte oncologique ont été inclus dans cette étude rétrospective monocentrique (2021-2025). Les facteurs préopératoires de risque d'hospitalisation prolongée, de fistule anastomotique et d'iléus postopératoire ont été analysés par régression logistique uni et multivariée.

Résultats : Parmi 190 patients opérés d'un cancer avec réalisation d'une stomie, 137 (72%) présentaient une iléostomie, 37 (19%) une iléo-colostomie et 16 (8,4%) une colostomie. La confection de la stomie était planifiée au cours d'une chirurgie oncologique pour 147 (77%) patients, principalement lors de proctectomies (n=79, 42%) et de cytoréductions péritonéales (n=51, 37%), dont 38 (20%) ont inclus la réalisation d'une chimiothérapie intrapéritonéale (CHIP). La stomie a été créée en urgence chez 43 (23%) patients. Après FSVE, 103 (54%) hospitalisations prolongées ont été observées et 26 (14%) patients ont présenté une fistule postopératoire, dont 12 (46%) fistules entéro-cutanées traitées médicalement. Les facteurs prédictifs indépendants d'hospitalisation prolongée étaient un support nutritionnel (p=0.006), une chimiothérapie en cours (p=0.009) et un antécédent de fistule anastomotique (p=0.04). L'antécédent de CHIP n'était pas prédictif d'hospitalisation prolongée mais l'était pour la survenue d'une fistule postopératoire (p<0.001), de même qu'un antécédent de fistule anastomotique (p=0.03). Les facteurs de risque indépendant d'iléus postopératoire étaient le fait d'avoir une chimiothérapie en cours (p=0.03) et l'antécédent de CHIP (p=0.02).

Conclusion : La FSVE semble être réalisable en ambulatoire pour les patients sans support nutritionnel, chimiothérapie en cours ou antécédent de fistule anastomotique, y compris après CHIP, bien qu'une attention particulière doive être portée à ces patients en raison du risque de fistule anastomotique et d'iléus post opératoire.

P.327

Caractéristiques cliniques et moléculaires du cancer colorectal chez les sujets jeunes : une étude rétrospective monocentrique

E. Akoury [(1)], C. Smolenschi [(1)], T. Pudlarz [(1)], N. Masri [(1)], A. Hollebecque [(1)], V. Boige [(1)], E. El Rawadi [(1)], A. Tarabay [(1)], A. Fuerea [(1)], M. Valéry [(1)], M. Ducreux [(1)], A. Boilève [(1)]

(1) Villejuif.

Introduction : Le cancer colorectal chez les sujets jeunes (YoCRC) a augmenté ces dernières années. Bien que la définition de « sujets jeunes » ne soit pas clairement établie dans la littérature, la plupart des études se concentrent sur les patients âgés de 20 à 49 ans, ce qui correspond au seuil d'âge du dépistage du cancer colorectal. Cependant, les différences entre le YoCRC et le cancer colorectal à début tardif (nYoCRC) restent peu claires. Face à ce manque de données concluantes, nous avons mené une étude rétrospective pour mieux comprendre l'impact de l'âge au moment du diagnostic, ainsi que des caractéristiques moléculaires et cliniques sur la survie dans le cancer colorectal.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective dans un centre de référence unique en France (Gustave Roussy Cancer Campus), incluant des patients âgés de 18 ans et plus, diagnostiqués entre 2015 et 2023 avec un cancer colorectal confirmé histologiquement. Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'âge : <50 ans (YoCRC) et ≥50 ans (nYoCRC). Les données cliniques, moléculaires et thérapeutiques ont été extraites des dossiers médicaux via REDCap.

Résultats : Parmi 850 patients atteints de cancer colorectal, près de 30 % (n=237) avaient moins de 50 ans au moment du diagnostic (p=0,0001). L'âge médian était de 59 ans ; 65,5 % (n=556) des patients présentaient une maladie métastatique. Les altérations moléculaires observées comprenaient des mutations KRAS (53,9 %), BRAF (7,7 %) et une instabilité des microsatellites (MSI) (3,4 %). Les patients jeunes présentaient plus fréquemment une maladie métastatique (72 % [n=170] *vs* 63 % [n=386], p=0,01) et un statut fonctionnel plus dégradé (p=0,09).
La survie médiane globale était de 57 mois (IC95 % : 50,59–63,07). Les patients de moins de 50 ans avaient une survie globale significativement plus courte que les plus âgés (47,9 mois [IC95 % : 41,85–55,19] *vs* 60 mois [IC95 % : 53,68–67,08], p=0,0051). En analyse multivariée, un âge <50 ans (HR=1,59, p=0,0021), la localisation droite de la tumeur, un statut MSS, ainsi que les mutations RAS et BRAF étaient indépendamment associés à un mauvais pronostic. Une interaction significative entre l'âge et la mutation BRAF a été observée (p=0,0322).
Dans la cohorte métastatique (n=711), les patients jeunes présentaient également de moins bons résultats, avec une survie globale plus courte (37 mois [IC95 % : 32,56–45,83] *vs* 45 mois [IC95 % : 41,20–50,79], p=0,0258) et une survie sans progression plus faible (9 mois [IC95 % : 8,05–9,89] *vs* 12 mois [IC95 % : 10,55–12,19], p=0,0094). Les métastases péritonéales, hépatiques et pulmonaires, le statut MSS, et les mutations KRAS et BRAF étaient associés à un pronostic défavorable. L'âge <50 ans restait un facteur indépendant de mauvais pronostic (HR=1,347, p=0,0183), avec une interaction significative entre l'âge et la présence de métastases hépatiques (p=0,0393)

Conclusion : Les patients jeunes atteints de cancer colorectal présentaient une survie globale plus courte que les patients plus âgés. Malgès le fait que certains profils cliniques et moléculaires étaient similaires, des différences notables soulignent la nécessité de recherches supplémentaires spécifiquement chez les populations jeunes.

P.328

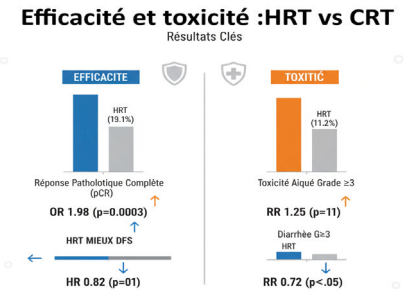
Efficacité et toxicité de la radiothérapie hypofractionnée dans le cancer du rectum localement avancé : une méta-analyse

N. Samai [1]
(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : La radiothérapie néoadjuvante est standard pour le cancer du rectum localement avancé (CRLA, stade T3-4 et/ou N+). La radiothérapie hypofractionnée (HRT, 25-33 Gy en 5-10 fractions) ± chimiothérapie (TNT) émerge comme alternative à la chimioradiothérapie conventionnelle (CRT, 45-50,4 Gy en 25-28 fractions + capécitabine/5-FU), visant à raccourcir la durée du traitement tout en maintenant l'efficacité et en limitant la toxicité. Notre objectif était d'évaluer, via méta-analyse, l'efficacité (réponse pathologique complète [pCR], survie sans récidive à 3 ans [DFS]) et la toxicité aiguë (grade ≥3) de l'HRT *versus* CRT chez des patients avec CRLA.

Patients et Méthodes : Recherche systématique dans PubMed, Scopus et Web of Science (2015-2025) pour essais contrôlés randomisés (ECR) comparant HRT (fractionnement court, BED10 ~50-60 Gy) ± TNT à CRT standard chez patients avec CRLA résecable, sans métastases. Critères d'inclusion : ≥50 patients/arm, endpoints quantitatifs (pCR, DFS, toxicité CTCAE grade ≥3 aiguë). Exclusion : études pédiatriques, récidives, ou sans comparaison directe. Trois ECR inclus (RAPIDO 2020 n=901 ; Polish II 2019 n=303 ; STELLAR 2022 n=591 ; total 1 795 patients). Analyse méta-analytique (effet aléatoire) avec Review Manager 5.4 : odds ratio (OR) pour pCR (événement favorable), hazard ratio (HR) pour DFS, risk ratio (RR) pour toxicité aiguë grade ≥3 (GI/principale). Hétérogénéité I^2 ; biais publication funnel plot. Seuil significativité p<0,05.

Résultats : Caractéristiques : âge médian 62 ans (51-65), 60 % hommes, stade T3-4N+ ~85 %. HRT : 25 Gy/5 fx (RAPIDO/Polish/STELLAR) ou 33 Gy/10 fx (variante) + CAPOX/FOLFOX en TNT ; CRT : 50,4 Gy/28 fx + capécitabine. Chirurgie TME 6-12 sem post-RT. pCR : 206/1 058 (19,5 %) HRT *vs* 111/845 (13,1 %) CRT ; OR 1,98 (IC95 % 1,38-2,85 ; p=0,0003) ; I^2=0 % (figure 1). DFS 3 ans : HR 0,82 (IC95 % 0,70-0,96 ; p=0,01) ; I^2=15 % (RAPIDO HR 0,75 ; Polish HR 0,92 ; STELLAR HR 0,80). Toxicité aiguë G≥3 (GI/principale) : 134/908 (14,8 %) HRT *vs* 95/850 (11,2 %) CRT ; RR 1,25 (IC95 % 0,95-1,65 ; p=0,11) ; I^2=20 %. Diarrhée G≥3 plus fréquente en CRT (RR 0,72 ; IC95 % 0,52-1,00). Pas de différence OS (HR 0,85 ; IC95 % 0,70-1,03). Biais faible (symétrie funnel).



Discussion : L'HRT, souvent intégrée à TNT, double quasi le taux de pCR sans compromettre la DFS, avec toxicité aiguë comparable (légère hausse due à chimiothérapie systémique précoce). Contrairement aux méta-analyses antérieures (2015-2020, focus SCRT seule), cette analyse récente (ECR 2019-2022) intègre TNT, montrant supériorité en pCR (OR 1,98 *vs* 1,2-1,5 historiques) et bénéfice DFS chez patients haut risque (HR 0,82), sans hétérogénéité. Limites : hétérogénéité fractionnement HRT ; besoin données late tox/long terme.

Conclusion : L'HRT offre une efficacité supérieure (pCR accrue, DFS préservée) avec toxicité acceptable, apportant originalité en validant TNT hypofractionné pour dé-escalade chez CRLA, favorisant préservation sphincter et qualité vie. Recommandée en routine pour raccourcir traitement sans compromettre outcomes.

Remerciements, financements, autres :
Pas de financements.

P.329

Impact d'un courrier de rappel sur le suivi par coloscopie des personnes à haut risque de cancer colorectal

L. Vecchiato [1], C. Exbrayat [2], P. Soler-Michel [1], T. Ponchon [1]

(1) Lyon ; (2) Meylan.

Introduction : En France, les personnes à risque élevé de cancer colorectal sont exclues du dépistage organisé. Elles doivent être suivies par coloscopie, mais il n'y a pas en pratique courante d'organisation pour leur rappeler la date de cet examen de contrôle. L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact d'un courrier de rappel sur la réalisation de la coloscopie de surveillance et sur le respect du délai préconisé par l'hépato-gastroentérologue (HGE).

Patients et Méthodes : Depuis 2016, une cohorte de personnes à haut risque de cancer colorectal est constituée à partir des comptes rendus transmis par les HGE participants. Chaque personne reçoit un courrier de rappel 3 mois avant le délai préconisé pour leur coloscopie de surveillance. Les données de réalisation de ces coloscopies sont récupérées par envoi spontané des HGE participants au projet ou par recueil sur site. L'analyse a porté sur les personnes dont la coloscopie de surveillance était prévue au plus tard en 03/2024.
L'analyse des résultats a été réalisé avec le logiciel R studio. Elle a porté sur une description des caractéristiques de l'échantillon, les critères d'analyse étant : Le taux de réalisation de la coloscopie de surveillance et le respect du délai indiqué. Une régression logistique comprenant les variables explicatives (sexe, âge, conduite à tenir préconisé par l'HGE, antécédents et période « covid » ou non) a été réalisé afin de comprendre leur effet. (La période covid considérée correspond à celle où des restrictions sanitaires de circulation étaient en vigueur de 03/2020 à 03/2022).

Résultats : L'analyse a porté sur 4092 personnes, 48.9% sont des femmes, la moyenne d'âge est de 64 ans. 58.2% des personnes ont une surveillance préconisée par l'HGE à 5 ans. 52.2% ont des antécédents personnels, 14% ont des antécédents familiaux et 10.8 % ont les deux antécédents. 29.8% des personnes ont reçu leur courrier pendant la période « covid ». Une coloscopie de surveillance a été réalisé par 68.6 % des personnes. 97% l'on refait auprès du même HGE ou dans le même site d'endoscopie. Avoir un antécédent familial et personnel par rapport à un antécédent personnel seul est un facteur favorisant la réalisation de la coloscopie OR (1.45 (1.15 ; 1.84)). Un âge supérieur à 70 ans par rapport à la tranche d'âge 50-55 ans et un délai préconisé par l'HGE à 5 ans par rapport à 3 ans OR (0.79 (0.73 ;0.85)) ont un impact négatif OR (0.58 (0.42 ;0.79). Parmi les personnes ayant réalisé une coloscopie de surveillance, 63.7% l'ont fait dans le respect du délai, c'est-à-dire au plus tard dans les 6 mois suivant la date préconisée par l'HGE. Avoir reçu le courrier de rappel durant la période covid semble avoir un impact négatif OR (0.68(0.58 ; 0.81)).

Discussion : Ces résultats montrent que les personnes ayant reçu un courrier de rappel réalisent leur coloscopie de surveillance dans 68.3% des cas et respectent le délai dans 63.7%, évoquant un impact positif de cette relance en particulier pour les personnes avec antécédent familiaux puisque la littérature indique des surveillances comprises entre 18 % (antécédent familiaux) et 80 %, et un respect du délai autour de 55%. Néanmoins, malgré cette relance, un nombre trop important de personnes ne font pas la surveillance recommandée. Une enquête complémentaire pour connaître les raisons de cette non-réalisation permettrait d'adapter le message pour une meilleure efficacité. L'influence des nouvelles recommandations de surveillance des adénomes pourrait également être étudiée.

Conclusion : L'envoi systématique d'un courrier de rappel aux personnes à haut risque de cancer colorectal semble améliorer leur prise en charge au regard de la littérature. La généralisation de cette démarche pourrait permettre d'optimiser ce suivi. La prise en compte des freins rencontrés par les bénéficiaires pourrait permettre de renforcer cet impact positif.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les hépato gastroentérologues pour leur implication.

P.330

Étude du recours à la biologie moléculaire tumorale dans la prise en charge du cancer colorectal à l'échelle d'une région

T. Lecomte [1], A. Jean-Baptiste [1], S. Bruère [1], A. Tallet [1], S. Guyetant [1], T. Guéry [2], R. Carboni [3], J.P. Lagasse [2], G. Deest [3], A. Boullet [3], A. Landau [4], D. Fallik [5], A. Petereau [1], A. Herber-Mayne [6], M. Rifard [7], P. Combe [8], J. Tchuenbou [8], S. Féau-Lecerf [9], R. Chautard [1], C. Lefebvre , P. Laplaige [10]

(1) Tours ; (2) Orléans ; (3) Chateauroux ; (4) Dreux ; (5) Gien ; (6) Chartres ; (7) Bourges ; (8) Chambray-Lès-Tours ; (9) Saint-Cyr-sur-Loire ; (10) La Chaussée-Saint-Victor.

Introduction : Dans le cadre de la prise en charge du cancer colorectal (CCR), le recours aux biomarqueurs moléculaires tumoraux, en particulier RAS, BRAF et MMR/MSI, est recommandé. Les données de pratique à l'échelle de la population concernant l'utilisation des tests moléculaires tumoraux restent très limitées. Le but de cette étude était d'évaluer leur recours à l'échelle régionale dans le cadre du CCR.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive régionale réalisée à partir de la base de données de santé issue du dossier communicant de cancérologie (DCC) d'un réseau régional de cancérologie, utilisé par plus de 95 % des équipes régionales. Tout patient adulte (≥ 18 ans) atteint d'un cancer colorectal et dont le dossier a été présenté pour la première fois en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) via le DCC, entre janvier 2021 et décembre 2022, pour un cancer colorectal localisé, métastatique ou en récidive, par un médecin rattaché à un établissement disposant d'une autorisation en cancérologie dans la région, a été inclus. Les données extraites comprenaient les caractéristiques démographiques des patients et de leur maladie (circonstances de découverte, date du diagnostic, statut OMS, stade, localisation colique droite, gauche ou rectale), les informations relatives à la RCP (date, motif, traitements discutés), la date et la nature du prélèvement utilisé pour les analyses moléculaires, ainsi que les données de biologie moléculaire (statut RAS, BRAF, MSI, techniques utilisées, laboratoire d'analyse, spécialité du prescripteur).

Résultats : L'étude a porté sur 19 établissements de la région CVL : 2 CHU, 8 établissements privés et 9 CHG. Au total, 4387 patients pris en charge pour un cancer colorectal (CCR) ont été discutés en RCP via le DCC, dont 3327 (75%) remplissaient les critères d'inclusion. Les caractéristiques des patients inclus étaient les suivantes : âge moyen 72 ans extrêmes (26-101), 1420 femmes (sexe ratio H/F 1,3), cancers du côlon 72 %, cancers du rectum 28 %, CCR localisés 65 %, CCR métastatiques 35 %, récidives métachrones 12 %. Les motifs d'exclusion étaient : prise en charge hors période d'inclusion (N = 749) ; lésion précancéreuse (adénome) (N = 80) ; autres types anatomopathologiques (N = 144) ; autres motifs (N = 94). Les données de recours aux analyses moléculaires tumorales (immunohistochimie MMR et/ou biologie moléculaire) sont actuellement disponibles pour 2230 patients inclus et seront actualisées pour le congrès. Les analyses ont été effectuées dans 10 laboratoires de biologie moléculaire et/ou d'anatomopathologie : 88,5 % par les 2 plateformes de génétique moléculaire des cancers (PGMC) de la région et 11,5 % par des laboratoires privés. La répartition du recours aux 2 techniques de biologie moléculaire étaient : 50 % de NGS et 50 % de PCR ciblée RAS/BRAF. Des analyses tumorales moléculaires ont été réalisées chez 1319 (59 %) patients inclus dans l'étude (cancer localisé : 59 %, cancer métastatique et/ou récidives : 30 %, stade non renseigné (NR) : 11 %). 34 % ont eu uniquement un test d'immunohistochimie MMR (cancer localisé : 72 %, cancer métastatique et/ou récidives : 19 %, stade NR : 9 %) ; 42 % ont eu seulement de la biologie moléculaire (BM) (cancer localisé : 55 %, cancer métastatique et/ou récidives : 44 %, NR : 1 %) et 24 % les 2 types de tests (cancer localisé : 45 %, cancer métastatique et/ou récidives : 54 %, stade NR : 1 %). Parmi les patients testés, les taux de recours aux tests de biologie moléculaire étaient de 36 % pour MSI/MSS, 75 %

pour RAS et 62 % pour BRAF. Parmi les patients ayant eu au moins une analyse tumorale (N=1319), les principaux résultats étaient : 48 % de mutations RAS (dont 8 % de G12C parmi les RAS mutés) ; 5 % de mutations BRAF V600E et 3 % de tumeurs dMMR et/ou MSI. Caractéristiques des patients n'ayant pas eu de test de BM (54 %) : cancers localisés 71 %, métastatiques et/ou récidives 21 %, NR 8 %. Les principaux motifs de non-réalisation de test de BM étaient les suivants : absence d'indication de chimiothérapie (66 %) ; la présence de co-morbidités et/ou d'une altération de l'état général et/ou d'un score G8 défavorable ne permettant pas de proposer une prise en charge spécifique carcinologique (34 %).

Conclusion : Il s'agit de la première étude de population territoriale régionale qui a évalué le recours aux analyses moléculaires tumorales dans le cadre de la prise en charge du cancer colorectal. Les taux de recours à ces analyses semblent correspondre aux besoins de la prise en charge du cancer colorectal selon les recommandations. Le maillage territorial des laboratoires de génétique moléculaire des cancers semble avoir été structurant dans le cadre du recours à ces tests.

Remerciements, financements, autres : Les laboratoires Pierre Fabre qui ont apporté leur soutien financier pour la réalisation de cette étude ; l'ensemble des 3C et des cancérologues de la région qui ont pris en charge les patients ; l'ARS et le DSRC de la région.

P.331

Délais d'attente pour la coloscopie selon la pathologie finale pour optimiser un formulaire de référence en coloscopie

A. Barkun [(1)], S. Aprikian [(1)], C. Hansen-Barkun [(1)], N. Milky [(1)], K. Shanahan [(1)], J. Beauchesne-Blanchet [(1)], M. Martel [(1)], C. Ménard [(2)], D. Von Renteln [(1)], M. Bardou [(3)]

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

Introduction : L'utilisation du formulaire provincial de référence pour la coloscopie du Québec (FRCQ), regroupant des indications cliniques hiérarchisées selon des catégories de délais d'attente prioritaires, vise à optimiser l'accès à la coloscopie pour les patients présentant des lésions cliniquement significatives (LCS), incluant le cancer colorectal (CCR). Toutefois, si la priorisation des demandes repose sur l'indication clinique, les délais réels observés selon les diagnostics pathologiques demeurent peu documentés. Une telle évaluation permettrait de valider de façon plus directe la pertinence du FRCQ en tant qu'outil de triage provincial.

Patients et Méthodes : L'objectif est d'évaluer rétrospectivement, à partir des résultats des coloscopies, les délais d'attente entre la demande de coloscopie la réalisation de celle-ci selon les résultats pathologiques lors de cette coloscopie. Les lésions d'intérêt étaient la découverte d'un CCR, d'autres LCS incluant et excluant les polypes, ou d'une colite active. Cette étude de cohorte rétrospective a inclus des patients adultes consécutifs référés au moyen du FRCQ provenant de deux hôpitaux tertiaires Québécois. Le critère principal était le nombre de jours entre la demande de référence initiale et la coloscopie (délai d'attente), selon les lésions pathologiques observées à la coloscopie index, classées comme : CCR, LCS (incluant cancer, adénomes avancés, lésions festonnées, colite, sténoses, autres lésions pertinentes), LCS sans polypes et une colite active seule.

Résultats : Au total, 14 656 patients (âge moyen : 59,2 ± 14,0 ans; 50,9 % femmes) ont été inclus sur 47 mois; le délai d'attente moyen global était de 126,5 ± 199,5 jours. Les patients sans LCS (N = 8 901) ont attendu moins longtemps que ceux avec une LCS (120,0 ± 185,1 jours *vs* 136,0 ± 219,6; p < 0,01). Les patients avec un CCR éventuellement trouvé à la coloscopie (N = 127) ont eu les délais les plus courts comparativement à tous les autres patients référés pour une coloscopie (59,0 ± 115,6 *vs* 127,1 ± 200,0 jours; p < 0,01). Les délais étaient significativement plus longs chez les patients ayant des polypes (N = 5 841) que pour ceux sans polypes (139,5 ± 226,7 *vs* 117,9 ± 178,7; p < 0,01). Parmi les sous-groupes de LCS, les patients présentant une colite active (N = 419) avaient des délais similaires à ceux sans colite (139,4 ± 170,9 jours *vs* 126,1 ± 200,2; p = 0,18).

Conclusion : Les délais d'attente pour la coloscopie dans ce large échantillon québécois sont conformes aux normes recommandées. Ils sont plus courts pour les patients dont la coloscopie d'intérêt a révélé un CCR, validant les stratégies actuelles de priorisation des références. Toutefois, parmi les LCS non cancéreuses, les délais ne diffèrent pas de manière discriminante lorsque les patients avec des polypes (majoritairement asymptomatiques) sont exclus. Ces résultats soulignent la nécessité de prédicteurs plus précis pour optimiser le formulaire provincial de triage des demandes de coloscopie, en particulier pour les sous-groupes de patients avec lésions non cancéreuses, notamment ceux présentant une colite aiguë.

P.332

Impact des réformes organisationnelles sur la participation et le parcours post-test de dépistage organisé du cancer colorectal en Île-de-France : analyse par régression segmentée et approche quasi-expérimentale

A. Koivogui [(1)], P. Mensah [(1)], S. Saifi [(1)], H. Ait-Hadad [(1)], C. Altman [(2)]

(1) Paris ; (2) Le Kremlin-Bicêtre.

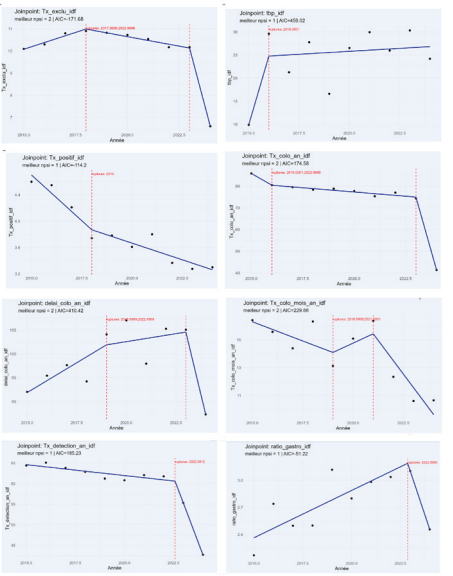
Introduction : Plusieurs changements organisationnels sont survenus dans le programme français de dépistage organisé du cancer colorectal - DOCCR (2019 : interruption marché test FIT, 2020 : crise Covid 19, 2022 : ouverture de la commande en ligne des kits et de la prescription aux pharmaciens, 2024 : transfert du pilotage des invitations à l'assurance maladie). Leur impact sur la participation et sur la complétude du parcours (coloscopie) reste mal connu. L'objectif était d'évaluer, sur la période 2015–2024, l'effet de ces modifications sur quelques indicateurs de performance et sur les inégalités territoriales.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive et analytique sur les 8 départements IDF (pop. 50–74 ans). Sources : base E-SIS du CRCDC-IDF, indicateurs socio-territoriaux INSEE (Fdep15/Fdep20) et atlas CNOM. Indicateurs : 1-Le taux d'exclusion médicale (Tx_exclu_idf : Rapport entre le nombre de personnes exclues pour raison médicale et la taille de la population cible) ; 2-Le taux brut de participation (Tbp_idf), exprimé par le rapport entre le nombre de personnes testées et la moitié de la taille de la population cible; 3-La proportion de tests positifs (Tx_positif_idf) parmi les tests réalisés) ; 4-La proportion de tests non analysables non refaits (Tx_na_idf) parmi les tests réalisés ; 5-La Proportion de personnes (Tx_colo_an_idf) ayant réalisé une coloscopie parmi les personnes ayant un test positif) ; 6-7-Le délai moyen de réalisation de la coloscopie en jours (Delai_colo_an_idf) et la proportion de coloscopies réalisées dans un délai de 31jrs (Tx_colo_mois_an_idf); 8-La proportion (Tx_detection_an_idf) de personnes ayant un résultat positif de la coloscopie - polypes/adénomes ou cancers - parmi les personnes ayant réalisé une coloscopie ; 9-Le ratio Nombre de médecins généralistes ayant prescrit un test de dépistage/ Taille de la population cible (Ratio_pres_idf); 10-Le ratio Nombre de gastroentérologues ayant réalisé une coloscopie de dépistage/Taille de la population cible (Ratio_gastro_idf). A l'aide de régression segmentée, l'analyse temporelle a été conduite pour détecter les points de ruptures (joinpoints, npsi = 2, max 3 segments, évaluation par le test de la pente—Davies-test— au seuil de 5%). Unecorrélation et une cartographie des indicateurs complètent l'analyse.

Résultats : Les indicateurs montrent une détérioration temporelle et une forte variabilité spatiale. Exemples : Tx_colo_mois_an_idf : 16,4 % (2015) → 10,7 % (2024) ; Delai_colo_an_idf ≈ 92,1 j → 87,3 j ; Tx_detection_an_idf 64,4 % → 42,7 % (Figure 1). La régression segmentée identifie au moins une rupture significative (Davies p<0,05) pour chacun des 10 indicateurs étudiés : quatre indicateurs ont un seul point de rupture (p.ex. Tbp_idf, Tx_positif_idf , Tx_detection_an_idf, Ratio_gastro_idf) et les six autres en ont deux (Tableau 1). Les pentes estimées mettent en évidence des inflexions marquées autour de 2018–2023 ; plusieurs indicateurs présentent une chute nette après 2022 (Tx_exclu_idf en exemple, pentes post-rupture fortement négatives, p<0,001). La matrice de corrélation montre une corrélation modérée positive (~0,4) entre Ratio_gastro_idf et taille de la population cible dans la commune d'exercice du Gastroentérologue. Spatialement, des poches de dépréciation de chaque indicateur co-existent avec une forte précarité ; cependant des communes défavorisées montrent parfois une bonne performance, c'est l'exemple du Val-de-Marne où Tx_colo_mois_an_idf a atteint 32,2 % en 2021.

Tableau 1 : Récapitulative des résultats de la régression segmentée.

Indicateur	Nb, An rupture	Pente 1	Pente 2	Pente 3	Davies p
Tx_exclu	2(2018; 2023)	+0,3; p<0,001	-0,2; p<0,001	-3,5; p<0,001	p<0,001
Tbp_idf	1(2016)	+14,9; p<0,01	+0,25; NS		p<0,001
Tx_na	2(2018; 2020)	+0,08; NS	+0,8; p<0,01	-0,23; p<0,01	p<0,001
Tx_positif	1(2018)	-0,28; p<0,01	-0,10; p<0,01		p<0,001
Tx_colo	2(2016; 2023)	-5,41; p<0,01	-0,78; p<0,01	-33,6; p<0,01	p<0,001
Delai_colo	2(2019; 2023)	+2,5; p<0,001	+0,67; NS	-17,3; p<0,01	p<0,001
Tx_colo_m	2(2019; 2021)	-0,55; p<0,01	+0,67; p<0,01	-1,93; p<0,01	p<0,001
Tx_detection	1(2022)	-0,53; p<0,01	-12,6; p<0,01		p<0,001
Ratio_pres	2(2016; 2019)	-5,89; p<0,01	+3,80; p<0,01	+0,52; p=0,02	p<0,001
Ratio_gastro	1(2023)	+0,1; p<0,001	-0,7; p<0,001		p<0,001



Conclusion : En IDF le DOCCR est largement déployé mais présente des ruptures temporelles et des inégalités territoriales persistantes. Les changements organisationnels récents (2019–2024) coïncident avec des inflexions prononcées des indicateurs ; leur impact sur la qualité du programme nécessite une évaluation ciblée. Recommandations : maintien d'une surveillance conjointe (indicateurs de performance + indicateurs d'offre), renforcement du rattrapage des tests non-analysables, actions territorialisées (médiation, renforcement de l'offre locale) et évaluation prospective des réformes.

P.333

Monoxyde d'azote : un biomarqueur émergent pour la détection et le pronostic du cancer du côlon

R.S. Boussa [(1)], M. Amri [(1)], I. Soufli [(1)], H. Belguendouz [(1)], M.F. Guerni [(1)], L. Khelifi [(1)], H. Chatter [(1)], B. Latreche [(1)], A. Slimani [(1)], N. Sid Idris [(1)], C. Touil-Boukoffa [(1)]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Des biomarqueurs fiables et peu invasifs sont nécessaires pour la détection précoce, le pronostic et le suivi du cancer du côlon (CC). L'objectif de notre étude était d'évaluer le rôle du monoxyde d'azote (NO) systémique dans l'inflammation et la progression tumorale, ainsi que sa valeur diagnostique et pronostique dans le CC.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective, monocentrique et cas-témoin, a inclus 130 patients atteints d'un CC non métastatique et 100 témoins sains. Les données cliniques et anatomopathologiques ont été recueillies. La CRP, l'albumine, le NO, les cytokines (TNF-α, IL-6, IL-10 et TGF-β) ainsi que les ratios dérivés de la numération cellulaire sanguine ont été évalués. L'infiltration tumorale par les macrophages et les lymphocytes T a été recherché par immunohistochimie chez 44 patients. Des courbes ROC, des analyses de survie de Kaplan–Meier et des tests du log-rank ont été utilisés pour déterminer la valeur diagnostique et pronostique du NO chez les patients suivis pendant deux ans.

Résultats : Les niveaux systémiques de NO étaient significativement plus élevés chez les patients que chez les témoins (p<0,0001) et corrélaient positivement avec la majorité des marqueurs inflammatoires et tumoraux, ainsi qu'avec les cellules CD68□ et les lymphocytes TCD4□, mais négativement avec l'IL-6, l'albumine et les lymphocytes TCD8□. Fait intéressant, des concentrations élevées de NO étaient associées à la progression tumorale (stade du cancer, taille de la tumeur, ratio ganglionnaire). L'analyse ROC a confirmé une forte performance diagnostique (AUC=0,88 pour patients *vs* témoins; AUC=0,71 pour stades précoces *vs* avancés). Sur le plan pronostique, un taux élevé de NO prédisait des complications postopératoires (AUC=0,67 ; p log-rank<0,0001), une diminution de la survie sans récidive (AUC=0,70 ; p log-rank=0,03) et une réduction de la survie globale (AUC=0,75 ; p log-rank=0,04).

Conclusion : Nos résultats indiquent que le NO systémique est étroitement lié à l'inflammation et à la progression tumorale dans le cancer du côlon. Le NO présente également une précision diagnostique et pronostique élevée, s'imposant ainsi comme un biomarqueur prometteur pour la prise en charge des patients.

Remerciements, financements, autres : Les auteurs expriment leur gratitude aux patients et aux témoins ayant participé à l'étude.

P.334

Identification de nouvelles signatures pronostiques du cancer du côlon non métastatique par analyse transcriptomique spatiale

A. Cazelles [(1)], C. Pilati [(1)], D. Le Corre [(1)], G. Cabrejas [(1)], M. Sroussi [(1)], C. Mulot [(1)], C. Gallois [(1)], G. Manceau [(1)], M. Karoui [(1)], I. Hernández-Verdin [(1)], A. Bougouin [(1)], F. Wolf-Herman [(1)], A. de Reyniès [(1)], C. Lepage [(2)], T. André [(1)], J.F. Emile [(3)], T. Hirsch [(1)], J. Taïeb [(1)], P. Laurent-Puig [(1)], S. Mouillet-Richard [(1)]
(1) Paris ; (2) Dijon ; (3) Boulogne-Billancourt.

Introduction : La définition transcriptomique du cancer du côlon repose sur la classification de référence CMS (Consensus Molecular Subtypes), qui distingue plusieurs sous-types moléculaires associés à des profils immunitaires et stromaux spécifiques. Cependant, la distribution spatiale de ces signatures au sein des tumeurs reste encore peu explorée.

Patients et Méthodes : Dans ce travail, nous avons construit un atlas de transcriptomique spatiale comprenant 48 cancers du côlon de stade III issus de la cohorte PETACC-8, révélant une hétérogénéité spatiale marquée des sous-types CMS

Résultats : Les signatures caractéristiques de ces sous-types, ainsi que les organisations immuno-stromales correspondantes, ont été fidèlement reproduites à l'échelle spatiale, soulignant à quel point les transcriptomes en bulk reflètent déjà l'architecture tumorale.
Nous avons identifié des écosystèmes spatiaux type, incluant des écotypes tumoraux et stromaux, dont les signatures présentent une valeur pronostique robuste dans trois cohortes transcriptomiques indépendantes totalisant plus de 3 500 patients (PETACC-8, IDEA et PRODIGE-13). L'analyse approfondie du compartiment stromal a par ailleurs mis en évidence une hétérogénéité spécifique, révélant des signatures transposables aux données bulk et associées à des phénotypes moléculaires et cliniques distincts.

Conclusion : En exploitant la transcriptomique spatiale, nous avons ainsi identifié des écosystèmes cellulaires biologiquement pertinents et à valeur pronostique dans le cancer du côlon, fournissant une base pour mieux comprendre les mécanismes de la récidive et orienter les stratégies thérapeutiques. Les signatures moléculaires correspondantes ont été validées sur des données transcriptomiques en bulk, ouvrant la voie à leur intégration potentielle en pratique clinique.

P.335

Tumeurs digestives MSI/dMMR sous immunothérapie : une efficacité confirmée en vie réelle

E. Grapinet [(1)], M. Decraecker [(1)], J.F. Blanc [(1)], V. Aurillac [(2)]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : L'identification de l'instabilité microsatellitaire comme biomarqueur prédictif de l'efficacité des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI) (1,2) a profondément transformé la prise en charge des tumeurs digestives MSI (3-5). Cependant, les données en vie réelle demeurent limitées, soulignant la nécessité de confirmer les résultats des essais cliniques et d'évaluer la tolérance chez les patients de la pratique quotidienne.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients atteints de tumeurs digestives MSI/dMMR ayant reçu une immunothérapie à un stade avancé, métastatique ou non résécable au CHU de Bordeaux. Le critère de jugement principal était la survie sans progression médiane (SSPm) sous ICI, toutes lignes de traitement confondues. Nous avons ensuite comparé la SSP entre les patients ayant reçu un ICI en première ligne (L1) et ceux traités à des lignes ultérieures (L≥2) . Les critères de jugements secondaires comprenaient la survie globale médiane (SGm), le taux de réponse objective (TRO), le taux de contrôle de la maladie (TCM) ainsi que la tolérance de l'ICI.

Résultats : Entre 2015 et 2025, nous avons inclus 66 patients atteints de tumeurs digestives MSI/dMMR ayant reçu une immunothérapie à un stade avancé. La médiane de suivi était de 33,8 mois (16,6 - 56,8). Cinquante-deux patients (79%) présentaient un cancer colorectal et 14 (21%) une autre localisation. Quarante-cinq patients (68%) ont reçu un ICI en L1 et 21 (32%) en L≥2; 11 (17%) ont reçu une association d'ICIs, et 6 (9%) patients ont reçu un ICI en association à une chimiothérapie. La SSPm toutes lignes confondues, était de 52,7 mois (0,0 - 113,1) pour les patients atteints de tumeurs colorectales, de 52,7 mois (5,0 - 68,4) en première ligne (n=36) et de 6.8 mois (3,6 - 9,2) (n=16) en lignes ultérieures(p<0,06). Leur SGm était de 71,6 mois (3,1 -140,2).
Dans les autres localisations digestives, la SSPm toutes lignes confondues était de 15,6 mois (2,1 - 29,2) ; 15,3 mois (4,4 - 33,5) en L1 (n=9) et de 6,1 mois (0,0 - 13,3) (n=5) en L≥2. Leur SGm était de 37 mois (26,7 - 47,4).
Le taux de réponse objective (TRO) était de 55 % et 57%, et le taux de contrôle de la maladie (TCM) de 71% et 86% chez les patients avec cancer colorectal et chez les patients avec une tumeur non colorectale, respectivement.
Des effets indésirables de grade 3–4 sont survenus chez 13 patients (20%), responsables d'un arrêt au moins temporaire des traitements pour tous et une corticothérapie pour 54% d'entre eux.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité prolongée de l'immunothérapie chez les patients traités pour une tumeur digestive MSI/dMMR en vie réelle, avec des données de tolérance comparables à celles observées dans la littérature.

P.336

Effet de l'apport sodé sur la pression artérielle lors du traitement par bevacizumab : étude pilote SAVE

T. Lecomte [(1)], V. Cuplov [(1)], M. Caulet [(1)], M. Chamboux [(1)], B. Largeau [(1)], T. Flament [(1)], M.A. By [(1)], H. Vegas [(1)], O. Le Tilly [(1)], J.M. Halimi [(1)], T. Bejan-Angoulvant [(1)]

(1) Tours.

Introduction : Le bevacizumab, un anticorps monoclonal humanisé IgG1, est un agent anti-angiogénique (anti-VEGF) indiqué dans le traitement des tumeurs solides. L'hypertension artérielle est un effet indésirable fréquent (jusqu'à 50%) des médicaments anti-VEGF. Aucun biomarqueur n'a été identifié à ce jour pour prédire le développement de l'hypertension chez les patients atteints de cancer recevant un traitement anti-VEGF.
L'objectif de cette étude pilote était d'explorer l'apport sodé estimé par la natriurèse des 24 heures comme biomarqueur potentiel associé à l'élévation de la pression artérielle induite par le bevacizumab.

Patients et Méthodes : L'étude SAVE (NCT03842917) est une cohorte prospective monocentrique d'adultes atteints de cancer débutant un traitement à base de bevacizumab dans le cadre de leur traitement. Les critères d'exclusion comprenaient notamment la présence d'un cancer rénal ou une modification récente du traitement antihypertenseur. La pression artérielle (PA) a été mesurée à domicile (automesure) à l'aide d'un tensiomètre électronique brachial durant trois jours avant chaque perfusion de bevacizumab au cours des trois premières cures. La natriurèse des 24h, la protéinurie des 24h, la concentration sanguine de bevacizumab et plusieurs biomarqueurs (NTproBNP, dérivés méthoxylés plasmatiques, aldostérone et cortisol urinaire des 24h) ont été analysés. Les patients étaient répartis en 2 groupes selon la natriurèse des 24h (basse *vs* élevée par rapport à la valeur médiane). Les valeurs sont rapportées en médiane (écart interquartile). L'analyse statistique a comparé l'élévation tensionnelle entre les deux groupes en univarié et multivarié tenant compte des autres biomarqueurs.

Résultats : 28 patients atteints majoritairement d'un cancer du côlon métastatique (88 %) ont été inclus (âge moyen 69 ans, 54% de femmes). La médiane de natriurèse était de 121 mmol/24h. Les patients du groupe natriurèse élevée présentaient une PA systolique plus élevée avant la 1ère cure, 134 ± 23 *vs* 122 ± 14, et avant la 3ème cure, 136 ± 22 mmHg *vs* 125 ± 12 mmHg, comparativement au groupe natriurèse basse. L'augmentation de la PA systolique entre avant la 1ère et la 3ème cure était significative dans la cohorte entière (+4,2 ± 9.6 mmHg, p=0.046) et était plus importante mais non significativement entre le groupe natriurèse élevée *vs* basse (+5,6 ± 12 *vs* +3,0 ± 7,3 mmHg, p=0.518). La natriurèse des 24h n'a pas évolué entre la 1ère et la 3ème cure de bevacizumab (p=0.578) mais l'évolution a été en sens opposé, +25 ± 46 *vs* -163 ± 61, p=0.010, entre le groupe natriurèse basse *vs* haute respectivement. Comme attendu, l'aldostéronurie a été plus élevée dans le groupe natriurèse basse *vs* haute avant et pendant le traitement, mais sans évolution significative entre la 1ère et la 3ème cure ni entre les deux groupes. Aucun autre biomarqueur n'était significativement différent entre les deux groupes avant traitement. Le cortisol libre urinaire a diminué au cours du traitement et dans les deux groupes, sans que cette diminution ne soit significative. Le NTproBNP a eu une évolution inverse, avec une augmentation au cours du traitement et dans les deux groupes, non significative. Les métanéphrines / normétanéphrines plasmatiques ont diminué au cours du traitement et dans les deux groupes, non significatives. La protéinurie a légèrement augmenté au cours du traitement et dans les deux groupes, non significative. Enfin, comme attendu la concentration de bevacizumab a augmenté au cours du traitement, plus dans le groupe natriurèse élevée, sans que cette différence ne soit significative. L'analyse multivariée a montré que les facteurs les plus liés à la variation de la PA systolique pendant le traitement étaient l'existence d'une hypertension avant traitement, le sexe masculin et la natriurèse, notamment celle au cours du traitement.

Conclusion : Cette étude pilote montre qu'une natriurèse élevée est associée à une pression artérielle plus élevée sous bevacizumab et semble prédire modérément, mais non significativement, l'élévation tensionnelle des patients traités par bevacizumab. Aucun autre biomarqueur biologique ne semble prédire cette élévation, en tout cas à court terme. D'autres facteurs doivent être recherchés pour identifier les patients à risque d'HTA sous bevacizumab.

P.337

Délais de coloscopie après un test immunologique fécal (FIT) positif dans un CHU : étude observationnelle rétrospective monocentrique du parcours patient

S. Vultaggio [1], S. Manfredi [1]
(1) Dijon.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent et le deuxième le plus meurtrier en France. Détecté tôt, il peut être guéri dans 90 % des cas. Le dépistage organisé repose sur le test FIT, proposé tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen. En cas de positivité, une coloscopie doit être réalisée idéalement dans les 60 jours, mais les délais observés sont supérieurs aux recommandations. L'objectif principal de ce travail était de décrire le parcours des patients après un test FIT positif dans notre CHU afin d'identifier les étapes critiques du retard. Les objectifs secondaires étaient d'analyser les facteurs associés à un délai prolongé, ainsi que les résultats endoscopiques et histologiques.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique incluant les patients ayant eu un test FIT positif et une coloscopie dans notre CHU entre 2020 et 2023. Ont été exclus les patients pour lesquels le FIT positif n'était pas le motif principal d'adressage. Le parcours a été reconstitué en collectant les dates clés afin de calculer le délai global FIT–coloscopie ainsi que ses sous-délais. Les facteurs associés à un délai prolongé (> 60j et > 90j) ont été étudiés en régression logistique univariée et multivariée. Les lésions coliques ont été comparées selon les classes de délai.

Résultats : Parmi les 290 patients inclus, le délai médian FIT-coloscopie était de 110 jours [78–148]. Seuls 9,3% des patients ont eu une coloscopie en moins de 60 jours et 12,8 % au-delà de 180 jours. Le délai médian FIT-prise de contact avec le secrétariat était de 17 jours, suivi de 32 jours pour obtenir une consultation spécialisée, puis de 49 jours entre la consultation et la coloscopie. Le délai médian entre la consultation d'anesthésie et la coloscopie était de 8 jours. L'allongement du délai global résultait d'une accumulation de retards successifs, avec pour les parcours longs (> 180 j), une errance initiale prédominante avant contact avec le CHU (104 j). Aucun facteur individuel n'était significativement associé à un délai prolongé. Un surrisque était observé si le FIT était réalisé en été (ORa 3,18 [1,49–7,12]) et un effet protecteur en 2021 par rapport à 2020 (ORa 0,32 ; [0,13–0,73]). Le taux de détection d'adénomes était de 50 % et de polypes avancés de 39 %. Un CCR a été diagnostiqué chez 16 patients (5,5 %) dont 31 % à un stade avancé, sans variation significative selon les délais.

Discussion : Ce constat est préoccupant y compris au niveau national avec un délai médian qui est passé de 62 jours en 2013–2014 à 84 jours en 2020-2021 avec des disparités régionales de 60 à 129 jours. Dans notre cohorte, 30 % des patients n'avaient pas de courrier d'orientation de leur médecin traitant, soulignant l'hétérogénéité des parcours. Le principal goulet d'étranglement était l'intervalle consultation gastro-coloscopie, reflet d'une saturation des créneaux endoscopiques. La consultation d'anesthésie, programmée tardivement, pouvait entraîner des reports liés à la nécessité de bilans complémentaires. Il n'existait pas de profil type de patient à cibler. L'impact oncologique d'un retard supérieur à 6–9 mois est documenté ainsi que l'impact psychologique de l'attente prolongé après un test FIT positif. A l'international, plusieurs interventions organisationnelles ont démontré leur efficacité pour réduire les délais post-FIT.

Conclusion : Notre étude met en évidence des délais post-FIT supérieurs aux recommandations, déterminés avant tout par des freins organisationnels, alors que les performances endoscopiques et histologiques étaient conformes aux standards. L'instauration d'une filière "FIT+ prioritaire" apparaît nécessaire et pourrait reposer sur plusieurs axes : désignation d'un infirmier coordinateur chargé du contact rapide et de la planification, système de rappels automatiques, plateforme de rendez-vous en ligne, consultations conjointes gastro-entérologue–anesthésiste et réservation de créneaux hebdomadaires spécifiques en endoscopie.

P.339

Déterminants du type d'établissement pour la réalisation de la coloscopie après un dépistage du cancer colorectal anormal : étude populationnelle à partir du Système National des Données de Santé

B. Martinez [1], L. Launay [1], L. Guittet [1]
(1) Caen.

Introduction : En cas de test immunologique fécal (FIT) de dépistage du cancer colorectal positif, une coloscopie est nécessaire. Malgré sa prise en charge à 100% par l'assurance maladie, un reste à charge est possible en cas de dépassement d'honoraire en secteur privé, ce qui peut décourager certains participants et induire des inégalités d'accès. Cette étude vise à quantifier la part de marché du privé dans la réalisation des coloscopies post FIT et identifier les facteurs associés au secteur de réalisation.

Matériels et Méthodes : Les personnes ayant bénéficié d'une coloscopie après lecture d'un FIT en 2018 ont été identifiées à partir du SNDS. En l'absence des résultats du FIT dans le SNDS, nous avons utilisé le délai entre le FIT et la coloscopie comme proxy de l'indication, et défini un seuil de délai permettant de répliquer les indicateurs de Santé Publique France (proportion de coloscopie parmi les participants, caractéristiques démographiques et médicales des patients avec une coloscopie). Les facteurs associés à la réalisation de la coloscopie en établissement privé lucratif ont été explorés par une régression logistique mixte (Niveau 2 = département de résidence). Les variables indépendantes étaient l'âge, le sexe, le niveau de comorbidité (MRMIp), la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), la densité de population et le quintile de défavorisation de la commune de résidence (Fdep Index), ainsi que l'offre de soin à proximité : le type d'établissement le plus proche du participant et la part de marché du privé lucratif dans le département pour les coloscopies (toutes indications confondues).

Résultats : Au total, 72% des 98 770 participants inclus en 2018 avaient réalisé leur coloscopie en secteur privé lucratif. En analyse multivariée, les participants les plus âgés (ORa 0.91, 95% CI [0.86−0.95]), ceux bénéficiant de la CMUc (ORa 0.72 [0.66−0.78]), avec plusieurs comorbidités (ORa 0.58 [0.55−0.62]), vivant dans les communes les plus défavorisées (ORa 0.65 [0.61−0.69]) ou moins densément peuplées et ceux vivant dans une commune où l'établissement le plus proche était un établissement non-lucratif (ORa 0.36 [0.35−0.37]) étaient moins pris en charge en secteur lucratif pour leur coloscopie.
La proportion de coloscopies toutes indications confondues réalisées dans le secteur privé au niveau départemental était indépendamment associée à la réalisation de la coloscopie post FIT dans le secteur lucratif (le coefficient de corrélation intraclasse associé aux départements passait de 0.162 à 0.055, après l'ajout de cette variable). Des résultats similaires étaient observés en stratifiant sur le type d'établissement le plus proche.

Discussion : Le design rétrospectif ne permet pas d'affirmer la causalité d'un moindre recours aux établissements privés chez certains sous-groupes. Ces tendances pourraient aussi bien résulter de pratiques de sélections par les établissements (refus des bénéficiaires de la CMUc, réorientation des participants les plus lourds) que du choix des participants eux-mêmes qui doivent prendre en compte les distances à parcourir, les délais d'examen et le montant des éventuels restes à charge.

Conclusion : En 2018, les coloscopies post-FIT étaient majoritairement réalisées dans le secteur privé lucratif, les participants y étaient plus jeunes, moins comorbides et moins déprivés socialement. La part de marché du privé dans l'offre de soin locale était très déterminante, les caractéristiques individuelles des sujets influaient sur le secteur de prise en charge. D'autres explorations sont nécessaires pour préciser la fréquence et les montants des restes à charge.

P.340

La part des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal est très faible en France et devrait être augmentée

B. Denis [1], J. Plaine [2], C. Quintin [2]
(1) Colmar ; (2) Saint-Maurice.

Introduction : Le programme national français de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) repose sur un test immunochimique fécal (TIF) quantitatif dont le seuil de positivité a été fixé initialement à 30 µg/g pour viser un taux de positivité de l'ordre de 5%. La participation au DOCCR est faible (29,6 % des 50-74 ans en 2023-2024), en-deçà des recommandations européennes. L'objectif de ce travail était d'estimer la part des coloscopies du DOCCR parmi l'ensemble des coloscopies réalisées en France.

Patients et Méthodes : Les données du SNDS (Système national des données de santé) permettent d'identifier et de comptabiliser les personnes ayant réalisé une coloscopie. Les données concernant les coloscopies du DOCCR provenaient des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). A ce jour, il n'y a pas moyen d'apparier ces données. Le rapport entre les 2 a été calculé comme suit : nombre de coloscopies suite à un TIF positif (données CRCDC) / nombre total de coloscopies réalisées (données SNDS), par sexe, par tranche d'âge et par région.

Résultats : Sur la période Hemoccult 2011-2014, 5.570.536 coloscopies étaient réalisées en France. Sur la même période, 175.040 coloscopies DOCCR étaient réalisées, soit 3.5% des coloscopies (5,4 % des 3.263.725 coloscopies réalisées chez les 50-75 ans). Sur la période TIF 2016-2021, 8.173.789 coloscopies étaient réalisées en France (20,9% chez les <50 ans, 67,8% chez les 50-75 ans, et 11,3% chez les >75 ans). Sur la même période, un total de 665.830 TIF étaient positifs et 572.958 coloscopies DOCCR étaient réalisées (86,1% des TIF positifs), soit 7,0% des coloscopies (10,3 % des 5.545.793 coloscopies réalisées chez les 50-75 ans). Cette proportion variait selon le sexe, l'année et la région : 5,9% chez les femmes et 8,2% chez les hommes ; de 5,0% à 9,5% selon l'année entre 2016 et 2021 ; de 2,4% en Corse à 9,5% en Bourgogne-Franche-Comté. Elle était de 5,1% en PACA, 5,7% en IDF, 9,1% dans le Grand Est. Le taux de TIF positifs au seuil de 30 µg/g n'a cessé de diminuer de 2016 (4,6%) à 2023 (3,2%). Parallèlement, au seuil de 20 µg/g, les taux de positivité étaient de 4,6% et 4,5% en 2022 et 2023, équivalents au taux de positivité de 2016 au seuil de 30 µg/g. Abaisser le seuil de positivité de 30 à 20 µg/g aurait augmenté le nombre de coloscopies DOCCR de 29.870 et 32.360 examens (86,1% de 34.692 et 37.684) respectivement en 2022 et 2023, soit une augmentation d'environ 36-37% des coloscopies du DOCCR et de 2,1-2,2% du total des coloscopies réalisées en France.

Discussion : Nous ne disposons pas des chiffres de coloscopies DOCCR de 2022 et 2023 (disponibles fin 2025). Une augmentation de 30.000 à 32.000 coloscopies DOCCR ne se traduirait pas automatiquement par une augmentation équivalente du total des coloscopies réalisées en France car ces coloscopies seraient probablement priorisées au détriment des coloscopies aux indications plus discutables comme cela a été le cas lors de la pandémie COVID.

Conclusion : De toutes les indications de coloscopie, les coloscopies réalisées pour TIF positif ont, de loin, les meilleurs rapports bénéfices / risques et coût / efficacité. La part des coloscopies du DOCCR est faible dans notre pays. Un abaissement du seuil de positivité de 30 à 20 µg/g, comme c'est l'usage dans de nombreux pays, apparait faisable et souhaitable en France.

P.341

Lymphadenectomie mésorectale robot-assistée, guidée par le vert d'indocyanine, pour l'adénocarcinome rectal T1 agressif

P. Rouanet [1], N. Flori [1], A. Houmada [1], L. Khellaf [1], C. Taoum [1]
(1) Montpellier.

Introduction : Les tumeurs rectales T1 agressives présentent un risque de métastases ganglionnaires de 10 à 15 %. Actuellement, l'exérèse totale du mésorectum (TME) est le traitement standard, la radio-chimiothérapie une alternative pour les patients à risque opératoire élevée. Pour traiter ce risque de métastases ganglionnaires, nous proposons une nouvelle stratégie de préservation d'organe grâce à une lymphadénectomie robot assistée du méso rectum (RMRL) guidée par le vert d'indocyanine (ICG).

Patients et Méthodes : Entre mai 2021 et juillet 2025, onze patients atteints d'un adénocarcinome rectal de stade précoce ont bénéficié d'une exérèse locale. L'histopathologie a révélé un adénocarcinome pT1 agressif : Sm 2-3, de plus de 3 cm de diamètre, souvent associé à un budding tumoral et/ou à une invasion lympho-vasculaire. La réunion de concertation multidisciplinaire a recommandé une TME, après décision partagée ces patients ont accepté ce protocole expérimental de lymphadénectomie guidée par ICG. Le colorant (1 mg, INFRACYANINE® 25 mg/10 ml, laboratoires SERB) a été injecté sur le site du primitif, en sous-muqueux soit pendant l'opération, soit la veille de l'opération. La lymphadénectomie a été réalisée le long de l'artère mésentérique inférieure et des vaisseaux rectaux supérieurs puis du tiers moyen et du tiers inférieur du mésorectum jusqu'à la cicatrice tumorale. Cette lymphadénectomie sélective était guidée grâce à l'imagerie par fluorescence robotisée Firefly (INTUITIVE)© qui colore en vert tous les relais ganglionnaires.

Résultats : Neuf patients ont reçu une injection d'ICG la veille de l'intervention chirurgicale avec succès, tandis qu'un des deux patients injectés pendant l'opération a connu un échec. Le nombre médian de ganglions lymphatiques prélevés était de 16,7 (9-29). Une jeune patiente avait un ganglion positif et a reçu 4 mois de chimiothérapie adjuvante pour préserver au mieux sa fertilité (désir de grossesse). Deux patients présentaient un drainage lymphatique atypique dans le compartiment pelvien latéral, en dehors de la région de drainage mesorectale conventionnelle. Les patients ont eu une durée médiane de séjour de 2 jours sans aucune morbidité. Avec un suivi médian de 30 mois, aucune progression de la maladie ni de dysfonctionnement gastro-intestinal ou sexuel furent notés.

Discussion : Les premiers résultats de cette série expérimentale ont démontré la faisabilité, la reproductibilité et la sécurité de cette procédure. L'ouverture du méso rectum nécessaire aux prélèvements ganglionnaires ciblés, interroge sur sa sécurité oncologique. Le principe de la TME est de conserver intacte l'enveloppe méso rectale pour éviter toute dissémination cellulaire essentiellement du fait d'éventuels dépôts tumoraux situés en dehors des voies lymphatiques. Une étude rétrospective du GRECCAR concernant 425 pièces opératoires de TME pour tumeur T1 a confirmé un risque de pN+ de 14.6% dont 90% avait moins de 3 ganglions positifs. Pour ces pN+, les dépôts tumoraux extra lymphatique étaient de 1.8% et seulement quand il y a eu plus de 3N+. Par ailleurs, cette série a montré 2 voies de drainage lymphatique extra méso rectale, à partir de l'artère rectale moyenne, pour lesquelles la TME standard aurait été inefficace en cas de N+.

Conclusion : Il est paradoxal de proposer une chirurgie agressive et mutilante pour des cancers du rectum précoces T1 à faible risque de métastases ganglionnaires, à l'époque du développement de la préservation d'organes pour des lésions plus évoluées. Si cette stratégie RMRL remet en cause le principe de la TME en divisant le méso rectum, elle a fait la preuve de sa faisabilité. Cette nouvelle approche devrait être validée par un essai prospectif.

P.342

5-Fluorouracile associé au panitumumab et au sotorasib en première ligne de traitement des patients atteints d'un cancer colorectal non résécable avec mutation KRAS G12C, inéligibles à une bi-chimiothérapie : étude COLOSOTO (ENGIC 01, PRODIGE 107, FFCD 23)

A. Grancher [1], J. Taïeb [2], M. Rosario Vidal Tocino [3], K. Le Malicot [4], M. Landi [5], A. Ballhausen [6], A. Taravella [5], A. Alig [6], E. Soularue [7], C. Gallois [2], T. Mazard [8], T. Aparicio [2], L. Kochen [9], M. Guarssifi [4], C. Cremolini [5], D.P. Modest [6], D. Tougeron [10], J. Sastre [11]
(1) Rouen ; (2) Paris ; (3) Salamanque, ESPAGNE ; (4) Dijon ; (5) Pise, ITALIE ; (6) Berlin, ALLEMAGNE ; (7) Le Kremlin-Bicêtre ; (8) Montpellier ; (9) Francfort, ALLEMAGNE ; (10) Poitiers ; (11) Madrid, ESPAGNE.

Introduction : Le 5-fluorouracile (5-FU) associé ou non à une thérapie ciblée selon le statut RAS, constitue le traitement standard de première intention chez les patients fragiles/âgés atteints d'un cancer colorectal (CCR) non résécable (1). Le sotorasib, un inhibiteur spécifique de la protéine KRAS mutée G12C, a montré des résultats d'efficacité et de tolérance prometteur dans le traitement avancé des patients atteints d'un CCR muté KRAS G12C, notamment en association avec un anti-EGFR (panitumumab) (2). L'étude COLOSOTO vise à évaluer la sécurité et l'efficacité de l'association du 5-FU avec le sotorasib et le panitumumab en première ligne chez les patients fragiles/âgés atteints d'un CCR avec mutation KRAS G12C non résécable.

Patients et Méthodes : L'essai COLOSOTO est un essai de phase II multicentrique, ouvert, prospectif, monobras européen. Les principaux critères d'inclusion sont les patients adultes atteints d'un CCR localement avancé ou métastatique non résécable KRAS G12C muté, non éligibles à un traitement de première ligne par bi ou trichimiothérapie +/- thérapie ciblée défini soit par un âge <70 ans et un indice de performance OMS 2, soit un âge entre 70-75 ans et OMS 1-2, soit un âge ≥75 ans et OMS ≤2. Les patients inclus reçoivent du 5-FU (bolus IV de 400mg/m² suivi d'un diffuseur IV de 2400mg/m² sur 46 heures) associé au panitumumab (6mg/kg IV) et au sotorasib (960mg PO par jour) par cycles de deux semaines jusqu'à progression ou intolérance.

Résultats : Le critère de jugement principal est la survie sans progression (SSP) à 8 mois. Les critères de jugement secondaires comprennent la SSP médiane, le taux de contrôle de la maladie, la survie globale, le taux de réponse objective, la durée de la réponse, le profil de sécurité, la qualité de vie (scores EORTC QLQ C30 et FACIT-GP5) et l'évaluation gériatrique (scores G8 et G-CODE). Une PFS à 8 mois de 70% (H1) est espérée (H0 < 50%). En tenant compte d'un risque alpha de 10%, d'une puissance de 86% et d'un pourcentage de patients non évaluables de 5%, 37 patients devront être inclus. Des échantillons plasmatiques et tissulaires tumoraux seront collectés pour chaque patient inclus, permettant la réalisation de projets ancillaires, notamment afin d'identifier des biomarqueurs prédictifs de la réponse au traitement. L'essai est ouvert aux inclusions depuis aout 2025 et à la date du 06/10/2025, X patients ont été inclus.

Conclusion : Le traitement par 5-FU, panitumumab et sotorasib pourrait constituer une alternative prometteuse au 5-FU +/- bévacizumab en première ligne chez les patients fragiles/âgés atteints d'un CCR non résécable KRAS G12C mutés non éligibles à bi-chimiothérapie plus thérapie ciblée.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements : FFCD – PRODIGE – ENGIC

P.343

Évolution du dépistage d'instabilité microsatellitaire dans le cancer colorectal au sein d'une cohorte populationnelle en France au cours des années précédant les recommandations officielles

S. Wilson [1], L. Guittet [1], J. Gardy [1], A. Alves [1], B. Dupont [1], O. Dejardin [1], V. Bouvier [1]
(1) Caen.

Introduction : Des recommandations relatives au dépistage systématique de l'instabilité microsatellitaire chez les patients atteints de cancer colorectal ont vu le jour ces dernières années, et plus particulièrement en France depuis novembre 2021. Outre la détection du syndrome de Lynch, l'instabilité microsatellitaire est associée à différentes options thérapeutiques en fonction du stade du cancer. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques du dépistage de l'instabilité microsatellitaire chez les patients atteints d'un cancer colorectal dans une région française au cours des années qui ont précédé la publication des recommandations officielles.

Patients et Méthodes : Les cas de cancer colorectal diagnostiqués entre 2019 et 2021 issus du registre des cancers digestifs du Calvados ont été étudiés. L'âge, le sexe, la défavorisation socio-économique, la localisation de la tumeur, le stade au diagnostic, le type d'hôpital pour la chirurgie et pour les réunions de concertation pluridisciplinaires ont été recueillis. Ces caractéristiques ont été comparées entre les cas ayant été dépistés et ceux qui ne l'ont pas été, puis entre les cas ayant une instabilité et ceux n'en ayant pas, à l'aide de statistiques descriptives et de régressions logistiques.

Résultats : Au total, 1169 cas ont été inclus dont 60 % étaient dépistés pour une instabilité microsatellitaire. Les patients plus jeunes (80 % des patients âgés de moins de 65 ans contre 57 % des patients âgés de plus de 80 ans) et les stades plus avancés ont été testés plus fréquemment (52 % au stade I contre 70 % au stade IV). Une proportion plus élevée de cas a été testée en 2021 qu'en 2019 et 2020. Le taux de dépistage était plus élevé pour les cas de cancer du côlon que les cas de cancer du rectum (75 % contre 61 %). La régression logistique multivariée a montré un effet significatif de l'âge au diagnostic (p<0.001), de l'année de diagnostic (p<0.001), de la localisation de la tumeur (p=0.002) et du stade au diagnostic (p<0.001). Lorsque l'analyse a été limitée à l'année 2021, 18 % des cas n'étaient pas été testés. Les seules différences significatives qui subsistaient en 2021 concernaient la localisation (plus grande proportion dépistée pour les cas de cancer du côlon que pour le cancer rectal) et le stade au moment du diagnostic (moins fréquent pour le stade I). Sur les 816 cas testés, 13,6 % présentaient une instabilité. Un pourcentage plus élevé de cas de cancer du côlon était instable par rapport aux cas de cancer du rectum (19 % contre 2 %).

Conclusion : Cette étude de population sur des données de vie réelle révèle des disparités avant l'émergence de recommandations nationales officielles et la réduction de ces disparités au cours des dernières années. Le dépistage systématique de l'instabilité microsatellitaire n'était pas encore atteint en 2021, et des études ultérieures seront nécessaires afin de vérifier la disparition de ces disparités.

P.344

Etude rétrospective sur les cancers colorectaux post-coloscopie au sein d'un centre d'endoscopie

J. Lacroute [1], I. Tchoumak [1], B. Dirrenberger [1], P. Lévy [1], J. Huppertz [1], A. Derlon [1], O. Gronier [1]
(1) Strasbourg.

Introduction : Depuis 4 ans nous évaluons notre activité au sein de notre centre d'endoscopie digestive ambulatoire (taux d'adénome, taux de polypes festonnés, complications) annuellement afin d'en améliorer la qualité.
Cette année nous avons réalisé en plus une étude rétrospective sur les cancers colorectaux afin de déterminer la part des cancers post-coloscopie – CCRPC - (ou cancers d'intervalle) dans notre centre.

Patients et Méthodes : Nous avons revu rétrospectivement les dossiers des patients ayant eu un diagnostic de cancer colo-rectal (CCR) au sein du centre entre 2021 et 2024. Nous avons cherché pour chaque patient à l'aide du dossier informatique (consultation gastroentérologue, consultation d'anesthésie, ancien dossier de coloscopie) si une exploration coloscopique avait été réalisée dans les 5 années précédant le diagnostic de cancer 1.
De plus pour chaque cancer nous avons recueilli la localisation proximale ou distale, la circonstance de diagnostic, les antécédents de syndrome de Lynch ou de Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales, le stade au diagnostic.

Résultats : Entre 2021 et 2024, 171 cas de CCR ont été diagnostiqués au centre dont 16 post-coloscopie. Parmi ces 16 CCRPC, 7 étaient des cancers post-coloscopie précoces (coloscopies dans les 3 années précédentes).
La localisation de ces CCRPC étaient distales pour 12 d'entre eux, seuls 4 étaient situés en amont de l'angle gauche. On notait 2 cancers survenus dans le cas d'un syndrome de Lynch et 1 dans le cas d'une MICI.
8 de ces cancers étaient diagnostiqués à l'occasion de symptômes, 2 l'étaient suite à des anomalies biologiques ou à l'imagerie et 6 à l'occasion de coloscopies de contrôle. Comme attendu dans le groupe des coloscopies de contrôle le stade TNM était plus précoce (1 seul N+ contre 3N+ et 1M+) que dans les groupes symptômes ou anomalies paracliniques. Parallèlement les taux d'adénome (et de polypes festonnés) étaient de respectivement 28% (4,8%) en 2021, 31 % (6,8%) en 2022, 33% (7,3%) en 2023 et 35 (8,1%) en 2024.
On dénombrait 10 complications post-opératoires (inhalations, hémorragie, perforation ou ré-hospitalisations) en 2023, 7 en 2024 soit 0,2% (pas de données en 2021, 2022).

Discussion : Cette étude rétrospective montre un taux de CCRPC de 9% dans notre centre. Si on ne considère que les coloscopies de moins de 3 ans ce taux est de 4,1% ce qui est plus proche de ce qui a été rapporté jusqu'à présent dans d'autres études 2. Un point surprenant est que ces cancers sont en majorité des cancers distaux en aval de l'angle gauche. Un tiers de ces cancers est diagnostiqué à l'occasion d'une coloscopie de contrôle mais les deux tiers le sont suite à des symptômes cliniques ou anomalies paracliniques. Le stade au diagnostic est différent dans ces 2 situations.
Une des limites de notre étude est qu'il s'agit d'une étude monocentrique, et que nous ne disposons pas des registres de cancers. Cependant 6 de nos 16 CCRPC proviennent de coloscopies faites dans d'autres hôpitaux ce qui pourrait aussi majorer notre taux CCRPC.

Conclusion : Au total notre étude montre un taux de CCRPC proche de ceux de la littérature. Une part de ces cancers concerne des lésions proximales ce qui doit nous inciter à poursuivre notre amélioration de la détection des polypes festonnés. Une part plus importante est de localisation distale, ce qui doit nous questionner sur notre technique d'exploration du sigmoïde et du rectum (endocuff ? rétrovision systématique ?). Ces CCRPC feront l'objet d'une étude d'analyse de leurs causes lors de réunions d'accréditation en équipe.

Remerciements, financements, autres :

 - Remerciements à Mme Stéphanie Pery et Mme Périhan Inac

P.345

Place et acceptabilité de la nutrition entérale dans la prise en charge de la dénutrition du patient atteint de cancer

G. Ulmann [1], A. Fakhoury [1], J.B. Bachet [2], F. Clatot [3], M. Deberne [2], C. Decroisette [4], N. Jovenin [5], M.E. Rougé-Bugat [6], P. Senesse [7], H. Valque [8], M. Wingler [9], C. David-Basei [1]

(1) Rueil-Malmaison ; (2) Paris ; (3) Rouen ; (4) Lyon ; (5) Bezannes ; (6) Toulouse ; (7) Montpellier ; (8) Beaurains ; (9) Metz.

Introduction : La prévalence de la dénutrition chez les patients atteints de cancer varie de 25 % à plus de 70 %. L'usage de la nutrition entérale (NE) reste confronté à de nombreux obstacles malgré la clarté des recommandations nationales et internationales quant à sa place dans la prise en charge de la dénutrition. Nous avons réalisé une enquête sur la place de la NE dans le parcours de soins afin d'identifier les freins perçus par les patients et les professionnels de santé.

Patients et Méthodes : Vingt-neuf entretiens ont été réalisés auprès de 24 professionnels de santé (10 médecins, 7 infirmiers, 7 diététiciens) et de 5 patients ayant bénéficié d'une NE. Des guides d'entretien élaborés et testés spécifiquement pour chaque catégorie de participant ont été utilisés. Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique qualitative.

Résultats : Professionnels de santé : 4 médecins sur 10 indiquaient appliquer rigoureusement les recommandations de leurs établissement. Globalement, ils jugeaient que les recommandations de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition étaient trop générales pour être pleinement applicables en pratique quotidienne. Même si l'ensemble des participants reconnaissait que la nutrition parentérale devrait constituer un dernier recours, certains professionnels de santé ou certains centres la préféraient à la place de la NE par facilité ou par habitude. La majorité des médecins, infirmiers et diététiciens identifiait le refus du patient comme étant le principal frein à l'utilisation de la NE. D'autres obstacles organisationnels ont également été signalés, notamment un manque de collaboration multidisciplinaire, des contraintes de temps et un déficit de formation sur les protocoles et la gestion de la nutrition entérale.
Patients : Les principaux freins concernent le manque d'information sur la NE, notamment son intérêt clinique, la durée du traitement et les effets secondaires. Les patients rapportaient également que le fait que ce ne soit pas l'oncologue qui aborde la thématique de la nutrition, plutôt laissée aux équipes paramédicales, pouvait entrainer une confusion sur son importance. L'impact psychologique et le poids mental étaient également importants : visibilité de la sonde, bruit de le pompe, regard des autres, perte d'autonomie et absence de soutien psychologique adapté.

Discussion : L'enquête met en évidence un décalage marqué entre les recommandations théoriques et leur application au quotidien. L'implication active des médecins prescripteurs, l'accès facilité à des professionnels spécifiquement formés et l'intégration systématique d'un accompagnement psychologique apparaissent comme des leviers majeurs pour renforcer l'adhésion et l'acceptabilité de la NE.

Conclusion : Malgré son efficacité démontrée, la nutrition entérale reste sous-utilisée en pratique clinique. Cette enquête identifie des axes stratégiques pour améliorer sa mise en œuvre : harmonisation des pratiques, information des patients, soutien psychologique structuré et renforcement de la collaboration interprofessionnelle. Les résultats suggèrent également qu'une réévaluation des recommandations existantes pourrait faciliter leur application et l'intégration de la NE dans le parcours de soins oncologiques.

Remerciements, financements, autres : Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes ayant participé aux entretiens ainsi qu'aux associations Patients en réseau, GPS cancer et Espoir Pancréas.

P.346

Performance comparative de l'intelligence artificielle et des radiologues dans l'interprétation tomodensitométrique du cancer colorectal

H. Aksim [1], M. Belhamdiya [1], R. Akka [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) transforme progressivement le domaine du diagnostic médical, en particulier dans l'analyse des images radiologiques. Son application en oncologie digestive suscite un intérêt croissant, notamment pour l'évaluation du cancer colorectal. Le présent travail vise à comparer la performance d'un système d'IA à celle d'un radiologue expérimenté dans l'interprétation de tomodensitométries (CT) de patients atteints de cancer colorectal, en mettant l'accent sur la précision diagnostique selon les différentes localisations coliques.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective sur une période de 7 mois a été conduite auprès de 19 patients porteurs d'un cancer colorectal. L'ensemble des examens CT a été interprété de manière indépendante par un radiologue expérimenté et par un système d'IA (ChatGPT-4). Les résultats ont été confrontés à l'aide du coefficient de concordance Kappa de Cohen, en tenant compte des principales localisations tumorales : côlon ascendant, transverse, angle splénique, côlon descendant et sigmoïde.

Résultats : Le degré de concordance entre l'IA et le radiologue variait selon la localisation tumorale. Pour les six cas de cancer du côlon sigmoïde, la valeur du Kappa était de 0,857 ($p < 0,001$), traduisant une concordance excellente. Pour les six cas de cancer du côlon ascendant, la valeur du Kappa était de 0,815 ($p = 0,001$), indiquant également une forte concordance. En revanche, aucune concordance significative n'a été observée pour les trois cas de cancer du côlon descendant, les deux cas de cancer du côlon transverse et les deux cas de l'angle splénique. L'analyse globale des 19 cas aboutissait à un Kappa de -0,132 ($p = 0,333$), suggérant une absence d'accord statistiquement significatif entre l'IA et le radiologue lorsqu'on considère l'ensemble des localisations.

Conclusion : L'IA a démontré une concordance élevée avec l'expertise radiologique dans l'identification des cancers localisés au côlon sigmoïde et au côlon ascendant. Toutefois, aucune concordance n'a été retrouvée dans les autres segments coliques, limitant ainsi sa portée diagnostique. Ces résultats indiquent que, bien que prometteuse, l'IA nécessite encore des optimisations et des validations supplémentaires afin de garantir une fiabilité généralisable dans l'interprétation des images du cancer colorectal.

P.347

Évolution du cancer colorectal au Liban (2001–2024) : analyse de 24 ans

P. Haddad [1], F. Hsayan [1], H. Al Mokdad [1], A. Geagea [1], A. Abourached [1]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et au Moyen-Orient. Le Liban présente l'une des incidences les plus élevées de la région, mais l'évolution détaillée de ses tendances au cours des deux dernières décennies reste peu décrite. Cette étude analyse l'évolution épidémiologique du CCR au Liban entre 2001 et 2024

Patients et Méthodes : Nous avons mené une analyse rétrospective des cas de CCR sur une période de 24 ans, regroupés en cinq intervalles : 2001–2005, 2006–2010, 2011–2015, 2016–2019 et 2020–2024. Les données provenaient des études du registre de l'Institut National de Pathologie et du registre national du cancer. Les variables étudiées incluaient l'âge, le sexe, la localisation anatomique de la tumeur et le stade au diagnostic. Les tendances d'incidence ont été évaluées à partir des chiffres des registres nationaux. Des statistiques descriptives et des comparaisons inter-intervalles ont permis d'identifier les évolutions temporelles de l'incidence et des caractéristiques cliniques.

Résultats : L'incidence annuelle du CCR au Liban a augmenté de manière marquée au cours de la période étudiée. Les taux d'incidence standardisés selon l'âge sont passés d'environ 16,3 pour 100 000 (hommes) et 13,0 (femmes) en 2005 à respectivement ~23,2 et 20,2 en 2016. L'âge médian au diagnostic s'est élevé (début de la soixantaine en 2001–2005 à ~67 ans en 2020–2024), tout en observant une augmentation relative des cas chez les sujets jeunes (notamment 40–49 ans). Le sexe ratio homme/femme est resté proche de 1:1 (52 % d'hommes au début des années 2000 *vs* ~50 % au début des années 2020). La distribution anatomique des tumeurs montre une prédominance des cancers distaux (gauche) à toutes les périodes, avec toutefois un glissement proximal progressif : plus de 70 % étaient distaux au début des années 2000, alors qu'en 2020–2024 environ 40 % étaient droits. Le stade au diagnostic demeure avancé pour la majorité des patients, bien qu'une amélioration soit constatée : ~30 % de stades précoces (I–II) en 2001–2005 contre ~45 % en 2016–2019.

Conclusion : L'incidence du CCR au Liban a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies, atteignant des niveaux comparables à ceux observés dans les pays occidentaux. Le profil des patients a évolué vers un âge médian plus avancé, avec néanmoins une tendance à l'augmentation des cas d'apparition précoce. L'écart entre les sexes a quasiment disparu. Si les tumeurs demeurent majoritairement distales, la proportion des cancers proximaux est en hausse, probablement en lien avec le vieillissement de la population. Bien que l'on observe une progression du diagnostic précoce (plus de stades I–II), la majorité des CCR sont encore détectés à un stade tardif. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les stratégies nationales de dépistage et de santé publique – incluant des campagnes de sensibilisation et un abaissement de l'âge de dépistage – afin de réduire l'incidence et d'améliorer la détection précoce au Liban.

P.348

Dépistage du cancer colorectal par test immunologique fécal (FIT) : expérience et analyse des résultats d'un centre hospitalier français

A. Achemlal [1], A. Caldiero [1], J. Coelho [1], X. Amiot [1], I. Popa [1]
(1) Paris.

Introduction : Le test immunologique fécal (FIT) constitue l'examen de première ligne dans le dépistage organisé du cancer colorectal, suivi d'une coloscopie en cas de test positif. Il est essentiel d'évaluer les indicateurs de qualité du dépistage, notamment le taux de détection des adénomes ou des cancers ainsi que le délai entre test positif et coloscopie. L'objectif de cette étude est de décrire l'expérience acquise par notre centre hospitalier français dans l'utilisation du test immunologique fécal (FIT) pour le dépistage du cancer colorectal, et d'analyser les principaux résultats obtenus.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au sein d'un centre hospitalier parisien, incluant tous les patients ayant présenté un test FIT positif entre novembre 2022 et novembre 2024. Les patients avec une coloscopie incomplète ou non réalisée ont été exclus de l'étude. Les données collectées portent sur les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients, ainsi que sur les délais entre le test FIT positif, la première consultation et la réalisation de la coloscopie. Les critères de qualité de la coloscopie (préparation colique, complétude de l'examen, taux de détection d'adénomes et d'adénomes avancés) ainsi que les résultats endoscopiques et histologiques ont également été analysés. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi (version 2.3).

Résultats : Au total, 133 patients ont consulté pour un test FIT positif. Treize d'entre eux ont été exclus en raison d'une coloscopie incomplète ou d'une préparation insuffisante. Le taux d'intubation cæcale a été de 99,2 %. Le sex-ratio H/F est de 0,97 et l'âge moyen des patients de 62,3 ± 7,6 ans. Une symptomatologie clinique a été rapportée chez 15,8 % des patients (hématochezie, troubles du transit et/ou douleurs abdominales).
Le délai médian entre le test FIT positif et la coloscopie est de 105 jours [82,5 ; 149]. La préparation a été réalisée majoritairement par PEG bas volume (2 L) (84 % des patients). Un score de Boston ≥ 7 a été obtenu chez 87 % des patients.
La coloscopie a permis la détection de polypes dans 78,2 % des cas, avec une médiane de 2 polypes par examen [1 ; 4]. Les localisations les plus fréquentes sont le rectum (32,5 %) et le sigmoïde (29,2 %). Dans 48,9 % des cas, les polypes mesurent plus de 1 cm. Le taux de détection des adénomes (TDA) est de 58,3 %, celui des adénomes avancés de 32 %, et le taux de cancer de 6 %. Aucune complication n'a été rapportée.

Conclusion : Cette étude rétrospective souligne l'efficacité du test immunologique fécal (FIT) comme outil de dépistage du cancer colorectal dans notre centre hospitalier. Le taux élevé de détection des adénomes (58,3 %), d'adénomes avancés (32 %) et de cancers (6 %) concordent avec les recommandations actuelles et les données disponibles en France. Toutefois, le délai médian relativement long entre test FIT positif et réalisation de la coloscopie (105 jours) souligne la nécessité d'optimiser le parcours de soins des patients pour améliorer l'efficacité du dépistage.

P.349

Syndrome métabolique et cancer colorectal : quel impact sur les caractéristiques tumorales et le pronostic ?

R. Rejeb [1], G. Gharbi [1], M. Mahmoudi [1], A. Ben Mohamed [1], M. Yakoubi [1], A. Khsiba [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) est reconnu comme un facteur de risque de survenue du cancer colorectal (CCR), en particulier par ses effets pro-inflammatoires, pro-thrombotiques et métaboliques. Cependant, son influence sur l'agressivité tumorale et le pronostic demeure peu étudiée, surtout dans les populations nord-africaines. Cette étude vise à évaluer l'impact du SM sur les caractéristiques clinico-pathologiques et la survie des patients atteints de CCR.

Matériels et Méthodes : Le syndrome métabolique (SM) est reconnu comme un facteur de risque de survenue du cancer colorectal (CCR), en particulier par ses effets pro-inflammatoires, pro-thrombotiques et métaboliques. Cependant, son influence sur l'agressivité tumorale et le pronostic demeure peu étudiée, surtout dans les populations nord-africaines. Cette étude vise à évaluer l'impact du SM sur les caractéristiques clinico-pathologiques et la survie des patients atteints de CCR.

Résultats : Cent dix patients opérés pour CCR ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 61,5 ± 13,7 ans ; avec une légère prédominance masculine (sexe ratio H/F =1,15). L'IMC moyen était de 23,8 ± 7,22 kg/m^2 et 34,5 % des patients avaient un SM. La localisation gauche était prédominante (70 %). Concernant le stade tumoral, le stade 3 et 4 étaient les plus fréquents (48,2 % et 31,8 % respectivement). Cinquante-trois patients (48,2 %) avaient des métastases ganglionnaires (N+) et 15 patients (13,6 %) présentaient des métastases à distance (M+).
Le SM était significativement associé à la localisation droite (p=0,002), au caractère peu différencié (p=0,018) et au stade T3 (p=0,03). En revanche, aucune différence significative n'a été observée entre le SM et les marqueurs histologiques d'agressivité (budding, emboles vasculaires, engainement périnerveux). La survie sans récidive était significativement plus longue chez les patients sans SM (p=0,022).

Conclusion : Dans notre cohorte tunisienne, le syndrome métabolique était associé à une localisation droite, à un caractère histologique peu différencié et à un stade T3, traduisant une potentielle influence sur la progression tumorale. De plus, il était corrélé à une survie sans récidive plus courte, suggérant un rôle pronostique défavorable du SM dans le cancer colorectal.

P.350

Facteurs prédictifs de dysplasie dans les adénomes colorectaux

S. Izandaz [1], S. Amazguiou [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Les polypes adénomateux représentent environ 70 à 75 % des polypes colorectaux. Le risque oncogénétique associé à ces lésions augmente proportionnellement à la taille du polype et à la proportion de tissu villeux qu'il contient. L'objectif principal de cette étude épidémiologique est de décrire les caractéristiques démographiques, cliniques et histopathologiques des polypes adénomateux. Nous cherchons également à déterminer les facteurs endoscopiques et architecturaux, spécifiques, qui pourraient servir de prédicteurs de la dysplasie, dans le but d'affiner la prise en charge et la prévention du cancer colorectal.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des données de coloscopie extraites des registres du service des explorations endoscopiques, couvrant la période de mai 2023 à janvier 2025. Dans un premier temps, nous avons procédé à une description des caractéristiques épidémiologiques des patients, suivie d'une analyse des facteurs influençant le risque de dysplasie dans les polypes adénomateux. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'exploitation standardisée, puis saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21.0.

Résultats : Au total 996 patients bénéficiant d'une coloscopie durant la période d'étude, dont 48 patients sont porteurs de polypes adénomateux en dysplasie avec une prévalence de 48% cas. L'âge moyen des patients était de 60.77± 14.75 ans (24-92 ans) avec une nette prédominance féminine dans 56.3% n=27 avec un sex-ratio H/F= 0.77. Un patient avait des antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes, et 14.8% (n=7) des cas suivis pour une tumeur ou de polypes recto-coliques. Un tabagisme actif a été noté chez 18.8% (n=9) des cas, et 4.16% (n=2) ayant une maladie inflammatoire chronique des intestins. Un régime occidental riche en graisses animales et faible en fibres a été trouvé chez 23% (n=11) des cas, et un syndrome métabolique a été noté chez 10 patients soit 21% des cas. Les rectorragies représentaient le motif le plus fréquent de découverte des polypes dans 31.3% n=15 suivi par la constipation dans 27.1% n=13 des cas, puis par une diarrhée chronique dans 18.8% n=9 des patients. 23 patients soit 47.9% avient un seul polype à la coloscopie et 8.3% n=4 des cas avaient une polypose. Ces polypes siégeaient dans 35.4% n=17 des cas au niveau du colon droit et 31.3% n=15 dans le colon distal. La plupart des polypes (n=29, 60.41%) étaient infra centimétriques. La composante villeuse était présente dans 11 polypes (23%). La dysplasie était retrouvée dans 98% (n=47) des polypes, de haut grade dans 46% (n=22) des cas. Ni la taille supérieure à 10mm, ni la composante villeuse, ni la localisation ou le nombre de polypes ne représentaient des facteurs de risque de dysplasie dans notre série.

Conclusion : La prévalence de la dysplasie dans les polypes adénomateux observée dans notre population est élevée, nous n'avons pas identifié de facteurs endoscopiques spécifiques tels que la taille, la composante villeuse, la localisation ou le nombre de polypes comme des indicateurs significatifs du risque de dysplasie. Des études supplémentaires, incluant une approche génétique et moléculaire, seraient nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et améliorer la prévention et le diagnostic précoce du cancer colorectal.

P.351

Profil des polypes colorectaux chez les patients porteurs de cancer colorectal

M. Faiz [1], Z. Malki [1], S. Gioftsiou [1], F. Elgraoui [1], J.B. Mamalhy [1], M. Mohammadi [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les polypes colorectaux sont des lésions précancéreuses fréquentes dont la présence concomitante à un cancer colorectal (CCR) peut refléter des caractéristiques tumorales spécifiques. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prévalence et de décrire les caractéristiques endoscopiques et histopathologiques des polypes retrouvés chez les patients atteints de CCR.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant 126 patients ayant un CCR, pris en charge entre 2019 et 2024. Les données recueillies concernaient l'âge, les antécédents familiaux de CCR, le nombre, la localisation, la taille, l'aspect endoscopique (classification de Paris/CONNECT) et l'analyse histopathologique des polypes.

Résultats : Parmi les 126 patients atteints de CCR, 42 présentaient au moins un polype concomitant, soit une prévalence de 33 %. L'âge moyen des patients était supérieur à 70 ans. Un antécédent familial de premier degré de CCR était retrouvé dans 15 % des cas. La majorité présentait un seul polype (54,2 %), tandis que 11,4 % avaient plus de 10 polypes. La localisation la plus fréquente était le côlon droit (32,5 %). La plupart des polypes étaient infracentimétriques (76,7 %). Selon la classification CONNECT, les polypes étaient principalement de type IIA (64,5 %) et IIC (23,5 %). À l'examen histologique, la majorité correspondait à une dysplasie de bas grade (46,5 %) et deux cas de carcinome *in situ* ont été recensés.

Conclusion : Les polypes colorectaux concomitants au CCR sont fréquents, touchant un tiers des patients de notre série. Ils se caractérisent principalement par une taille infracentimétrique, une prédominance au côlon droit et une histologie dominée par la dysplasie de bas grade. L'identification de ces lésions souligne l'importance de la détection systématique et de leur caractérisation endoscopique et histologique afin d'optimiser la prise en charge et la prévention du CCR.

P.352

COLOPOP : biobanque populationnelle de cancers coliques réséqués à visée curative

C. Lepage [1], V. Jooste [1], L. Martin [1], A. Bonnin [1], J. Marechal [1], B. Tournier [1], N. Sabour [1], D. Gonzalez [1], P. Chalabreysse [2], L. Arnould [1], A.M. Bouvier [1]
(1) Dijon ; (2) Lyon.

Introduction : L'objectif de cette cohorte en base de population est d'associer les données issues des analyses moléculaires de tumeurs coliques conservées dans un centre de ressource biologique certifié, aux données épidémiologiques recueillies par un registre de cancers digestifs. L'enjeu est de mieux caractériser les cancers coliques réséqués à visée curative et d'identifier des facteurs prédictifs de récidive. Des progrès ont été faits concernant la caractérisation de la séquence moléculaire, des mécanismes de l'expression génique et de la complexité du génome des cancers coliques. La variabilité génétique est une propriété intrinsèque des cancers. Cette hétérogénéité a des nombreuses implications, puisque ces variations peuvent altérer la sensibilité aux traitements et l'immunogénicité. Par conséquent, une meilleure compréhension de l'impact de la variabilité, et de l'évolution de la maladie est l'objectif de notre recherche.

Matériels et Méthodes : La cohorte COLOPOP est constituée des blocs tumoraux issus des 542 patients résidant en Côte d'Or et opérés à visée curative (R0) d'un adénocarcinome colique opérés à visée curative entre 2018 et 2022 quelle que soit la structure de prise en charge (CHU, CH, Privé, CAC).

Résultats : Les tumeurs coliques étaient diagnostiquées à 51% chez des hommes, à 65% dans le colon droit 65 et à 59% au stade II.
Une chimiothérapie adjuvante était administrée à 15% des patients ayant un cancer de stade II et 84% des patients ayant un cancer de stade III.

Conclusion : La constitution de cette cohorte sur base de population revêt un grand intérêt pour les projets scientifiques. Plusieurs projets ont d'ores et déjà émergé, s'appuyant sur des collaborations locales ou nationales pour lesquels des demandes de financement spécifiques ont été réalisées. Les demandes de collaboration seront examinées par un conseil scientifique.

Remerciements, financements, autres :
La mise en œuvre de cette cohorte a bénéficié d'un financement par la bourse COMAD de la SNFGE et d'un co-financement du cancéropôle Grand Est.

P.353

Prévenir plutôt que guérir : l'impact majeur de la polypectomie sur le cancer colorectal

J. Ezzine [1], H. Aouroud [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 : Les polypes coliques représentent des lésions précancéreuses bien établies, dont la détection et l'exérèse endoscopique constituent un pilier majeur de la prévention du cancer colorectal (CCR). L'amélioration constante des techniques endoscopiques et de l'expertise des opérateurs a profondément transformé la prise en charge de ces lésions, réduisant considérablement le recours à la chirurgie et ses complications. La polypectomie endoscopique, simple en apparence, joue donc un rôle déterminant dans l'interception de la séquence adénome–carcinome, contribuant directement à la diminution de la mortalité liée au CCR.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective sur une période d'un an (2023–2024), incluant l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une polypectomie colique dans notre service d'endoscopie. Les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ou de polypose adénomateuse familiale (PAF) ont également été inclus.La procédure a été considérée comme optimale lorsque les critères suivants étaient réunis : préparation colique adéquate (score de Boston ≥7), coloscopie complète, résection en monobloc, et exérèse complète macroscopique et microscopique de la lésion.

Résultats : Quarante patients ont été inclus (âge moyen : 55 ans ; extrêmes : 30–70 ans ; sex-ratio H/F = 1,5). Les indications étaient : dépistage ou surveillance asymptomatique (20 %), symptômes digestifs (50 %), MICI (30 %) et PAF.Un total de 60 polypes a été réséqué, avec un taux de récupération de 80 %. La préparation colique était jugée bonne dans 70 % des cas et moyenne dans 30 %. La coloscopie était complète dans 90 % des cas.
Répartition selon la taille : <5 mm (30 %), 6–9 mm (40 %), ≥10 mm (30 %).Classification de Paris : pédiculé (0-Ip, 50 %), sessile (0-Is, 30 %), 0-IIa (15 %), 0-IIb (3 %), 0-IIc/0-III (2 %). Techniques utilisées : anse diathermique (60 %), pince à froid (40 %), mucosectomie (30 %), polypectomie classique (50 %), biopsie excisionnelle (10 %), biopsie simple (10 %). Une résection complète (R0) a été obtenue dans 80 % des cas.
Les complications étaient rares : un seul cas de saignement post-polypectomie nécessitant une hémostase endoscopique (2 %) et aucune perforation observée.
Analyse histologique (classification de Vienne) :
- Polypes adénomateux : 38 %
- Polypes hyperplasiques : 15 %
- Dysplasie de bas grade : 25 %
- Dysplasie de haut grade : 20 %
- Carcinome *in situ* : 2 %Aucun cas de carcinome invasif sous-muqueux n'a été retrouvé.

Conclusion : La polypectomie colique, constitue une stratégie essentielle de prévention du cancer colorectal. Sa réussite repose sur plusieurs piliers :
- la maîtrise des classifications (Paris et Vienne)
- la compétence technique dans la polypectomie et la mucosectomie ;
- la collaboration étroite avec les anatomopathologistes
- la discussion multidisciplinaire des lésions comportant un foyer carcinomateux ;
- l'orientation rapide vers des centres experts pour les lésions complexes
Cette approche intégrée a permis la détection et l'exérèse complète de lésions précancéreuses dans 98 % des cas, confirmant la place centrale de l'endoscopie dans la prévention du cancer colorectal et la réduction de sa mortalité.

P.354

Tislélizumab + chimiothérapie par rapport à placebo + chimiothérapie chez les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage localement avancé : analyse du sous-groupe RATIONALE-306

D. Tougeron [1], E. Van Cutsem [2], J. Xu [3], E. Raymond [4], R. Hubner [5], H. Yoon [6], K. Kato [7], L. Wyrwicz [8], S.R. Park [9], P. Jimenez Fonseca [10], T. Kojima [11], R. Ishihara [12], A. Avallone [13], R.A. Pazo Cid [14], S. Xu [15], S. Yan [3], J. Shi [3], L. Kong [15], F. Lordick [16]

(1) Poitiers ; (2) Louvain, BELGIQUE ; (3) Beijing, CHINE ; (4) Paris ; (5) Manchester, ROYAUME-UNI ; (6) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Tokyo, JAPON ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (10) Oviedo, ESPAGNE ; (11) Chiba, JAPON ; (12) Osaka, JAPON ; (13) Naples, ITALIE ; (14) Saragosse, ESPAGNE ; (15) Shanghai, CHINE ; (16) Leipzig, ALLEMAGNE.

Introduction : Dans l'étude RATIONALE-306 (NCT03783442), les patients (pts) atteints d'un CEO métastatique/localement avancé ont été randomisés pour recevoir 200 mg de TIS par voie IV ou du PBO toutes les 3 semaines + une CT choisie par l'investigateur (platine + fluoropyrimidine ou paclitaxel) jusqu'à progression de la maladie, toxicité inacceptable, décès, ou retrait du consentement, selon ce qui survenait en premier. Une amélioration de la survie globale (SG) a été observée dans la population en intention de traiter (ITT) (critère de jugement principal) et dans un sous-groupe de pts dont le score PD-L1 (tumor area positivity, TAP) était ≥ 10 % (critère de jugement secondaire). A 3 ans, le gain en SG était maintenu avec le TIS dans la population en ITT (HR = 0,70, IC à 95 % : 0,59-0,83) et dans la population du sous-groupe PD-L1 ≥ 10 % (HR = 0,70, IC à 95 % : 0,52-0,95). Nous rapportons ici une analyse de sous-groupe chez les patients atteints de CEO localement avancé (LA) indépendamment de l'expression de PD-L1 et en cas de score TAP PD-L1 ≥ 5 %.

Matériels et Méthodes : Les patients atteints de CEO LA, jugés inaptes à une chirurgie ou à une radiothérapie exclusive, ont été inclus dans cette analyse de sous-groupe. Les résultats d'efficacité (SG, SSP, taux de réponse objective [TRO]) et de tolérance ont été analysés. Le score TAP PD-L1 a été évalué par le test VENTANA (SP263).

Tableau

SOUS-GROUPE CEO LOCALEMENT AVANCÉ		
	TIS + CT (n = 49)	**PBO + CT (n = 39)**
SG médiane, mois (IC à 95 %)	25.6 (19.4, 36.3)	12.3 (9.0, 21.7)
RR (IC à 95 %)	0.49 (0.29, 0.84)	-
SSP médiane[a], mois (IC à 95 %)	9.7 (6.9, 19.6)	6.9 (4.2, 9.7)
RR (IC à 95 %)	0.56 (0.31, 1.01)	-
TRO*, n (%)	30 (61.2)	15 (38.5)
Délai de réponse[a], mois (extrêmes)	1.4 (1.2-23.3)	2.6 (1.2-4.2)
SOUS-GROUPE CEO LOCALEMENT AVANCÉ ET TAP PD-L1 ≥ 5 %		
	TIS + CT (n = 25)	**PBO + CT (n = 20)**
SG médiane, mois (IC à 95 %)	26.4 (15,3, NE)	11.5 (8.6, 19.8)
RR (IC à 95 %)	0.37 (0.16, 0.83)	-
SSP médiane[a], mois (IC à 95 %)	13.2 (6.8, 30.2)	6.7 (4.2, 8.6)
RR (IC à 95 %)	0.44 (0.19, 1.02)	-
TRO*, n (%)	17 (68.0)	6 (30.0)
Délai de réponse[a], mois (extrême)	1.5 (1.2-23.3)	2.0 (1.2-2.7)

*Évalué par l'investigateur. CEO, carcinome épidermoïde de l'œsophage ; TRO, taux de réponse objective ; SG, survie globale ; PD-L1, ligand-1 de mort cellulaire programmée ; SSP, survie sans progression.

Résultats : Sur les 649 patients randomisés (TIS + CT, n = 326 ; PBO + CT, n = 323), 88 avaient un CEO LA (TIS + CT n = 49 ; PBO + CT n = 39). Au total, 46,6 % des patients (TIS + CT, 42,9 % ; PBO + CT, 51,3 %) ont reçu un traitement anticancéreux ultérieur et 23,9 % (TIS + CT, 18,4 % ; PBO + CT, 30,8 %) ont eu une radiothérapie ultérieure.

A la date de la collecte des données (22 août 2024), le suivi médian était de 49,8 mois pour le TIS + CT et 51,2 mois pour le PBO + CT, l'efficacité était supérieure avec le TIS + CT chez les patients atteints de CEO LA par rapport à PBO + CT de même que dans le sous-groupe de patients dont le score TAP PD-L1 était ≥ 5 % (Tableau).
Le profil de tolérance du TIS + CT dans le sous-groupe CEO LA concordait avec la population ITT. Les événements indésirables liés au traitement (EILT) du TIS + CT par rapport au PBO + CT étaient de 100 % contre 92,3 % (tous grades), 59,2 % contre 59,0 % (grade ≥ 3) et 28,6 % contre 20,5 % (graves). Le EILT de grade ≥ 3 le plus fréquent était la neutropénie dans les bras de traitement TIS + CT (26,5 %) et PBO + CT (10,3 %). Les EI immuno-médiés du TIS + CT par rapport à PBO + CT étaient de 40,8 % contre 12,8 %.

Conclusion : Dans cette analyse de sous-groupe de patients atteints de CEO LA, le tislélizumab associé à la chimiothérapie en première ligne montre des améliorations significatives de la survie, quelle que soit l'expression de PD-L1, et concordent avec les résultats dans la population globale. Ces résultats soutiennent l'utilisation du tislélizumab en association avec une chimiothérapie comme option de traitement de première intention pour les patients atteints de CEO LA non éligibles à une radiochimiothérapie ou une chirurgie.

Remerciements, financements, autres :
Ce résumé a été soumis au nom des investigateurs de l'étude RATIONALE-306. Les auteurs remercient les patients et leurs familles, les investigateurs, les co-investigateurs et les équipes d'études de chacun des centres participants. Cette étude a été sponsorisée par BeOne Medicines, Ltd. L'aide à la rédaction médicale fournie par Nitya Venkataraman (Parexel), a bénéficié du soutien de BeOne Medicines.

P.355

Anomalies transcriptomiques spécifiques des formes familiales des tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle : une étude du Groupe d'études des Tumeurs Endocrines (GTE-RENATEN)

T. Hunaut [1], A. Hercent [2], L. Gérard [3], A. Durand [3], T. Walter [3], E. Pasmant [2], T. Féron [4], N. Guedj [1], O. Hentic [1], G. Cadiot [4], J. Cros [1], L. de Mestier [1]
(1) Clichy ; (2) Paris ; (3) Lyon ; (4) Reims.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines (TNE) de l'intestin grêle sont généralement bien différenciées, localisées dans l'intestin grêle distal et pouvant produire de la sérotonine. Il s'agit d'une pathologie rare mais dont l'incidence augmente. Des agrégations familiales ont été décrites, introduisant la notion de tumeur carcinoïde familiale (TCF), définie par la présence d'au moins deux membres atteints dans la même famille. Quelques mutations ont été décrites dans certaines familles sans pouvoir généraliser ces résultats à d'autres familles et la physiopathologie de ces tumeurs reste mal connues.

Matériels et Méthodes : A partir de l'une des plus grandes cohortes existantes de TCF, l'ARN tumoral de 37 TCF (31 tumeurs primitives et 6 métastases hépatique ou ganglionnaires) a été analysé et comparé à l'ARN tumoral de 42 TNE sporadiques de l'intestin grêle (uniquement des tumeurs primitives). Une analyse en composante principale (ACP), un clustering hiérarchique non supervisé, une analyse d'expression différentielle et une Gene Set Enrichment analysis (GSEA) ont été réalisés.

Résultats : En analyse non supervisée (ACP et clustering hiérarchique), les TCF présentaient un clustering distinct mais incomplet incluant quelques tumeurs sporadiques. Le caractère multiple ou unique des tumeurs ne permettait pas d'expliquer le clustering. L'analyse d'expression génique différentielle a montré une régulation positive dans les TCF de gènes impliqués dans de grandes fonctions métaboliques en lien avec la prolifération et l'inflammation. Parmi eux, les gènes codant pour des galectines, pour des protéines liant IGF (insulin growth factor), pour une sémaphorine et pour la protéine YAP1 sont particulièrement régulés positivement. Enfin, la GSEA a montré un enrichissement de voies liées à la transition épithélio-mésenchymateuse, à l'inflammation et à la prolifération. Les analyses de sensibilité consistant à restreindre ces analyses aux échantillons issus uniquement des tumeurs primitives obtenaient les mêmes résultats. Enfin, les analyses comparant les tumeurs multiples aux tumeurs uniques sans tenir compte de leur origine familiale ou sporadique montrent une expression différentielle positive pour des gènes codant pour des immunoglobulines ainsi qu'un enrichissement de la voie de la transition épithélio-mésenchymateuse et de la signalisation du TNFalpha via NFkappaB.

Conclusion : L'analyse comparative du transcriptome des TCF montre un enrichissement génique et métabolique liés à la prolifération et à l'inflammation. Ces résultats permettent de mieux comprendre le paysage génomique des TNE de l'intestin grêle et d'envisager des pistes thérapeutiques. Ils vont également permettre d'orienter les analyses génétiques constitutionnelles à la recherche d'une anomalie associée à cette prédisposition héréditaire. Enfin, ces résultats semblent indiquer que les TNE du grêle multiples sont favorisées par des facteurs génétiques héritables mais également environnementaux.

Remerciements, financements, autres :
Financements : Bourse M2 Recherche Fondation ARC 2025, Bourse FARE 2025 (SNFGE), Prix de recherche du GTE 2016

P.357

Impact de l'âge sur l'efficacité et la tolérance du mFOLFIRINOX adjuvant après résection d'un adénocarcinome pancréatique : une étude multicentrique de l'AGEO

A. Besson [1], P. Artru [2], S. Mebarki [1], A.L. Védie [3], A. Turpin [4], É. Boisteau [5], A. Pellat [1], C. Fenioux [6], A. Boilève [7], E. Colle [7], R. Desgrippes [8], C. Locher [9], G. Goujon [1], E. Ragot [1], J. Taïeb [1], C. Gallois [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Clichy ; (4) Lille ; (5) Rennes ; (6) Créteil ; (7) Villejuif ; (8) Saint-Malo ; (9) Meaux.

Introduction : Le protocole mFOLFIRINOX est le traitement adjuvant standard après résection d'un adénocarcinome du pancréas depuis la publication de l'essai de phase III PRODIGE-24 en 2018 (Conroy et al., NEJM 2018). Cependant, seuls 19% des patients inclus avaient plus de 70 ans.
Cette étude en vie réelle visait à comparer l'efficacité et la tolérance du mFOLFIRINOX adjuvant entre les patients <70 ans et ≥70 ans.

Patients et Méthodes : Cette étude multicentrique rétrospective a inclus dans 12 centres de l'AGEO les patients ayant été opérés d'emblée pour un adénocarcinome du pancréas et ayant reçu au moins 1 cycle de mFOLFIRINOX en adjuvant depuis le 01/01/2018. Les toxicités grade 3-4 liées au traitement ont été recueillies selon le NCI-CTC AE v4.0. Les facteurs associés à la survie sans maladie (SSM) et la survie globale (SG) ont été évalués par modèles de Cox multivariés, incluant l'âge et les variables significatives en univarié.

Résultats : Au total, 278 patients ont été inclus, dont 40% (N=112) âgés de ≥70 ans et 18% (N=50) de ≥75 ans. La cohorte comprenait 50% de femmes, 60% de duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC), 24% de stade pT3-T4, 63% de stade pN+, 81% de résection R0, 86% d'adénocarcinomes de type canalaire. Parmi les complications opératoires on retrouvait 22% de fistules pancréatiques, 16% d'infection du site opératoire, sans différence significative selon le groupe d'âge. Le profil clinique au début du mFOLFIRINOX ne différait pas significativement selon l'âge ≥ ou <70 ans : ECOG-PS 0-1 (95 % *vs* 97 %), CA-19.9 ≥ 37 (25% *vs* 25%), IMC<18,5kg/m^2 (4,5 *vs* 6,8%), albuminémie <30g/L (9,6% *vs* 13,2%), perte de poids>10% (34% *vs* 43%), délai post-chirurgie (moyenne : 2,1 mois *vs* 2 mois).
En moyenne (N=271), les patients ≥70 ans recevaient des doses plus faibles de la dose totale recommandée de chimiothérapie au cycle 1 (oxaliplatine : 92 % *vs* 96 %; irinotécan : 87 % *vs* 91 %), moins de cycles de traitement (10 *vs* 11, p=0,007) et présentaient plus d'arrêts pour toxicité (irinotécan : 35 % *vs* 19 %, p=0,005 ; arrêt global du traitement : 19 % *vs* 7 %, p=0,03). En revanche, la fréquence des toxicités de grade 3-4 était comparable entre les 2 tranches d'âges (46% *vs* 41% p=0,5), sans différence significative sur chaque effet indésirable spécifique. Aucun décès toxique n'est survenu dans les 2 groupes. La seule variable associée significativement à l'incidence d'une toxicité grade 3-4 chez les patients de ≥70 ans étaient le stade pT3-T4 (OR : 2,5, IC95% :1,02-6,55 ; p=0,049), et celle associée à un arrêt du traitement pour toxicité était un score de comorbidités de Charlson ≥3 (OR : 2,9, IC95% :1,04-8,09 ; p=0,04).
Après un suivi médian de 44,3 mois (IC95% 39,0-48,8), les médianes de SSM et de SG étaient de 29,6 mois (IC95% 24,4-39,7) et 75,1 mois (IC95% 56-NA) chez les patients de ≥70 ans, et de 24 mois (IC95% 20,6-41,6) et 55 mois (IC95% 48,7-NA) chez les patients de <70 ans (HR :0,97, p=0,85 et HR :0,92, p=0,7). En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à une SSM plus courte étaient le stade pT3-T4 (HR :1,58, p=0,02), le stade pN+ (HR : 1,55, p=0,04), la résection R1 (HR :2, p=0,004) et le CA19.9 ≥ 37 en début du traitement (HR :3,04, p<0,001). Pour la SG, les seules variables associées significativement à une SG plus courte étaient le stade pN+ (HR : 1,83, p=0,047) et le CA19.9 ≥ 37 (HR :3,34, p<0,001). Dans ces 2 modèles, l'âge n'était pas pronostique.

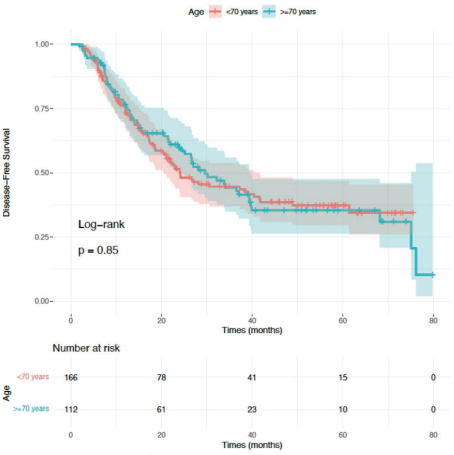


Figure 1 : Survie sans maladie en fonction de l'âge <70 ans ou ≥70 ans.

Conclusion : Chez les patients ≥70 ans, le mFOLFIRINOX adjuvant est associé à une réduction de la dose-intensité et à une fréquence plus élevée d'arrêts pour toxicité, mais sans différence de tolérance globale ni d'efficacité comparé aux patients plus jeunes. Une évaluation onco-gériatrique et une adaptation précoce des doses semblent essentielles pour optimiser l'accès à ce traitement potentiellement curatif chez les patients âgés.

P.358

Impact de la télésurveillance (TLS) en oncologie sur l'état nutritionnel et la qualité de vie (QdV) : étude de vraie vie multicentrique en France et en Belgique

C. Neuzillet [1], F. Scotté [2], E.E. Molina Beltran [1], M. Delaye [1], B. Raynard [2], D. Cardenas [2], A. Yazigi [3], M. Hilmi [1], L. Polastro [4], C. David-Basei [5], G. Ulmann [5], E. Heuzé [6], F. Duhoux [4], M.A. Borinelli-Franzoi [2], G.M. Camilleri [2], M. Valéry [2]

(1) Saint-Cloud ; (2) Villejuif ; (3) Paris ; (4) Bruxelles, BELGIQUE ; (5) Rueil-Malmaison ; (6) Saint-Ouen.

Introduction : La dénutrition chez les patients atteints de cancer, liée à la maladie et à ses traitements, affecte négativement le pronostic, la tolérance aux traitements et la qualité de vie. La détection précoce et la prise en charge de la dénutrition via la TLS en oncologie représente une approche prometteuse permettant un suivi en temps réel et des adaptations personnalisées. Cependant,l'impact de ce suivi sur l'état nutritionnel et son intégration dans la prise en charge en oncologie restent peu explorés.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus les patients traités pour cancer dans 110 centres en France et en Belgique avec un suivi en TLS (Resilience®), disposant d'au moins deux mesures de poids entre juin 2022 et avril 2025. Trois groupes ont été définis selon la variation du poids à 1 mois : poids stable ou gain de poids (PS/GP) (<1% de variation), perte de poids intermédiaire (PPI) (1-5%) et perte de poids significative (PPS) (>5%). Nous avons analysé les caractéristiques des patients, le score MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), la symptomatologie, l'activité physique, ainsi que l'impact des alertes de TLS sur le poids et la QdV (questionnaire EORTC QLQ-C30).

Résultats : 7 091 patients ont été inclus au total, dont 1 703 patients atteints de cancers digestifs (24,0%). À 1 mois, les patients étaient pour 66,9% (n=4 739) avec un PS/GP, 29,2% PPI (n=2 074) et 3,9% PPS (n=278). Pour les cancers digestifs, la répartition était 60,7%/33,3%/6,0%. Le poids initial était plus bas chez les PPS (70,9 kg [69,1–72,7]) comparé aux PS/GP (71,4 kg [71,0–71,8]) et PPI (72,9 kg [72,5–73,3]) (p<0,001). Les scores MUST étaient significativement plus élevés chez les PPS au départ (1,2 *vs* 0,8 *vs* 0,7, p<0,001) et lors du dernier suivi (1,8 *vs* 0,7 *vs* 0,8, p<0,001). Le score MUST était significativement plus élevé chez les patients atteints d'un cancer digestif *vs* les autres localisations tumorales (1,04 [0,00 – 1,09] *vs* 0,90 [0,87 – 0,93], p<0,001). Les patients PPS présentaient à l'inclusion plus de constipation sévère, de fatigue et de douleurs, et à 12 semaines plus d'anorexie et de vomissements. Les taux d'alertes sur le poids en TLS étaient reliés à l'importance de la perte de poids (PPS 50,3% *vs* PPI 22% *vs* PS/GP 8,7%, p<0,001). Trente jours après une alerte, la variation de poids différait significativement entre les groupes (PPS -1,8% *vs* PPI -0,8% *vs* PS/GP +0,1%, p<0,001). L'activité physique déclarée était moins favorable chez les PPS (43,9% *vs* PS/GP 51,9% *vs* PPI 47,8%, p=0,006). La QdV globale mesurée par le QLQ-C30 était inversement associée à l'importance de la perte de poids (score : 70,3 *vs* 75,9, *vs* 79,2 p<0,001). D'autres résultats spécifiques aux patients atteints de cancers digestifs seront présentés.

Conclusion : La dénutrition représente un problème majeur chez les patients atteints de cancers, en particulier digestifs, et recevant divers traitements, impactant négativement leur qualité de vie. La TLS offre une approche précieuse pour dépister et gérer précocement la dénutrition, et semble efficace pour limiter la perte de poids.

P.359

Cartographier le multiverse des cancers pancréatiques exocrines rares : stratification histo-moléculaire d'une cohorte d'un centre français d'oncologie digestive

A. Besson [1], M.A. Bani [2], C. Smolenschi [2], P. Dartigues [2], A. Hollebecque [2], G.M. Camilleri [2], L. Diebakate [2], A. Megherbi [2], V. Boige [2], T. Pudlarz [2], M. Valéry [2], A. Fuerea [2], M. Gelli [2], E. Fernandez-De-Sevilla [2], M. Ducreux [2], A. Boilève [2]

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique (PDAC) représente l'immense majorité des tumeurs exocrines du pancréas et se caractérise par une architecture tubulo-ductulaire infiltrante, un stroma desmoplasique et un noyau génomique dominé par les altérations de KRAS, TP53, CDKN2A et SMAD4 [1]. Plusieurs variants histologiques définis par l'OMS (2019) possèdent des phénotypes, des paysages moléculaires et des trajectoires cliniques spécifiques : le carcinome adénosquameux (pronostic défavorable, différenciation bilinéaire), le carcinome colloïde (souvent dérivé d'un néoplasme intrapapillaire intestinal, enrichi en GNAS/KRAS, évolution plus indolente), le carcinome médullaire (architecture syncytiale, fréquemment MMR-déficient ou POLE-muté, sensible à l'immunothérapie), le carcinome à cellules peu cohésives (incluant des cellules en bague à chaton, parfois lié à des anomalies d'adhérence), et les formes indifférenciées avec ou sans cellules géantes ostéoclastiques (biologie hétérogène, microenvironnement particulier) [2–4]. Des entités exocrines rares complètent le spectre notamment le carcinome acinaire (réarrangements RAF, altérations de la réparation de l'ADN), pancréatoblastome (activation Wnt/CTNNB1/APC) [5], et tumeur pseudopapillaire solide (CTNNB1 exon 3) [6,7], chacune avec des marqueurs immunohistochimiques et des implications thérapeutiques distinctes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée dans un centre tertiaire. Toutes les tumeurs pancréatiques exocrines non pseudopapillaires identifiées en anatomopathologie ont été relues et classées selon l'OMS 2019.
47 tumeurs ont été incluses (mucineux/colloïde n=14 ; adénosquameux n=11 ; épidermoïde n=1 ; acinaire n=7 ; pancréatoblastome n=6 ; indifférenciées n=6 et médullaire n=1). Les variables clinico-pathologiques, le stade au diagnostic et les données de biologie moléculaire disponibles ont été extraites. Les survies globale (SG) et sans progression (SSP) ont été estimées (Kaplan-Meier) depuis (i) le diagnostic métastatique et (ii) la 1ère chimiothérapie.
Pour l'analyse statistique, nous les avons regroupés en 5 groupes : mucineux/colloïde (14 patients), adénosquameux/épidermoïde (12 patients), acinaire (7 patients), pancréatoblastome (6 patients) et autres (14 patients).

Résultats : L'ensemble de la cohorte comprenait 61,7 % d'hommes ; l'âge était pédiatrique pour les pancréatoblastomes (médiane 9,3 ans) et autour de la soixantaine pour les autres sous-types (52 ans acinaire, 65 ans adénosquameux, 67 ans colloïde, 63 ans autres).
Au diagnostic, 42,5 % (n = 20) présentaient une maladie métastatique (pancréatoblastome 66,7 % ; adénosquameux 16,7 %) ; les sites d'atteinte les plus fréquents étaient le foie (42,5 %), le péritoine (19,2 %), le poumon (8,5 %) et les ganglions (6,4 %). Pour les tumeurs localisées, 17 étaient d'emblée résécable, 4 borderline et 6 localement avancée. Parmi les patients opérés, 100 % (n=19) ont reçu une chimiothérapie adjuvante.
La SG depuis le diagnostic métastatique variait selon le sous-type : plus défavorable pour les adénosquameux (médiane 7,1 mois ; IC95 % 1,9-non atteint) et nettement prolongée pour les pancréatoblastomes (médiane 116,2 mois ; IC95 % 116,2-non atteint). Depuis la première chimiothérapie, la médiane de SG était de 6,7 mois (IC95 % 6,4-NA) pour les adénosquameux, 10,9 mois (5,9-NA) pour les colloïdes, 14,5 mois (14,5-NA) pour les acinaires, 18,4 mois (11,2-NA) pour les pancréatoblastomes et 21,6 mois (16,2-NA) pour le groupe « autres » (Figure 1). Cela montre une potentielle différence d'efficacité du protocole standard de traitement selon le sous-type histologique. La SSP montrait une tendance

concordante, suggérant une moindre sensibilité des formes adénosquameuses.

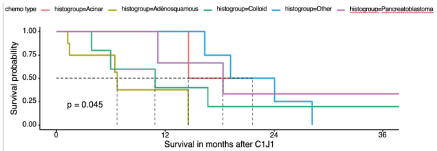


Figure 1 : SG depuis le début du traitement

Des données de biologie moléculaire étaient disponibles pour 5 patients du groupe acinaire, 11 du groupe adénosquameux, 5 du groupe colloïde et pour 4 pancréatoblastomes. Une instabilité microsatellitaire a été observée chez 2 patients : 1 dans le groupe acinaire et 1 dans celui colloïde. Toutes les tumeurs adénosquameuses présentaient des altérations de ACVR1B et AKT, 36,4% étaient mutées CDKN2A, 100% pour TP53 et 90,9% pour KRAS dont 66,7% de G12D. Parmi les pancréatoblastomes, nous avons retrouvé 1 mutant CDKN2A, 3 pour CTNNB1, 1 pour KEAP1 et 1 pour RB1, tous étaient MSS et KRAS sauvage.

Conclusion : Cette série illustre la forte hétérogénéité clinique et évolutive des cancers pancréatiques exocrines rares : pronostic défavorable et réponse limitée aux chimiothérapies usuelles dans les formes adénosquameuses, contre des trajectoires plus favorables pour les pancréatoblastomes et certaines tumeurs colloïdes. Les signatures moléculaires observées renforcent l'intérêt d'une sous-typisation histo-moléculaire systématique pour orienter essais thérapeutiques et stratégies de médecine de précision. Des études à plus grande échelle sont nécessaires afin de mieux comprendre ces tumeurs rares, leurs évolutions et éventuels traitements spécifiques.

P.360

Efficacité en vie réelle de la première ligne dans les adénocarcinomes du pancréas métastatiques

M. Debiais [(1)], A. Tarabay [(1)], S. Blanchet-Deverly [(1)], G.M. Camilleri [(1)], A. Megherbi [(1)], L. Diebakate [(1)], M. Collin [(1)], A. Hollebecque [(1)], C. Smolenschi [(1)], M. Valéry [(1)], T. Pudlarz [(1)], A. Fuerea [(1)], V. Boige [(1)], M. Ducreux [(1)], A. Boilève [(1)]

(1) Villejuif.

Introduction : Les adénocarcinomes pancréatiques métastatiques (mPDAC) ont un pronostic défavorable. La première ligne (L1) est le plus souvent basée sur le FOLFIRINOX (FFX) et la combinaison gemcitabine nab-paclitaxel (GN). L'objectif était d'évaluer l'impact clinique des principales chimiothérapies utilisées en L1 chez des patients non sélectionnés, traités pour un mPDAC.

Patients et Méthodes : Analyse descriptive rétrospective des données issues des dossiers médicaux de tous les patients traités en L1 pour un mPDAC entre 2010 et 2024 dans un centre tertiaire.

Résultats : Sur 1 012 patients inclus : 48% de femmes, âge médian 63 ans, 91% PS 0-1. Parmi eux, 316 avaient reçu de la chimiothérapie au stade non métastatique, la majorité par FFX. Les métastases étaient principalement hépatiques (67%), pulmonaires (20%) et péritonéales (20%), synchrones chez 66% des patients.
Un profil moléculaire tumoral et/ou sanguin était disponible pour 457 patients (45%). Les mutations de KRAS et de TP53 étaient retrouvées respectivement chez 79% et 71% des patients. Les marqueurs tumoraux sanguins étaient informatifs dans 88% des cas, principalement le CA 19-9 (médiane de 1899 [310-10 000] UI/mL à C1J1).
Les schémas de L1 étaient : FFX (n=621, 61%), GN (n=78, 8%), gemcitabine monothérapie (Gem) (n=141, 14%), et autres (n=172, 17%). Comparativement au groupe GN, les patients ayant reçu du FFX étaient plus jeunes (61 *vs* 65 ans, p<0,0001) et en meilleur état général (PS ≥ 2 : 4% *vs* 13%, p<0,0001). Les patients les plus fragiles étaient ceux du groupe Gem avec une médiane de 71 ans, et un PS ≥ 2 chez 24% des patients. La part de patients prétraités au stade non métastatique représentait 18% (n=111) du groupe FFX, 65% (n=51) pour le GN, 49% (n=69) pour la Gem et 49% (n=85) pour les autres traitements.
Le taux de réponse objective était de 32% dans la population globale, 41% pour le FFX, 17% pour le GN, 9% pour la Gem et 21% dans le groupe autres. La survie globale médiane (mOS) était de 14,5 mois (IC95% [13,3-15,8]) pour le FFX, 12,4 [9,4-21,9] pour le GN, 7,9 [6,5-10,7] pour la Gem et 9,2 [7,2-13,1] si autres (p<0,0001). La survie sans progression (PFS) médiane respective était de 7,0 mois (IC95% [6,5-7,9]), 5,4 [4,0-8,3], 4,9 [3,6-6,0] et 5,6 [3,6-7,0] (p=0,01).
Les hospitalisations concernaient 312 patients (35%) en L1, avec une durée cumulée médiane de 14 jours. On notait plus d'hospitalisations dans le groupe Gem (57 patients, 47%). Les patients du groupe FFX étaient significativement moins hospitalisés (169 soit 31%, contre 143 soit 42% pour tous les autres groupes confondus, p<0,0008). Les toxicités représentaient 4% des motifs d'arrêt de traitement dans la population totale, la survenue du décès du patient ou une progression tumorale en expliquant respectivement 10% et 67%.
Une analyse multivariée a également été réalisée, en faveur d'une influence négative sur la survie globale d'un traitement autre que le FFX en L1 (hazard ratio (HR) 1,40, IC95% [1,17-1,68], p=0,0003) et de la présence de métastases hépatiques (HR 1,59 [1,33-1,91], p<0,0001). L'absence de mutation KRAS était un facteur pronostique favorable (HR 0,83 [0,71-0,97], p=0,02).

Conclusion : Le FFX était, dans cette large cohorte en conditions réelles, associé à un taux de réponse objective, une PFS et une OS supérieurs aux autres schémas, confirmant sa place de standard thérapeutique en L1.

P.361

Relation concentration du ramucirumab et survie chez les patients traités pour un adénocarcinome œso-gastrique avancé : étude ancillaire de l'essai PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE

T. Lecomte [1], O. Le Tilly [1], C. Flambard [1], M.P. Galais [2], D. Lopez-Trabada-Ataz [3], T. Aparicio [3], P.L. Etienne [4], D. Tougeron [5], O. Bouché [6], C. Desvignes [1], E. François [7], C. Louvet [3], T. Bejan-Angoulvant [1], G. Paintaud [1], D. Ternant [1], A. Lièvre [8]

(1) Tours ; (2) Caen ; (3) Paris ; (4) Plérin ; (5) Poitiers ; (6) Reims ; (7) Nice ; (8) Rennes.

Introduction : Le ramucirumab, anticorps monoclonal anti-VEGFR2, est indiqué en 2nd ligne dans le traitement des cancers avancés de l'estomac ou de la jonction œso-gastrique. Les relations entre l'exposition au ramucirumab, son occupation de la cible et son efficacité peuvent être analysées via une modélisation mathématique conjointe de la pharmacocinétique (PK) et de la survie (modèles « time-to-event », TTE). L'objectif de cette étude ancillaire pharmacologique de l'essai PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE était d'analyser les sources de variabilité de réponse au ramucirumab pour mieux estimer le bénéfice apporté aux patients.

Patients et Méthodes : Les données analysées proviennent de l'essai de phase II randomisé 1:1 PRODIGE 55-FFCD-SOCRATE (NCT03760822) qui a inclus 112 patients âgés de plus de 70 ans, présentant un adénocarcinome œsogastrique avancé, traités par ramucirumab IV (ramucirumab +/- paclitaxel) toutes les 2 semaines (8 mg/kg J1 et J15, cycles de 28 jours) jusqu'à progression ou intolérance. Les concentrations sériques de ramucirumab (C0 et Cmax) ont été mesurées par une technique ELISA validée lors des 2 premiers cycles de chimiothérapie. Un modèle PK-TTE décrivant conjointement la PK du ramucirumab et la survie globale (SG) a été développé. L'effet de l'exposition au ramucirumab et de l'occupation de la cible sur la SG (modulation de la fonction de risque) a été étudié. Les covariables retenues dans le modèle final étaient la taille, l'albuminémie, la clairance de la créatinine, la CRP et le stade métastatique.

Résultats : 70 patients (31 dans le bras ramucirumab seul, 39 dans le bras ramucirumab + paclitaxel) ont été inclus dans l'analyse ancillaire pharmacologique. Caractéristiques des patients : âge moyen : 78 ans (extrêmes: 70-87) ; femme 28,6 % ; forme métastatique 94 % (39 patients avec >1 métastase ; 33 avec métastase hépatique) ; forme localement avancée 6 %. Le modèle final décrivait une PK bicompartimentale avec une clairance linéaire couplée à une élimination du ramucirumab par sa cible (« target-mediated drug disposition », TMDD) et la fonction de risque de décès était log-logistique. La SG médiane poolée des patients exposés au ramucirumab était de 7,6 mois (IC95% : [6,3-10,6]). Les concentrations de ramucirumab à J14 variaient de 119,3 à 402,6 mg/L au pic (médiane = 262 mg/L) et de 10,8 à 63,2 mg/L en résiduel (médiane = 28,5 mg/L). L'analyse conjointe PK-TTE a montré une augmentation significative de la SG avec le taux d'occupation de la cible antigénique par l'anticorps (delta -2 log-vraisemblance du modèle avec occupation de la cible *vs* survie estimée de manière indépendante : -45,10). Pour un individu « typique », le rapport des risques de décès entre une posologie permettant d'atteindre 15 mg/L ou 30 mg/L à la première résiduelle à J14 serait HR = 1,74 (IC95% : [1,51 -2,00]). Les co-variables associées à une concentration plus élevée de ramucirumab étaient l'albuminémie (diminution de la clairance) et celles associées à une concentration plus faible étaient la taille (augmentation du volume de distribution) et la clairance de la créatinine (augmentation de la quantité d'antigènes). Les co-variables associées à un sur-risque de décès indépendamment de la concentration étaient la CRP (HR = 1,18 pour une différence de +10 mg/L à l'inclusion) et le nombre de métastases (HR = 1,68 si au moins 2 métastases).

Conclusion : Il s'agit de la première étude décrivant de manière conjointe la pharmacocinétique du ramucirumab, son occupation de cible, et de son effet sur la SG dans les adénocarcinomes œso-gastriques avancés. Ces résultats confirment que la variabilité interindividuelle d'exposition au ramucirumab est cliniquement pertinente dans cette indication et soutiennent le développement du suivi thérapeutique pharmacologique pour optimiser l'administration du ramucirumab en oncologie.

Remerciements, financements, autres :
Le laboratoire Lilly pour la fourniture du ramucirumab et pour son soutien financier. Toute l'équipe de la FFCD. Les auteurs remercient également les autres investigateurs, attachés de recherche clinique et techniciens d'essais cliniques des centres participants ainsi que les patients ayant participé à l'étude.

P.362

Évaluation de l'intérêt d'une polychimiothérapie par XELOXIRI-3 chez des patients âgés ou fragiles atteints d'un adénocarcinome pancréatique avancé : étude ALIX

I. Leveque [(1)], A. Vienot [(1)], M. Kroemer [(1)], L. Vuitton [(1)], M. Stouvenot [(1)], C. Borg [(1)]
(1) Besançon.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) touche majoritairement la population âgée (>70 ans), souvent inéligible au protocole de référence par FOLFIRINOX dans les formes métastatiques ou localement avancés en raison de leur fragilité. La prise en charge de ces patients est complexe du fait d'une grande hétérogénéité et la nécessité d'une évaluation oncogériatrique standardisée. La gemcitabine souvent proposée à ces patients a un bénéfice clinique limité. L'objectif est d'évaluer un protocole de polychimiothérapie par XELOXIRI-3 adapté pour limiter les toxicités et augmenter l'efficacité.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'étude de phase II, prospective, multicentrique française, non comparative, randomisée (2:1), incluant des patients ≥75 ans ou 65–75 ans fragiles inéligibles au FOLFIRINOX. Les patients recevaient soit un schéma par XELOXIRI-3 (capécitabine 625 mg/m² 2x/j J1–7, oxaliplatine 85 mg/m² J1, irinotécan 50–90 mg/m² J3, cycles de 14 j), soit gemcitabine (1000 mg/m² J1,8,15/28 j) après une évaluation oncogériatrique standardisée. Nous avons évalué le taux de survie sans progression (SSP) à 6 mois avec une analyse de la survie globale (SG), la toxicité, l'évaluation oncogériatrique et la qualité de vie

Résultats : De juillet 2019 à février 2023, 25 patients ont été sélectionnés et 19 patients ont été randomisés (10 dans le groupe XELOXIRI-3, 9 dans le groupe gemcitabine). Les inclusions se sont arrêtées précocement en raison d'une surtoxicité clinique dans le bras XELOXIRI-3. La médiane d'âge était de 78.9 ans (IQR : 76.5-80.7) avec un ECOG à 1 (n=12, 66.7%) et un score G8 à 10.5 (IQR 8-12). Le taux de SSP à 6 mois était de 30% dans le bras XELOXIRI-3 et 44% dans le bras gemcitabine. La SG médiane était de 6.3 mois (IC 95%, 1.9-8.9) pour le bras XELOXIRI-3 et 8,9 mois (IC 95%,0.7-18.5) dans le bras gemcitabine. Des toxicités ≥ grade 3 ont été observées chez 70% des patients sous XELOXIRI-3, principalement digestives (60 %) et neutropénie (10%), entraînant 4 arrêts de traitement. On note une détérioration de la qualité de vie plus rapide sous XELOXIRI-3 (3,3 mois (IC 95%, 0.5-5.2)) contre 6,5 mois (IC 95%, 0.8-14.4).

Conclusion : Le protocole XELOXIRI-3 s'est révélé trop toxique et sans bénéfice d'efficacité ni en qualité en vie chez les patients âgés fragiles atteints d'un AP avancé. Malgré un manque de puissance en lien avec un faible effectif, elle a permis d'étudier une population souvent exclue des essais cliniques et pour laquelle on manque de données. Ces résultats soulignent la nécessité d'une sélection oncogériatrique fine et des adaptations thérapeutiques spécifiques dans cette population. Actuellement l'association gemcitabine et nabpaclitaxel reste une alternative possible dans cette population.

P.363

Etude de la composition corporelle chez les patients traités par (chimio)embolisation hépatique suivie d'un traitement par évérolimus pour une tumeur neuroendocrine digestive métastatique

M. Cristofoli [(1)], A. Dolly [(1)], C. Lepage [(2)], E. Barbier [(2)], R. Coriat [(3)], F.X. Caroli-Bosc [(4)], E. Baudin [(5)], J. Hadoux [(5)], G. Cadiot [(6)], K. Bouhier-Leporrier [(7)], M. Duluc [(8)], C. Lepere [(3)], O. Hentic [(9)], F. Di Fiore [(10)], D. Smith [(11)], C. Petorin [(12)], T. Aparicio [(3)], A.C. Dupont-Gossart [(13)], R. Guimbaud [(14)], T. Walter [(15)], T. Lecomte [(1)]
(1) Tours ; (2) Dijon ; (3) Paris ; (4) Angers ; (5) Villejuif ; (6) Reims ; (7) Caen ; (8) Marseille ; (9) Clichy ; (10) Rouen ; (11) Bordeaux ; (12) Clermont-Ferrand ; (13) Besançon ; (14) Toulouse ; (15) Lyon.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines (TNE) digestives constituent un groupe hétérogène dont le pronostic dépend essentiellement du grade tumoral. La sarcopénie évaluée notamment par la mesure de la masse musculaire est un facteur pronostique et prédictif des effets des traitements dans la plupart des cancers, mais cela a été peu étudié dans les TNE. L'objectif de ce travail est de décrire la composition corporelle et d'étudier sa valeur pronostique et/ou prédictive des effets des traitements chez des patients traités par (chimio)embolisation hépatique suivie d'un traitement par évérolimus pour une TNE digestive métastatique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude ancillaire d'un essai de phase II qui a évalué l'apport de l'évérolimus après (chimio)embolisation hépatique chez les patients présentant une TNE métastatique hépatique. Les coupes L3 des scanners abdominaux ont été analysées pour déterminer le statut sarcopénique initial et des paramètres corporels ajustés au sexe : l'index de surface du muscle squelettique (SMI), l'index de masse grasse viscérale (VATI), l'index de masse grasse sous-cutané (SATI), la masse maigre totale estimée (LBM), la masse grasse totale estimée (WFM) et la densité du muscle squelettique (SMD). Le statut sarcopénique était défini à partir du SMI selon les seuils suivants : < 43 cm²/m² si IMC < 25 kg/m² ou < 53 cm²/m² si IMC ≥ 25 kg/m² chez les hommes et < 41 cm²/m² chez les femmes, quel que soit l'IMC. Les données cliniques ont été décrites en fonction du statut sarcopénique initial (présence ou absence de sarcopénie) et comparées grâce à un test du chi2 ou fisher pour les variables qualitatives, ou test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Les données d'efficacité comprennent la survie sans progression (SSP), la SSP hépatique (SSPh), et la survie globale (SG). La tolérance des traitements a également été analysée (survenue d'une toxicité de grade ≥ 3). Les analyses uni / multivariées ont été réalisées par régression logistique pour la toxicité et par modèle de Cox pour les survies. Les paramètres corporels ont également été évalués au cours du suivi.

Résultats : Soixante-quatre patients ont été inclus dans l'étude ancillaire. L'âge médian était de 66 ans (43– 80 ans) et la cohorte comptait 44% de femmes. La répartition des TNE était équilibrée, avec 50 % de grade 1 et 50 % de grade 2. La prévalence de la sarcopénie à l'inclusion était de 41 %. Le statut sarcopénique était significativement associé à un faible IMC (< 20 kg/m²) (23,1 % *vs* 2,6 % ; p = 0,043), bien que 76,9% des patients sarcopéniques avait un IMC ≥ 20 kg/m². Il était également associé à une concentration supérieure à la normale supérieure (>LSN) de phosphatases alcalines (46,2% *vs* 15,8% ; p=0,022). Aucune association significative n'a été observée entre la sarcopénie et la survie (SSPh, SSP, SG). Les médianes de survies selon le statut sarcopénique initial (présent *vs*. absent) étaient les suivantes : SSPh 19,5 *vs*. 15,6 mois (NS) ; SSP 17,5 *vs*. 15,1 mois (NS) ; SG non atteinte *vs*. 44,6 mois (NS). En analyse multivariée, un envahissement hépatique >50% était un facteur de mauvais pronostic pour la SG (HR : 2,54 ; p=0,033). Aucun paramètre corporel n'était significativement associé ni aux survies ni à la tolérance des traitements. Ces paramètres corporels n'ont pas montré d'évolution significative au cours du suivi.

Conclusion : Contrairement à ce qui observé dans la plupart des cancers avancés, la sarcopénie et les paramètres

de composition corporelle ne semblent pas être des facteurs pronostiques chez les patients traités par la séquence (chimio)-embolisation hépatique puis évérolimus pour une TNE avancée. Les paramètres de composition corporelle ne semblent pas associés à la tolérance des traitements, et montrent peu de variations au cours du suivi.

Remerciements, financements, autres :

Les auteurs remercient vivement les investigateurs, attachés de recherche cliniques et techniciens d'essais cliniques des centres participants, pour le recueil des données ; ainsi que les patients ayant participé à l'étude.
Source de financement : L'étude princeps a reçu des financements de Novartis

P.364

Évaluation rétrospective monocentrique du schéma GEMNAB en seconde ligne dans le cancer du pancréas métastatique : comparaison avec l'étude GEMPAX

A. Zennou [(1)], S. Mohamed [(1)], H. Boutallaka [(1)], J.M. Phelip [(1)], N. Williet [(1)]

(1) Saint-Étienne.

Introduction : Après échec du FOLFIRINOX, la gemcitabine reste le traitement de référence en seconde ligne dans le cancer du pancréas métastatique. Le protocole GEMPAX (Gemcitabine + Paclitaxel) n'est pas supérieure à la Gemcitabine seule, mais reste toutefois une option dans le TNCD, particulièrement dans les maladies menaçantes et/ou symptomatiques du fait d'un meilleur taux de réponse objective (TRO) et d'une meilleure survie-sans-progression (SSP) rapportés dans la phase III du même nom [1]. A l'internationale, le GEMNAB (Gemcitabine + Nab-Paclitaxel) est une option de 2ème ligne largement prescrite depuis plusieurs années alors qu'aucune étude de phase III vient argumenter son utilisation dans cette situation. Aucune preuve n'est faite non plus sur le bénéfice du caractère nano-encapsulé du Nab-paclitaxel par rapport au Paclitaxel.
L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du schéma GEMNAB (gemcitabine + nab-paclitaxel) en seconde ligne chez des patients atteints de cancer du pancréas métastatique après échec du FOLFIRINOX en première ligne, et comparer les résultats à ceux de l'étude GEMPAX.

Matériels et Méthodes : À ce jour, l'étude est rétrospective monocentrique et inclue 79 patients traités par GEMNAB entre 2019 et 2025, répondant aux critères d'inclusion : cancer du pancréas métastatique, et traitement par FOLFIRINOX en première ligne.
Les caractéristiques cliniques et biologiques ont été comparées à ceux de l'étude GEMPAX [1] par des test de Chi2 ou de Fisher. La survie globale (SG) et la SSP ont été estimées par les courbes de Kaplan Meier et comparées de manière descriptive à ceux de l'étude GEMPAX.

Tableau1. Principales caractéristiques comparées à l'étude GEMPAX

	Notre cohorte GEMNAB, (n=79)	*Étude GEMPAX (bras GEMPAX, n=140)*	*Valeur de p*
Sexe - Femme	*33 (41,8%)*	*53 (37,9%)*	*0,67*
Localisation primaire - Tête	*38 (48,1%)*	*62 (44,3%)*	*0,65*
- Corps	*26 (32,9%)*	*43 (30,7%)*	*-*
- Queue	*15 (19,0%)*	*34 (24,3%)*	*-*
Metastases au diagnostic	*51 (64,6%)*	*105 (75,0%)*	*0,07*
ECOG PS à l'inclusion 0-1	*70 (88,6%)*	*122 (87,1%)*	*0,92*
Durée de SSP en 1re ligne < 6 mois	*55 (69,6%)*	*59 (42,1%)*	*<0,001*
Neuropathies périphériques – Tous grades	*28 (35,4%)*	*37 (26,4%)*	*0,72*
- Grade 1	*23 (29,1%)*	*28 (20,0%)*	*-*
- Grade 2	*5 (6,3%)*	*10 (7,1%)*	*-*

Notes: ECOG PS: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; SSP: Survie-sans-progression

Résultats : Les patients de notre centre avaient un âge médian de 66 ans, avec 58,2% d'hommes et 88,6% de patients ayant un PS ECOG 0-1. Le nombre médian de cycles était de 4 pour la gemcitabine et 3 pour le nab-paclitaxel. La tumeur primitive était localisée préférentiellement dans la tête (48,1%) ou dans le corps (32,9%). Les neuropathies séquellaires au FOLFIRINOX étaient au départ de grade 1 (29,1%) ou de grade 2 (6,3%). Aucune de ces caractéristiques ne différait de la population de l'étude GEMPAX (Tableau 1). Seule une durée de SSP<6 mois sous FOLFIRINOX était plus

fréquente (69,6%) dans notre population par rapport à celle de l'étude GEMPAX (bras GEMPAX : 42,1% ; P<0,001).
Les réponses au traitement selon les critères RECIST ne différaient pas de l'étude GEMPAX (P=0,50) : stabilité dans 36,7% des cas, réponse objective dans 20,2%, et progression dans 34,2% (Tableau 2). La médiane de SSP était de 4,0 mois (IC95% : 3,5-5,6) contre 3,1 mois (IC95% : 2,2-4,3) dans l'étude GEMPAX, avec des taux à 6 mois de 29,1% (IC95% : 20,6-41,1%) contre 28,8%, respectivement (Figure 1). La médiane de SG était de 6,7 mois (IC95% : 5,9-7,6) contre 6,4 mois (IC95% : 5,2-7,4) dans l'étude GEMPAX, avec des taux à 12 mois de 19,6% (IC95% : 12,4-31,0%) contre 18,0%, respectivement (Figure 2).
Les toxicités limitantes étaient les neuropathies (22,8%), la thrombopénie (15,0%) et l'asthénie (13,0%) avec une hospitalisation dans 17,0% des cas et un arrêt définitif du traitement pour toxicité dans 8,0% des cas.

Tableau 2. Principaux résultats de notre cohorte comparés à ceux de l'étude GEMPAX

	Notre cohorte GEMNAB, (n=79)	Etude GEMPAX (Bras GEMPAX, n=140)	Valeur de P
Réponse au traitement (%)			0,50
Réponse objective	18 (20,2%)	24 (17,1%)	-
Stabilité	29 (36,7%)	50 (36,5%)	-
Progression	24 (34,2%)	51 (37,2%)	-
Survie sans progression			
Médiane SSP (mois)	4,0 (IC95%: 3,5-5,6)	3,1 (IC95%: 2,2-4,3)	-
Taux SSP à 6 mois (%)	29,1% (IC95%: 20,6-41,1%)	28,8% (IC95%: 21,5-36,4)	-
Survie globale			
Médiane SG (mois)	6,7 (IC95%: 5,9-7,6)	6,4 (IC95%: 5,2-7,4)	-
Taux SG à 12 mois (%)	19,6% (IC95%: 12,4-31,0%)	18,0% (IC95%: 12,1-24,8%)	-

Notes : SG : Survie globale ; SSP : Survie-sans-progression

Figure 1 : survie-sans-progression dans notre cohorte de patients traités par GEMNAB en seconde ligne mise en parallèle avec celles de l'étude GEMPAX

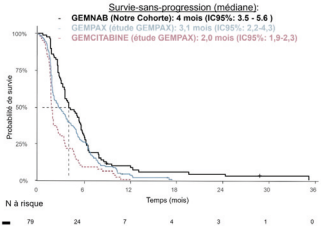
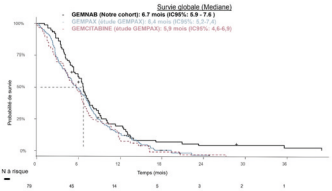


Figure 2 : survie globale dans notre cohorte de patients traités par GEMNAB en seconde ligne mise en parallèle avec celles de l'étude GEMPAX



Conclusion : Cette étude rétrospective monobras suggère que le schéma GEMNAB en seconde ligne offre des résultats d'efficacité et de tolérance très similaires à ceux de l'étude GEMPAX, sans signal d'amélioration cliniquement pertinent. En l'absence de remboursement du nab-paclitaxel en France et au vu de ces résultats équivalents, son utilisation dans cette indication ne pourrait être recommandée.
Dans la continuité de ce projet, deux études complémentaires sont en cours : une analyse rétrospective AGEO comparant directement GEMPAX et GEMNAB en pratique courante, et une étude FFCD-AGEO confrontant les patients français traités par GEMNAB au bras gemcitabine "synthétique" de l'essai GEMPAX.

P.365

Etude ReCAP Tou : rechallenge des alkylants chez des patients traités pour une tumeur neuroendocrine bien différenciée avancée

S. El Hachem [(1)], C. Couteau [(1)], M. Danjoux [(1)], L. Dierickx [(1)], J. Selves [(1)], N. Carrere [(1)], R. Guimbaud [(1)], M. Jaffrelot [(1)]

(1) Toulouse.

Introduction : La chimiothérapie est un traitement de 1ère ligne des TNE pancréatiques avancées progressives et de 2e ligne ou plus pour les TNE non pancréatiques. Les combinaisons à base d'agents alkylants, dont le CAPTEM (capécitabine + témozolomide), font partie des schémas recommandés (1, 2). En cas de contrôle tumoral, la durée optimale de traitement n'est pas définie et pourrait se limiter à 6-12 mois, en raison du risque de toxicité à long terme des alkylants, avec possibilité de réintroduction à progression. Cependant, l'efficacité de la réintroduction du même schéma n'a été évaluée que dans une seule étude (3). L'objectif de cette étude rétrospective monocentrique est d'évaluer, dans une nouvelle série, l'efficacité et la tolérance d'un « rechallenge » par agents alkylants.

Patients et Méthodes : Les patients (pts) ont été sélectionnés à partir des fiches de RCP RENATEN de 2014 à 2024. Les critères d'inclusion étaient : TNE grade 1 à 3 histologiquement prouvée, avancée non résécable ; traitement par alkylant ayant permis une stabilisation ou une réponse morphologique d'une durée minimale de 6 mois ; rechallenge d'un agent alkylant à progression. Ont été exclus les pts présentant un carcinome neuroendocrine et ceux ayant eu moins de 3 cycles avant la pause thérapeutique.
Le critère de jugement principal était le taux de survie sans progression (SSP) après rechallenge des alkylants. Les critères de jugement secondaires étaient le taux de contrôle tumoral et la toxicité.

Résultats : Sur la période d'inclusion, 165 pts ont reçu au moins une séquence thérapeutique à base d'alkylants. Sur ces 165 pts, 21 pts ont été rechallengés et inclus dans l'étude. 18 avaient une TNE d'origine pancréatique (intestinale : 1, bronche : 1, primitif inconnu : 1). Tous avaient des métastases hépatiques ; le 2e site métastatique le plus fréquent était ganglionnaire. Le Ki67 moyen était de 16% [min 2% – max 40%]. La médiane de SSP était de 7.5 mois avec 71% de contrôle tumoral (38% de stabilité et 33% de réponse partielle). Le détail et la comparaison au 1er traitement par alkylant sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	ALKYLANT Séquence 1	ALKYLANT Séquence 2
Nombre de lignes antérieures	1.7	3
Nombre de cycles	10.9	6.2
Meilleure réponse objective		
Réponse partielle	71% (15/21)	33% (7/21)
Réponse complète	5% (1/21)	0%
Stabilité	24% (5/21)	38% (8/21)
Progression	0%	29% (6/21)
Médiane de SSP (mois)	24	7.5

Le délai moyen entre la fin du 1er traitement alkylant et la progression était de 16.5 mois. 5 patients avaient reçu un traitement autre que les alkylants avant le « rechallenge ».
Concernant la tolérance, la première séquence par alkylant a été arrêtée chez 2 patients en raison d'une thrombopénie et la deuxième séquence a été arrêtée chez un patient en raison d'une asthénie.

Discussion : Les limites de notre étude sont le caractère rétrospectif, le faible effectif (monocentrique), et l'absence de prise en compte du statut de méthylation de MGMT (O6-methylguanine-DNA méthyltransférase) (4), facteur prédictif de réponse aux alkylants, néanmoins tous les pts avaient déjà eu un contrôle tumoral d'au moins 6 mois sous alkylants en 1ère séquence.

Conclusion : Le rechallenge par alkylants, chez les pts bien contrôlés par une 1ère séquence, peut être une option thérapeutique permettant un contrôle tumoral dans 71% des cas et une SSP de 7,5 mois au prix d'une bonne tolérance et d'une facilité d'administration (schéma CAPTEM per os apprécié par les pts). Notre série confirme cependant que l'efficacité est moindre que lors de la 1ère séquence et la toxicité à long terme mérite d'être suivie. L'extension de cette cohorte en multicentrique est souhaitable pour renforcer les résultats.

P.366

Impact du parcours de diagnostic rapide des cancers pancréatiques et hépatiques : comment améliorer la prise en charge des patients

M. Valéry [(1)], E. Fernandez-De-Sevilla [(1)], A. Verchain [(1)], R. Barbe [(1)], S. Cosconea [(1)], T. Pudlarz [(1)], C. Smolenschi [(1)], A. Tarabay [(1)], V. Boige [(1)], G.M. Camilleri [(1)], L. Diebakate [(1)], A. Megherbi [(1)], B. Bonnet [(1)], P. Beunon [(1)], H. Belkhodja [(1)], R. Lesourd [(1)], M. Collard [(1)], P. Dartigues [(1)], M.A. Bani [(1)], L. Tselikas [(1)], M. Ducreux [(1)], Y. Menu [(1)], A. Boilève [(1)], M. Gelli [(1)]

(1) Villejuif.

Introduction : Les cancers pancréatiques et hépatiques sont de mauvais pronostic et nécessitent une prise en charge rapide et spécialisée. Pour réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques, un parcours accéléré multidisciplinaire (InstaDiag Foie-Pancréas) a été mis en place à Gustave Roussy en janvier 2024.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude incluant tous les patients adressés au parcours InstaDiag Foie-Pancréas entre janvier 2024 et juillet 2025 suite à la découverte d'une lésion pancréatique ou hépatique suspecte de cancer sur une imagerie réalisée dans un centre externe. Ce circuit repose sur la convocation rapide du patient pour une consultation multidisciplinaire (oncologue digestif, chirurgien, radiologue expert) au cours de laquelle l'imagerie est relue, suivie de la réalisation des examens complémentaires nécessaires (biologie, scanner/IRM, biopsie) et d'une présentation en RCP afin de proposer une prise en charge validée collégialement. La mise en place du traitement est coordonnée par le clinicien approprié (oncologue médical, chirurgien, radiothérapeute, radiologue interventionel). Nous avons collecté et analysé les données démographiques, les caractéristiques tumorales, les délais entre les différentes étapes de la prise en charge et les modalités thérapeutiques.

Résultats : Au total, 238 patients ont été inclus, 154 (65%) relevaient du parcours pancréas et 84 (35%) du parcours foie. La majorité provenait d'Île-de-France (53%), mais 39% étaient adressés depuis d'autres régions françaises, dont l'outre-mer (3%). Les diagnostics définitifs les plus fréquents étaient l'adénocarcinome pancréatique (n=116, 49%), le cancer primitif des voies biliaires (n=28, 12%), le carcinome hépatocellulaire (n=27, 11%). Nous avons aussi diagnostiqué des métastases hépatiques d'autres primitifs (7%), des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (3%), diverses lésions bénignes pancréatiques ou hépatiques (14%). Le délai médian entre la première imagerie (externe) et la consultation initiale à G. Roussy était de 12 jours. Une nouvelle imagerie (scanner ou IRM) pouvait être réalisée le jour même si nécessaire. Le délai médian entre la consultation à G. Roussy et la biopsie était de 4 jours, celui entre la consultation et la présentation en RCP de 6 jours, et celui entre la consultation et l'initiation du traitement de 27 jours. A titre de comparaison, les patients pris en charge à G. Roussy pour une lésion hépatique ou pancréatique entre septembre et décembre 2023 avaient eu la biopsie en 11 jours et leur traitement avait été initié en 42 jours. Au total, 171 patients (72%) ont reçu un traitement spécifique à G. Roussy, principalement une thérapie systémique (n=132, 55%), suivie de la chirurgie (n=29, 12%), d'un geste de radiologie interventionnelle (n=7, 3%) et de la radiothérapie (n=3, 1%). Une surveillance active a été proposée à 10% des patients (n=24) et des soins exclusifs de support à 4% (n=10).
L'intégration dans ce circuit permet l'accès potentiel à un essai thérapeutique et la réalisation profilage moléculaire systématique pour les tumeurs malignes métastatiques. Les patients, via un questionnaire qui leur est systématiquement adressé, font l'objet d'un repérage précoce de leurs fragilités, ouvrant l'accès à un programme structuré de soins de support comprenant, selon les besoins, une consultation de nutrition, d'oncogériatrie, une prise en charge par l'équipe de soins palliatifs et douleur, ainsi qu'un accompagnement psycho-oncologique, addictologique et social.

Discussion : La mise en place d'un parcours accéléré de prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs pancréatiques et hépatiques a un impact clinique et organisationnel majeur. La réduction des délais diagnostiques permet une optimisation du parcours de soins notamment en évitant de manquer une fenêtre opératoire ou une inclusion précoce dans un essai thérapeutique. Elle contribue également à limiter l'errance diagnostique, source d'angoisse importante pour les patients et leur entourage. L'évaluation multidisciplinaire dès la première consultation apparaît centrale, en permettant une décision rapide et adaptée.
Ce modèle constitue un cadre organisationnel potentiellement transférable à d'autres centres experts. Son intégration avec les réseaux régionaux représente une perspective clé pour renforcer l'équité d'accès aux innovations et aux soins spécialisés. Une évaluation prospective sera indispensable pour confirmer l'impact sur la survie et la qualité de vie.

Conclusion : Un parcours de prise en charge accéléré et multidisciplinaire permet la réduction des délais diagnostiques et thérapeutiques pour les cancers pancréatiques et hépatiques. En améliorant la coordination des soins, il pourrait devenir un standard d'organisation dans les centres experts. Des études prospectives sont toutefois nécessaires pour valider l'impact pronostic.

P.367

Efficacité et tolérance du protocole gemcitabine-cisplatine-durvalumab en première ligne chez les patients âgés atteints de cholangiocarcinome avancé : analyse intermédiaire d'une étude multicentrique rétro-prospective

L. Avoic [1], N. Williet [1], P. Artru [2], L. Saban-Roche [1], G. Roth [3], J.M. Phelip [1]

(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon ; (3) Grenoble.

Introduction : gemcitabine-cisplatine-durvalumab (GEMCIS + Durvalumab) constitue le standard thérapeutique de première ligne des cholangiocarcinomes (CCK) avancés. Les données spécifiques aux patients âgés restent limitées. Cette analyse intermédiaire évalue l'efficacité et la tolérance de ce protocole chez les patients ≥75 ans.

Patients et Méthodes : Étude multicentrique rétro-prospective (IRBN592025/CHUSEST) incluant les patients traités par GEMCIS + Durvalumab en première ligne pour CCK localement avancé ou métastatique entre juin 2022 et septembre 2025. Le critère principal associait survie globale (SG) et toxicité. Les critères secondaires incluaient la survie sans progression (SSP) et le taux de réponse objective (ORR).

Résultats : Les patients âgés ont nécessité plus fréquemment des réductions posologiques de gemcitabine (60,9% *vs* 44,1%, p=0,075) et cisplatine (65,2% *vs* 48,4%, p=0,069), sans augmentation des toxicités de grade ≥3 : neutropénie (8,6% *vs* 8,7%), thrombopénie (8,7% *vs* 8,6%), infections (13,0% *vs* 12,9%). Les hospitalisations pour toxicité étaient comparables (44,9% *vs* 39,8%, p=0,62). Sur 162 patients analysés (âge médian 72 ans), les patients ≥75 ans (n=69) présentaient davantage de comorbidités cardiovasculaires (75,4% *vs* 48,4%, p<0,001), un IMC plus faible (23,6 *vs* 25,5 kg/m², p=0,002) et un score de Charlson plus élevé (10 *vs* 9, p<0,001). Le suivi médian était de 10,4 mois [IQR : 5,5-15,1]. A ce jour, 48,8% d'événements décès et 67,9% d'événements de progression ont été observés. La médiane de SG était de 15,1 mois [IC95% : 12,3-18,8] dans la population totale, sans différence significative entre les groupes d'âge en analyse univariée (HR=1,39 ; p=0,06) ou multivariée (HR=1,37 ; p=0,21). En analyse multivariée, seul le Performance Status altéré (PS 1-2) était un facteur pronostique indépendant (HR=1,97 pour PS1 et 3,08 pour PS2). Les métastases osseuses montraient une tendance défavorable (HR=2,12, p=0,06). La médiane de SSP était de 8 mois [IC95% : 7-9,7], comparable entre les groupes (HR=1,23 ; p=0,32). Le Performance Status altéré et les métastases osseuses étaient également pronostiques. L'ORR était similaire : 21,7% chez les ≥75 ans versus 24,7% chez les <75 ans (p=0,30).

Conclusion : Cette analyse intermédiaire confirme que le protocole GEMCIS + Durvalumab maintient son efficacité chez les patients ≥75 ans sélectionnés atteints de CCK avancé, avec une survie comparable aux patients plus jeunes. Malgré des adaptations posologiques plus fréquentes, la toléracne reste acceptable sans risque de toxicité sévère. L'âge chronologique seul ne constitue pas un facteur pronostique indépendant et ne devrait pas contre-indiquer ce traitement standard. Les données matures de survie seront disponibles en mars 2026

Remerciements, financements, autres :

Mots-clés : Cholangiocarcinome, Durvalumab, Immunothérapie, Personne âgée, Gemcitabine-Cisplatine

P.368

Mélanome anorectal : l'émergence de l'immunothérapie a-t-elle amélioré le prognostic oncologique ?

M. Collard [1], D. Belkadi-Sadou [1], G. Tomasic [1], C. Robert [1], I. Sourrouille [1]

(1) Villejuif.

Introduction : Le mélanome ano-rectal est une tumeur rare et agressive, au profil mutationnel distinct du mélanome cutané et au pronostic défavorable. Alors que l'immunothérapie a transformé la prise en charge des mélanomes cutanés, son efficacité dans le mélanome ano-rectal reste mal connue. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'immunothérapie sur le pronostic du mélanome ano-rectal, en situation opérable et métastatique.

Patients et Méthodes : Tous les patients pris en charge pour un mélanome ano-rectal dans notre centre de lutte contre le cancer entre 2004 et 2024 ont été inclus rétrospectivement. L'opérabilité au diagnostic était définie en réunion de concertation pluridisciplinaire et reposait sur l'absence de métastase, le caractère localement résécable et un état général compatible avec une chirurgie. La chirurgie réalisée était soit une exérèse locale soit une amputation abdominopérinéale, associées ou non à une immunothérapie péri-opératoire (néoadjuvante et/ou adjuvante). Les traitements systémiques administrés en situation métastatique ou inopérable comprenaient immunothérapie, chimiothérapie ou thérapies ciblées. Les critères oncologiques analysés étaient la survie globale (SG), la survie sans récidive (SSR), la survie sans progression (SSP), le taux de réponse objective et le taux de contrôle de la maladie.

Résultats : Quatre-vingt-trois patients ont été inclus (âge médian : 65 ans ; 65% de femmes). Vingt-quatre patients (29%) avaient une maladie métastatique d'emblée. Parmi les 59 patients non métastatiques, 55 ont été jugés opérables (3 inopérables pour altération majeure de l'état général, 1 pour envahissement loco-régional). Trois patients opérables n'ont pas été opérés: 2 en raison d'une progression métastatique après immunothérapie néoadjuvante et 1 en réponse complète après thérapie ciblée par Imatinib. Ainsi, 52 patients ont été opérés (34 amputations abdominopérinéales, 18 exérèses locales). La SG médiane de la cohorte était de 29 mois, avec une survie à 3 et 5 ans de 43% (IC95% 31–56) et 30% (IC95 % 21–42). Sur l'ensemble de la cohorte, les patients opérés présentaient une meilleure survie que ceux non opérés (OS à 3 ans : 52% [IC95 % 39–68] *vs* 29% [IC95% 16–50], p=0,006). Entre exérèse locale et amputation abdominopérinéale, il n'existait pas de différence significative sur la SG (p=0,878) ni sur la SSR (p=0,207). Quatorze patients avait reçu une immunothérapie péri-opératoire (6 néoadjuvante, 6 adjuvante, 2 les deux). Après immunothérapie néoadjuvante, aucun patient n'a présenté de réponse partielle ou complète radiologique ou histologique ; deux ont développé une progression métastatique et cinq une progression locale à l'imagerie. L'immunothérapie péri-opératoire en comparaison aux patients opérés d'emblée, n'a pas amélioré la SG ni la SSR (p=0,696 et p=0,823).En situation métastatique ou inopérable, 120 lignes de traitement ont été administrées (72 immunothérapie, 38 chimiothérapie, 10 thérapies ciblées). L'immunothérapie par rapport à la chimiothérapie conventionnelle a montré un bénéfice en SSP (3,5 *vs* 2,2 mois, p=0,009) et un taux de réponse objective supérieur (19% *vs* 5%, p=0,045), mais le taux de contrôle de la maladie était similaire (33% *vs* 26%, p=0,449). La toxicité immuno-induite était de 28 % après immunothérapie. Aucun bénéfice oncologique significatif n'a été observé après double immunothérapie par rapport à l'immunothérapie simple (taux de réponse objective 20% *vs* 19%, p > 0,999 ; taux de contrôle de la maladie 47% *vs* 30%, p = 0,218 ; SSP médiane 3,9 *vs* 3,5 mois, p = 0,115).

Conclusion : La chirurgie demeure le traitement central du mélanome ano-rectal opérable, sans bénéfice démontré de l'immunothérapie péri-opératoire. En revanche, dans les formes métastatiques ou inopérables, l'immunothérapie est supérieure à la chimiothérapie et constitue aujourd'hui le traitement en première ligne, bien qu'environ deux tiers des patients soient non répondeurs.

P.369

Caractérisation clinico-génomique et impact pronostique des métastases osseuses dans l'adénocarcinome canalaire du pancréas

C. Benmatallah , B. Bonnet [(1)], C. Smolenschi [(1)], A. Hollebecque [(1)], M. Valéry [(1)], T. Pudlarz [(1)], A. Tarabay [(1)], A. Fuerea [(1)], G.M. Camilleri [(1)], A. Megherbi [(1)], M. Debiais [(1)], L. Diebakate [(1)], V. Boige [(1)], M. Ducreux [(1)], A. Boilève [(1)]

(1) Villejuif.

Introduction : Les métastases osseuses (MO) dans l'adénocarcinome canalaire du pancréas sont rares et peu étudiées. Leur présentation clinique, leur profil moléculaire, leurs complications spécifiques et leur impact pronostique restent mal définis. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques cliniques et génomiques des patients atteints d'adénocarcinome canalaire du pancréas développant des MO, ainsi que leurs complications osseuses, traitements spécifiques et conséquences pronostiques.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus tous les patients atteints d'adénocarcinome canalaire du pancréas diagnostiqués entre 2006 et 2025 dans notre centre. Les patients ont été stratifiés selon la présence de MO. Les caractéristiques cliniques, biologiques et moléculaires ont été comparées entre groupes. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ont été analysées par courbes de Kaplan–Meier et modèles de Cox.

Résultats : Parmi 1034 patients évaluables, 85 (8%) ont développé des BM, dont 54% synchrones et 46% métachrones. Les patients avec MO étaient diagnostiqués à un âge légèrement plus jeune et plus souvent à un stade avancé. La présence de MO était fortement associée aux métastases ganglionnaires (40% *vs* 16%, p<0.0001) et pulmonaires (40% *vs* 18%, p<0.0001), mais pas aux métastases hépatiques (62% *vs* 63%, p=0.88) ni péritonéales (19% *vs* 19%, p=0.97). Sur le plan moléculaire, les mutations de KRAS étaient plus fréquentes dans le groupe MO (88% *vs* 74%, p=0.047), alors que TP53, CDKN2A, SMAD4 et BRCA1/2 ne différaient pas entre les groupes. Les autres paramètres cliniques et biologiques (CA19-9, CEA, NLR, LDH) ne montraient pas de différence significative entre patients avec et sans MO, ni entre MO synchrones et métachrones.
La SG à partir du diagnostic métastatique ne différait pas selon la présence de MO (13,7 *vs* 12,9 mois ; p=0.79). Au sein du sous-groupe MO, la SG était plus élevée chez les patients avec MO métachrones que chez ceux avec MO synchrones (18,2 *vs* 7,0 mois ; p<0.01), tandis qu'à partir du diagnostic de MO, la SG était plus importante en cas de MO synchrones (9,1 *vs* 3,9 mois ; p<0.01). La SSP sous chimiothérapie de première ligne était similaire entre groupes (6,6 *vs* 6,5 mois).
La morbidité osseuse était importante : 60% des patients ont nécessité des opioïdes pallier 3, 22% ont présenté une fracture ou un risque fracturaire important, 17% une épidurite, 7% une compression médullaire et 6% une hypercalcémie. Au total, 42% des patients avec MO ont bénéficié d'au moins une intervention locale osseuse, principalement une radiothérapie (28%) ou une cimentoplastie (15%) ; 9% ont nécessité une seconde intervention.

Conclusion : Dans cette large cohorte en vie réelle, la présence de MO n'était pas associée à une diminution de la survie globale. Toutefois, la chronologie des MO était un facteur pronostique indépendant, les MO métachrones étant associées à une meilleure survie après le diagnostic métastatique. Les patients avec MO présentaient un profil métastatique (ganglions, poumons) et moléculaire (mutation KRAS) distinct et une forte morbidité osseuse, soulignant la nécessité d'une prise en charge spécifique.

P.370

Cholangiocarcinome intra-hépatique et cirrhose : données de vie réelle concernant les maladies du foie, la stratégie de traitement et le pronostic. Une étude française multicentrique

M. Farrugia [(1)], A. Gonzalez [(2)], G. Pénaranda [(2)], A.C. Frin [(1)], A. Tran [(1)], R. Anty [(1)], X. Adhoute [(2)]

(1) Nice ; (2) Marseille.

Introduction : Le cholangiocarcinome intra-hépatique (CCK-IH) est la deuxième tumeur maligne hépatique primitive. Bien que la cirrhose soit un facteur de risque du CCK-IH, seul le dépistage du carcinome hépatocellulaire est recommandé. L'impact des nouveaux traitements n'a pas été évalué chez les patients avec une cirrhose. L'objectif de notre travail était de caractériser les hépatopathies, les traitements utilisés en soins courants, et le pronostic, chez les patients ayant un CCK-IH, avec et sans cirrhose.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective, observationnelle, en vie réelle, a été conduite dans deux unités d'Hépatologie (Marseille et Nice). Ont été inclus tous les patients consécutifs avec un CCK-IH durant la période Janvier 2010 – Décembre 2024 à Marseille et durant la période Janvier 2020 à Décembre 2024 à Nice, soit 186 patients. Une analyse comparative des patients avec et sans cirrhose a été effectuée. La survie globale et les facteurs pronostiques de survie ont été analysés. Le Lead Time (temps d'avance au diagnostic) a été estimé pour ajuster le délai du diagnostic entre les groupes et limiter les biais.

Résultats : Près de 30 % des patients avec un CCK-IH avaient une cirrhose, en lien avec une consommation d'alcool à risque, une MASH ou une infection virale. Nous retrouvions, au sein de ce groupe, une majorité d'hommes (p = 0,0005), avec un CCK-IH diagnostiqué plus fréquemment dans le cadre d'un « dépistage » (découverte d'un CCK-IH lors du dépistage réalisé pour le carcinome hépatocellulaire) ou d'une découverte fortuite (p < 0,0001). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant le plus grand diamètre tumoral et la stadification des tumeurs selon la 8ème édition de la classification AJCC, mais nous retrouvions plus d'invasion macrovasculaire parmi les patients avec une cirrhose (p = 0,0023) et plus fréquemment un grade ALBI à 2. Chez les patients sans cirrhose, la MASH était la première cause d'hépatopathie chronique, et nous observions plus de procédures à visée curative au sein de ce groupe (p = 0,0397). Il y avait plus de décès parmi les patients avec une cirrhose au terme d'un suivi moyen de 12,7 mois (p = 0,023). Les sujets avec une cirrhose et un CCK-IH « dépistés » avaient un meilleur Performance Status, plus de tumeurs résécables, un grade ALBI plus favorable, et étaient traités plus fréquemment avec une procédure curative, en comparaison à ceux non « dépistés ».
La survie globale médiane au sein de l'ensemble de la cohorte était de 10,5 mois, supérieure chez les patients sans cirrhose (12,9 *vs* 7,2 mois (p = 0,015)). La survie globale médiane était supérieure pour les patients avec une cirrhose et un CCK-IH « dépisté » (16,9 mois), en comparaison aux découvertes fortuites ou symptomatiques (p = 0,0403). Concernant les traitements non curatifs, les patients ayant reçu un traitement systémique avec la combinaison chimiothérapie et immunothérapie (plus ou moins radioembolisation), présentaient une survie globale significativement supérieure (p < 0,0001) y compris ceux avec une cirrhose (p = 0,0088). Le grade ALBI, le type de traitement (procédures curatives, radioembolisation et/ou traitement systémique plus immunothérapie) ainsi que la CRP étaient des variables pronostiques indépendamment associées à la survie globale.

Conclusion : Dans cette série rétrospective issue de deux centres d'Hépatologie, près de la moitié des patients avec un CCK-IH avaient une fibrose hépatique modérée à avancée, et près d'un tiers avec une cirrhose. Le pronostic des patients avec une cirrhose était plus sévère, probablement en lien avec une altération de la fonction hépatique au diagnostic. La découverte du CCK-IH, par la pratique du « dépistage », ou de façon fortuite chez les patients avec une cirrhose, impacte positivement leur pronostic. Les nouvelles modalités de traitements loco-régionaux et systémiques semblaient bénéficier à l'ensemble des patients. La CRP et le grade ALBI étaient des facteurs pronostiques de survie.

P.371

Impact des stratégies néoadjuvantes et adjuvantes sur le pronostic du cancer du pancréas non métastatique. Etude en vie réelle

S. Blanchet-Deverly [1], M. Debiais [2], M. Ducreux [2], A. Tarabay [2], A. Hollebecque [2], C. Smolenschi [2], M. Valéry [2], T. Pudlarz [2], A. Fuerea [2], V. Boige [2], A. Megherbi [2], L. Diebakate [2], G.M. Camilleri [2], A. Boilève [2]

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : Le pronostic de l'adénocarcinome canalaire du pancréas non métastatique (nm-PDAC) demeure défavorable malgré l'apport des traitements adjuvants tels que le FOLFIRINOX. De plus, la prise en charge de ces tumeurs, en particulier des formes borderline et localement avancées, reste hétérogène. Nous avons évalué les résultats selon le statut de résécabilité, la séquence thérapeutique et le type de traitement systémique administré.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une analyse rétrospective incluant tous les patients atteints de nm-PDAC pris en charge à Gustave Roussy entre 2010 et 2024. Les analyses de survie ont été réalisées à l'aide d'un modèle de régression de Cox.

Résultats : Parmi les 487 patients inclus, 206 présentaient une tumeur initialement résécable (IR) (42,3 %), 101 une forme borderline (20,7 %), 146 une forme localement avancée (30 %) et 34 non classées. Les formes borderline et localement avancées ont été regroupées (BLA, N = 247, 50,7 %). L'âge médian était de 64 ans ; 50,3 % des patients étaient des femmes, et plus de 90 % avaient un PS 0–1. Les principaux symptômes étaient l'ictère (39,3 %) et la douleur (35,1 %). La localisation céphalique était prédominante (57,5 %).
Une chimiothérapie d'emblée a été administrée à 259 patients (53,2 %), dont 230 BLA (88,8 %), majoritairement par FOLFIRINOX (médiane : 6 cycles [IQR 5–10]). Après traitement, 62/230 patients BLA (28,2 %) ont pu bénéficier d'une chirurgie. Parmi les IR, 174/206 (84,5 %) ont été opérés d'emblée, tandis que 29 (14,3 %) ont reçu un traitement néoadjuvant.
Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 209 patients opérés (46,1 %), pour une médiane de 6 cycles [IQR 5–8]. Une radiothérapie a été délivrée chez 75 patients, dont 62 BLA.
Une rechute est survenue chez 165/206 (80,1 %) IR, 68/101 (67,3 %) borderline et 108/146 (74,0 %) localement avancés, principalement sous forme métastatique. Les récidives locales étaient plus fréquentes chez les BLA (30,3 % *vs* 16,3 %).
La survie globale (OS) médiane était de 35,3 mois [IC95 % : 30,5–43,9] pour les IR versus 23,6 mois [21,6–27,9] pour les BLA (HR = 1,56 [1,24–1,97], p = 0,00015). Chez les patients opérés, la survie sans récidive (DFS) était comparable selon que la chirurgie ait été réalisée d'emblée ou après traitement néoadjuvant (12,3 *vs* 13,0 mois, p = 0,93). L'OS tendait à être plus longue après chimiothérapie néoadjuvante comparée à la chirurgie d'emblée (48,3 *vs* 32,8 mois, p = 0,056). En analyse multivariée, la chirurgie, la radiothérapie et le rapport lymphocytes/monocytes (LMR) au diagnostic étaient indépendamment associés à la survie globale.

Conclusion : Cette large étude rétrospective en vie réelle montre que, malgré un statut initial moins favorable, les patients BLA opérés après traitement néoadjuvant obtiennent des résultats comparables à ceux des patients IR, avec un taux de récidive moindre. Ces données soutiennent l'élargissement des stratégies néoadjuvantes chez les patients BLA afin d'améliorer le pronostic à long terme.

Remerciements, financements, autres :
Financements : aucun.
Nous remercions les patients et leurs familles, ainsi que les investigateurs.

P.372

Le délai diagnostique et avant initiation du traitement ont-ils une importance ? Analyse de survie dans le cancer du pancréas

G.M. Camilleri [1], M. Valéry [1], A. Lambert [2], S. Blanchet-Deverly [1], M. Debiais [1], A. Megherbi [1], L. Diebakate [1], A. Tarabay [1], A. Hollebecque [1], C. Smolenschi [1], T. Pudlarz [1], A. Fuerea [1], V. Boige [1], M. Ducreux [1], A. Boilève [1]

(1) Villejuif ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas (PDAC) est souvent diagnostiqué à un stade avancé, limitant les options thérapeutiques. Les données concernant l'impact du délai diagnostique et du délai avant l'initiation du traitement sur la survie restent limitées et contradictoires.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement tous les patients atteints de PDAC suivis dans un centre tertiaire entre 2010 et 2025. Le délai diagnostique était défini comme l'intervalle entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic, et le délai avant initiation du traitement comme l'intervalle entre le diagnostic et le début du traitement. La survie a été évaluée par la méthode de Kaplan–Meier, test du log-rank et des modèles de Cox.

Résultats : Au total, 1005 patients ont été inclus. Deux groupes ont été définis selon la médiane du délai diagnostique de 1,2 mois (IQR 0,4–3,0). Les symptômes de présentation les plus fréquents étaient la douleur (58 %), l'altération de l'état général (31 %) et l'ictère (26 %). Les groupes étaient comparables en termes de sexe, d'âge moyen (64,1 ans), statut de performance (ECOG 2–4 *vs*. 0–1) et taux de CA19-9 (>500 *vs*. <500 UI/mL) au diagnostic. Les patients avec un délai diagnostique plus court (≤ médiane) présentaient plus souvent une maladie résécable (56 % *vs*. 21 % ; p<0,001), une tumeur de la tête du pancréas (58 % *vs*. 44 % ; p<0,001) et moins souvent une maladie métastatique (56 % *vs*. 67 % ; p=0,001). L'ictère (36 % *vs*. 15 % ; p<0,001) et le diagnostic fortuit (18 % *vs*. 0 % ; p<0,001) étaient plus fréquents, tandis que la douleur (43 % *vs*. 72 % ; p<0,001) et l'altération de l'état général (22 % *vs*. 41 % ; p<0,001) étaient moins fréquents. Les taux de diabète et de pancréatite au diagnostic étaient similaires entre les groupes. La survie globale était significativement plus longue chez les patients avec un délai diagnostique plus court (médiane 18,1 *vs*. 15,1 mois ; p<0,001 ; survie à 3 ans 24 *vs* 17 % ; survie à 5 ans 14 *vs* 7 %). En analyse multivariée ajustée sur l'âge, le statut de performance, la présence de métastases et la localisation tumorale, le délai diagnostique n'était pas indépendamment associé à la survie. En stratifiant sur le statut métastatique, on note cependant une tendance chez les patients non métastatiques avec une survie allongée chez les patients avec un délai diagnostique plus court (HR 1.3 [1.0 -1.8], p=0.06). Concernant le délai avant initiation du traitement (médiane 1,0 mois, IQR 0,6-1,7), il n'était pas associé avec la survie en analyse univariée.

Conclusion : La plupart des symptômes précoces de PDAC sont non spécifiques, à l'exception de l'ictère, associé à un diagnostic plus rapide. Un délai diagnostique plus court est associé à une meilleure survie en analyse univariée, mais cette association disparaît après ajustement, avec néanmoins une tendance observée chez les patients non métastatiques. En revanche, le délai avant initiation du traitement n'est pas associé à la survie. Ces résultats soulignent l'importance de développer de nouveaux outils de détection précoce et de renforcer les stratégies de prévention.

P.373

CérébPanc : cohorte AGEO de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec atteinte centrale secondaire

C. Evrard [1], A. Boilève [2], M. Muller [3], A.L. Védie [4], L. Aguilera Munoz [4], P. Girot [5], P. Artru [6], E. Hafliger [7], A. Turpin [8], G. Roth [9], C. Lepage [10], A. Grancher [11], C. Locher [12], D. Tougeron [1]

(1) Poitiers ; (2) Villejuif ; (3) Nancy ; (4) Clichy ; (5) Nantes ; (6) Lyon ; (7) Paris ; (8) Lille ; (9) Grenoble ; (10) Dijon ; (11) Rouen ; (12) Meaux.

Introduction : Le pronostic du cancer du pancréas (CP) est défavorable, avec une survie globale (SG) médiane inférieure à un an (1). Parmi les sites métastatiques du CP, l'atteinte du système nerveux central (SNC) est particulièrement rare, représentant moins de 1 % des cas (2,3). En raison de sa faible prévalence, cette population de patients reste mal caractérisée, avec quelques séries de cas (4,5). La cohorte CérébPanc vise à décrire les patients avec CP et atteinte du SNC.

Patients et Méthodes : La cohorte CérébPanc est une cohorte rétrospective nationale de patients atteints d'un CP avec atteinte secondaire du SNC (SNC+) fortement suspectée par un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques. Les patients avec un second cancer autre que le CP étaient exclus. L'identification des patients a été faite grâce au codage et aux fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques cliniques, tumorales et thérapeutiques.

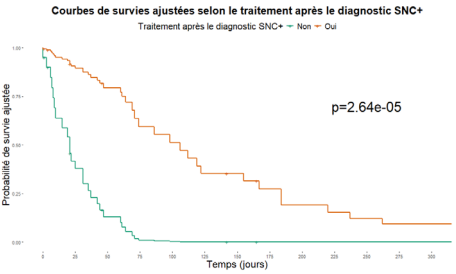
Résultats : Les données cliniques de 54 patients atteints d'un CP SNC+ ont été recueillies dans 12 centres français. La cohorte comportait 31 hommes (57,4%), l'âge médian des patients au moment du diagnostic de SNC+ était de 66,5 ans (min, max : 40,0 – 86,0) avec un Performans Status (PS) 2-3 pour 40 patients (74%). Pour l'ensemble des patients, le diagnostic de SNC+ a été fait suite à l'apparition de symptômes. Le délai médian entre le diagnostic du CP et le diagnostic de SNC+ était de 18,0 mois [0 – 84,0], pour 5 patients (9,3%) l'atteinte SNC+ était synchrone du diagnostic d'AP. Le délai médian entre les premiers symptômes neurologiques et le diagnostic de SNC+ était de 5,5 jours [0 – 204,0].

L'atteinte SNC+ était synchrone de métastases hépatiques pour 30 patients (55,6%), de métastases pulmonaires pour 19 patients (35,2%) et de carcinose péritonéale pour 11 patients (20,4%). Dans 89% des cas, l'atteinte secondaire était synchrone de l'évolution d'autres métastases extra-crâniennes. Le symptôme neurologique le plus souvent présenté par les patients était un déficit neurologique focal (31,5%) suivi de céphalées (18,5%) et de confusion (18,5%). La majorité des patients (41 ; 75,9%) avait une imagerie par scanner cérébral et/ou IRM cérébrale pour 40 patients (74,1%). Concernant les formes d'atteintes secondaires du SNC, 46 (85,25%) étaient des métastases cérébrales, pour 8 patients (14,8%) associées à une méningite carcinomateuse et pour 7 patients (13,0%) il s'agissait d'une méningite carcinomateuse isolée. La majorité des patients (41,3%) présentaient plusieurs métastases cérébrales (>3).

Pour 35 patients (64,8%), un traitement local a été débuté pour l'atteinte du SNC, pour 32 patients (91,4%) par radiothérapie avec 18 patients irradiés en stéréotaxie (51,4%) et 14 par encephale in toto (40.0%). Pour 4 patients (11,4%) une chirurgie a été réalisée et pour 3 patients (8,6%) une chimiothérapie intrathécale. Après la découverte de l'atteinte du SNC, 10 patients (28,6%) ont reçu un traitement systémique : en deuxième ligne pour 4 patients et en troisième ligne pour 3 patients.

Les SG médianes depuis le diagnostic du CP, depuis le diagnostic de maladie métastatique et depuis le diagnostic de l'atteinte SNC+ étaient respectivement de 28 mois [IC95% : 19-35], 19 mois [IC95% : 12-25] et 74 jours [IC95% : 47-167]. En analyse univariée, la SG depuis le diagnostic de SNC+ était significativement améliorée pour les patients ayant un PS 0–1 par rapport à > 2 (HR = 0,27 ; IC95% [0,13–0,57] ; p < 0,001) et pour ceux recevant un traitement après le diagnostic de l'atteinte SNC+ (HR = 0,07 ; IC95% [0,03–0,20] ; p < 0,001).

En analyse multivariée, ajustée sur le score PS au diagnostic de SNC+, la médiane de SG à partir du diagnostic de SNC+ était statistiquement plus longue dans le groupe de patients recevant un traitement après le diagnostic de SNC+ (HR= 0.11 [0.04-0.31], p<0,001) (Figure 1).



Conclusion : La cohorte CérébPanc confirme le pronostic très sombre de l'atteinte SNC+ chez les patients atteints d'un CP. La réalisation d'un traitement spécifique après le diagnostic de SNC+, lorsque l'état général du patient le permet, semble améliorer la SG. Nos résultats montrent que l'apparition d'atteinte du SNC se produit en majorité chez des patients « longs survivants » avec une apparition tardive et un faible taux de carcinose péritonéale associée.

Remerciements, financements, autres : Projet réalisé grâce au soutien de l'Association des Gastro-Entérologues Oncologues (AGEO).

P.375

Qualité de vie à long terme et analyse de l'impact psychologique et social de la maladie et des traitements chez les patients guéris d'un cancer digestif : résultats d'une étude monocentrique réalisée chez des patients traités il y a plus de 8 ans

T. Chalvin [(1)], G. Perkins [(1)], T. Grainville [(1)], E. Boisteau [(1)], J. Goetgheluck [(1)], A. Dujardin [(1)], C. Trihan [(1)], C. Dupuis [(1)], C. Sarrauste de Menthière [(2)], A. Lièvre [(1)]

(1) Rennes ; (2) Montpellier.

Introduction : Les cancers digestifs sont parmi les causes les plus communes de mortalité et de morbidité en France. Les traitements curatifs comprennent le plus souvent une résection chirurgicale et/ou de la chimiothérapie +/- radiothérapie. Ces traitements peuvent impacter la qualité de vie (QdV) à long terme. Après le traitement d'un cancer digestif, les patients sont habituellement suivis cliniquement et par imagerie pendant une durée de 5 ans, après laquelle le suivi est le plus souvent arrêté. Les données de la littérature concernant la QdV à long terme et l'impact psychologique de l'arrêt du suivi oncologique sont rares. L'objectif de cette étude était d'évaluer la QdV à long terme et l'impact psychologique de l'arrêt du suivi oncologique chez les patients traités pour un cancer digestif et guéris.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique ayant inclus des patients traités pour un cancer digestif, guéris et pour qui le suivi oncologique s'est terminé après 5 ans. Les cancers digestifs retenus étaient les suivants : cancers colorectaux, œso-gastriques, du grêle, bilio-pancréatiques, de l'anus et les GIST. Pour analyser la QdV à long terme, nous avons utilisé l'auto-questionnaire validé QLQ-C30 de l'EORTC, complété par d'autres questions spécifiques de domaines ayant un impact sur la QdV au quotidien (professionnel, financier, social, activité physique et santé sexuelle) et des questionnaires spécifiques de la localisation du cancer, tels que le LARS (Low Anterior Resection Rectal Syndrome) score pour les cancers du rectum, le score d'incontinence de Wexner pour les cancers de l'anus et un questionnaire portant sur les symptômes digestifs hauts pour les cancers œso-gastriques. Nous avons également interrogé les patients concernant l'impact psychologique qu'a entraîné chez eux l'arrêt du suivi oncologique. En complément des questionnaires et scores déjà validés et cités plus haut, les autres questionnaires de l'étude ont été conçus avec l'aide d'un patient expert.

Résultats : Parmi 147 patients screenés qui ont été traités dans notre centre et pour lesquels le suivi oncologique de 5 ans s'est arrêté entre le 1er Janvier 2020 et le 31 Décembre 2024, les auto-questionnaires de l'étude ont été envoyés à 98 patients qui ont pu être contactés par téléphone et avaient donné leur accord pour participer à l'étude ; 79 patients ont finalement répondu et ont été inclus dans l'étude. Les principales caractéristiques des patients étaient les suivantes : hommes 39/79 (49,4%), âge médian au moment de l'étude de 71 ans (> 80 ans dans 25,3%), localisation tumorale côlon/rectum/œso-gastrique/anus/autres dans 44,3%/17,7%/22,8/12,7%/2,5% des cas, respectivement. Les traitements oncologiques curatifs reçus étaient principalement la chirurgie (84,8%) et la chimiothérapie (72,6%), suivis de la radiothérapie (29,1%). La durée médiane depuis la fin du traitement oncologique et depuis l'arrêt du suivi oncologique était respectivement de 107 mois et de 33 mois. Sur une échelle de 0 à 100, la qualité de vie globale médiane était de 75. Quarante trois (54,4%) patients déclaraient la persistance d'effets secondaires liés au traitement à long terme, ce qui était significativement associé à un traitement antérieur par radiothérapie (80% des patients *vs* 42,6% ; p = 0,004). Les patients déclaraient également un impact à long terme sur la santé sexuelle (34 patients, 43,0%). Onze patients sur 40 (27,5%) en âge de travailler ont mentionné avoir perdu leur emploi à la période du cancer et 10 (25%) ont continué leur emploi à temps partiel. Un impact de la maladie sur les ressources financières a été rapporté chez 13 (16,5%) patients. Quinze patients (19,2%) déclaraient avoir vécu l'arrêt du suivi oncologique comme un abandon, alors que 26 (33,3%) patients l'avaient ressenti comme une libération. L'analyse plus spécifique des sous-groupes de patients ayant été traités respectivement a révélé la présence d'un LARS dans 69,2% des cas, d'une incontinence anale fréquente chez 40% des cas, et d'une dysphagie dans 33,3% des cas chez les patients ayant été traités respectivement pour un cancer du rectum, de l'anus et œso-gastrique.

Conclusion : Bien qu'ils déclarent une bonne QdV globale à long terme, une proportion non négligeable de patients traités et guéris d'un cancer digestif rapportent des symptômes séquellaires persistants et des effets secondaires liés aux traitements, ainsi qu'un impact à long terme de la maladie et ses traitements sur d'autres domaines de la QdV, tels que la sphère professionnelle et financière et la santé psychique et sexuelle. L'arrêt de suivi oncologique est par ailleurs vécu comme un abandon chez 20% des patients . Ceci suggère qu'après l'arrêt du suivi oncologique, un screening systématique et une prise en charge spécifique de ces troubles persistants et difficultés dans la vie quotidienne devrait être proposé aux patients avec l'aide de professionnels dédiés. Des études de plus grande envergure sur la QdV à long terme doivent continuer à être menées pour mieux appréhender les champs à explorer et améliorer la prise en charge des patients dans la période de "l'après cancer".

P.376

Traitement de deuxième ligne des adénocarcinomes pancréatiques après échappement sous maintenance par fluoropyrimidine : étude GEMSWITCH

C. Lataste [(1)], T. Pace-Loscos [(1)], R. Schiappa [(1)], L. Marie [(1)], C. Jaraudias [(1)], E. Chamorey [(1)], L. Evesque [(1)]

(1) Nice.

Introduction : Le schéma FOLFIRINOX représente le standard de première ligne (L1) des adénocarcinomes pancréatiques métastatiques, avec une supériorité démontrée sur la gemcitabine en termes de survie sans progression, globale et de taux de réponse. Cependant, sa toxicité notamment neurologique a amené a proposé des stratégies de maintenance par LV5FU2 après obtention d'un contrôle tumoral. En cas de progression sous schéma de maintenance deux options peuvent s'envisager : réintroduire une polychimiothérapie à base de fluoropyrimidine ou switcher vers un schéma à base de gemcitabine.
A notre connaissance aucune donnée ne permet de recommander une des deux attitudes. L'étude GEMSWITCH a pour objectif de comparer l'efficacité et la tolérance de chacune de ces 2 attitudes en deuxième ligne (L2) après progression sous traitement d'entretien.

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique entre janver 2012 et Avril 2023 incluant des patients atteints d'un adénocarcinome pancréatique localement avancé ou métastatique, traités en première ligne par FOLFIRINOX. Les critères d'inclusion comprenaient l'absence de progression après huit cycles de FOLFIRINOX et l'instauration d'un traitement d'entretien par fluoropyrimidine.
Les patients ayant présenté une progression sous ce traitement d'entretien et ayant reçu une seconde ligne de chimiothérapie ont été répartis en deux groupes selon le schéma thérapeutique administré en L2 : un groupe ayant reçu une gemcitabine seule ou en combinaison, et un groupe ayant reçu une polychimiothérapie à base de fluoropyrimidine.
Le critère de jugement principal était la survie sans progression en L2 (SSP2). Les critères de jugement secondaires comprenaient la survie globale à compter de la L2 (SG2) et la tolérance/toxicité du traitement.
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du χ^2 ou du test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et du test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Les courbes de survie ont été estimées selon la méthode de Kaplan-Meier et comparées à l'aide du test du log-rank.

Résultats : Au total 49 patients ont été inclus. Le suivi médian était de 23,5 mois depuis le diagnostic initial. 28 patients (57%) ont reçu une polychimiothérapie à base de 5FU (24 ont reçu du FOLFIRINOX, 5 du FOLFIRI). 21 patients (43%) on reçu de la GEMCITABINE (19 ont reçus de la GEMCITABINE seule, et 2 de la GEMCITABINE et de l'ABRAXANE).
L'âge médian était de 65 ans. Les patients du bras 5FU étaient plus jeunes (64 *vs* 69 ans, p = 0.035) et présentaient une tendance à un meilleur statut nutritionnel et biologique (albumine plus élevée, CA19-9 plus bas). La SSP médiane du traitement d'entretien était de 6,5 mois [IC95 % : 4,2–9,8], sans différence entre les 2 groupes le traitement ultérieur (5FU : 6,7 *vs* Gem : 6,2 mois).
La SSP2 était de 3,3 mois [IC95 % 2,1 – 5,9] avec une tendance à une SSP inférieure dans le groupe 5FU : 2,2 mois [2,1 – 7,6] *vs* Gemcitabine : 3,7 mois [1,7 – 9,1]. La SG2 médiane était de 7,9 mois [IC95 % 7,0 – 14,1], sans différence significative entre les groupes : 5FU : 8,3 mois [7,0 – NA] ; Gemcitabine : 7,7 mois [5,4 – 15,8].
Aucune différence significative n'a été observée en termes de toxicité.
En analyse univariée, les facteurs prédictifs significativement défavorables étaient les suivants : CA19-9 en L2 >59 LSN (HR = 2,4 p = 0,009), ratio PNN/Lymphocytes > 5 (HR = 2,8 ; p = 0,023), un nombre de localisations métastatiques supérieur >1 (HR = 2,4 ; p = 0,029).

Conclusion : L'étude GEMSWITCH suggère qu'après progression sous entretien par 5FU, l'utilisation d'un traitement à base de gemcitabine est une alternative à la réintroduction d'une polychimiothérapie à base de 5FU. Nous avons retrouvé une tendance à l'amélioration de la SSP2 pour les patients traités par schéma Gemcitabine, sans amélioration de la survie globale, aors que les patients traités par 5FU étaient plus jeunes, présentaient un meilleur état nutritionnel et un taux de CA19-9 plus faible.
Ces données indiquent qu'une proposition de traitement individualisée pour chaque patient en cas de progression après traitement d'entretien doit être réalisée. L'inclusion rétrospective d'un plus grand nombre de patients est souhaitable afin de confirmer ces données. L'utilisation de signatures notamment transcriptomique de prédiction de la sensibilité aux chimiothérapie est également susceptible d'orienter à l'avenir le choix des traitements dans cette indication.

P.377

Impact d'une évaluation nutritionnelle systématique à l'initiation de la première ligne de chimiothérapie par FOLFIRINOX sur l'état nutritionnel et la survie des patients atteints d'un cancer du pancréas métastatique

R. Glacet-Combescot [1], F. Christy [1], A. Parzy [1], S. Tighilet [1], F. Cherifi [1], K. Bouhier-Leporrier [1], B. Dupont [1], M.A. Piquet [1], A.L. Bignon [1]
(1) Caen.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) représente la 7ème cause de mortalité par cancer dans le monde et pourrait devenir la deuxième d'ici 2030. Malgré les progrès de la prise en charge son pronostic reste sombre, avec une survie globale (SG) médiane de 11 mois en situation métastatique. La dénutrition concerne près de 60 % des patients et constitue un facteur pronostique défavorable, altérant la tolérance et l'efficacité des traitements. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une évaluation nutritionnelle systématique dès la première cure de FOLFIRINOX en première ligne de traitement sur l'état nutritionnel et la survie des patients atteints d'un AP métastatique synchrone.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective bicentrique incluant 117 patients atteints d'un AP métastatique synchrone traités par FOLFIRINOX en première ligne entre 2018 et 2023. 12 patients ont été exclus faute d'évaluation nutritionnelle. 105 patients ont été analysés : 52 ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle systématique lors de la première cure, ces patients étaient issus d'un centre au sein duquel il existe un service de nutrition spécialisé et 53 d'une évaluation nutritionnelle déclenchée à la demande de l'oncologue s'il la jugeait nécessaire, ils étaient issus de l'autre centre. Le critère de jugement principal était l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) entre la première et la dernière cure de FOLFIRINOX. Les objectifs secondaires étaient la SG, la survie sans progression (SSP), la prescription de support nutritionnel et les toxicités du traitement. L'évolution de l'IMC entre la première et la dernière cure a été mesurée et comparée entre les deux groupes à l'aide d'un modèle de régression mixte avec un terme d'interaction groupe x temps, ajusté sur le nombre de cures et la prise de complément nutritionnel oraux (CNO).

Résultats : Les caractéristiques initiales des deux groupes étaient comparables au diagnostic respectivement pour le groupe « à la demande » et le groupe « systématique » pour l'âge (62,8 *vs* 61 ans, p=0,42), l'IMC (27,1 *vs* 24,9 kg/m², p=0,37), l'albuminémie (40,2 *vs* 38,5 g/L, p=0,11), le nombre de sites métastatiques (≥3 sites : 3,8 % *vs* 7,7 %, p=0,43) et le performans status (0–1 : 98,1 % *vs* 96,2 %, p=0,60). La perte moyenne de point d'IMC était significativement moindre dans le groupe « systématique » en comparaison au groupe « à la demande » (–2,3 kg/m² *vs* –4,2 kg/m², p<0,001) après ajustement sur le nombre de cures et la prise de CNO dans le modèle mixte multivarié. La SG médiane était plus élevée dans le groupe « systématique » que dans le groupe « à la demande » sans différence significative (10,58 mois *vs* 8,34 mois p= 0,053). Après ajustement sur l'âge au diagnostic et le nombre de cures de FOLFIRINOX réalisées, l'analyse multivariée montrait un bénéfice significatif de l'évaluation systématique sur la SG (HR = 0,56 ; IC95% [0,36–0,87] ; p = 0,010). La SSP médiane était plus élevée dans le groupe systématique que dans le groupe à la demande, sans différence significative (5,52 mois *vs* 4,93 mois ; p = 0,31). Après ajustement sur le nombre de cure de FOLFIRINOX réalisées, on observait en analyse multivariée un bénéfice significatif de l'évaluation systématique sur la SSP (HR = 0,41 ; IC95% [0,26–0,66] ; p < 0,001). La prescription de CNO ne différait pas entre les groupes (p=0.348). On observait significativement plus de nutrition entérale (NE) prescrite dans le groupe systématique (25 % *vs* 2 %, p < 0,001) et plus de nutrition parentérale (NP) prescrite dans le groupe à la demande (41,2 % *vs* 3,8 %, p < 0,01). Aucune différence significative n'a été observée concernant les toxicités étudiées (hématologiques, digestives, cutanées et neurologiques).

Conclusion : Cette étude montre qu'une évaluation nutritionnelle systématique dès la première cure de chimiothérapie limite la perte pondérale favorise la prescription de NE et limite le recours à la NP. Elle suggère également une amélioration de la SG et de la SSP qui devra être confirmée par une étude prospective randomisée. Ces résultats plaident pour l'intégration d'une prise en charge nutritionnelle précoce et systématique dans le parcours thérapeutique des patients atteints d'un AP métastatique.

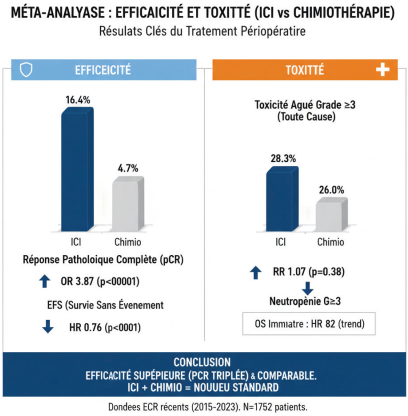
P.378

Efficacité de l'immunothérapie péri-opératoire dans le cancer gastrique résécable : une méta-analyse

N. Samai [1]
(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : La chimiothérapie périopératoire est le standard pour le cancer gastrique (CG) ou de la jonction œsogastrique (JOG) résécable localement avancé (stade II-IVA). L'ajout d'inhibiteurs de checkpoint immunitaire (ICI, anti-PD-1/PD-L1) émerge pour améliorer la réponse pathologique et la survie sans événement (EFS), en synergie avec des schémas comme FLOT (5-FU, leucovorine, oxaliplatine, docétaxel). Notre objectif était d'évaluer, via méta-analyse, l'efficacité (réponse pathologique complète [pCR], EFS) et la toxicité aiguë (grade ≥3) de l'immunothérapie périopératoire ± chimiothérapie *versus* chimiothérapie seule chez des patients avec CG/JOG résécable.

Patients et Méthodes : Recherche systématique dans PubMed, Scopus et Web of Science (2015-2025) pour essais contrôlés randomisés de phase 3 comparant ICI (pembrolizumab/durvalumab) + chimiothérapie périopératoire à chimiothérapie standard chez patients avec CG/JOG résécable, sans métastases. Critères d'inclusion : ≥100 patients/bras, endpoints quantitatifs (pCR, EFS, toxicité CTCAE grade ≥3). Exclusion : phase <3, récidives, sans comparaison directe. Deux ECR inclus (KEYNOTE-585 2025 n=804 ; MATTERHORN 2025 n=948 ; total 1 752 patients). Analyse méta-analytique (effet aléatoire, inverse variance) : odds ratio (OR) pour pCR (événement favorable), hazard ratio (HR) pour EFS, risk ratio (RR) pour toxicité grade ≥3. Hétérogénéité I^2 ; biais publication funnel plot. Seuil significativité p<0,05.



Résultats : Caractéristiques : âge médian 62 ans (IQR 56-68), 65 % hommes, stade II-IVA ~90 %, N+ ~75 %. ICI : pembrolizumab 200 mg ou durvalumab 1 500 mg Q3-4W + FLOT/CF (cisplatine/5-FU) ; chirurgie 4-6 sem post-néoadjuvant. pCR : 144/876 (16,4 %) ICI *vs* 41/876 (4,7 %) chimio ; OR 3,87 (IC95 % 2,68-5,59 ; p<0,0001) ; I^2=76 % (figure 1). EFS (médiane FU 32 mo) : HR 0,76 (IC95 % 0,66-0,87 ; p<0,001) ; I^2=0 % (KEYNOTE HR 0,81 ; MATTERHORN HR 0,71). Toxicité aiguë G≥3 (toute cause) : 248/876 (28,3 %) ICI *vs* 228/876 (26,0 %) chimio ; RR 1,07 (IC95 % 0,92-1,25 ; p=0,38) ; I^2=12 %. Neutropénie G≥3 plus fréquente en chimio seule (RR 0,88 ; IC95 % 0,75-1,03). OS immature (HR 0,82 ; IC95 % 0,70-0,96 pooled trend). Biais faible (symétrie funnel).

Étude	pCR ICI (%)	pCR Chimio (%)	OR (IC95 %)
KEYNOTE-585	13,4	2,0	7,64 (3,52-16,6)
MATTERHORN	19,0	7,0	3,13 (2,03-4,82)
Pooled	16,4	4,7	3,87 (2,68-5,59)

Discussion : L'immunothérapie périopératoire triple quasi le taux de pCR et réduit le risque d'EFS de 24 % sans compromettre la toxicité aiguë (légère hausse due à l'ICI, gérable). Contrairement aux méta-analyses antérieures (jusqu'en 2023, focus non-FLOT ou données partielles), cette analyse récente (ECR 2025) intègre FLOT, montrant bénéfice EFS consistant (HR 0,76 *vs* 0,85-0,95 historiques) et hétérogénéité modérée en pCR, avec supériorité en sous-groupe PD-L1 ≥1 % (OR 4,5). Limites : seulement 2 études, mix Asie/Occident ; besoin données OS/tox tardive.

Conclusion : L'immunothérapie périopératoire offre une efficacité supérieure (pCR x3, EFS améliorée) avec toxicité acceptable, apportant originalité en validant l'approche FLOT+ICI pour dé-escalade chez CG résécable à haut risque, favorisant préservation qualité de vie. Recommandée en routine pour patients éligibles.

Remerciements, financements, autres : Pas de financements.

P.379

Recours aux soins palliatifs et impact sur la survie après arrêt des traitements anticancéreux chez des patients atteints de néoplasie neuroendocrine de haut grade G3 métastatique

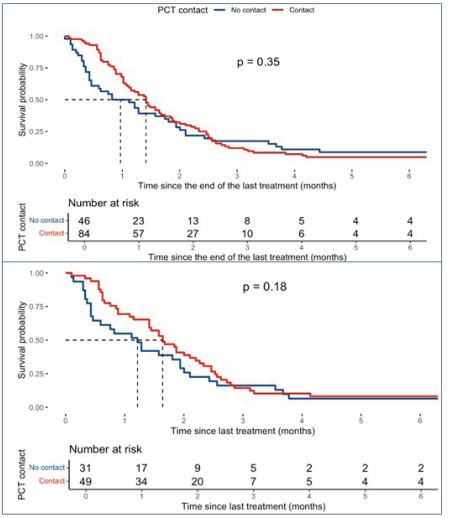
M. Perrier [1], L. Laurent [1], A. Durand [2], T. Walter [2], G. Cadiot [1], H. Brixi [1], M. Morizot [1], L. Gérard [2], O. Bouché [1]

(1) Reims ; (2) Lyon.

Introduction : Les néoplasies neuroendocrines (NNE) métastatiques de grade G3 (index Ki67 >20%) sont des tumeurs rares avec un pronostic défavorable en 12 à 18 mois selon la différenciation. Cependant, le recours aux soins palliatifs dans cette population a été peu étudié.
L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact pronostique du contact avec l'équipe de soins palliatifs (ESP) sur la survie après arrêt du dernier traitement anticancéreux.

Patients et Méthodes : Cohorte rétrospective dans deux centres français du réseau RENATEN-GTE (Groupes d'étude des Tumeurs Endocrines). Etaient inclus les patients présentant une NNE G3 (bien ou peu différenciée) métastatique ayant reçu au moins une thérapie systémique, et décédés entre le 01/01/2013 et le 31/12/2024.
La survie globale était estimée selon la méthode de Kaplan-Meier et exprimée par sa médiane et intervalle de confiance à 95%. Les variables associées au risque de décès ont été analysées à l'aide d'un modèle de Cox. Une valeur de p<0,05 était considérée comme significative.

Figure : Survie après fin du dernier traitement anticancéreux, selon le contact avec une équipe de soins palliatifs. A) Cohorte globale (n=130) ; B) Chez les patients avec CNE peu différencié uniquement, en excluant les patients décédés dans les 7 jours après le contact ESP (n=80, 15 patients exclus de l'analyse de survie).



Résultats : 130 patients ont été inclus : âge médian de 64,3 ans, 60,8% hommes, 73% des NNE étaient peu différenciées (n=95), le primitif était pancréatique chez 32,3%, avec des métastases hépatiques (79,2%) et ganglionnaires (48,5%) principalement. Le Ki67 médian était 80% (IQR: 50-90). Le dernier traitement anticancéreux reçu était une chimiothérapie (85,4%), une thérapie ciblée (9,2%) ou une immunothérapie (5,4%).
La survie globale médiane au diagnostic de NNE G3 métastatique était de 11,1 mois (IC95% 9,7-14,0) dans la cohorte globale (10,5 mois pour les NNE peu différenciées métastatiques *versus* 18,2 mois pour les NNE bien différenciées G3 métastatiques, p=0,0029).
Au total, 84 patients (64,6%) ont eu un contact avec l'ESP (57,1% si NNE bien différenciée et 67,4% si NNE peu différenciée). Le contact ESP avait lieu avant la fin du dernier traitement anticancéreux chez 25,4% des patients. Le délai médian entre le diagnostic de NNE métastatique et le contact ESP était de 8,9 mois. Le délai médian entre le premier contact ESP et le décès était de 28 jours (IQR: 9-106).
En analyse multivariée, le contact ESP n'était pas associé statistiquement à une survie sans traitement plus longue (HR 0.69 [IC95%: 0.45-1.07]; p=0.095). Les patients ayant eu un contact ESP recevaient moins souvent un traitement anticancéreux dans les 30 jours précédents leur décès (p=0,0215).

Conclusion : Le taux d'adressage à l'ESP était de 64,6% chez les patients atteints de NNE métastatique de haut grade dont la survie globale médiane était de moins de 12 mois. Ce contact ESP était antérieur à la fin des traitements anticancéreux chez seulement 25,4% des patients. Le contact ESP n'était pas associé à une meilleure survie sans traitement, mais ces patients recevaient moins de chimiothérapie dans les 30 jours précédents le décès.
Une étude à l'échelle nationale pourrait permettre un plus large effectif afin de mieux étudier l'impact pronostique des soins palliatifs dans cette population de tumeurs rares mais aggressives.

P.380

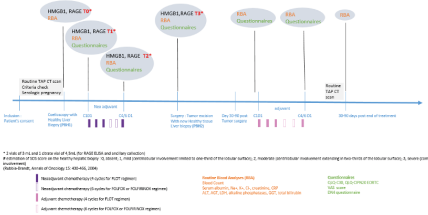
Évaluation de la variation de HMGB1 comme biomarqueur de l'hépatotoxicité et de la neurotoxicité induites par oxaliplatine chez les patients atteints de cancer digestif : protocole de l'étude HEPATOXALI

A. Rivera [1], J. Durif [1], B. Pereira [1], M. Brailova [1], M. Gras [1], C. Darcha [1], V. Sapin [1], L. Gau [1], B. Gillet [1], B. Mathieu [1], D. Balayssac [1], P. Sauvanet [1], L. Cassagnes [1], D. Pezet [1], J. Gagnière [1], M. Jary [1]

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les adénocarcinomes œsogastriques (stade ≥ T2N0) et pancréatiques localement avancés ou borderline résécables restent de mauvais pronostic. Leur prise en charge repose sur des protocoles de chimiothérapie péri-opératoire à base d'oxaliplatine. Cependant, l'oxaliplatine peut être responsable de la survenue d'un syndrome d'obstruction sinusoïdale (SOS) modéré à sévère dans près de 50% des cas, et de la survenue d'une neuropathie périphérique chimio-induite (CIPN). Tout deux altèrent le pronostic oncologique. Le SOS est associé à une morbidité post-opératoire accrue, une moindre réponse histologique, un risque plus élevé de récidive, et à la survenue d'une CIPN. Si ses conséquences ont été étudiées dans les métastases hépatiques de cancer colorectal, aucune donnée prospective n'existe pour les adénocarcinomes œsogastriques et pancréatiques. Le diagnostic du SOS repose encore sur l'histologie, faute d'outil non invasif validé. Les études pré-cliniques d'exposition à l'oxaliplatine sont en faveur d'une libération extracellulaire induite de la protéine nucléaire HMGB1, impliquée dans l'inflammation et l'hépatotoxicité, et dont l'interaction avec son récepteur RAGE contribue aussi à la CIPN. Ces données expérimentales suggèrent que HMGB1 puisse constituer un biomarqueur clé et prédictif des toxicités hépatiques et neurologiques de l'oxaliplatine.

Patients et Méthodes : HEPATOXALI est une étude non interventionnelle ouverte monobras et monocentrique, visant à inclure des patients adultes porteurs d'un adénocarcinome œsogastrique ou pancréatique résécable, avec un statut ECOG 0-1, candidats à une chimiothérapie péri-opératoire à base d'oxaliplatine (FLOT, FOLFOX ou FOLFIRINOX) et bénéficiant d'une laparoscopie d'évaluation initiale. Des biopsies hépatiques en foie sain seront réalisées avant et après exposition à l'oxaliplatine afin d'évaluer le SOS selon la classification de Rubbia-Brandt. Les dosages plasmatiques de HMGB1 et de son récepteur soluble RAGE seront effectués à quatre temps (laparoscopie d'évaluation initiale, au début de la chimiothérapie néoadjuvante et à la fin de la chimiothérapie néoadjuvante, chirurgie d'exérèse). Les patients compléteront des questionnaires validés explorant la CIPN (QLQ-CIPN20), la douleur neuropathique (EVA douleur + DN4) et la qualité de vie (QLQ-C30).



Résultats : L'objectif principal est de comparer les concentrations plasmatiques de HMGB1 avant et après chimiothérapie néoadjuvante à base d'oxaliplatine chez les patients avec et sans SOS de grade ≥ 2. Les objectifs secondaires incluent l'évaluation dynamique de HMGB1 et RAGE, la comparaison du diagnostic histologique du SOS avec des scores biologiques et radiologiques, ainsi que l'analyse des corrélations entre SOS, CIPN et qualité de vie. Un total de 100 patients sera inclus, dont 50 adénocarcinomes œsogastriques et 50 adénocarcinomes pancréatiques, avec une analyse intermédiaire prévue après 48 inclusions.

Conclusion : HEPATOXALI est la première étude humaine prospective non interventionnelle évaluant la pertinence de HMGB1 comme biomarqueur prédictif des toxicités hépatiques et neurologiques liées à l'oxaliplatine dans les adénocarcinomes œsogastriques et pancréatiques localisés. Ce travail pourrait permettre d'identifier précocement les patients à risque, d'adapter les traitements et de prévenir les complications associées.

P.381

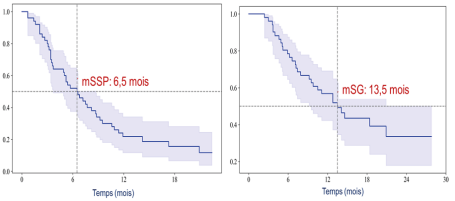
Efficacité et toxicité du schéma SOX dans le traitement du cancer gastrique avancé ou métastatique non résécable : étude rétrospective

H.Q. Nguyen [(1)], N. Phu-Loc [(1)], T.H.D. Phan [(1)]
(1) Hô Chi Minh-Ville, VIÊT NAM.

Introduction : Le cancer gastrique avancé ou métastatique demeure un problème majeur de santé publique, associé à une morbidité et une mortalité élevées. Malgré les progrès thérapeutiques récents, le pronostic de ces patients reste limité. Le schéma SOX, associant S-1 et oxaliplatine, est couramment utilisé comme traitement de première ligne en Asie de l'Est, mais les données en conditions réelles restent rares. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du schéma SOX chez des patients atteints de cancer gastrique avancé ou métastatique non résécable.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été conduite sur des patients atteints de cancer gastrique avancé ou métastatique traités par le schéma SOX en première ligne entre mai 2021 et mai 2023. Les caractéristiques cliniques et tumorales, les réponses au traitement, la survie et les effets indésirables ont été collectés. Les réponses tumorales ont été évaluées selon les critères RECIST. Les toxicités ont été gradées selon la classification NCI-CTCAE version 5.0. La survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Cinquante-quatre patients ont été inclus. Le taux de réponse objective (TRO) était de 35.2 %, et le taux de contrôle de la maladie (TCM) de 62.7 %. La SSP médiane était de 6.5 mois et la SG médiane de 12.5 mois. Les toxicités les plus fréquentes étaient les troubles hématologiques, la neuropathie périphérique et les effets gastro-intestinaux. Les toxicités de grade 3–4 sont restées inférieures à 10 %, à l'exception de l'anémie (13 %). Le traitement a globalement été bien toléré.



Discussion : Les résultats observés confirment une efficacité comparable à celle rapportée dans les études internationales, avec un profil de tolérance acceptable. Ces données issues de la pratique courante renforcent la pertinence du schéma SOX comme traitement de première ligne du cancer gastrique avancé.

Conclusion : Le schéma SOX apparaît comme une option efficace et bien tolérée dans le traitement du cancer gastrique avancé ou métastatique non résécable. Des études prospectives restent nécessaires pour mieux définir les sous-groupes de patients susceptibles d'en tirer le plus grand bénéfice.

Remerciements, financements, autres : Les auteurs remercient sincèrement les patients et leurs proches pour leur participation et leur confiance. Aucun financement spécifique n'a été reçu pour cette étude.

P.382

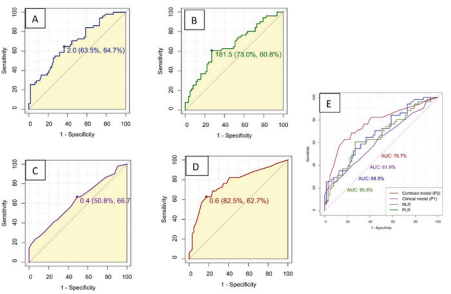
Modèle prédictif basé sur l'indice hématologique combiné aux caractéristiques cliniques pour la prédiction des métastases à distance chez les patients atteints de cancer gastrique

N. Tran [(1)], D.N.L. Tran [(1)], T.H.D. Phan [(1)], H.Q. Nguyen [(1)]
(1) Hô Chi Minh-Ville, VIÊT NAM.

Introduction : Le cancer gastrique (CG) est le 5e cancer le plus fréquent et la 4e cause demortalité par cancer mondiale (GLOBOCAN 2020). Le pronostic de cette maladiereste défavorable, dû à des diagnostics tardifs et un risque élevé de métastases,même post-traitement. Les réponses immunitaires et inflammatoires influencentfortement la progression des tumeurs solides, soulignant le potentiel debiomarqueurs simples et abordables pour l'évaluation pronostique et la surveillance.Notre étude évalue la valeur prédictive du ratio neutrophiles/lymphocytes (NLR) etdu ratio plaquettes/lymphocytes (PLR) pour détecter les métastases à distancechez des patients atteints de cancer gastrique.

Patients et Méthodes : Notre étude rétrospective a analysé 114 patients atteints d'adénocarcinomegastrique. Les caractéristiques cliniques et résultats de laboratoire pré-traitementont été recueillis. Les patients ont été classés en groupes métastatique et non-métastatique selon le système TNM de l'AJCC (8e éd., 2018). Les comptes sanguinsont été extraits des dossiers, à partir desquels le NLR (neutrophiles/lymphocytes) etle PLR (plaquettes/lymphocytes) sont calculés.

L'analyse s'est déroulée en trois étapes: 1) comparaison des valeurs de NLR et dePLR entre les groupes avec et sans métastase; 2) recherche de corrélation entreNLR, PLR et progression de la maladie; 3) détermination de la valeur de coupureoptimale pour chaque marqueur hématologique (NLR et PLR) afin de prédirela présence des métastases à distance via courbes ROC (AUC) et indice de Youden.On a ainsi développé un modèle combiné avec facteurs cliniques et employé larégression logistique binaire afin d'évaluer la probabilité de prédiction des métastasesà distance dans le GC. Le test de DeLong est employé pour comparer les AUC.



Résultats : Selon le système de stadification TNM, 51 cas (44.73 %) ont été diagnostiquésavec une maladie métastatique à distance (stade IV), tandis que 63 cas étaient nonmétastatiques (55.27 %). Les deux paramètres, NLR et PLR, étaient statistiquementplus élevés aux stades métastatiques qu'aux stades précoces (test de Mann-Whitney-Wilcoxon, $p = 0.00072$ et 0.0039, respectivement). De plus, les niveauxélevés de NLR et de PLR montraient une corrélation positive avec les stades ($r = 0.33$ et $r = 0.27$, respectivement, avec $p < 0.05$). Les valeurs de coupure optimales,déterminées par la courbe ROC et l'indice de Youden, étaient de 2.0 pour le NLR etde 181.5 pour le PLR. En associant ces deux marqueurs avec des facteurs cliniques,incluant l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC), la localisation primaire dela tumeur et le grading histologique, nous avons élaboré un modèle prédictif de lamétastase à distance présentant une sensibilité de 62.7 % et une spécificité de82.5 %. Ce modèle combiné affichait une efficacité prédictive supérieure à celle dumodèle clinique (avec le AUC = 0.766 et 0.619 respectivement; test de DeLong, p=0.00356)

Discussion : Ces résultats mettent en évidence le rôle des réponses immunitaires systémiquesdans la progression du cancer gastrique et confirment l'intérêt des ratios NLR et PLRcomme outils prédictifs simples et reproductibles, qui est également rapportée dansplusieurs observations dans nombreux types de tumeurs solides.

Conclusion : Notre travail révélé une corrélation significative entre le NLR, le PLR et la présencede métastase à distance, et propose un modèle combiné qui améliore la précisionprédictive par rapport aux facteurs cliniques seuls. Notamment, si les patientsatteints de cancer présentant un NLR élevé, notamment quand NLR > 2.0 ou PLR >181.5, les médecins doivent être vigilants quant à la survenue de métastasestumorales à distance et procéder à des examens complémentaires le plusprécocement possible.

P.383

PRODIGE102 - FFCD 2201 - SAFE-Eso : étude de phase II évaluant l'efficacité et la tolérance d'un anti PD-1 seul (le tislelizumab) chez les patients âgés non éligibles à la chimiothérapie, présentant un carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé

A. Turpin [1], J. Raimbourg [2], S. Bouhlal Jourdan [3], E. Barbier [3], N. Bertrand [4], B. Pereira [5], P. Laurent-Puig [6], C. Laheurte [7], B. Gillet [5], A. Aregui [6], M. Lefèvre [6], G. Rochette de Lempdes [8], T. Aparicio [6], D. Tougeron [9], M. Jary [5]

(1) Lille ; (2) Nantes ; (3) Dijon ; (4) Rennes ; (5) Clermont-Ferrand ; (6) Paris ; (7) Besançon ; (8) Saint-Cloud ; (9) Poitiers.

Introduction : Les patients porteurs de carcinomes épidermoïdes de l'œsophage sont souvent âgés ou fragiles, et porteurs de comorbidités inhérentes au terrain. Ces patients sont donc souvent exclus des essais cliniques, bien qu'ils représentent une proportion importante de la population en pratique courante. Les standards actuels de première ligne en situation métastatique associent une chimiothérapie à base de sels de platine à des anti-PD-1 en cas de surexpression de PD-L1. Cependant, de nombreux patients ne sont pas éligibles à ces traitements en raison de leur âge, comorbidités et/ou de leur fragilité, et le rapport bénéfice/risque des traitements oncologiques dans ces situations reste incertain. Il est donc nécessaire d'évaluer de manière prospective une stratégie de désescalade thérapeutique portant sur l'utilisation de l'immunothérapie seule dans cette population. Ainsi, l'étude PRODIGE102-SAFE-Eso a été mise en place, promue par la FFCD et labelisée PRODIGE et DIALOG.

Patients et Méthodes : PRODIGE102-SAFE-Eso (NCT07205731) est une étude de phase II multicentrique monobras, incluant des patients de plus de 69 ans porteurs d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé ou métastatique en première ligne thérapeutique, ayant un statut ECOG 0-2, non candidats à une chimiothérapie à base de platine après avis oncologique et gériatrique. Cette étude évalue l'intérêt du Tislelizumab (anti PD-1) 200 mg en monothérapie, administré par voie veineuse, en perfusion toutes les 3 semaines, pour une durée maximale de 2 ans, ou jusqu'à progression, toxicité inacceptable, ou retrait du consentement. Une évaluation du G-Code est réalisée à l'inclusion, puis des analyses de qualité de vie sont menées toutes les 9 semaines des évaluations tumorales.
L'objectif principal est de déterminer la proportion de patients en vie à 6 mois (survie globale à 6 mois).
Le Tislelizumab sera jugé efficace si la survie dépasse 50 % (inefficacité maximale tolérée), le taux attendu étant de 63 %. Le calcul de la taille d'échantillon repose sur un plan optimal de Simon en deux étapes, avec un risque alpha unilatéral fixé à 10 %, une puissance statistique de 85 % et une hypothèse de 5 % de patients non évaluables, conduisant à un effectif requis de 95 patients. Une analyse intermédiaire est prévue après le 42ème patient évaluable.
Les objectifs secondaires comportent l'évaluation de la toxicité (NCI-CTCAE version 5.0), de la survie globale (SG) à 6 mois en fonction de l'expression de PD-L1, du taux de réponse selon RECIST 1.1, de la survie sans progression (SSP) à 3 et 6 mois selon les critères RECIST 1.1 et en fonction de l'expression de PD-L1, de la qualité de vie (échelles EORTC QLQC30, OES-18 et QLQ-ELD14), de la SG et de la SSP en fonction de paramètres gériatriques (G-CODE complet et sous-échelles ADL et IADL), et de la valeur pronostique des biomarqueurs immunitaires.

Résultats : L'étude a débuté en octobre 2025, et est menée dans 30 centres français, avec des résultats attendus pour mi-Q2 2030.

Conclusion : PRODIGE102-SAFE-Eso est la première étude prospective évaluant l'immunothérapie seule dans une population de patients âgés/fragiles porteurs d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé en première ligne. Au-delà d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'immunothérapie, cet essai sera l'opportunité d'une recherche translationnelle pour identifier des biomarqueurs associés à l'efficacité de l'immunothérapie.

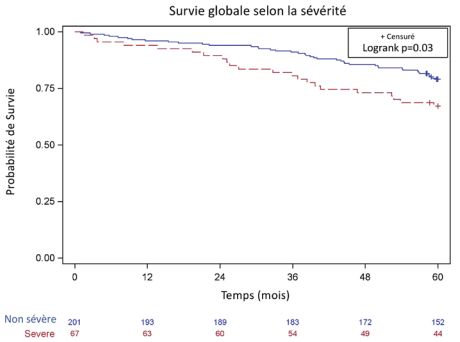
P.384

Impact de la sévérité de l'épisode initial sur la survie à 5 ans dans la pancréatite aiguë

J. Lozac'h [1], A. Briant [1], T. Chaigneau [1], A. Meria [1], M.A. Piquet [1], J.J. Parienti [1], B. Dupont [1]
(1) Caen.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) représente une des principales causes d'hospitalisation pour motif gastroentérologique dans le monde. Si l'évolution est majoritairement bénigne, environ 20% des patients développent une forme sévère, associée à un risque élevé de mortalité. La survie à court terme est bien documentée dans la littérature mais le pronostic à long terme ainsi que l'impact de la sévérité initiale de la maladie sur celui-ci restent méconnus. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de la sévérité initiale de la PA sur la mortalité à 5 ans des patients une fois l'épisode initial résolu.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective, monocentrique, incluant les patients consécutivement hospitalisés entre 2014 et 2019 pour PA définie par les critères diagnostiques d'Atlanta. Ont été exclus : les PA post-CPRE, les poussées douloureuses sur pancréatite chronique, ainsi que les épisodes récurrents (seul l'épisode le plus précoce, a été retenu par patient).
Pour calculer la survie à long terme une fois l'épisode initial révolu, nous avons débuté l'analyse de survie après un délai de 3 mois à partir de la date d'entrée de l'hospitalisation initiale. Ont été recueilli l'ensemble des données cliniques et biologiques, nécessaires au calcul de différents scores de sévérité (BISAP, RANSON, SOFA) et à l'évaluation de la sévérité de la maladie, définie par la présence d'une défaillance d'organe persistante pendant plus de 48 heures ou la survenue d'une infection de coulée de nécrose.
Afin de limiter les biais de sélection, un appariement par score de propension a été réalisé sur le sexe, l'âge, et l'étiologie selon un ratio 1:3 (formes sévères : formes non sévères). L'analyse de la survie a été effectuée sur la cohorte appariée à l'aide de modèles de régression de Cox en analyse univariée et multivariée. Des courbes de survie de Kaplan–Meier ont été établies pour comparer la survie selon les groupes de sévérité. Une valeur de p<0,05 était considérée comme statistiquement significative.



Résultats : Parmi les 845 cas de pancréatites identifiés sur la période, 126 ont été exclus (45 patients sont décédés précocement avant le début de l'analyse de survie à M3, 2 patients mineurs et 79 cas de réhospitalisations de patients pour lesquels seule l'hospitalisation initiale a été retenue). Au total 719 patients ont été inclus dans l'analyse : majoritairement de sexe masculin (N= 452 ; 63%), d'âge moyen 57 (± 19) ans. L'origine biliaire était majoritaire (n= 297 ; 41%) devant la cause éthylique (29% ; n= 206). Soixante-sept patients (9%) ont développé une forme sévère : 47 (7%) pour défaillance d'organe persistante et/ou 21 (3%) pour infection de coulées de nécrose. Les patients ayant développé une forme sévère de PA étaient majoritairement des hommes (78% *vs* 63% ; p=0,009), plus âgés (63 ± 16 ans *vs* 57 ± 19 ans ; p=0,004), avec une albumine significativement plus basse (34,9 ± 7,75 g/L *vs* 39 ± 6 g/L ; p<0,001). Ils présentaient des scores de sévérité (BISAP, RANSON, SOFA) plus graves.
L'analyse de survie a été effectuée sur 268 patients appariés (67 formes sévères et 201 formes non sévères). Dans cette population, 64 décès (24%) ont été recensés sur la période d'étude de 5 ans. La survie à 5 ans était significativement plus faible dans le groupe des PA sévères (67,1% *vs* 79,1% ; log-rank p=0,03).
En analyse multivarié, la sévérité de l'épisode initial était significativement associée à la mortalité à 5 ans (adjusted HR 1,85 ; IC 95% [1.13-3.05] ; p=0,015), contrairement à la présence de comorbidités chroniques sous-jacentes (adjusted HR 1,37 ; IC 95% [0,74–2,54] ; p=0,32).

Conclusion : La sévérité initiale de la pancréatite aiguë, une fois l'épisode aigu résolu, constitue un facteur indépendant de mauvais pronostic sur la survie à long terme. Ces données suggèrent la nécessité d'un suivi à long terme des patients ayant présenté une forme sévère de PA.

P.385

Influence de l'accès aux soins primaires et des déterminants sociaux de santé sur le délai d'accès à la CPRE et la survie des patients pris en charge pour angiocholite aiguë : une étude rétrospective multicentrique

B. Dupont [1], O. Dejardin [1], W. Kam [1], L. Mosquet [1], R. Gloro [1], D. Laurent [2], V. Bouvier [1], M.A. Piquet [1], A. Alves [1]

(1) Caen ; (2) Argentan.

Introduction : Le traitement de l'angiocholite aiguë repose sur l'antibiothérapie et sur le drainage biliaire qui est, le plus souvent, réalisé par cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Le délai de drainage endoscopique conditionnerait le pronostic de la maladie. Plusieurs méta-analyses concluent à une augmentation de la mortalité en cas de drainage endoscopique réalisé après 48/72h ayant conduit à des recommandations de drainage dans les 72h. A ce jour, très peu de données sont connues sur les facteurs conditionnant ce délai. Parmi les déterminants non-cliniques, la déprivation socio-économique et territoriale impacterait la morbi-mortalité de nombreuses pathologies mais l'influence des ces déterminants sur l'accès à la CPRE ou le pronostic de l'angiocholite aiguë sont méconnus.
L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact des déterminants cliniques et non cliniques (socio-économiques et territoriaux) sur le délai d'accès à la CPRE et la mortalité à 30 jours des angiocholites aiguës.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique compilant l'intégralité des CPRE réalisées pour angiocholites aiguës entre janvier 2016 et décembre 2020 dans les 4 centres (publiques/privés) réalisant cet acte sur un territoire donné. Les données clinico-biologiques et radiologiques nécessaires au diagnostic d'angiocholite et à l'estimation de la sévérité selon les critères de Tokyo 2018 ont été recueilles. L'European Deprivation Index (EDI) et l'indice SCALe ont été utilisés pour évaluer respectivement la déprivation matérielle et l'accès aux soins primaires de chaque patient. Le temps de trajet et la distance au centre de drainage ont également été étudiés. Le délai de réalisation de la CPRE était défini par le temps séparant la date de l'imagerie permettant de poser le diagnostic et la date de CPRE. Les déterminants associés au retard de CPRE (réalisée après 72h) et à la mortalité à 30 jours ont été étudiés par régression logistique mixte avec intercept aléatoire dû à l'effet centre.

Résultats : Au total, 828 CPRE parmi 2840 actes ont été réalisées pour angiocholite aiguë avec un délai médian de 8 jours [IQR : 3-17], majoritairement pour cause lithiasique (76,2% ; 594/780), dont 13% (88/670) présentant une forme sévère Tokyo grade III. La population traitée était âgée (âge médian=80 ans [69-87]), sans différence homme/femme, avec un ASA majoritairement supérieur à 2 (64,2%). Le taux de mortalité à 30 jours était de 4,8% (n = 40/828). Aucun des déterminants non cliniques (défavorisation sociale, temps de trajet ou isolement géographique) n'était associé au délai de CPRE. Après analyse multivariée, seule la sévérité (grade III de Tokyo) était associée à un délai de CPRE < 3 jours (OR=0,18 ; IC95 % [0,10-0,32] ; p<0,001). Concernant le pronostic, l'isolement aux soins primaires (OR=1,15 ; IC95% [1,03-1,28] ; p=0,012), l'étiologie non lithiasique (OR=4,08 ; IC95% [1,51-11,0] ; p=0,006) et la sévérité grade III (OR=11,4 ; IC95% [3,99-32,7], p<0,001) étaient significativement associés à la mortalité à 30 jours. Le délai de CPRE en lui-même n'était pas associé à la mortalité (OR=0,99 ; IC95% [0,95-1,03] ; p=0,48) de même que le temps de trajet ou la déprivation sociale.

Conclusion : Dans notre série, seule la sévérité de l'angiocholite aiguë influence le délai de réalisation de la CPRE, qui, à lui seul, n'a pas d'impact sur le pronostic après ajustement. Le délai de drainage doit être privilégié chez les patients sévères.
Outre l'étiologie et la sévérité, un accès limité aux soins primaires influence le pronostic de l'angiocholite aiguë, bien que ce facteur n'ait pas d'impact sur le délai de drainage. Cette observation pourrait suggérer un retard diagnostique et/ou une moins bonne prise en charge des comorbidités chez les patients les plus isolés.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail a reçu le support financier de la Bourse FARE de la SNFGE.

P.386

Etude du ressenti de la transition enfant-adulte au cours de la pancréatite héréditaire

L. Barez [1], S. Salmeron [1], F.I. Habib [1], L. Laurent [1], F. Maire [1], I. Coupa [1], S. Marellec [1], V. Rebours [1]
(1) Clichy.

Introduction : La pancréatite dite héréditaire (PH) est une forme rare de pancréatite chronique génétique. Les premiers symptômes (pancréatites aiguës) se manifestent précocement dès l'âge de 10 ans. Les enfants concernés par cette maladie chronique et complexe sont initialement pris en charge par leur référents pédiatriques (médecin généraliste, pédiatre). Le diagnostic posé, ces enfants, adolescents et jeunes adultes sont orientés vers des structures expertes adulte pour un suivi et des traitements spécifiques. La faible prévalence de 0.3/100.000 et l'absence de centre expert pédiatrique dédié, obligent ces jeunes patients à un contact précoce avec la médecine de l'adulte sans préparation préalable (protocole de transition). L'objectif principal est de décrire le vécu ressenti au cours de la transition/transfert enfant – adulte par ces patients. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les manquements et les besoins spécifiques pour réussir une transition s'inscrivant dans le cadre théorique des recommandations internationales.

Patients et Méthodes : Etude prospective observationnelle. Cohorte de patients pris en charge dans le service de Pancréatologie de l'Hôpital Beaujon, Clichy-APHP, centre coordinateur du CRMR Paradis, centre de référence pour les maladies rares du pancréas. Les critères d'inclusion étaient tout patient porteur d'une mutation du gène PRSS1, âgé de 16 à 25 ans. Déclaration de l'étude au comité de protection des personnes, octobre 2024 (IRB : 2024-A01666-41). Mode d'évaluation : questionnaire en français inspiré du Good2Go avec questions spécifiques pour évaluer le ressenti du transfert entre les services pédiatrie et adultes. Les paramètres d'évaluation sont basés sur 3 dimensions essentielles dans le contexte de la transition : 1/ La capacité à communiquer avec les professionnels de santé et à exprimer ses besoins; 2/Les connaissances théoriques du patient sur sa maladie ; 3/ Les connaissances pratiques liées à la gestion de sa situation de santé, incluant l'autonomie dans les démarches et la coordination des soins.

Résultats : 25 pts étaient sollicités d'un âge médian de 21 ans [16-25]. Le Sex-ratio était de 2 femmes/ 1 homme. Ils avaient présenté des douleurs chronique au cours de leur parcours de soins pour 73%, dont 53 % ayant recours de manière chronique aux opioïdes. 12% avaient un suivi psychiatrique ou psychologique. 37,6% déclaraient être anxieux avant la consultation en centre adulte. Pour 87% des répondants, la maladie prend une place significative dans leur quotidien. 1/3 voient leurs soins organisés par un tiers. Les pts ne connaissent pas ou peu l'impact de la maladie sur leur puberté (43%), avenir (31%). 2/3 ne se sentent pas capables d'exprimer leur inquiétude.
Préparation, perception et vécu du premier contact avec le référent médical adulte

Item	Moyenne des scores de Likert
Q6 Ressenti sur le niveau de préparation au changement de centre	3.38
Q7Ressenti sur le niveau de préparation à rencontrer son nouveau référent médical	3.56
Q8Ressenti sur la connaissance par le nouveau référent de la situation médicale	3.88
Q12Niveau de confiance dans la prise en charge après cette première consultation	3.94
Q13Niveau d'anxiété avant cette première consultation	3.63
Q14Perception de la qualité de la communication avec le nouveau référent médical	4.13
Q15Evaluation de la capacité à exprimer ses préoccupations et besoins lors de cette consultation	3.94
Q16Evaluation de son niveau de compréhension de la prise en charge médicale adulte après cette première consultation	3.75
Q17Niveau de confiance dans sa capacité à gérer sa situation de santé	3.38
Q18Place prise par la situation de santé au quotidien	3.88

Les données (table) témoignent d'une qualité élevée de communication et de confiance. Ces résultats suggèrent une capacité du système de soins adulte à instaurer rapidement une relation thérapeutique satisfaisante et à répondre aux attentes communicationnelles des jeunes patients. Par ailleurs, les patients ont évalué positivement leur aptitude à exprimer leurs préoccupations (Q15, M = 3,94) ainsi que leur compréhension du dispositif de soins adultes. Toutefois, la perception de leur propre capacité à gérer leur santé demeure modérée, traduisant un besoin d'accompagnement renforcé vers l'autonomisation.

Conclusion : Ces éléments convergent vers la nécessité d'implémenter des dispositifs de préparation structurée au transfert de soins, comprenant des modules d'éducation thérapeutique, des temps d'échange préalables avec les équipes adultes, et un accompagnement individualisé du développement de compétences en auto-gestion de la santé.

P.387

Pancréatite aiguë biliaire et récidive d'évènement biliaire : évaluation des facteurs pronostiques de récidive au cours d'une étude rétrospective observationnelle unicentrique et proposition d'un score de probabilité de récidive

M. Censabella [(1)], L. Héroin [(1)], J. Mirabella [(1)], P.Y. Christmann [(1)], P. Mayer [(1)]

(1) Strasbourg.

Introduction : La pancréatite aiguë est la première cause d'hospitalisation digestive aiguë dans les pays occidentaux, avec une incidence croissante. La majorité des épisodes sont bénins, mais environ 20 % évoluent vers une forme sévère, associée à une mortalité pouvant atteindre 30–40 %. Dans les pays développés, les deux principales étiologies sont la lithiase biliaire et l'alcool. Après un premier épisode de pancréatite aiguë biliaire (PAB), le risque de récidive atteint jusqu'à 50 % à 2 ans en l'absence de cholécystectomie précoce, recommandée dès l'épisode initial. Cependant, sa réalisation dans les délais reste parfois difficile, du fait de contraintes organisationnelles et logistiques. Dans ce contexte, identifier les patients les plus exposés à une récidive pourrait aider à prioriser la chirurgie lorsque les ressources sont limitées.

Matériels et Méthodes : L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs associés au risque de récidive biliaire avant la réalisation d'une cholécystectomie et de construire un score clinique permettant une stratification simple du risque.
Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle monocentrique au CHU de Strasbourg (pôle Hépato-Digestif) entre janvier 2018 et décembre 2022. Les patients inclus étaient majeurs (≥18 ans) et hospitalisés pour un premier épisode de PAB. Les critères d'exclusion étaient : causes non biliaires, cholécystectomie préalable, décès lors de l'hospitalisation initiale, grossesse ou prise en charge initiale dans un autre centre. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies. Les variables quantitatives ont été recodées en variables qualitatives, puis comparées par tests du χ^2 ou de Fisher. Les variables associées à $p \leq 0,20$ en analyse bivariée ont alimenté un modèle multivarié par régression logistique, après imputation multiple des données manquantes (<20%). Une sélection par AIC a permis d'identifier les prédicteurs retenus dans plus de 50% des bases imputées. Les coefficients ont été convertis en points pondérés pour élaborer un score, stratifié en trois classes de risque.

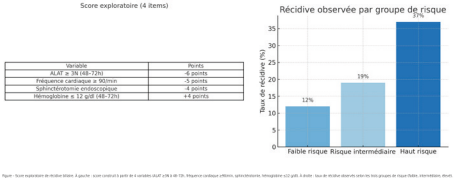


Figure : Score exploratoire de récidive biliaire. À gauche : score construit à partir de 4 variables (ALAT ≥3N à 48–72h, fréquence cardiaque ≥90/min, sphinctérotomie, hémoglobine ≤12 g/dl). À droite : taux de récidive observés selon les trois groupes de risque (faible, intermédiaire, élevé).

Résultats : Au total, 237 patients ont été inclus, dont 213 analysés. 49 patients (23%) ont présenté au moins une récidive biliaire durant le suivi, avec un délai médian de 3 mois. La survie sans récidive était estimée à 87% à 6 mois, 83% à 12 mois et 78% à 24 mois.En analyse multivariée, deux variables étaient associées à un moindre risque de récidive : un taux d'ALAT ≥3N à 48–72 heures (OR 0,40 ; IC95% 0,19–0,86 ; p=0,019) et une fréquence cardiaque ≥90/minute à l'admission (OR 0,46 ; 0,22–0,98 ; p=0,045). L'hémoglobine ≤12 g/dl à 48–72 heures montrait une tendance à un risque accru de récidive (OR 1,88 ; 0,95–3,71 ; p=0,071).
La variable "sphinctérotomie" a été forcée dans le modèle en raison de son rôle reconnu dans la littérature mais n'était pas significativement associée au risque de récidive dans notre cohorte (OR 0,57 ; 0,23-1,36 ; p=0,2).
Un score en 4 items a été construit : ALAT ≥3N à 48-72 heures (–6 points), fréquence cardiaque à l'admission ≥90/min (–5), sphinctérotomie (–4) et taux d'hémoglobine ≤12 g/dl à 48-72 heures (+4). Trois classes de risque ont été définies : faible, avec un taux de récidive de 12% ; intermédiaire avec un taux de récidive de 19% ; élevé avec un taux de récidive de 37%. La discrimination du modèle était modérée (AUC 0,68 ; IC95% 0,59–0,76) mais la calibration satisfaisante.

Conclusion : Cette étude met en évidence des facteurs cliniques et biologiques simples permettant d'estimer le risque de récidive biliaire après une première PAB. Le score proposé, bien que modeste en termes de performance, pourrait aider à identifier les patients pour lesquels une cholécystectomie précoce est prioritaire. Cependant, certaines associations paradoxales traduisent probablement un biais de parcours de soins, avec une prise en charge plus rapide et plus standardisée de ces patients. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence, dans le contexte d'une étude rétrospective monocentrique et d'un effectif limité. Une validation prospective et multicentrique est nécessaire pour confirmer ces observations et affiner la valeur prédictive du score.

P.388

Indice de masse corporelle comme prédicteur de sévérité dans la pancréatite aiguë : étude rétrospective de 402 patients

M. Rahaoui [1], W. Rabhi [1], O. El Mqaddem [1], H. Koulali [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) est une affection fréquente dont l'évolution peut être grave. L'identification précoce des facteurs de sévérité est essentielle pour optimiser la prise en charge. L'indice de masse corporelle (IMC) pourrait moduler la réponse inflammatoire et influencer la sévérité de la maladie. Cette étude visait à évaluer l'impact de l'IMC sur la sévérité de la PA.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective portant sur 402 patients hospitalisés pour PA. Les patients ont été classés selon l'IMC : ≥30 kg/m² (obèses) *versus* <30 kg/m² (non-obèses). La sévérité a été évaluée par un score BISAP ≥2 et par la survenue et la persistance d'un SIRS. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : La cohorte comprenait 116 hommes (28,9 %) et 286 femmes (71,1 %), avec un âge moyen de 55,9 ± 18,2 ans (plage : 16–98 ans). L'IMC moyen était de 24,2 kg/m² (12–47 kg/m²), et 38 patients (9,5 %) étaient obèses (IMC ≥30 kg/m²).Les marqueurs inflammatoires initiaux étaient globalement plus élevés chez les patients obèses : la CRP moyenne était de 160,4 ± 109,7 mg/L contre 134,9 ± 108,0 mg/L chez les non-obèses ; la numération leucocytaire moyenne de 13 078 ± 5 517/mm³ *versus* 11 338 ± 5 392/mm³ ; et la PCT moyenne était comparable entre des 2 groupe 3,43 ± 12,9 ng/mL *versus* 3,67 ± 15,2 ng/mL.Un score BISAP ≥2 était significativement plus fréquent chez les patients obèses (36,8 %) que chez les non-obèses (13,7 %, p < 0,001), indiquant un risque accru de sévérité. La présence d'un SIRS a été observée chez 44,7 % des patients obèses contre 30,8 % des non-obèses, et un SIRS persistant chez 14,3 % *versus* 7,7 %. Bien que ces différences n'aient pas atteint la significativité statistique (p = 0,079 et p = 0,192), les tendances observées suggèrent une association possible, qui mérite d'être explorée dans des cohortes plus larges. Par, ailleurs, aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'IMC et le score de Balthazar modifié (CTSI) (r = –0,035 ; p = 0,488 ; ρ = –0,058 ; p = 0,248).

Conclusion : L'obésité semble associée à une réponse inflammatoire plus marquée et à une sévérité accrue de la pancréatite aiguë. L'IMC pourrait constituer un indicateur simple d'évaluation précoce du risque évolutif.

P.389

Impact des facteurs liés au chirurgien sur les complications post-opératoires en chirurgie pancréatique : une scoping review

J. Périnel [1], M. Constant [2], J.C. Lifante [1]
(1) Lyon ; (2) Strasbourg.

Introduction : Dans la littérature, nombreuses sont les études ayant identifiées des facteurs de risque de complications post-opératoires après chirurgie pancréatique liés au patient ou au centre. Cependant, il existe peu de données quant à l'impact du chirurgien. Cette scoping review synthétise les déterminants de la performance chirurgicale déjà identifiés en chirurgie pancréatique et pouvant influencer les complications post-opératoires.

Matériels et Méthodes : Cette scoping review a été rédigée suivant les recommandations « PRISMA-extension for scoping reviews ». Elle inclue toute étude originale publiée entre janvier 2000 et décembre 2023, dans Pubmed/MEDLINE, Embase ou Web of sciences, et évaluant l'impact de l'expérience chirurgicale ou des facteurs liés au chirurgien sur les complications post-opératoires après chirurgie pancréatique.

Résultats : Parmi 132 études sélectionnées, 24 ont été inclues. L'expérience chirurgicale est le plus souvent définie en chirurgie pancréatique par le volume d'activité annuel ou le volume d'activité sur l'ensemble de la carrière. Alors que le volume chirurgical est un facteur de risque significatif de mortalité après chirurgie pancréatique, les résultats pour la morbidité sont trop hétérogènes pour conclure. Des études récentes définissent l'expérience chirurgicale comme un critère composite, incluant à la fois les caractéristiques du centre mais aussi l'âge, le nombre d'années d'expérience, le volume annuel et le type de formation du chirurgien. Les résultats suggèrent que la mortalité après chirurgie pancréatique n'est pas corrélée à l'expérience du chirurgien dans les centres à haut volume.

Conclusion : Malgré une hétérogénéité importante entre les études, notre scoping review suggère que le volume chirurgical a un impact significatif sur les complications post-opératoires en chirurgie pancréatique. De nouvelles études sont nécessaires pour identifier d'autres facteurs liés au chirurgien et évaluer leur impact sur les complications post-opératoires en chirurgie pancréatique, après ajustement sur les données des patients et du centre.

P.390

Impact de *Clostridioides difficile* sur la morbidité et la mortalité chirurgicales après une duodéno-pancréatectomie pour cancer du pancréas : une étude de la base de données NSQIP

D. Fady [(1)], B. Abdallah [(1)]

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'infection à *Clostridioides difficile* (ICD) est une infection nosocomiale majeure associée à une morbidité et une mortalité significatives. Bien que son impact ait été étudié dans diverses cohortes chirurgicales, son incidence spécifique, ses facteurs de risque et ses conséquences chez les patients subissant une duodenopancreatectomie (DP) pour cancer du pancréas restent mal définis. Cette étude vise à déterminer l'incidence et les facteurs prédictifs préopératoires de l'ICD et à évaluer son impact sur les résultats postopératoires à 30 jours dans cette population à haut risque.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été réalisée en utilisant la base de données du « American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program » (ACS-NSQIP). Nous avons inclus les patients ayant subi une DP pour un adénocarcinome de la tête du pancréas entre 2014 et 2021. La cohorte a été stratifiée selon la survenue d'une ICD postopératoire dans les 30 jours. Des analyses univariées ont comparé les données démographiques, les comorbidités et les variables préopératoires. Des modèles de régression logistique multivariée ont été construits pour identifier les facteurs de risque préopératoires indépendants pour l'ICD et pour évaluer l'association indépendante entre l'ICD et un ensemble complet de complications postopératoires, en ajustant pour les facteurs de confusion potentiels.

Résultats : Sur 16757 patients ayant subi une DP, 249 (1,5%) ont développé une ICD postopératoire. L'analyse multivariée a identifié l'âge avancé (Risque relatif [RR] 1,21 par incrément de 10 ans, Intervalle de Confiance à 95% [IC] 1,04–1,43 ; p=0,02), un poids corporel inférieur (RR 0,95 par diminution de 10 unités, IC 0,91–1,00 ; p=0,01) et la chimiothérapie dans les 90 jours précédant la chirurgie (RR 1,47, IC 1,09–1,98 ; p=0,01) comme facteurs de risque préopératoires indépendants pour l'ICD. Après ajustement pour les facteurs confusionnels, la survenue d'une ICD postopératoire était elle-même un prédicteur indépendant de pronostics significativement moins bons. Spécifiquement, l'ICD était associée à des probabilités nettement plus élevées de morbidité composite (RR 1,62, IC 1,10–2,41 ; p=0,02), de sepsis (RR 1,62, IC 1,10–2,41 ; p=0,02), de fistule pancréatique (RR 2,01, IC 1,38–2,92 ; p<0,001), de vidange gastrique retardée (RR 1,79, IC 1,25–2,55 ; p=0,001), d'infection du site opératoire (RR 1,99, IC 1,38–2,88 ; p<0,001), de désunion de plaie (RR 3,91, IC 1,95–7,86 ; p<0,001) et de choc septique (RR 2,24, IC 1,25–4,03 ; p=0,007).

Conclusion : Bien que relativement peu fréquente, l'ICD postopératoire est une complication grave après DP pour cancer du pancréas, survenant chez 1,5% des patients. Elle est indépendamment associée à une augmentation substantielle de la morbidité postopératoire majeure, incluant des complications infectieuses, anastomotiques et pariétales. Les patients à haut risque, en particulier les personnes âgées, dénutries ayant récemment reçu une chimiothérapie, justifient une surveillance vigilante, une utilisation judicieuse des antibiotiques en périopératoire afin de potentiellement atténuer la cascade délétère de complications.

P.391

BISAP et CRP à 48 h : une combinaison simple pour prédire précocement la pancréatite aiguë sévère

M. Cheker [(1)], A. Bouayad [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], L. Nada [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], A. Sidi [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) est une affection fréquente dont les formes sévères restent associées à une morbi-mortalité importante. Les scores pronostiques classiques (Ranson, APACHE II) sont souvent complexes et peu utilisés en pratique courante. Le BISAP, simple et validé, présente de bonnes performances pronostiques. Par ailleurs, la CRP à 48 h est un biomarqueur biologique recommandé. L'objectif de ce travail était d'évaluer la performance du score BISAP, seul ou combiné à la CRP à 48 h, dans la prédiction précoce de la sévérité de la PA.

Patients et Méthodes : Étude observationnelle rétrospective monocentrique incluant 165 patients hospitalisés pour PA entre 2022 et 2025. Le score BISAP a été calculé à l'admission. La sévérité de la PA a été définie selon la classification d'Atlanta révisée 2012 (défaillance d'organe persistante > 48 h, admission en réanimation, complications systémiques prolongées ou décès). Les performances du BISAP et de la CRP ont été évaluées en termes de sensibilité, spécificité et valeurs prédictives.

Résultats : L'âge médian était de 61 ans, avec une prédominance féminine. L'étiologie lithiasique était la plus fréquente. Une évolution sévère a été observée chez 27 % des patients. Un score BISAP ≥ 3 était significativement associé à la sévérité, à l'admission en réanimation et à la mortalité. Le BISAP ≥ 3 présentait une sensibilité de 77 %, une spécificité de 85 % et une valeur prédictive négative (VPN) de 91 %. La CRP ≥ 150 mg/L à 48 h avait une sensibilité similaire (77 %) mais une spécificité inférieure (71 %). L'association « BISAP ≥ 3 ou CRP ≥ 150 » améliorait la sensibilité à 91 % avec une excellente VPN, tandis que la combinaison « BISAP ≥ 3 et CRP ≥ 150 » augmentait la spécificité à 91 % et la valeur prédictive positive à 74 %.

Conclusion : Le score BISAP, calculé dès l'admission, constitue un outil simple, rapide et fiable pour la prédiction précoce de la sévérité de la PA. La CRP à 48 h, bien que moins spécifique, demeure un marqueur complémentaire pertinent. Leur association renforce la capacité de triage initial, offrant un modèle simple, reproductible et adapté à la pratique clinique quotidienne

P.392

Impact de la dénutrition sur la sévérité de la pancréatite aiguë : étude rétrospective de 402 cas

M. Rahaoui [(1)], B. Rhorbal [(1)], O. El Mqaddem [(1)], H. Koulali [(1)], A. Zazour [(1)], Z. Ismaili [(1)], G. Kharrasse [(1)]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La dénutrition est un facteur pronostique reconnu dans de nombreuses affections aiguës. Dans la pancréatite aiguë (PA), son impact sur la sévérité et l'évolution reste encore débattu. L'objectif de ce travail était d'évaluer la relation entre l'état nutritionnel à l'admission et la sévérité de la PA.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique incluant 402 patients hospitalisés pour PA. L'état nutritionnel a été évalué à l'admission selon trois paramètres : l'albuminémie, l'indice de masse corporelle (IMC) et le Nutritional Risk Index (NRI).La sévérité de la PA a été déterminée à l'aide des scores BISAP, SIRS et du score de Balthazar modifié. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : Un total de 402 patients a été inclus, d'un âge moyen de 55,9 ± 18,6 ans (16–98 ans), avec une prédominance féminine (71,1 %, sex-ratio H/F = 0,4).Une corrélation négative significative a été observée entre l'albuminémie et la sévérité de la pancréatite, tant radiologique (score de Balthazar : $\rho = -0,296$; $p < 0,001$) que clinico-biologique (score BISAP : $\rho = -0,397$; $p < 0,001$).L'hypoalbuminémie était également fortement associée à la présence d'un SIRS ($\chi^2 = 45,49$; $p < 0,001$), suggérant qu'un déficit protéique est lié à une réponse inflammatoire systémique plus marquée.De façon concordante, le NRI montrait une corrélation négative modérée et hautement significative avec les scores BISAP ($\rho = -0,364$; $p < 0,001$) et Balthazar ($\rho = -0,288$; $p < 0,001$), ainsi qu'une association nette avec le SIRS ($\chi^2 = 34,36$; $p < 0,001$).Concernant l'IMC, une association significative a été retrouvée entre un IMC < 18,5 kg/m² et la présence d'un SIRS ($\chi^2 = 9,80$; $p = 0,002$; $\rho = -0,156$; $p = 0,002$), traduisant une plus grande inflammation systémique chez les patients en insuffisance pondérale. En revanche, aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre un IMC < 18,5 kg/m² et la sévérité clinico-biologique (BISAP : $p = 0,398$) ou radiologique (Balthazar : $p = 0,339$).

Conclusion : La dénutrition constitue un facteur pronostique indépendant de sévérité dans la pancréatite aiguë. L'évaluation nutritionnelle précoce, notamment par l'albuminémie et le NRI, devrait être systématique dès l'admission afin d'identifier les patients à risque et d'optimiser leur prise en charge.

P.393

Transition de la pancréatite aiguë récurrente d'origine alcoolique vers la pancréatite chronique précoce : étude rétrospective monocentrique réalisée en France grâce à l'imagerie par résonance magnétique

A.I. Coseru [(1)], F. Khemissa Akouz [(2)], D.E. Floria [(1)], C. Simiras [(1)], R. Nemteanu [(1)], A. Plesa [(1)], C. Mihai [(1)], V. Drug [(1)]

(1) Iași, ROUMANIE ; (2) Perpignan.

Introduction : La pancréatite aiguë récurrente (PAR) d'origine alcoolique constitue un facteur de risque majeur de pancréatite chronique (PC). La pancréatite chronique précoce (PCP) représente une phase intermédiaire où des altérations ductales et parenchymateuses peuvent être identifiées avant l'apparition de lésions irréversibles. Les critères d'imagerie proposés par la Japanese Pancreas Society (JPS, 2019), définis par la présence de plus de trois branches secondaires dilatées à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), fournissent un cadre standardisé pour identifier précocement ces modifications morphologiques.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée au Centre Hospitalier de Perpignan (France) entre janvier 2023 et décembre 2024. Vingt-six patients adultes présentant au moins deux épisodes documentés de PAR ont été inclus. Tous ont bénéficié d'une IRM abdominale, incluant une cholangio-pancréatographie par résonance magnétique, réalisée entre la quatrième et la huitième semaine après la sortie d'hospitalisation. Les patients ont été répartis en deux groupes selon la présence (plus de trois branches dilatées) ou l'absence des critères JPS. Les paramètres cliniques, biologiques et radiologiques ont été comparés par analyses uni- et multivariées.

Résultats : Neuf patients sur vingt-six (34,6 %) présentaient des anomalies à l'IRM compatibles avec les critères JPS de PCP. Ces patients présentaient un nombre moyen d'épisodes de PAR significativement plus élevé que les autres (3,89 ± 2,26 contre 2,24 ± 0,56 ; $p = 0,021$). La durée moyenne de la maladie différait également entre les groupes ($p = 0,034$). Aucun écart significatif n'a été observé concernant les scores de sévérité tomodensitométriques (Balthazar ou CTSI) ni les marqueurs biologiques. En analyse multivariée, seul le nombre d'épisodes de PAR demeurait associé à un statut IRM positif (OR 4,00 ; IC95 % : 0,79–20,3 ; $p = 0,09$). La population était majoritairement masculine (92,3 %), et 65 % des patients étaient fumeurs actifs.

Discussion : Ces résultats confirment le rôle du nombre d'épisodes de PAR comme seuil critique de remaniement structural du pancréas. L'application systématique de l'IRM dans la phase intercritique permet d'identifier une proportion non négligeable de patients à risque de PCP, soulignant l'importance d'une surveillance précoce et ciblée.

Conclusion : Cette étude rétrospective française montre que plus d'un tiers des patients atteints de PAR d'origine alcoolique présentent des modifications structurales précoces du canal pancréatique détectables à l'IRM selon les critères JPS. Un seuil de trois épisodes ou plus semble représenter un facteur prédictif majeur de progression vers la PCP. La réalisation systématique d'une IRM pendant la phase intercritique pourrait permettre une détection standardisée et précoce des formes subcliniques, ouvrant la voie à des stratégies de prévention et de surveillance ciblées chez les patients à haut risque.

P.394

Impact pronostique de la myostéatose sur le cancer du pancréas

S. Ben Azouz [1], M. Ayari [1], A. Chehaider [2], H. Douggui [1], T. Jomni [1]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer du pancréas est caractérisé par une mortalité assez élevée principalement due à son diagnostic tardif, son potentiel métastatique et à la faible réponse aux traitements conventionnels. Face à ces défis, l'identification de nouveaux facteurs pronostiques est cruciale pour améliorer sa prise en charge. La sarcopénie radiologique est reconnue dans plusieurs études comme un facteur pronostique indépendant dans ce cancer. En revanche, la myostéatose, définie par une infiltration graisseuse du muscle squelettique, demeure peu étudiée, et sa valeur pronostique dans le cancer du pancréas n'a pas été clairement démontrée. Le but de ce travail était d'étudier l'impact de la myostéatose pré-thérapeutique sur la survie des patients ayant un cancer du pancréas.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique incluant les patients diagnostiqués d'adénocarcinome du pancréas entre 2014 et 2022. La densité musculaire (DM) du muscle psoas a été évaluée sur des images axiales de Tomodensitométrie (TDM) au niveau de la troisième vertèbre lombaire. Les muscles psoas droit et gauche ont été segmentés manuellement sur une coupe axiale à ce niveau à l'aide d'un logiciel spécifique (Weasis DICOM viewer). La quantification de la DM a été faite en unités Hounsfield (UH). Selon les seuils préalablement établis, la myostéatose a été définie par une DM moyenne inférieure à 41 UH pour les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) < 25 kg/m², et inférieure à 33 UH pour ceux avec un IMC ≥ 25 kg/m².

Résultats : Trente patients ont été inclus (âge moyen 61 ± 11 ans ; sex-ratio F/H 0,25). La tumeur était localisée au niveau de la tête dans 66,6% des cas, le corps et la queue dans 16,7% chacun. Au diagnostic, la tumeur était résécable chez 11 patients (36%), localement avancée chez 10 cas (33%) et métastatique dans le reste des cas. Concernant les traitements, 33,3% étaient opérés et 30% avaient eu une chimiothérapie palliative. La densité moyenne du muscle psoas était de 31,84 ± 9,99 UH (13,5–63 UH). La prévalence de la myostéatose était de 66,7% (n=20). La survie globale moyenne était de 12 ± 12,75 mois. Les taux de survie sans récidive à 6, 12 et 36 mois étaient respectivement de 50%, 36,7% et 25%. En analyse univariée, la myostéatose était significativement associée à un taux d'albuminémie plus faible (30,94 ± 5,73 *vs* 38 ± 4,13 g/L, p=0,002) et à un stade avancé du cancer (p=0,003). Aucune association n'a été notée avec le diabète, le tabagisme, l'anémie, la lymphopénie ni avec le taux de CA 19-9. En comparant les courbes de survie de Kaplan-Meier des patients avec et sans myostéatose, on notait une différence statistiquement significative (test de log-rank p=0,007), avec une survie moyenne de 7,10 ± 10,33 *vs* 21,80 ± 11,78 mois respectivement (p=0,002). La myostéatose doublait le risque de mortalité (HR=2,25 ; IC95% : 0,267–18,925). L'aire sous la courbe ROC relative à la DM dans la prédiction de la survie à 12 mois était de 0,749 (IC95% : 0,563–0,934, p=0,025).

Conclusion : La myostéatose pré-thérapeutique, notée chez environ deux tiers des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas, était significativement associée à une réduction de la survie globale. Ces résultats soulignent la valeur pronostique de la DM mesurée radiologiquement ainsi que son intérêt potentiel comme marqueur pronostique pour la stratification et la prise en charge personnalisée des patients avec un cancer du pancréas.

P.395

Pancréatite aiguë chez le sujet jeune : une entité distincte ?

M. Rahaoui [1], B. Rhorbal [1], O. El Mqaddem [1], H. Koulali [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) concerne tous les âges, mais le profil des patients jeunes (≤40 ans) reste peu décrit. Cette étude vise à analyser les caractéristiques clinico-biologiques, étiologiques et évolutives des PA chez les ≤40 ans, comparées aux patients plus âgés.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective incluant 402 patients hospitalisés pour PA, répartis en deux groupes : ≤40 ans (n=90) et >40 ans (n=317). Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques ainsi que les scores de sévérité (SIRS, BISAP, Balthazar) ont été collectés.

Résultats : Les patients jeunes étaient majoritairement des femmes (74,7 % *vs* 70,3 %) avec très peu de comorbidités : diabète (1,1 % *vs* 13,9 %), HTA (1,1 % *vs* 25,9 %), dyslipidémie (0 % *vs* 3,5 %), insuffisance rénale chronique (1,1 % *vs* 2,5 %), cardiopathie (1,1 % *vs* 6,9 %).L'étiologie biliaire dominait dans les deux groupes (64,4 % *vs* 79,8 %), tandis que les formes médicamenteuses étaient plus fréquentes chez les jeunes (11 % *vs* 2,8 %).Le tableau clinique était plus sévère chez les patients plus âgés : instabilité respiratoire (3,2 % *vs* 0 %), hémodynamique (2,2 % *vs* 1,1 %), neurologique (1,9 % *vs* 1,1 %). L'insuffisance rénale aiguë était observée uniquement chez ces derniers (11,4 %).Concernant les scores de gravité : le SIRS positif était comparable entre des 2 groupes (30 % *vs* 32,2 %), mais un BISAP ≥3 était moins fréquent chez les jeunes (3 % *vs* 18,9 %). Le score Balthazar modifié ≥4 concernait 50 % des jeunes et 48,6 % des plus âgés.Parmi les complications locales, la thrombose splanchnique (4,7 % *vs* 7,8 %), l'ascite (12,6 % *vs* 11,1 %) et l'anévrisme (0,6 % *vs* 0 %) étaient plus fréquents chez les patients plus âgés. En revanche, les WON (7,6 % *vs* 6,7 %), pseudokystes (2,2 % *vs* 1,6 %) et infections des coulées de nécrose (7,8 % *vs* 0,9 %) étaient légèrement plus fréquents chez les jeunes. L'insuffisance pancréatique restait rare (1,1 % *vs* 1,3 %).L'évolution était globalement plus favorable chez les jeunes, avec une mortalité plus faible (3 % *vs* 4,7 %).Sur le plan biologique, les patients plus âgés avaient des taux plus élevés de CRP (140,9 ± 105,9 *vs* 120,4 ± 117,3 mg/L), de PCT (5,28 ± 16,6 *vs* 1,57 ± 4,0 ng/mL) et une leucocytose légèrement plus marquée (11 647 *vs* 10 927/mm³).

Conclusion : Les patients ≤40 ans présentent un profil distinct, avec moins de comorbidités, une moindre sévérité, une étiologie médicamenteuse plus fréquente et une évolution généralement plus favorable. Toutefois, la survenue de complications graves et de décès reste possible, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée. Cette comparaison met en lumière l'influence de l'âge sur la présentation et l'évolution de la PA.

P.396

Rentabilité diagnostique de la ponction-biopsie guidée par échoendoscopie des tumeurs solides du pancréas dans un centre hospitalier universitaire : une étude observationnelle rétrospective

P. Saunier [1], C. Bazin [1]
(1) Dijon.

Introduction : Les tumeurs solides du pancréas correspondent majoritairement à des adénocarcinomes canalaires infiltrants, dont l'incidence augmente tandis que le pronostic reste sombre. La qualité du prélèvement histologique est un enjeu majeur. La ponction-biopsie échoendoscopique est la méthode diagnostique de référence. Elle fait l'objet de nombreuses recherches visant à optimiser ses performances. Son utilisation est encadrée par des recommandations européennes et américaines. L'objectif de cette étude de pratique est d'évaluer la rentabilité diagnostique de la ponction-biopsie échoendoscopique des tumeurs solides du pancréas au sein du notre Centre Hospitalier Universitaire.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective observationnelle a été menée chez tous les patients présentant une tumeur solide du pancréas ayant bénéficié d'un prélèvement guidé par échoendoscopie dans notre CHU. Les données cliniques, endoscopiques et anatomopathologiques ont été recueillies. Le diagnostic définitif était établi en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie digestive, soit à partir d'analyses histologiques, soit à partir d'un faisceau d'arguments clinico-biologiques et radiologiques. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux d'adéquation entre le résultat de la ponction et le diagnostic définitif. Les objectifs secondaires concernaient l'identification des facteurs influençant les performances diagnostiques et l'évaluation du taux de complications de la procédure.

Résultats : Cent procédures, concernant 97 patients, ont été incluses entre le 1er février 2024 et le 20 mars 2025. Au total, 78% des tumeurs étaient des adénocarcinomes pancréatiques, 8% des tumeurs neuroendocrines, 3% des lymphomes, 2% des lésions bénignes, et 9% correspondaient à des étiologies autres ou indéterminées. Malgré l'hétérogénéité d'expérience des opérateurs, l'adéquation des prélèvements atteignait 83,3%, comparable à la littérature, avec une sensibilité de 86%, une spécificité de 100%, une valeur prédictive positive de 100% et une valeur prédictive négative de 28%. Les recommandations internationales étaient bien appliquées (fanning 100%, MOSE 94%, Knock the door 93%, slow pull ou aspiration 99%). Aucune analyse ne révèle d'association significative entre le taux d'adéquation et les modalités techniques employées. Le taux de complications était de 7%, contre 0 à 2,5% dans la littérature, essentiellement représenté par des hémorragies mineures sans conséquence clinique. Pour 24% des procédures, un seul passage était fait; dans ce sous groupe, l'adéquation était plus faible (77,3%), malgré un résultat de MOSE satisfaisant dans 81,2% des cas. Le décubitus latéral semblait pourvoyeur d'une meilleure rentabilité comparé au décubitus dorsal avec une adéquation de 91,7% contre 82,1% (p = 0,68). Quinze patients ont opérés dont 2 par excès, soir 13,2% contre 9% dans la littérature.

Conclusion : Cette étude constituait la première évaluation de la rentabilité diagnostique des ponctions par voie échoendoscopique de tumeurs solides du pancréas au CHU. L'application des recommandations internationales était satisfaisante. Malgré l'expérience hétérogène des opérateurs, la rentabilité diagnostique s'élève à 83,3%, conformes aux données de la littérature. Aucune modalité technique n'a significativement influencé le taux d'adéquation. Le taux de complications, bien que deux fois supérieur à celui des séries publiées, demeurait acceptable. Les perspectives d'optimisation de la procédure afin d'augmenter la performance diagnostique concernaient le nombre de passages, l'harmonisation des indications du contraste et la position du patient. Enfin, la valeur prédictive négative de la ponction restait limitée, rappelant la nécessité d'une approche multimodale pour éviter une chirurgie morbide et inutile.

P.397

Étiologies des angiocholites : inversion de tendance avec 55 % de causes tumorales

I. Hafid [1], I. Kenafi [1], F.E. Jaouhari [1], A. Faik [1], S. Harchelkorane [1], A. Akjay [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La lithiase biliaire reste la cause classique des angiocholites. Récemment, une part croissante d'étiologies tumorales, associée à une plus grande sévérité, est suspectée. L'objectif de cette étude était de comparer la présentation clinique et le pronostic des angiocholites d'origine tumorale *versus* lithiasique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, menée au service de gastro-entérologie. Tous les patients consécutifs hospitalisés pour une angiocholite entre mai 2024 et juillet 2025 ont été inclus. Le diagnostic était basé sur les critères de Tokyo 2018. Les données démographiques, cliniques et évolutives ont été recueillies. L'analyse statistique a utilisé les tests t de Student, Chi² et le test exact de Fisher

Résultats : Parmi 124 patients, 48 % avaient une étiologie tumorale, 45 % lithiasique, 7 % autres (6 KHF, 2 sténoses bénignes). Les tumeurs de la tête du pancréas représentaient 71 % des causes tumorales
L'âge moyen des patients tumoraux était de 63 ans (36–88) avec prédominance masculine, contre 66 ans (23–87) dans le groupe lithiasique avec prédominance féminine p < 0,01
Les angiocholites tumorales se présentaient majoritairement en grade II ou C 67 %, tandis que les lithiasiques étaient essentiellement de grade I p <0.001
Le délai moyen entre les premiers symptômes et la consultation était plus long pour les tumeurs (53 jours) que pour la lithiase (16 jours), avec une durée moyenne d'hospitalisation plus longue (11 jours *vs* 3 jours). p < 0,001
Dans le groupe tumoral, la mortalité était plus élevée (6,8 % *vs* 1,8 % dans le groupe lithiasique). Les autres complications – choc septique (5,6 %), pancréatite (4,8 %) et hémorragie (2,4 %) – étaient exclusivement observées chez les patients tumoraux, sans différence statistiquement significative (test exact de Fisher, p = 0,36).

Conclusion : Dans cette série, les étiologies tumorales dominent l'ictère obstructif et s'accompagnent d'une sévérité plus élevée, d'un délai de consultation et d'une hospitalisation plus longue, ainsi que d'une mortalité accrue par rapport aux causes lithiasiques. Ces résultats soulignent l'importance d'un repérage précoce, d'une prise en charge rapide et d'une approche multidisciplinaire.

P.398

Profil et itinéraire des patients hospitalisés pour pancréatite aiguë au CHU de Libreville (2019–2023)

A.A. Engoang [1]
(1) Libreville, GABON.

Introduction : La pancréatite aiguë constitue une urgence diagnostique et thérapeutique dont les données épidémiologiques restent limitées en Afrique subsaharienne. Cette étude visait à décrire l'itinéraire des soins et le profil des patients hospitalisés pour pancréatite aiguë au CHU de Libreville.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective, transversale et monocentrique a été menée de janvier 2019 à Décembre 2023. Les dossiers des patients hospitalisés pour pancréatite aiguë, confirmée selon les critères d'Atlanta, ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, évolutives et le parcours de soins ont été analysées à l'aide du logiciel Epi-Info version 7.2.6.0. L'analyse descriptive des variables (moyennes, écarts-types, fréquences). La comparaison entre sous-groupes (pancréatites bénignes *vs* sévères ; avec *vs* sans complications) par tests de Chi2, t de Student, ou tests non paramétriques selon la distribution l'analyse multivariée (régression logistique) pour identifier les facteurs associés à une mauvaise évolution.

Résultats : Au total, 95 cas ont été recensés. L'âge moyen était de 41,9 ± 15,6 ans, avec un sex-ratio de 1,15. Tous les patients présentaient une douleur pancréatique typique. Une lipasémie supérieure à trois fois la normale a été retrouvée chez 52,6 % des patients, dosée avant la 48e heure dans 42,1 % des cas. Le délai moyen de réalisation du scanner abdominal était de 2,75 ± 2,48 jours. Un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ≥ 2 à l'admission a été observé chez 68,4 % des patients, persistant au-delà de 48 heures dans 47,4 % des cas. La CRP dépassait 150 mg/L chez 63,1 % des patients. Selon la classification d'Atlanta, 78,9 % des cas étaient modérés et 12,6 % sévères. Les principales étiologies étaient la lithiase biliaire (42,5 %) et l'éthylisme (29,9 %). Avant leur admission hospitalière, 36,8 % des patients avaient eu recours à l'automédication, 35,7 % à la médecine alternative et 10,5 % à un lieu de culte. Seuls 22,1 % étaient adressés directement au service des urgences. Le délai moyen de consultation était de 7 jours. La moitié des patients ont nécessité une orientation en unité de soins intensifs, mais seulement 6,3 % ont pu être transférés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ± 0,64 jours. Les complications étaient dominées par les infections (24,2 %) et l'instabilité hémodynamique (15,8 %). Le taux de mortalité hospitalière était de 12,8 %.

Conclusion : La pancréatite aiguë demeure une pathologie médico-chirurgicale complexe, dont la prise en charge est entravée par un parcours de soins encore mal structuré au Gabon. L'amélioration des circuits d'orientation et des capacités de réanimation est essentielle pour optimiser le pronostic des patients.

P.399

Drainage endoscopique des pseudokystes pancréatiques : expérience du service de gastroentérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech

J. Ezzine [1], **H. Aouroud** [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 : Les pseudokystes pancréatiques (PKP) représentent une complication fréquente de la pancréatite aiguë ou chronique. Leur traitement a considérablement évolué au cours des dernières décennies, passant de la chirurgie à des approches mini-invasives. Le drainage endoscopique, guidé par l'échoendoscopie (EUS), s'est imposé comme la méthode de choix grâce à son taux élevé de succès, sa morbidité réduite et la récupération plus rapide qu'il permet par rapport aux techniques chirurgicales ou percutanées.L'objectif de notre travail est de décrire le profil clinique, les modalités de prise en charge endoscopique et les résultats thérapeutiques des patients ayant bénéficié d'un drainage endoscopique de pseudokystes pancréatiques dans notre service.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique au sein du service de gastro-entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, incluant tous les patients adressés pour drainage endoscopique de pseudokystes pancréatiques entre 2019 et 2024.Les données démographiques, cliniques, endoscopiques, radiologiques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Le drainage a été réalisé sous guidage échoendoscopique (EUS), principalement par voie transgastrique, en fonction de la topographie et de la proximité du pseudokyste avec la paroi digestive. Les critères de succès technique et clinique, ainsi que les complications per- et post-procédure, ont été analysés.

Résultats : L'étude a inclus 21 patients (âge moyen : 48 ans, extrêmes : 9–73 ans ; sex-ratio H/F = 1,4).Les pseudokystes étaient secondaires à une pancréatite aiguë dans 86 % des cas et à une pancréatite chronique dans 10 %.La quasi-totalité des patients (96 %) présentaient des symptômes cliniques, dominés par la douleur abdominale (92 %), suivie de la distension abdominale ou de la nausée.Des formes compliquées ont été observées chez 6 patients, incluant des cas de compression d'organes de voisinage, d'infection intra-kystique, d'hémorragie ou d'ascite pancréatique.
Le drainage endoscopique sous EUS a été réalisé chez l'ensemble des patients, la voie transgastrique étant la plus fréquemment utilisée.Le succès technique a été obtenu dans 19 cas sur 21 (90,5 %). Les échecs observés dans deux cas étaient liés à une distance excessive entre le kyste et la paroi gastrique ou à un saignement per-procédural. Le succès clinique, défini par la disparition des symptômes et la régression radiologique du pseudokyste, a été atteint chez 85 % des patients au suivi à 3 mois. Les complications mineures incluaient des épisodes transitoires de fièvre ou de douleur post-procédure, sans mortalité rapportée.

Conclusion : Le drainage endoscopique des pseudokystes pancréatiques constitue une approche efficace, sûre et mini-invasive, avec un taux de succès élevé et une morbidité faible.L'utilisation systématique du guidage échoendoscopique optimise la sélection du site de ponction et réduit le risque de complications.Une sélection rigoureuse des patients, une coordination étroite entre gastro-entérologues, radiologues et chirurgiens, et une surveillance post-procédure attentive sont essentielles pour garantir les meilleurs résultats cliniques et prévenir les récidives.

JOURNAL FRANCOPHONE D'HISTOIRE, D'ARCHÉOLOGIE ET D'ARCHÉOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM

Index des Auteurs

A

Aaraj A. P. 259
Abadi S. P. 230, 238, 336
Abadie G. P. 286, 290
Abbas M. P. 95
Abdallah B. P. 393
Abdallah O. P. 14
Abdelfattah S. P. 95
Abdeslam O. P. 235, 330
Abergel A. P. 27, 42, 72, 161, 250
Abi Khalil L. P. 342
Abid H. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
Abitbol V. P. 58, 60, 113, 285
Abou Nader J. P. 139
Abourached A. P. 362
Abramowitz L. P. 115, 117, 118, 198
Abravanel F. P. 237
Aburruza L. P. 155
Achamrah N. P. 91
Acharki M. P. 215
Achemlal A. P. 41, 201, 205, 362
Adam R. P. 163
Adams R. P. 50
Addajou T. P. 176, 246, 335
Addeo P. P. 105
Adenis A. P. 188
Ader F. P. 57, 169
Adhoute X. P. 265, 377
Adioui T. P. 205
Adnet J. P. 12
Afif Y. P. 31
Afifi M. P. 309
Aguilera Munoz L. P. 84, 379
Ahamam M. P. 14
Ahres A. P. 294
Ah-Soune P. P. 68, 131
Aihara H. P. 36
Ait Ahmed Y. P. 328
Ait Errami A. P. 57, 186, 207, 223, 224, 233, 234, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 327, 331, 334, 335, 337, 338, 339, 365, 397
Ait Iken F. P. 176, 246, 335
Ait Oufella A. P. 282
Ait-Hadad H. P. 354
Aizel K. P. 283
Ajana F.Z. P. 14, 155, 206, 221, 237, 259, 272, 275, 278, 279, 280, 295, 305
Akjay A. P. 14, 153, 228, 229, 231, 241, 260, 270, 306, 328, 363, 396
Akka R. P. 222, 227, 235, 274, 279, 361
Akkari I. P. 209, 242, 244
Akoury E. P. 350
Aksim H. P. 222, 235, 361
Al Mokdad H. P. 362
Al Taweel B. P. 160
Alabdoaburas M. P. 193
Alais M. P. 169
Alam A.A. P. 114, 116, 119, 197
Alaux M. P. 105, 159
Alawieh R. P. 78, 210
Albert T.T. P. 350
Albigès L. P. 169
Albouys J. P. 36, 39, 40, 47, 64, 143, 196
Albuquerque M. P. 84
Aldabbagh K. P. 96
Aleman S. P. 13
Ales I. P. 25
Alexandru Ionascu O. P. 145
Alfarone L. P. 36
Alhameedi R. P. 226
Alharthi M. P. 26
Alig A. P. 359
Alioua S.A. P. 235, 330
Alioui L. P. 300
Allaire M. P. 69, 70, 71, 74, 104
Allard M.A. P. 163
Allegretti J.R. P. 129, 178
Allez M. P. 6, 113, 171, 174, 294, 317, 320
Alokpon P.A. P. 326
Alouani E. P. 52, 121, 195

Alric H. P. 171
Alric L. P. 167
Altman C. P. 354
Altwegg R. P. 6, 55, 59, 61, 103, 106, 110, 111, 112, 117, 170, 172, 179, 181, 294, 317
Aluahabi I. P. 155, 272
Alvarez Y. P. 129
Alves A. P. 20, 86, 189, 348, 360, 389
Amaddeo G. P. 27, 69, 70, 71, 104
Amara J. P. 65, 78, 210, 259, 342
Amaritei I.A. P. 77, 100, 202, 207
Amazguiou S. P. 14, 229, 363
Ambregna S. P. 131
Ambrosini M. P. 52
Amil M. P. 6, 60, 61, 103, 125, 179, 181, 294, 317
Amine M. P. 176, 246, 335
Amiot A. P. 6, 23, 60, 61, 62, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 171, 179, 180, 294, 317
Amiot X. P. 42, 201, 362
Amirza P. P. 283
Amkhaou F. P. 136
Amouri A. P. 277, 281, 336
Amri M. P. 296, 355
Anas N. P. 311
Andrau P. P. 60
André K. P. 168
André M. P. 114
André P. P. 77, 100, 202, 207
André T. P. 50, 53, 190, 355
Andriamandimbisoa N. P. 269
Ankouane F. P. 244, 337
Anon B. P. 323
Anouar M. P. 228, 241, 260, 270
Ansart-Grosjean I. P. 10
Anschutz T. P. 324
Antoine M. P. 75
Antonini T. P. 27, 32, 161
Antraygues J. P. 319
Anty R. P. 27, 161, 377
Aoun J. P. 325
Aoura L. P. 11
Aouroud H. P. 57, 207, 223, 224, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 331, 334, 335, 337, 338, 339, 365, 397
Aouroud M. P. 207, 241, 253, 307, 312, 331, 335, 337, 338, 339
Aparicio T. P. 49, 50, 96, 99, 359, 370, 371, 387
Aprikian S. P. 101, 353
Aqodad N. P. 152, 184, 209, 212, 213, 218, 247, 287
Archambeaud I. P. 27, 56
Aregui A. P. 387
Arif W. P. 74
Arlix A. P. 295
Armuzzi A. P. 318, 322
Arnachellum R. P. 56, 78
Arnold D. P. 50
Arnould L. P. 364
Arocas V. P. 19
Arteaga A. P. 240
Artru F. P. 26, 27, 29, 161
Artru P. P. 97, 120, 121, 123, 344, 367, 376, 379
Artz O. P. 95
Artzner T. P. 161
Asnafi V. P. 285
Assaf A. P. 66, 150
Asselah T. P. 13
Assenat E. P. 104, 124, 132, 160
Assili M.A. P. 209, 212, 218
Atanasiu C. P. 6, 172, 294
Attali M. P. 199
Attely L. P. 92
Attia K.A. P. 228
Attia S. P. 277, 281
Attignon V. P. 192
Aubert M. P. 119, 197
Auble K. P. 176

Aubourg A. P. 58
Aubry M. P. 139
Audemar F. P. 123
Augé A. P. 29
Aupetit A. P. 91
Aurillac V. P. 356
Aussilhou B. P. 87
Auzas A. P. 182
Avallone A. P. 365
Avoic L. P. 376
Ayadi S. P. 90, 262, 268, 273, 278, 316
Ayari M. P. 395
Aydas C. P. 236
Aygalenq P. P. 292
Ayoub N. P. 139
Azammam S. P. 176, 205, 246
Azar J. P. 342
Azouaoui M. P. 152, 184, 209, 212, 213, 218, 247, 287
Azoulay D. P. 163
Azouzout C. P. 255, 261, 266

B

Babey N. P. 146
Babiker H. P. 25
Bach V. P. 3
Bachet J.B. P. 87, 98, 121, 123, 127, 132, 192, 346, 361
Badr C. P. 289
Badre W. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
Baglione E. P. 143
Bah A.A. P. 227, 274, 279
Bahlaoui O. P. 185, 216, 301, 311
Bai A. P. 283
Bai Y. P. 194
Baillot S. P. 215
Bailly S. P. 73
Bailly S. P. 24
Baker T. P. 129
Baklouti R. P. 220
Baklouti S. P. 245
Balayssac D. P. 385
Balde C. P. 18, 286, 290
Baleba T. P. 102, 299
Ballhausen A. P. 359
Balusson F. P. 21, 73
Banana Hamadidi A. P. 108
Bani M.A. P. 130, 368, 375
Bannani S. P. 314
Barbe M. P. 54
Barbe R. P. 375
Barbet N. P. 191
Barbier E. P. 343, 371, 387
Barbut F. P. 166
Bardot P. P. 22
Bardou M. P. 101, 353
Bardou-Jacquet E. P. 26, 28, 29
Baretti M. P. 74
Barez L. P. 390
Barkia B. P. 334, 336
Barkun A. P. 101, 353
Barkun J. P. 31
Baron A. P. 21, 42, 73
Baron D. P. 191
Barras J. P. 64
Barrau M. P. 4, 107, 170, 172, 300, 307
Barraud H. P. 29
Barraud M. P. 17
Barrault C. P. 42
Barré-Audenet A. P. 116, 119
Barret M. P. 40, 47, 56, 81, 87, 98
Barth C. P. 156
Barthet M. P. 36, 64, 81, 89, 90, 131, 145
Bartoletti J. P. 78
Basri Z. P. 301
Bastard P. P. 302
Bastide L. P. 107, 170, 307
Batardière M. P. 85
Battistella S. P. 143
Baud G. P. 202
Baudin E. P. 371
Baudon J. P. 96
Baudry Schraub C. P. 174, 320
Bazaga S. P. 67
Bazin C. P. 24, 67, 206, 396
Bazin T. P. 62, 282, 300, 304
Bazoge M. P. 108
Beauchesne-Blanchet J. P. 101, 353

Beaufils A. P. 84
Beaufrère A. P. 74, 193
Beaussac M. P. 66, 150
Beaussire L. P. 72
Bechara A. P. 65
Becq A. P. 75, 87, 98, 146
Bégu A. P. 236
Bejan-Angoulvant T. P. 356, 370
Bel Hadj Mabrouk E. P. 260, 262, 268, 272, 273, 278, 316
Belabbes F. P. 185, 216, 301, 311
Belaich M. P. 209, 212, 218
Belasri N. P. 152
Belguendouz H. P. 296, 355
Belhamdiya M. P. 222, 235, 274, 279, 361
Belhocine R. P. 275
Belhoul F. P. 251
Belkadi-Sadou D. P. 376
Belkhodja H. P. 375
Bellabah A. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
Bellan G. P. 187
Belle A. P. 131
Bellera C. P. 49
Bellot C. P. 190
Ben Abdallah H. P. 230, 332, 340
Ben Abdallah I. P. 18
Ben Abdelghani M. P. 97, 104, 120, 124
Ben Abdelwahed M. P. 220
Ben Azouz S. P. 395
Ben Dhia S. P. 191
Ben Fadhloun A. P. 268, 271, 273
Ben Farhat F. P. 68
Ben Jazia E. P. 209, 242, 244
Ben Khalifa M. P. 262
Ben Mehrez C. P. 230, 332, 340
Ben Merabet Y. P. 193
Ben Mohamed A. P. 236, 262, 264, 268, 270, 282, 363
Ben Mustapha N. P. 61
Ben Slama A. P. 247, 263, 264, 310, 313, 315, 325, 334
Benajah D.A. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
Benallaoua M. P. 92
Ben-Amara A. P. 187
Benamouzig R. P. 92
Benazzouz H. P. 295
Benech N. P. 57, 166, 167, 169
Benelbarhdadi I. P. 185, 216, 301, 311
Benezech A. P. 6, 67, 113, 180, 294
Benhaim L. P. 188, 350
Benhamdane A. P. 176, 246, 335
Benjelloun N. P. 185, 216, 301
Benmassaoud A. P. 31
Benmatallah C. P. 377
Bennani B. P. 185
Bennani H. P. 229
Bennani Y. P. 185, 216, 301, 311
Bennine Z. P. 217, 224, 255
Benrahla D.E. P. 8
Bensalah Y. P. 68
Bensenane-Oussalah M. P. 11
Bentabet S. P. 306, 310, 333
Benzarti Z. P. 281, 333
Benzzoubeir N. P. 141, 173, 208, 219, 276, 280
Berea T.N. P. 300, 304
Berger A. P. 35, 47, 56, 146, 182, 199
Bergoin C. P. 17
Bernet A. P. 123
Berrag S. P. 205
Berrebi N. P. 105
Berson A. P. 149, 153, 232
Bertin E. P. 285
Bertrand A. P. 23
Bertrand N. P. 121, 387
Bertrand V. P. 4, 173
Bertucci F. P. 100
Besch C. P. 161
Besnard V. P. 16
Bessissow A. P. 31
Besson A. P. 120, 367, 368
Bessonneau P. P. 18
Bettenworth D. P. 183
Bettolo J. P. 300
Beunon P. P. 375
Beuvon F. P. 285
Beye B. P. 149, 308
Bibani N. P. 267

Bibeau F. P. 190, 343
Bidjogo M. P. 337
Bienvenu T. P. 102
Bigé N. P. 169
Bignon A.L. P. 100, 124, 192, 382
Biguenet A. P. 28
Billiauws L. P. 300, 304
Binquet C. P. 67
Birnbaum D. P. 64, 121
Biscay M. P. 199
Biwole S.M. P. 244
Bizid S. P. 230, 332, 340
Blain A. P. 294, 323
Blanc J.F. P. 71, 104, 121, 123, 124, 249, 265, 356
Blanc P. P. 4, 58
Blanchet-Deverly S. P. 369, 378
Blary V. P. 21, 73
Blay J.Y. P. 100
Bleibtreu A. P. 166
Blétard N. P. 47
Blez M. P. 120
Blondeaux A. P. 151, 199, 202
Blons H. P. 48
Boeken T. P. 347
Boige V. P. 51, 265, 350, 368, 369, 375, 377, 378
Boilève A. P. 97, 99, 120, 121, 169, 192, 350, 367, 368, 369, 375, 377, 378, 379
Boinette A. P. 24, 67
Boirot A. P. 236
Boisson C. P. 346
Boisteau E. P. 97, 99, 120, 139, 367, 380
Boivineau L. P. 300
Bokana E. P. 257
Bol G. P. 50
Bole-Feysot C. P. 176, 285
Bolliet M. P. 77, 100, 123, 127, 192, 202, 207
Bonadona A. P. 161
Bonnaud G. P. 295
Bonnet B. P. 375, 377
Bonnet J. P. 82, 174, 180
Bonneton M. P. 11
Bonnin A. P. 364
Borahma M. P. 14, 155, 206, 221, 237, 259, 272, 275, 278, 279, 280, 295, 305
Bordy L. P. 74
Borel A. P. 303
Borg C. P. 96, 122, 190, 346, 371
Borges S. P. 132
Borie F. P. 105
Borinelli-Franzoi M.A. P. 368
Borowik A. P. 123
Boruchowicz A. P. 42
Boschetti G. P. 57, 59
Bossard C. P. 47
Bossuyt P. P. 324
Bostani S. P. 230, 332, 340
Botelho-Nevers E. P. 167
Botsen D. P. 51, 53, 96
Bottlaender J. P. 77, 100, 207
Bouali R. P. 230, 332, 340
Boualit M. P. 58
Bouamama F.E. P. 14, 231
Bouattour M. P. 69, 70, 71, 74, 104, 193, 265
Bouayad A. P. 393
Bouchabou B. P. 281, 333
Bouchard D. P. 198
Bouchard I. P. 249
Bouché O. P. 51, 53, 96, 100, 122, 123, 125, 188, 192, 285, 346, 370, 384
Boucherit M. P. 239
Bouchès R. P. 232
Boudabous M. P. 277, 281, 336
Boudia S. P. 53
Boudjella M. P. 240, 242, 243, 245
Boudjella M.E.A. P. 248
Boughoula K. P. 230, 332, 340
Bougouin A. P. 355
Bouguen G. P. 58, 103, 106, 110, 112, 113, 140, 172, 181, 285, 299, 300, 317, 319, 321
Bouhamou F. P. 215
Bouhdoud N. P. 57, 224, 253, 261, 263, 304, 312, 314, 334, 337

Bouhier-Leporrier K. P. 349, 371, 382
Bouhlal Jourdan S. P. 127, 387
Bouhnik Y. P. 58, 60, 103, 171, 181, 316
Boukamza W. P. 306
Boukhal Z. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
Boulaftali Y. P. 19
Boulahssass R. P. 49
Boulet A. P. 130
Boullet A. P. 352
Bounnite I. P. 311
Bourdillel J. P. 300
Bourega T. P. 84
Bourgaux J.F. P. 67
Bourgeois V. P. 96, 104, 123
Bourget L. P. 182
Bourhrara K. P. 153, 232
Bourlet L. P. 84
Bournet B. P. 138, 195, 204
Bourreille A. P. 6, 8, 55, 58, 60, 294
Bourrier A. P. 62, 167, 172, 302
Boursier J. P. 45, 46, 142
Boussa R.S. P. 355
Boussari O. P. 49
Boussion H. P. 124
Bouta N. P. 295
Boutaleb A. P. 152, 213, 247, 287
Boutallaka H. P. 344, 372
Boutarbouch N. P. 143
Bouton M.C. P. 19
Bouvier A.M. P. 102, 364
Bouvier V. P. 86, 189, 348, 360, 389
Bouzbib C. P. 10, 27
Bouzeloc S. P. 249
Bouzid O. P. 318
Bouzidi A. P. 316
Boyault S. P. 192
Boytchev I. P. 30
Bozon A. P. 4, 61, 303
Bozon-Rivière P. P. 32
Braham A. P. 310, 313, 315, 325, 334
Brahmi M. P. 100
Brailova M. P. 385
Branche J. P. 15, 102, 151, 199, 202
Brand S. P. 174
Brard G. P. 265
Brasseur C. P. 57
Bratu R.M. P. 288
Brault Y. P. 316
Brazier F. P. 7, 80, 326
Breard T. P. 30
Bressler B. P. 178
Bresteau C. P. 62, 171, 172, 282, 300, 304
Breteau I. P. 26, 29, 142
Breton J. P. 16
Breuker C. P. 303
Briant A. P. 388
Brichard M. P. 121
Brieau B. P. 35, 47
Bringuier M. P. 49
Briot T. P. 57, 169
Brixi H. P. 317, 384
Brochard C. P. 115, 139, 140, 319, 321
Bronowicki J.P. P. 11, 104
Brooke K. P. 324
Brouzeng P. P. 36
Brouzes C. P. 283, 285
Bru-Daprés M.F. P. 118
Bruère S. P. 352
Bruges L. P. 70
Brunac A.C. P. 195
Bruneau J. P. 283
Brunet T. P. 321
Brunetto M.R. P. 13
Brusset B. P. 74
Brustia R. P. 71, 87, 98, 105
Bruyat D. P. 100
Buc E. P. 72
Buchard B. P. 72, 250
Buisson A. P. 292, 298, 300, 311
Buisson A. P. 6, 55, 58, 59, 63, 106, 108, 110, 111, 112, 172, 175, 177, 179, 293, 294, 317
Bullock A. P. 25
Bureau C. P. 27, 41, 161, 237
Burisch J. P. 320
Burroni B. P. 285
Buscail E. P. 138
Buscail L. P. 102, 195

Buti M. P. 13
By M.A. P. 356

C

Cabrejas G. P. 355
Cadi M. P. 205, 222
Cadiot G. P. 106, 113, 366, 371, 384
Cadranel J.F. P. 12, 41, 42, 251, 257
Caiazzo R. P. 202
Cailliau E. P. 70
Caillo L. P. 6, 35, 40, 55, 58, 67, 110, 111, 112, 117, 172, 179, 294, 303, 317
Caillol F. P. 66, 131, 150, 203
Calavas L. P. 76, 220
Calcul Gold Dalg L. P. 300
Calderaro J. P. 74
Caldiero A. P. 362
Calès P. P. 46
Camilleri G.M. P. 368, 369, 375, 377, 378
Camino A. P. 29
Campani C. P. 69, 70, 71, 74, 104
Campillo-Gimenez B. P. 265
Camus-Duboc M. P. 40, 67, 87, 98
Canevet M. P. 78
Canivet C. P. 195
Canoui-Poitrine F. P. 49
Canva V. P. 12
Capitain O. P. 192
Carbone F. P. 285
Carbonell N. P. 27, 42
Carboni R. P. 352
Carbonnel F. P. 23, 62, 109, 171
Cardenas D. P. 368
Cardot-Ruffino V. P. 124
Carli F. P. 31
Carlon M. P. 42
Caroli-Bosc F.X. P. 371
Caron B. P. 6, 58, 59, 113, 179, 294
Carrasco J. P. 127
Carrere N. P. 195, 374
Carrier P. P. 36, 41, 143, 161
Carrieri P. P. 236
Cassagnes L. P. 385
Cassier P. P. 124, 192
Cassir N. P. 167
Cassius C. P. 174
Castagnede M. P. 237
Castanié H. P. 124
Castellani P. P. 165
Castera L. P. 22, 43, 46, 54
Casterman A. P. 159
Castiella Eguzquiza A. P. 155, 240
Castier Y. P. 18
Cataldi F. P. 103, 181
Cattan S. P. 70
Cattelan J. P. 41, 42
Cauchin E. P. 75
Caulet M. P. 299, 356
Causse X. P. 42
Caussy C. P. 44
Cavicchi M. P. 4, 172
Cazals-Hatem D. P. 27
Cazelles A. P. 355
Cellier C. P. 15, 205, 222, 283
Cenac N. P. 168
Censabella M. P. 391
Cercek A. P. 95
Cerf-Bensussan N. P. 285
Cervoni J.P. P. 27
Cesbron-Métivier E. P. 142
Chabaud-Sassoulas J. P. 17
Chabib F.Z. P. 14, 155, 206, 221, 237, 259, 272, 275, 278, 279, 280, 295, 305
Chabrun E. P. 35, 47
Chafai N. P. 62
Chaffraix F. P. 156
Chaibi S. P. 251
Chaigneau T. P. 388
Chakor F.E. P. 251
Chalabreysse P. P. 47, 364
Chalbos P. P. 51
Challine A. P. 62
Chalvin T. P. 380
Chamboux M. P. 356
Chamorey E. P. 381
Champy P. P. 143
Chandana S. P. 25
Chang R. P. 156, 157
Chaput U. P. 131, 196
Charachon A. P. 131
Charissoux A. P. 47
Charkaoui M. P. 60, 103, 106, 181, 206, 294

Charlois A.L. P. 107, 180
Chatter H. P. 296, 355
Chaumoitre K. P. 90
Chaunavel A. P. 47
Chautard R. P. 299, 343, 352
Chavatte M. P. 118
Chebarro A. P. 26
Chehaider A. P. 395
Cheker M. P. 305, 310, 333, 393
Chelh G. P. 184
Cheminant M. P. 283
Chen J.M. P. 102
Chen T. P. 31
Cheng S. P. 83, 195
Cherif D. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340
Cherif E. P. 333
Cherifi F. P. 382
Cherkaoui H. P. 251, 257
Cherkaoui M. P. 141, 173, 208, 219, 276, 280
Cherqui D. P. 163
Chery C. P. 11
Chetouani M. P. 9
Chevaux J.B. P. 24, 35, 40, 102, 215
Chevrier C. P. 286, 290
Chibaudel B. P. 50, 346
Chiche L. P. 105
Chiheb O. P. 309, 314
Chinoune F. P. 68
Chirica M. P. 123
Choisy B. P. 187
Cholet F. P. 56, 102, 106
Chopinet S. P. 105
Chouik Y. P. 44
Chrétien A.S. P. 187
Christmann P.Y. P. 24, 391
Christy F. P. 382
Chtioui S. P. 61
Chtourou L. P. 277, 281, 336
Chulanov V. P. 13
Chun-Yi H. P. 25
Ciacio O. P. 163
Cimbora D. P. 83, 195
Clairet V. P. 4
Clatot F. P. 361
Claudé P. P. 24
Clavel L. P. 51, 96
Clavel M. P. 77, 100, 202, 207
Claveloux T. P. 196
Clément M. P. 68
Clément O. P. 205, 222
Cléry G. P. 102
Cobat A. P. 302
Coeffier M. P. 16
Coelho J. P. 201, 362
Coevoet H. P. 4
Coffin B. P. 61, 317
Cohen B. P. 142
Cohen R. P. 97
Coilly A. P. 27, 30, 42, 161
Coirier V. P. 26, 29, 161
Cojocariu C. P. 258
Colas C. P. 300
Collard M. P. 375, 376
Colle E. P. 367
Colle R. P. 341
Collier M. P. 45
Collin J. P. 179
Collin M. P. 369
Collin R. P. 143, 196
Collins M. P. 8, 106
Colnot N. P. 84
Combe P. P. 352
Constant M. P. 392
Conti F. P. 32
Corazzin L. P. 188
Corbinais S. P. 127
Corcos O. P. 18, 19, 282
Cording S. P. 285
Coriat R. P. 99, 285, 371
Coron E. P. 56, 89
Corona A. P. 3
Corpechot C. P. 10
Corre F. P. 47
Cortegoso Valdivia P. P. 75
Cortier A. P. 169
Cosconea S. P. 375
Coseru A.I. P. 394
Cosette P. P. 349
Costa T. P. 259
Costentin C. P. 21, 32, 46, 73, 74
Costes L. P. 132
Costil V. P. 38
Couffinhal T. P. 290
Coupa I. P. 390
Couteau C. P. 195, 374
Coutinho A. P. 157
Coutzac C. P. 51, 122, 192

Couvelard A. P. 84
Cremer A. P. 82, 179
Cremolini C. P. 359
Cretin J. P. 49
Cristofoli M. P. 371
Cros J. P. 84, 98, 120, 366
Cuenod C.A. P. 205, 222
Culetto A. P. 204
Culver E.L. P. 83, 195
Cuplov V. P. 319, 356
Cussac C. P. 249

D

Da Silva D. P. 105
Dahan L. P. 124
Dahany O. P. 114
Dahel Y. P. 66, 150, 203
Dahlqvist G. P. 27
Dahmani W. P. 247, 263, 264, 310, 313, 315, 325, 334
Daire V. P. 67
Dalex M. P. 37, 203
Dalleur O. P. 159
Dalmon I. P. 67
d'Alteroche L. P. 29
Dananai C. P. 105
Danese S. P. 129
Danjoux M. P. 374
Danset J.B. P. 40
Danthu C. P. 143
Dao T. P. 12
Darcha C. P. 385
Dardenne A. P. 75
Darif A. P. 217, 224, 273
Darnis B. P. 121
Darrius R. P. 77, 100, 202, 207
Dartigues P. P. 368, 375
Daumont M. P. 43
Dautrecque F. P. 12, 323
Dautreme S. P. 339
David N. P. 78
David-Basei C. P. 361, 368
de Castelbajac F. P. 75, 304
De Cristofaro E. P. 35, 37, 76, 133, 135, 148
De Grandis M.C. P. 343
de La Fouchardière C. P. 25, 53, 192
de Maisoncelle I. P. 143, 200
de Maissin A. P. 8, 172
de Malet A. P. 99
de Mestier L. P. 82, 87, 98, 120, 121, 131, 366
de Parades V. P. 114, 115, 116, 117, 119, 197, 198
de Raucourt E. P. 282
de Retz S. P. 344
de Reyniès A. P. 355
de Rycke O. P. 102
De Sousa Carvalho N. P. 192
Debbabi H. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340
Debbeche R. P. 90, 260, 262, 268, 271, 272, 273, 278, 316
Deberne M. P. 361
Debiais M. P. 369, 377, 378
Debourdeau A. P. 35, 40, 67, 81, 89
Debove C. P. 62
Decaens T. P. 21, 73, 74, 123
Decourcelle M. P. 182
Decraecker M. P. 249, 343, 356
Decroisette C. P. 361
Deest G. P. 352
Degand T. P. 24, 35, 40, 47, 67
Degbey M.M.M. P. 238, 246, 326
Degnon A.A.C. P. 228
Deguenon C. P. 246
Dejaeger A. P. 193
Dejardin O. P. 20, 86, 189, 348, 360, 389
Deker L. P. 192
Delage S. P. 166
Delaire J. P. 326
Delamarre A. P. 44, 46
Delattre A. P. 96, 123
Delaunay B. P. 195
Delaye M. P. 120, 124, 132, 368
Delhomme M. P. 33, 164
Delhoume V. P. 69, 104
Delobel J.B. P. 323
Delory T. P. 323
Delrieu V. P. 320

Delsa H. P. 185, 216, 301, 311
Deman F. P. 130
Denat T. P. 203
d'Engremont C. P. 102, 123, 131
Denis B. P. 24, 77, 100, 202, 207, 358
Deregnaucourt T. P. 24, 102
Derlon A. P. 360
Dermine S. P. 300, 304
Deroux A. P. 41
Descourvières C. P. 82
Desgrippes R. P. 99, 132, 192, 367
Desmarets M. P. 28
Desprez C. P. 91, 94, 168
Desrame J. P. 79, 123, 124, 346
Desreumaux P. P. 297
Desvignes C. P. 370
Deutsch L. P. 75
Devos C. P. 298, 311, 320
Deyrat J. P. 350
Dharancy S. P. 42, 70, 161
Dhooge M. P. 75
Dhote A. P. 105
Di Fiore A. P. 349
Di Fiore F. P. 72, 123, 163, 188, 190, 192, 349, 371
Di Martino V. P. 161
Di Vittorio A. P. 142
Diab E. P. 100
Diallo I. P. 257
Dias L. P. 95
Dib N. P. 8
Dickens T. P. 156, 157
Diebakate L. P. 132, 368, 369, 375, 377, 378
Dierickx L. P. 374
Dignass A. P. 178, 320
Dioguardi Burgio M. P. 87, 193
Diouf M. P. 7, 27, 326
Dirrenberger B. P. 360
Disse E. P. 44
Ditac D. P. 206
Djedeme S. P. 246
Djellouli W. P. 89
Dkhissi M. P. 173, 276
Dodel M. P. 108
Doffou S. P. 228
Doherty G. P. 318, 322
Dokmak S. P. 87, 98
Dolly A. P. 371
Dolman G. P. 156
Domas Q. P. 63, 110, 111, 112
Dong X. P. 83, 195
Donnadieu H. P. 33, 164
Dos Santos M. P. 51, 53, 100
Dosda A. P. 53
Doueihy C. P. 65, 259
Douggui H. P. 395
Doumbe-Mandengue P. P. 35
Dourthe L.M. P. 96, 127
Doussot A. P. 67
Doyen J. P. 191
Do-Youn O. P. 194
Dragovich T. P. 25
Draullette M. P. 62
Dray X. P. 8, 35, 75
Dray-Spira R. P. 109
Drissi I. P. 332
Drug V. P. 394
Drysdale M. P. 156, 157
Du Thanh A. P. 89
Dubé L. P. 27
Dubian S. P. 326
Duboc H. P. 285
Dubois B. P. 159
Dubreuil O. P. 96, 99, 121, 123
Dubreuil O. P. 97
Duburcq A. P. 118
Ducarouge B. P. 123
Ducluzeau P.H. P. 53
Ducreux M. P. 192, 350, 368, 369, 375, 377, 378
Ducrocq L. P. 18
Duflot T. P. 94
Duh M.S. P. 156, 157
Duhamel A. P. 70
Duhoux F. P. 368
Dujardin A. P. 380
Dujardin F. P. 27
Duluc M. P. 371
Dumitrescu O. P. 57
Dumortier J. P. 27, 32, 161
Dupont B. P. 86, 102, 360, 382, 388, 389
Dupont-Gossart A.C. P. 371
Dupont-Lucas C. P. 4, 173
Dupuis C. P. 380
Dupuy M. P. 160

Durand A. P. 366, 384
Durand A. P. 123
Durand F. P. 41, 42, 54
Durand K. P. 196
Durand X. P. 187
Durand X. P. 197
Durand-Zaleski I. P. 18
Dureault A. P. 167
Durif J. P. 385
Duru G. P. 170
Dutherage M. P. 72, 163
Duveau N. P. 82, 179, 202
Duvoux C. P. 161

E

Ea E. P. 18
Eckert C. P. 166
Edeline J. P. 99, 104, 132, 265
Edery N. P. 149, 232
Edgar L. P. 31
Egea Valenzuela J. P. 75
Ehrhard F. P. 41
El Abkari M. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
El Achab Z. P. 284
El Amghari A. P. 152, 213, 247, 287
El Amrani M. P. 199
El Amrani S. P. 14
El Bacha H. P. 141, 173, 208, 219, 276, 280
El Bied M. P. 152, 213, 247, 287
El Fadli I. P. 229, 306
El Hachem S. P. 374
El Hajbi F. P. 192
El Helou S. P. 78
El Kharrazi A. P. 41, 257
El Khatib M. P. 282, 300, 304
El Khier R. P. 8
El Khoury E. P. 139
El Koti I. P. 176, 246, 335
El Kurdi S. P. 121
El Mazghi M. P. 218
El Mekkaoui A. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
El Metennani F. P. 296
El Mouatamid I. P. 279
El Mqaddem O. P. 255, 261, 266, 269, 276, 392, 394, 395
El Ouafi Z. P. 143
El Oumami O. P. 290
El Rawadi E. P. 350
El Rhaoussi F.Z. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
El Rharbaoui L. P. 228, 241, 260, 270
El Yousfi M. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
Elabd O. P. 218
Elaoula S. P. 215
Elchaabani H. P. 282
Elghoul E. P. 205, 222
Elgraoui F. P. 223, 225, 329, 364
Elkrief L. P. 26, 27, 29, 54, 142, 161, 252
Elleuch N. P. 247, 263, 264, 310, 313, 315, 325, 334
Elli L. P. 75
Ellis S. P. 53
Elmajoudi C. P. 278
Elmhajri O. P. 209, 213
Eloumou Bagnaka S.A. P. 244
Eloy P. P. 18, 282
Emile J.F. P. 52, 355
Engoang A.A. P. 397
Ennaifer R. P. 281, 333
Entremont A. P. 93
Ernst O. P. 55
Errabih I. P. 141, 173, 208, 219, 276, 280
Esclangon M.E. P. 160
Etchiali A. P. 328
Etienne P. P. 156
Etienne P.L. P. 192, 370
Etienney I. P. 4, 198
Evesque L. P. 49, 51, 53, 96, 192, 194, 381
Evrard C. P. 379
Evrard M. P. 100
Ewald J. P. 187
Exbrayat C. P. 352
Eyraud D. P. 161
Ezratty N. P. 92

Ezzine J. P. 365, 397

F

Facque A. P. 162
Facy O. P. 121
Fady D. P. 393
Faik A. P. 153, 228, 241, 260, 270, 328, 396
Faiz M. P. 223, 225, 329, 364
Fakhoury A. P. 361
Falcoz A. P. 124
Faller J. P. 77, 100, 202, 207
Fallik D. P. 352
Fantognon G. P. 251, 257
Faouzi K. P. 128
Fares N. P. 99, 124, 132, 195
Faron M. P. 350
Farrugia M. P. 27, 377
Fartmissi M. P. 154, 338
Fathallah N. P. 4, 114, 115, 116, 117, 119, 197, 198
Fatisse A. P. 145
Faucheron J.L. P. 115
Fauchier G. P. 53
Fauchier L. P. 53
Faure P. P. 4, 172, 303, 316
Faure S. P. 32
Faure S. P. 33, 128
Favreau-Weltzer C. P. 115, 198
Favre-Felix J. P. 236
Fayemendy P. P. 17
Feagan B.G. P. 324
Féau-Lecerf S. P. 352
Feeney K. P. 25
Feillet F. P. 11
Feki A. P. 245
Feki S. P. 243
Fekih M. P. 61
Fenioux C. P. 346, 367
Fenouil T. P. 47
Feray C. P. 30
Ferec C. P. 102
Fernandez-De-Sevilla E. P. 350, 368, 375
Féron T. P. 366
Ferrari T. P. 63
Ferrero P.A. P. 39
Ferroudji S. P. 33
Ferry M. P. 172
Feuche N. P. 295
Feugeas J.P. P. 190
Figueiredo Ferreira M. P. 76
Filiot A. P. 130
Filippi J. P. 58, 300
Fine C. P. 295
Fiorino G. P. 320
Fisher D. P. 50
Flamant M. P. 4, 8
Flambard C. P. 370
Flament T. P. 356
Fléjou J.F. P. 130
Fleurent C. P. 29, 299
Flin E. P. 345
Flori N. P. 17, 359
Floria D.E. P. 394
Fontaine C. P. 17
Fontaine E. P. 17
Forestier J. P. 100, 192
Fouad H. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
Fourati H. P. 245
Franchet E. P. 299
Franchimont D. P. 6, 113, 294
Franck B. P. 321
François D. P. 19
François E. P. 370
François M. P. 24
Francoz-Caudron C. P. 32
Franzè M.S. P. 70, 71
Fratte S. P. 145
Frau T. P. 19
Frelet P. P. 143, 200
Fresneau B. P. 74
Fricain J.C. P. 89
Frin A.C. P. 377
Frioui I. P. 260, 272
Fromont G. P. 343
Fuerea A. P. 350, 368, 369, 377, 378
Fumery M. P. 58, 59, 61, 63, 80, 82, 108, 110, 111, 112, 117, 170, 172, 173, 175, 183, 285, 292, 294, 300, 316, 317, 326
Fusco N. P. 144
Fyras S. P. 247, 334

G

Gabteni L. P. 267
Gagnière C. P. 171
Gagnière J. P. 385
Gajdos V. P. 169
Galais M.P. P. 96, 370
Gallego J. P. 25
Gallet S. P. 167
Galletti G. P. 185
Gallois C. P. 48, 52, 87, 98, 125, 190, 341, 347, 355, 359, 367
Gandini A. P. 52, 190, 343, 347
Gang J. P. 25
Ganne-Carrié N. P. 69, 70, 71, 74, 104
Gantzer J. P. 100
Garaizabal I. P. 240
Garbay V. P. 66, 150, 203
Garbet L. P. 158
Garcia M.L. P. 122, 346
Gardy J. P. 360
Gargouri D. P. 267
Garinet S. P. 48
Garioud A. P. 323
Garnier J. P. 187
Garnier M. P. 72
Garros A. P. 79
Gasmi M. P. 36, 64, 131, 145
Gassara Z. P. 245
Gatault P. P. 29
Gau L. P. 385
Gauchotte G. P. 47
Gaudillière B. P. 187
Gaujard S. P. 57
Gaujoux S. P. 64, 87, 98
Gaume C. P. 72, 250
Gautier C. P. 118
Gavoille C. P. 53
Gay C. P. 300
Gayard A. P. 250
Gayat C. P. 29, 142, 299
Gay-Quéheillard J. P. 3
Gdoura H. P. 277, 281, 336
Geagea A. P. 362
Gebara K. P. 113
Gelli M. P. 350, 368, 375
Gelsi E. P. 102
Gelu-Simeon M. P. 42
Genet C. P. 96
Genser L. P. 97
Georges E. P. 123
Geraci O. P. 31
Gérard J.P. P. 191
Gérard L. P. 366, 384
Gérard R. P. 67, 151, 199, 202, 297
Gerardin S. P. 200
Germinaro M. P. 129, 178
Gerolami R. P. 74
Gerster T. P. 27, 67, 161
Geyl S. P. 36, 143
Ghallab O. P. 273
Ghamougui A. P. 61
Ghanem M. P. 230, 332, 340
Ghannami Y. P. 228, 241, 260, 270
Gharbi G. P. 236, 262, 264, 268, 270, 282, 363
Gharbi K. P. 227, 274, 279
Ghelfi J. P. 74, 123
Ghesquières H. P. 57
Ghilardi L. P. 326
Ghiringhelli F. P. 53, 122, 265
Ghomadi S. P. 72
Ghrab F. P. 187, 213, 239
Gialamas E. P. 197
Giannarelli D. P. 37, 133
Gibert B. P. 192
Gigante E. P. 132, 285
Giguet B. P. 26, 32
Gilca-Blanariu G. P. 288, 330
Gilchrist N. P. 15
Gilles C. P. 215
Gillespie I. P. 156, 157
Gillet B. P. 385, 387
Gilletta de Saint-Joseph C. P. 6, 58, 59, 60, 103, 106, 110, 112, 113, 138, 172, 181, 294, 317, 318, 322
Gillibert A. P. 168
Gillis C. P. 31
Gioftsiou S. P. 223, 225, 329, 364
Giovannini M. P. 150, 203
Girard C. P. 89
Girard E. P. 123

Girardeau Y. P. 283
Giraud I. P. 303
Girodon-Boulandet E. P. 102
Girot H. P. 349
Girot P. P. 104, 341, 343, 379
Glacet-Combescot R. P. 382
Glehen O. P. 97, 125, 188
Glenet A. P. 195
Gleyzolle B. P. 72
Gloro R. P. 86, 389
Gnaba A. P. 263, 264
Gnemmi V. P. 71
Godat S. P. 37, 203
Goetgheluck J. P. 380
Gohier E. P. 182
Goksen B. P. 11
Goldin R. P. 254
Gologan A.N. P. 288, 330
Gologan D.S. P. 330
Gologan E. P. 288, 330
Golse N. P. 105, 162, 163
Gonthier M. P. 28
Gonzalez A. P. 377
Gonzalez D. P. 49, 364
Gonzalez J.M. P. 36, 64, 81, 89, 90, 133, 145, 185
Gonzalez S. P. 90, 185
González-Suárez B. P. 75
Goria O. P. 27
Gornals J. P. 67
Gornet J.M. P. 60, 172, 174
Gouarné C. P. 187
Gouiaa D. P. 61
Goujdami N. P. 65, 223, 227, 234, 299
Goujon G. P. 341, 367
Gourcerol G. P. 91, 94, 168
Gourdeau C. P. 102
Gouriou C. P. 139
Gournay J. P. 27
Goutorbe F. P. 172, 317
Gouttebel M.C. P. 96
Gouynou C. P. 4
Gower-Rousseau C. P. 4, 173
Grabli D. P. 201
Grados L. P. 343
Grainville T. P. 132, 380
Grancher A. P. 72, 100, 163, 349, 359, 379
Grandval P. P. 102, 131
Granger V. P. 123
Grapinet E. P. 356
Gras M. P. 385
Grasset D. P. 131
Grau R. P. 146, 199
Grégory J. P. 193
Grellier N. P. 62, 166, 302
Grimaldi J. P. 35, 37, 75, 76, 133, 134, 135, 147, 148, 199, 211
Gronier O. P. 360
Gronnier C. P. 97
Grosjean J. P. 91
Groupe Paris Ibd-U G. P. 8
Grunewald C. P. 143
Guarino-Vignon P. P. 167
Guarssifi M. P. 359
Guéant J.L. P. 11
Guediche A. P. 220
Guedj N. P. 366
Guégan N. P. 285
Guéguinou M. P. 343
Guemon D. P. 44
Guerin R. P. 161
Guérin C. P. 176
Guerni M.F. P. 355
Guerra X. P. 347
Guéry T. P. 352
Guettier C. P. 74, 130
Guigon A. P. 12
Guilbert S. P. 257
Guillaud O. P. 42
Guillaumée H. P. 160
Guillaumot M.A. P. 79
Guillem P. P. 118
Guilleray V. P. 144
Guillet M. P. 57, 122, 125, 132, 167, 169
Guillo L. P. 4, 59, 81, 82, 106
Guillon N. P. 4, 173
Guillou C. P. 349
Guilmoteau T. P. 39, 72, 177
Guimbaud R. P. 52, 96, 192, 195, 341, 371, 374
Guiot E. P. 11
Guittet L. P. 20, 349, 358, 360
Guiu B. P. 159, 160, 265
Guyetant S. P. 352
Guyot A. P. 47

H

Haas M. P. 198
Habay C. P. 282
Habbal I. P. 285
Habersetzer F. P. 24
Habib F.I. P. 82, 87, 102, 390
Hachicha H. P. 243
Hachouf M. P. 161
Hadadia O. P. 227, 274, 279
Haddad P. P. 362
Haddad V.J. P. 139
Haddad Hachimi C. P. 176, 205, 246, 335
Hadoux J. P. 371
Hafid I. P. 153, 328, 396
Hafliger E. P. 379
Haghnejad V. P. 11, 41, 42
Hajar E. P. 306
Halimi J.M. P. 356
Hambli S. P. 297
Hamdan S. P. 300
Hammami A. P. 263, 264
Hammas K. P. 100
Hammel P. P. 121
Hammoudi N. P. 171, 174
Hamzaoui L. P. 236, 258, 262, 264, 265, 268, 270, 271, 282, 363
Hanaa I. P. 14
Hanachi M. P. 304
Handa A. P. 233
Handous I. P. 244
Hannachi N. P. 244
Hansen-Barkun C. P. 101, 353
Haouari M.A. P. 197
Harbi R. P. 209, 242, 244
Harchelkorane S. P. 153, 396
Harding J.J. P. 95
Hardouin J.B. P. 56
Haroun R.O. P. 201
Harrak N. P. 215
Hassan C. P. 36
Hassen H. P. 220, 247, 258, 265, 271, 310, 313, 315, 325, 334
Hassid D. P. 292
Hassine H. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340
Haumaitre C. P. 84
Hautefeuille V. P. 99, 100, 122, 124, 125, 127, 346
Hazard S. P. 123
Hdiye S. P. 176, 246
Hébuterne X. P. 6, 55, 60, 103, 170, 172, 180, 181, 294, 320
Hedjoudje A. P. 153
Hegewisch-Becker S. P. 50
Heluwaert F. P. 42, 172, 323
Hélyon M. P. 100
Hennion C. P. 349
Henno S. P. 47
Henriques J. P. 99, 121, 122, 132
Henry K. P. 295
Hentic O. P. 82, 366, 371
Herber-Mayne A. P. 352
Hercent A. P. 366
Herissay A. P. 41
Hermabessière P. P. 27, 44
Hermine O. P. 283, 285
Hernandez B. P. 83
Hernandez Losa J. P. 130
Hernández-Verdin I. P. 355
Héroin L. P. 24, 35, 391
Herpin J. P. 198
Herrero A. P. 105, 159
Hertzog K. P. 129
Hervieu V. P. 47
Heurgué A. P. 12, 71, 104
Heuzé E. P. 368
Heyd B. P. 67
Hidous Y. P. 281
Hiji C. P. 176, 205, 246, 335
Hillen K. P. 15
Hilmi M. P. 368
Hirsch T. P. 74, 355
Hisamatsu T. P. 129, 178
Histace A. P. 8
Hitre E. P. 25
Hlila T. P. 281
Hliwa W. P. 136, 154, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 284, 288, 309, 314, 336, 338
Hnach Y. P. 152, 184, 209, 212, 213, 218, 247
Ho C. P. 7

Hobeika C. P. 71, 159, 193
Hocine F. P. 127
Hocquet D. P. 28
Hoibian S. P. 66, 150, 203
Høivik M.L. P. 318, 322
Hollande C. P. 69, 70, 71, 104, 193
Hollebecque A. P. 350, 368, 369, 377, 378
Honap S. P. 295
Honein K. P. 65, 78, 210, 259, 342
Honore C. P. 350
Hordonneau C. P. 72, 293
Hotayt S. P. 139
Houivet E. P. 94
Houmada A. P. 359
Hounkpatin F.M. P. 238
Hounkpe A. P. 238
Hountondji L. P. 128
Houssel-Debry P. P. 26, 29
Houzard L. P. 16
Hoyeau N. P. 98
Hoyois A. P. 325
Hsain C. P. 280
Hsayan F. P. 362
Huang R. P. 194
Hubner R. P. 365
Huet J. P. 63
Huguenin B. P. 127
Huising R. P. 220
Hunaut T. P. 366
Hupé M. P. 60, 63, 82, 106, 110, 111, 112, 177, 179
Huppertz J. P. 360
Husson C. P. 89
Hutinet C. P. 300

I

Ibrahem Q. P. 145
Ibrahim Y. P. 9
Ibrahimi S.A. P. 218, 306, 310, 329
Idir M. P. 164
Idrissi A. P. 117
Idrissi H. P. 329
Imbeaud S. P. 74
Imberton L. P. 82
Immoune R. P. 251
Intorcia M. P. 43
Irigoyen A. P. 68
Irving P. P. 320
Ishihara R. P. 365
Ismaili Z. P. 255, 261, 266, 269, 276, 392, 394, 395
Isnard C. P. 89
Isola J. P. 15
Issad A. P. 84
Izagirre A. P. 155
Izandaz S. P. 363
Izopet T. P. 237

J

Jacob C. P. 215
Jacobs D. P. 130
Jacobstein D. P. 103, 181
Jacques J. P. 35, 36, 37, 39, 40, 132, 133, 134, 143, 147, 148, 196, 199, 211
Jaffrelot M. P. 374
Jairath V. P. 324
Jaïs B. P. 149, 153, 232
Jaouhari F.E. P. 153, 396
Jaraudias C. P. 381
Jarraya S. P. 300
Jary M. P. 125, 385, 387
Jaubert L. P. 164
Jaziri H. P. 247, 258, 263, 264, 265, 271, 310, 313, 315, 325, 334
Jean-Baptiste A. P. 352
Jeanbert E. P. 58, 188
Jeay M. P. 75, 205, 222
Jeddou H. P. 26, 105
Jeifer I. P. 113
Jemal A. P. 12
Jemni I. P. 220
Jerbi A. P. 333
Jerbi A. P. 243, 245
Jézéquel C. P. 26
Jézéquel J. P. 78, 131
Jia Z. P. 145
Jihyun A. P. 69, 104
Jimenez Fonseca P. P. 365
Jirka A. P. 17
Jlassi H. P. 267
Johannet P. P. 95
Jolivet-Gougeon A. P. 28

Jolly C. P. 215
Joly A.C. P. 166
Joly F. P. 17, 282, 300, 304
Jomni T. P. 395
Jooste V. P. 364
Joshi N. P. 324
Jouan M. P. 297
Joubert C. P. 17
Jouët P. P. 92
Jovenin N. P. 361
Jucan A. P. 258
Juglard C. P. 143
Juncu S. P. 258

K

Kaassis M. P. 60, 102, 142, 323
Kabbaj N. P. 215
Kadiri M. P. 14, 155, 206, 221, 237, 259, 272, 275, 278, 279, 280, 295, 305
Kahwagi A. P. 65, 78, 210, 259, 342
Kaighobadi T. P. 146
Kallel M.H. P. 245
Kam W. P. 86, 389
Kamar N. P. 32
Kammerer-Jacquet S.F. P. 130
Kapel N. P. 166
Karam I. P. 176, 246, 335
Karoui M. P. 355
Karsenti D. P. 56
Karsenty L. P. 38
Kasi A. P. 25
Kato K. P. 365
Kats-Ugurlu G. P. 130
Kavalam M. P. 129
Kayal A. P. 89
Kazerouni F. P. 257
Kchir H. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340
Kenafi I. P. 153, 228, 241, 260, 270, 396
Kerlogot L. P. 286, 290
Kermarrec T. P. 249
Keshavjee B. P. 37
Khakoo N. P. 10
Khanafer N. P. 57
Khannoussi W. P. 185, 216, 301, 311
Khaoula H. P. 233
Kharrasse G. P. 255, 261, 266, 269, 276, 392, 394, 395
Khater S. P. 15, 283
Khelifi L. P. 355
Khellaf A. P. 85
Khellaf L. P. 359
Kheloufi L. P. 9, 10
Khemissa Akouz F. P. 33, 51, 104, 323, 394
Khochbin S. P. 345
Khosroshahi A. P. 83, 195
Khsiba A. P. 236, 258, 262, 264, 265, 268, 270, 271, 282, 363
Khushman M. P. 95
Kirchgesner J. P. 4, 8, 62, 82, 171, 172, 179
Kirscher S. P. 49
Kissi H.Y. P. 228
Kligys K. P. 324
Knight M. P. 303
Koch S. P. 24, 67, 114, 131
Kochen L. P. 359
Koivogui A. P. 354
Kojima T. P. 365
Kokar A. P. 30
Kong L. P. 365
Koopman M. P. 50
Koriko T. P. 251
Koskenpato J. P. 15
Koskinen P. P. 15
Kouadou S. P. 71
Kouamé G.D. P. 228
Kouamé Y.P.H. P. 228
Koulali H. P. 255, 261, 266, 269, 276, 392, 394, 395
Kounis I. P. 30
Kowo M.P. P. 244, 337
Kpossou A.R. P. 238, 246, 326
Krati K. P. 57, 186, 207, 223, 224, 233, 234, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 327, 331, 334, 337, 338, 339, 365, 397
Kremer A. P. 10
Kroemer M. P. 371

Ksiaa M. P. 263, 264, 313, 315, 325, 334
Kssiaa M. P. 247, 310
Kudriavtsev A. P. 53
Kurt S. P. 119
Kwiatek S. P. 294

Laabidi A. P. 61
Laabidi S. P. 61
Labraoui C. P. 42
Lachgar I. P. 184
Lachkar Y. P. 208
Lacroix E. P. 168
Lacroute J. P. 360
Ladeira R. P. 28
Lafeuille P. P. 37
Lagasse J.P. P. 352
Lagdali N. P. 14, 155, 206, 221, 237, 259, 272, 275, 278, 279, 280, 295, 305
Lagier E. P. 292
Lagorce-P.s C. P. 47
Laharie D. P. 55, 58, 60, 61, 103, 113, 117, 172, 180, 181, 182, 294, 316, 317
Laheurte C. P. 387
Lahlali M. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
Lahlou W. P. 100, 347
Lahmidani N. P. 218, 306, 310, 329
Lahsini J. P. 237, 259
Lai M. P. 194
Lairani F.E. P. 57, 186, 207, 223, 224, 233, 234, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 327, 331, 334, 335, 337, 338, 339, 365, 397
Lalau G. P. 102
Lalieu A. P. 323
Laly M. P. 346
Lam Y.H. P. 42, 122
Lambert A. P. 122, 378
Lambin T. P. 79
Lamine A. P. 218, 305, 306, 310, 329, 333, 393
Lampertico P. P. 13
Lamraoui H. P. 216
Landau A. P. 352
Landemaine A. P. 140, 319, 321
Landi M. P. 343, 359
Landman C. P. 106, 166, 167, 302
Landreau B. P. 143
Lands L. P. 31
Lang Huang S. P. 85
Langendorfer N. P. 164
Langlois L. P. 16
Lannes A. P. 42
Lansier A. P. 205, 222
Laplaige P. P. 352
Laporte A. P. 199
Lapuyade B. P. 71
Laquière A. P. 136
Larbi A. P. 265
Largeau B. P. 356
Larrue H. P. 27, 237
Lasfar I. P. 227, 274, 279
Lassailly G. P. 32, 70
Lassoued I. P. 263, 264
Lataste C. P. 381
Latour P. P. 179
Latournerie M. P. 67, 161
Latreche B. P. 355
Launay L. P. 86, 358
Launoy G. P. 349
Laurain A. P. 115, 198
Laurent B. P. 120
Laurent C. P. 71
Laurent D. P. 389
Laurent L. P. 384
Laurent L. P. 82, 87, 102, 390
Laurent V. P. 55
Laurent-Badr Q. P. 6, 294
Laurent-Puig P. P. 48, 52, 190, 346, 355, 387
Lavau-Denes S. P. 49
Laverrière M.H. P. 85, 345
Lavoine E. P. 47
Lavolé J. P. 120, 341
Lazar S. P. 13
Lazareth M. P. 119, 140, 321
Le Balc'h E. P. 140

Le Baleur Y. P. 35, 131
Le Berre C. P. 8, 59, 103, 172, 181, 300, 317
Le Corre D. P. 355
Le Corre J. P. 321
Le Cosquer G. P. 59, 113, 138, 204
Le Floc'h B. P. 105
Le Gall G. P. 4, 82
Le Gars P. P. 87
Le Goff K. P. 118
Le Goffic A. P. 68
Le Guevel M. P. 249
Le Magoarou T. P. 251
Le Maitre F. P. 321
Le Malicot K. P. 49, 50, 104, 125, 127, 359
Le Moigne M. P. 89
Le Mouel J.P. P. 80
Le Rhun M. P. 102, 131
Le Roux C. P. 89
Le Tilly O. P. 356, 370
Leblanc S. P. 35, 40, 47, 67, 79, 131
Lebossé F. P. 161
Leboutte M. P. 176
Lebreton A. P. 250
Lebrun-Ly V. P. 192
Lebtahi R. P. 159, 193
Lecaille C. P. 346
Lecanu A. P. 52, 190
Leclerc V. P. 193
Leclercq P. P. 35, 47
Lecomte T. P. 53, 97, 99, 100, 120, 121, 122, 124, 192, 343, 352, 356, 370, 371
Leconte M. P. 158
Lecoq E. P. 300
Lee W.J. P. 25
Leenhardt R. P. 8
Lefebvre C. P. 352
Lefebvre E. P. 202
Lefebvre T. P. 307
Lefèvre J. P. 62
Lefèvre M. P. 387
Legrand C. P. 299
Legros R. P. 35, 36, 39, 40, 134, 143, 147, 148, 196, 211
Legué C. P. 321
Lellouche N. P. 145
Lemaire C. P. 120
Lemaitre C. P. 12, 41, 42
Lemaitre E. P. 28, 70
Lemee V. P. 12
Lemoine M. P. 254
Lemoine S. P. 57
LeP. C. P. 48, 96, 123, 206, 343, 355, 364, 371, 379
Lepere C. P. 347, 371
Lepetit H. P. 35, 36, 143
Lepilliez V. P. 35, 40, 47, 79
Lequoy M. P. 69, 70, 71, 104
Leroi A.M. P. 91, 94, 168
Leroy V. P. 42, 71, 254
Leroyer A. P. 4, 173
Lescure C. P. 8
Lesourd R. P. 375
Lesurtel M. P. 159, 193
Letrillart H. P. 201
Leveque I. P. 371
Levescot A. P. 285
Levesque E. P. 26, 29, 142
Levrero M. P. 44
Levy C. P. 10
Lévy J. P. 131
Lévy P. P. 360
Lévy P. P. 87, 98
Ley D. P. 4, 173
L'hermite S. P. 26, 29
Lhermitte L. P. 283, 285
Li M. P. 13
Lichtman A. P. 13
Liefferinckx C. P. 4
Lièvre A. P. 51, 96, 123, 124, 139, 370, 380
Lifante J.C. P. 392
Lim C. P. 71
Lingjing J. P. 129
Linn N. P. 295
Linot B. P. 127
Lipsich F. P. 347
Liu R. P. 202
Llarch N. P. 74
Locher C. P. 4, 49, 172, 367, 379
Logeart J. P. 121
Loghmari M.H. P. 220
Löhr M. P. 83, 195
Loiez A. P. 179
Loncour H. P. 325
Long M. P. 129

Lopez B. P. 200
Lopez-Crapez E. P. 51
Lopez-Trabada-Ataz D. P. 96, 370
Loras Alastruey C. P. 67
Lordick F. P. 365
Lorenzo D. P. 64, 87, 98, 133, 196
Loridant S. P. 28
Louati C. P. 236, 268, 270
Louis E. P. 179
Louvet A. P. 28, 42, 70, 161
Louvet C. P. 96, 122, 370
Lowenberg M. P. 318, 322
Lozac'h J. P. 388
Lrhilrha A. P. 256
Lubrano M. P. 130
Lucidarme D. P. 12
Luet D. P. 142
Luka M. P. 285
Lundin K. P. 15
Lungu A. P. 258
Lupu A. P. 35, 37, 76, 133, 199, 220
Lyon A. P. 130

m

M'Baye D. P. 63
Ma C. P. 324
Maamouri N. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340
Maatouk Y. P. 244
Macaigne G. P. 42
Macarulla T. P. 25
Macchi C. P. 182
Macedo Da Silva V. P. 75
Machayi F. P. 57, 207, 224, 253, 261, 263, 304, 314, 334, 335, 338
Maggiori L. P. 62, 115, 198
Magnin B. P. 72
Mahfouz E. P. 65, 78, 210, 259, 342
Mahmoudi M. P. 236, 262, 264, 268, 270, 282, 363
Maire F. P. 82, 87, 102, 153, 232, 390
Maki M. P. 15
Malamut G. P. 283, 285
Malet A. P. 292, 298, 311
Mâli K. P. 231
Malki Z. P. 223, 225, 329, 364
Mallet V. P. 45, 161
Maloigne G. P. 158
Mamalhy J.B. P. 223, 225, 364
Man T. P. 157
Manceau G. P. 205, 222, 355
Manceau M. P. 123
Manfredi S. P. 100, 104, 124, 125, 127, 132, 349, 357
Manos T. P. 38
Mantisi L. P. 201
Manuilov D. P. 13
Maraninchi M. P. 236
Marcellier G. P. 143, 149, 153, 200, 232
Marcellin F. P. 236
Marchese U. P. 87, 98, 120, 188
Marciniak C. P. 202
Marechal J. P. 364
Marellec S. P. 390
Marguerite M. P. 56
Marhraoui L. P. 218, 329, 339
Maria A. P. 128
Mariani A. P. 97
Marichez A. P. 105
Marie L. P. 381
Marion-Letellier R. P. 176
Marolleau P. P. 192
Maron S. P. 95
Marone D. P. 119
Marra F. P. 69, 70, 74, 104
Marre C. P. 163
Martel M. P. 31, 101, 353
Martin A. P. 23, 30
Martin L. P. 47, 364
Martin-Babau J. P. 49, 53, 96
Martinez B. P. 358
Martinez-Tapia C. P. 49
Martinez-Vinson C. P. 320
Martini F. P. 66
Martins A. P. 10
Marx M. P. 37, 203
Mas L. P. 341
Mascarenhas M. P. 114
Masgnaux L.J. P. 35, 37, 133, 134, 135, 147, 148, 211
Masri N. P. 350

Masson C. P. 285
Masson E. P. 102
Masson M.C. P. 72
Mastro A. P. 70
Mathieu B. P. 385
Mathieu K. P. 63
Mathieu N. P. 6, 60, 294, 300, 320
Mathlouthi N. P. 90
Mathurin P. P. 28, 70
Matray C. P. 97
Matysiak-Budnik T. P. 15, 285
Maulat C. P. 105, 195
Maurer C. P. 41
Mayer P. P. 24, 67, 391
Mazard T. P. 52, 53, 359
Mbarek H. P. 90, 271, 278
Mbem Ngos P. P. 251
McLellan P. P. 62, 166, 167, 292, 302
Mebarki S. P. 49, 367
Mechhor S. P. 141, 173, 208, 219, 276, 280
Mechi F. P. 170
Medhioub M. P. 236, 262, 264, 268, 270, 282, 363
Medmoun M. P. 251, 257
Meganem M. P. 268, 271, 273, 278
Mege D. P. 115, 198
Megherbi A. P. 368, 369, 375, 377, 378
Mehlen P. P. 123
Mehsen Cetre N. P. 18
Mejdoub S. P. 243
Melchior C. P. 91, 94, 168
Melichar B. P. 25
Mélin P. P. 158
Mellouki I. P. 14, 153, 228, 229, 231, 241, 260, 270, 306, 328, 363, 396
Menager M. P. 285
Ménard C. P. 101, 353
Meneret A. P. 201
Mensah P. P. 354
Mensi A. P. 90, 260, 262, 268, 271, 272, 273, 278, 316
Menu Y. P. 375
Merad M. P. 28
Merad Y. P. 28
Merah A. P. 257
Mercier R.C. P. 13
Mercky P. P. 68
Meria A. P. 388
Merle P. P. 104
Merlini-L'Heritier A. P. 140
Merveilleux C. P. 169
Merzouki O. P. 306
Messmer E. P. 55
Messouadi S. P. 287
Meszaros M. P. 27, 32, 33, 54
Metges J.P. P. 122, 124
Metivier S. P. 237
Métivier C. P. 69, 104
Meunier A. P. 28
Meunier L. P. 32, 33, 128
Meunier P. P. 55
Meurette G. P. 115, 198
Meyer A. P. 6, 23, 30, 62, 87, 98, 109, 171, 294
Meyiz H. P. 14, 153, 228, 229, 231, 241, 260, 270, 306, 328, 363, 396
Mghyly F.Z. P. 141, 173, 219, 276, 280
Miao Y. P. 178
Michalak M. P. 3
Michaud C. P. 197
Michel P. P. 72, 163, 349
Michoud C. P. 102
Mieles D. P. 95
Miguel Montanes R. P. 142
Mihai C. P. 394
Mikhael E. P. 210
Mikhael-Moussa H. P. 91, 168
Milky N. P. 101, 353
Millet G. P. 71
Minea H. P. 258
Minello-Franza A. P. 67
Mineur L. P. 127, 265
Mirabella J. P. 391
Mitry E. P. 122
Mlaiki Y. P. 143
Mliyahe S. P. 229, 306
Mnif L. P. 277, 281, 336
Moalla M. P. 277, 281, 336
Modest D.P. P. 359
Modolo C. P. 10
Moga L. P. 54

Mohamed S. P. 344, 372
Mohamed Ali H. P. 65
Mohammadi M. P. 223, 225, 364
Mohan M. P. 156, 157
Mohrbacher R. P. 15
Moi R. P. 95
Moizard M. P. 143, 200
Mokhbi M. P. 296
Mokhtari C. P. 41
Mokrane F. P. 195
Molimard C. P. 190
Molina T. P. 283
Molina Beltran E.E. P. 368
Moll F. P. 35
Monard L. P. 265
Monboussin S. P. 320
Monin L. P. 179
Monino L. P. 203
Monnet X. P. 169
Monnien F. P. 190
MONOT V. P. 158
Montet P. P. 77, 100, 202, 207
Monti F. P. 91
Montialoux H. P. 12, 42
Montoya P. P. 24
Montuclard C. P. 60, 323
Moor L. P. 179
Moreau J. P. 320
Moreau J. P. 72
Morello R. P. 189, 348
Moreno Sabater A. P. 166
Morera B. P. 195
Morisset P. P. 183
Morisset S. P. 116
Morizot M. P. 384
Morozov V. P. 13
Morquin D. P. 160
Mortreux P. P. 323
Morvan M. P. 78, 249
Moryoussef F. P. 67
Mosquet L. P. 86, 389
Mosser L. P. 123
Mouelhi L. P. 90, 260, 262, 272, 316
Mouillet-Richard S. P. 52, 355
Mouliade C. P. 45
Moulin C. P. 295
Moulin M. P. 118
Moulis L. P. 33, 164
Mouri S. P. 10, 42, 70, 71
Moussata D. P. 172, 299, 319
Mrabet M. P. 276
Mrabet S. P. 209, 242, 244
Mrabti S. P. 176, 246, 335
M'solli O. P. 313, 315
Mtir M. P. 230, 332, 340
Muller M. P. 50, 97, 188, 379
Muller N. P. 82
Muller R. P. 15
Mulot C. P. 355
Muls V. P. 325
Murad M.H. P. 10
Muscari F. P. 195
Muti L. P. 72, 250
Mutumwinka N. P. 251, 257

n

Nachury M. P. 6, 58, 59, 60, 61, 108, 110, 111, 112, 113, 117, 172, 175, 294, 297, 300, 317
Nacir O. P. 57, 186, 207, 223, 224, 227, 233, 234, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 327, 331, 334, 335, 337, 338, 339, 365, 397
Nada L. P. 305, 333, 393
Nadi A. P. 185, 216, 301
Nadiri K. P. 14
Nahon P. P. 45, 69, 70, 74, 104, 161
Nahon S. P. 6, 82, 172, 294, 300, 323
Najimi N. P. 288
Nakhli A. P. 281, 333
Namour F. P. 11
Nancey S. P. 6, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 103, 106, 107, 170, 172, 180, 181, 294, 317
Napoléon B. P. 67, 79, 131
Napon-Zongo D. P. 231

Nasraoui A. P. 116
Nasri M. P. 127
Nault J.C. P. 27, 69, 70, 71, 74, 104
Navarro F. P. 159
Navez J. P. 121
Nciri A. P. 220
Ndam N.E.C. P. 244, 337
Ndjitoyap Ndam A.W. P. 244, 337
Nejjari F. P. 205
Nemteanu R. P. 394
Netter-Coti J. P. 347
Neuman T. P. 74
Neuzillet C. P. 120, 122, 124, 132, 368
Ngo M.D. P. 339
Nguimtsa Tenefo F. P. 251, 257
Nguyen H.Q. P. 386
Nguyen L. P. 51, 53
Nguyen O. P. 85
Nguyen-Khac E. P. 12, 27, 41, 74, 104, 161
Nicolas C. P. 299
Nicolle R. P. 84, 120
Ningarhari M. P. 69, 70, 71, 104
Nion-Larmurier I. P. 62, 285, 302, 320
Njeim M. P. 65
Njifit Manjeli A.S. P. 337
Njoya O. P. 244, 337
Nkodo L.R. P. 244
Noah N.D. P. 244
Noceir S. P. 19
Noë C. P. 320
Noel C. P. 78
Nougaret S. P. 53
Nousbaum J.B. P. 42, 249
Ntandja-Wandji L.C. P. 28, 69, 70, 104
Nuzzo A. P. 6, 18, 19, 62, 113, 179, 282, 294, 300

O

O'Sullivan B. P. 130
Odent A.V. P. 69
Odru C. P. 74
Oger E. P. 21, 73
Ogier-Denis E. P. 139
Okazaki K. P. 83, 195
Olive D. P. 187
Olivier A. P. 142
Olivier R. P. 56, 172, 252
Ollier A. P. 326
Ollivier M. P. 142
Ollivier-Hourmand I. P. 41, 42, 69, 104
Olteanu A. P. 330
Onana P. P. 90, 119
O'reilly E.M. P. 95
Orléans V. P. 120
Osipov A. P. 25
Ossedat M.A. P. 72
Oualaalou S. P. 205, 332
Ouali M. P. 251
Ouattara Z.D. P. 231
Ouaya H. P. 14, 153, 228, 229, 231, 241, 260, 270, 306, 328, 363, 396
Oubaha S. P. 57, 186, 207, 223, 224, 233, 234, 241, 253, 261, 263, 267, 299, 304, 307, 312, 314, 327, 331, 334, 335, 337, 338, 339, 365, 397
Ouedraogo A. P. 231
Oueslati A. P. 332, 340
Ouizeman D.J. P. 42
Oussalah A. P. 11
Outifa O. P. 215
Over A. P. 190
Ozenne V. P. 69, 70, 71, 104

P

Pace-Loscos T. P. 191, 381
Pacquement V. P. 121
P.aux G.P. P. 32, 33, 42, 161, 164
P.nault M. P. 102, 132
Pahul M. P. 202
Paillaud E. P. 49
Paillusson W. P. 163
Paintaud G. P. 370
Paitel J.F. P. 96
Palazzo L. P. 131
Palen A. P. 187

Palmieri L.J. P. 53
Panaccione R. P. 183
Panis Y. P. 62
Paquette B. P. 97
Paradis V. P. 54, 74, 193
Paradis Cmr G. P. 102
Parat S. P. 289
Parc Y. P. 62
Parent P. P. 121, 123
Parienti J.J. P. 388
Park S.R. P. 365
Park W. P. 95
Parkes G. P. 183
Parlati L. P. 41, 45, 157
Parzy A. P. 192, 382
Pascale A. P. 69, 104
Pasi G. P. 6
Pasmant E. P. 366
Pastier C. P. 87
Pastor B. P. 53
Pastorino A. P. 343
Patenotte A. P. 148
Pattou F. P. 202
Paul S. P. 107, 170
Pauloin M. P. 173
Pauly V. P. 120
Paupard T. P. 4, 12, 60, 323
Paya D. P. 156
Payancé A. P. 41, 54
Paye F. P. 71, 87, 98
Pazo Cid R.A. P. 365
Peaucelle A.S. P. 107, 170, 307
Pellat A. P. 99, 120, 123, 125, 367
Pellerin O. P. 347
Pellet G. P. 18, 286, 290
Pelletier A.L. P. 4, 58, 61, 172, 317
Pelloux M. P. 85
Pénaranda G. P. 377
Pendola Luchel I. P. 169
Penel N. P. 100
Pennazio M. P. 75
Pennisi G. P. 46
Perani A. P. 196
Pereira B. P. 59, 63, 108, 110, 111, 112, 177, 293, 385, 387
Perez-Castaño Y. P. 155
Périnel J. P. 392
Perkins G. P. 380
Pernot S. P. 99, 121, 123
Péron J.M. P. 69, 74, 104, 237, 249, 265
Perrier H. P. 123
Perrier M. P. 285, 384
Perrod G. P. 75, 205, 222
Petereau A. P. 352
Petit R. P. 339
Petorin C. P. 123, 371
Petrea O. P. 258
Petruzzella S. P. 203
Petta S. P. 46
Peyrafort P. P. 105
Peyret D. P. 136
Peyrin-Biroulet L. P. 55, 58, 59, 60, 103, 129, 172, 178, 180, 181, 295, 316, 317, 324
Pezet D. P. 385
Pezzella V. P. 53, 265
Pham T. P. 169
Phan T.H.D. P. 386
Phelip J.M. P. 50, 104, 127, 344, 372, 376
Phelip J. P. 133
Philip P. P. 25
Philippart M. P. 37, 203
Philonenko S. P. 99
Phu-Loc N. P. 386
Picard J. P. 298, 311
Picozzi V. P. 25
Pidoux M. P. 18, 286, 290
Piessen G. P. 97, 125, 188, 199
Piet E. P. 167
Pietrasz D. P. 163
Piga G. P. 180
Pignolet C. P. 84
Pil V. P. 132, 148
Pilati C. P. 355
Pinaire M. P. 156, 157
Pinard F. P. 134, 147, 148, 211
Pinceaux K. P. 26
Pinot J. P. 99
Pioche M. P. 35, 37, 40, 76, 132, 133, 134, 135, 146, 147, 148, 199, 211, 220
Piquet M.A. P. 86, 382, 388, 389
Pisareva E. P. 53

Piton G. P. 161
Piton L. P. 87, 98
Pitta A. P. 28, 102
Pittau G. P. 163
Pizzamiglio M. P. 97
Plaine J. P. 358
Plastaras L. P. 6, 58, 77, 100, 202, 207, 294
Plesa A. P. 394
Plessier A. P. 27, 54
Ploquin A. P. 199
Podevin M. P. 298, 311
Poiraud M. P. 66, 150
Polastro L. P. 368
Poli E. P. 323
Polynice T. P. 138
Pommaret E. P. 116, 119, 197
Ponchon T. P. 352
Pont J. P. 158
Pop D. P. 339
Popa I. P. 201, 362
Pope G. P. 198
Potier P. P. 308
Pouderoux P. P. 283
Poufarin T. P. 142
Poullenot F. P. 17, 18, 58, 182, 286, 290
Prabhaker-Kaushal M. P. 254
Prat F. P. 131, 143, 149, 153, 200, 232
Pretet J.L. P. 114
Prevost C. P. 120
Prevost J.C. P. 131
Privat J. P. 67
Privé F. P. 80
Probst V. P. 343
Prodeau M. P. 151, 297
Prost A. P. 33
Prothe C. P. 114
Proust S. P. 169
Pudlarz T. P. 350, 368, 369, 375, 377, 378
Pulwermacher P. P. 41, 42, 251, 257
Punt K. P. 50

Q

Qarch I. P. 275
Qatomah A. P. 36
Qiu M.Z. P. 194
Quénéhervé L. P. 35, 40, 56, 78, 142, 249
Quenin B. P. 142, 299, 319
Quiñones E. P. 43
Quintin C. P. 358

R

Rabbat C.J. P. 103, 181
Rabhi W. P. 269, 392
Rachas A. P. 109
Rached Njeim J. P. 342
Raeisi M. P. 50
Rafaralahivoavy R. P. 269
Ragot E. P. 87, 98, 367
Rahaoui M. P. 269, 392, 394, 395
Rahier J.F. P. 82
Rahmi G. P. 35, 47
Raimbourg J. P. 387
Rakotoharimanana M. P. 143
Ralaizanaka B.M. P. 269
Ramai D. P. 36
Ramanah R. P. 114
Ramdani M. P. 33
Ramiere C. P. 169
Randriamifidy N.H. P. 269
Randrian V. P. 95, 252
Randrianarisoa A. P. 269
Raoto A.I. P. 323
Ratajczak C. P. 56
Ratel L. P. 176
Ratone J.P. P. 66, 131, 150, 203
Rautou P.E. P. 27, 54
Raymond E. P. 365
Raynard B. P. 368
Raynaud J.J. P. 92
Razafimahefa S.H. P. 269
Razafindrabekoto L. P. 269
Rebollo E. P. 176
Rebours V. P. 82, 84, 87, 98, 102, 390
Reboux N. P. 42, 249
Reenaers C. P. 6, 58, 179, 292, 294
Regenet N. P. 121
Regnault H. P. 69, 70, 71, 104
Reinisch W. P. 318, 322

Rejeb R. P. 264, 363
Rejeb S. P. 243
Remond M. P. 49, 97, 193
Remy M. P. 64
Renard P. P. 24
Renard Y. P. 285
Resche-Rigon M. P. 102
Restellini S. P. 292
Retoret M. P. 142
Reynolds J. P. 10
Rhaiem R. P. 71, 105, 121
Rhorbal B. P. 394, 395
Riachi G. P. 12, 156
Ricart E. P. 318, 322
Riccioni M.E. P. 75
Richard L. P. 196
Richard N. P. 4, 61, 113, 117, 172, 173, 176, 179, 317
Richardet J.P. P. 42
Rifard M. P. 352
Rigalleau V. P. 290
Rili R. P. 80
Rinaldi Y. P. 53, 122, 123, 127, 192, 346
Rioche R. P. 290
Riou O. P. 160
Rivallin P. P. 149, 153, 232
Rivera A. P. 385
Rivière P. P. 182, 298, 311
Rivory J. P. 35, 37, 40, 76, 131, 133, 134, 135, 146, 147, 148, 199, 211, 220
Rizkou J. P. 186, 327
Robert C. P. 376
Robic M.A. P. 237
Robin F. P. 26
Roblin X. P. 15, 58, 60, 103, 107, 113, 170, 179, 181, 300, 307
Rocca T. P. 74
Roche B. P. 30
Rochette de Lempdes G. P. 387
Roger P. P. 74
Rojas Castro D. P. 118
Roland D. P. 197
Roland Nicaise P. P. 282
Rolland F. P. 169
Rolle V. P. 252
Rolle V. P. 27
Romailler E. P. 37, 203
Rondeau P. P. 298, 311
Ronot M. P. 18, 69, 70, 87, 104, 193
Roperch J.P. P. 349
Roquin G. P. 142
Rosa I. P. 41
Rosario Vidal Tocino M. P. 359
Rosenbaum B. P. 283
Rosmorduc O. P. 69, 104
Rostain F. P. 35, 37, 76, 133, 220
Rostain M. P. 220
Roth G. P. 74, 120, 122, 123, 125, 132, 376, 379
Rouanet P. P. 359
Rougé-Bugat M.E. P. 361
Rouibaa F. P. 176, 246, 335
Rouillon C. P. 6, 60, 113, 117, 294, 317
Rouquette O. P. 131
Rousseau A. P. 10
Rousseau B. P. 95
Rousseaux S. P. 345
Roustit M. P. 123
Rouveyre R. P. 8
Rouvière M.S. P. 187
Roux J. P. 323
Roux M.C. P. 303
Roux O. P. 161
Rubin D. P. 129, 178
Rudler M. P. 10, 27, 42, 161
Rudolph C. P. 318, 320, 322
Rullier A. P. 47
Russello M. P. 164

S

Sa Cunha A. P. 163
Saban-Roche L. P. 344, 376
Sabaté J.M. P. 92, 93
Sabbagh C. P. 20
Sabbah M. P. 267
Sabbek A. P. 220
Sabour N. P. 364

Sadik A. P. 57, 224, 253, 261, 263, 304, 314, 334, 335

Safa Far E. P. 119

Safer L. P. 220

Sahbani F. P. 313, 316

Said A. P. 308

Said Y. P. 90, 260, 262, 271, 272

Saifi S. P. 354

Saint C. P. 299, 319

Sainty J. P. 158

Sala L. P. 162

Salah A. P. 235, 330

Salamé E. P. 26

Saldana R. P. 318, 322

Salhi A. P. 339

Saliba F. P. 161

Salih A. P. 218, 329

Salihoun M. P. 215

Salloum C. P. 163

Salmeron S. P. 82, 87, 102, 390

Salmi A. P. 296

Saltel A. P. 205, 222

Samai N. P. 351, 383

Samaille T. P. 132

Samalin E. P. 51

Samat L. P. 344

Samlani Z. P. 186, 233, 234, 327

Samlani Z. P. 57, 207, 224, 241, 253, 261, 267, 304, 307, 312, 314, 331, 334, 337, 338, 339

Samlani Z. P. 223, 299

Samlani Z. P. 233, 365, 397

Samlani Z. P. 253, 263, 335

Samper A. P. 27

Samuel D. P. 161

Samuelsson E. P. 130

Sanchez C. P. 53

Sanchez-Iturri M.J. P. 155, 240

Sands B. P. 178

Saouli S. P. 12

Sapin V. P. 385

Sarafan-Vasseur N. P. 72

Sardi N. P. 206, 221, 305

Sarkozy C. P. 169

Sarrauste de Menthière C. P. 380

Sarter H. P. 4, 173

Saruta M. P. 320

Sastre J. P. 359

Saunier P. P. 396

Saurin J.C. P. 57, 75, 76, 146, 199, 220

Sauvanet A. P. 87, 98

Sauvanet P. P. 385

Saviano A. P. 156, 265

Savoye G. P. 117, 173, 176, 294

Savoye-Collet C. P. 72, 94, 163

Sawadogo A. P. 231

Sawsen H. P. 262

Sawyer W. P. 318, 320, 322

Sayadi A. P. 27

Sayah L. P. 343

Sbihi S. P. 223, 241, 267, 299

Scanzi J. P. 167

Schaefer M. P. 24, 35, 39, 40, 47, 56, 67, 215, 232

Scheer S. P. 24

Scheers I. P. 102

Schiappa R. P. 381

Schlachterman A. P. 39

Schleinitz N. P. 83, 195

Schmitt A.S. P. 92

Schneider S. P. 15

Schnuriger A. P. 166

Schoch A. P. 167

Schreiber S. P. 318, 322

Schueffenecker L. P. 47

Schuppan D. P. 15

Schwarz L. P. 72

Scotté F. P. 368

Sebastiani G. P. 31

Seddik H. P. 176, 223, 246, 335

Seenan J.P. P. 318, 322

Sefrioui D. P. 53, 72, 163

Segrestin B. P. 44

Seguy D. P. 17

Sehonou J. P. 238, 246, 326

Seksik P. P. 60, 61, 62, 166, 171, 294, 302, 317

Selves J. P. 52, 374

Semenou C. P. 90
Sendersky V. P. 322
Senellart H. P. 25
Senesse P. P. 361
Serghini M. P. 61
Serraj I. P. 215
Serrero M. P. 6, 59, 60, 63, 110, 111, 113, 294
Sessa A. P. 254
Seta V. P. 89
Seufferlein T. P. 25
Seve P. P. 57
Seytre D. P. 200
Shames D.S. P. 194
Shan K. P. 103, 181
Shanahan K. P. 101, 353
Sharma R. P. 69, 104
Shema A. P. 260, 272
Shi J. P. 194, 365
Shi Q. P. 50
Shi Y. P. 194
Shim J.H. P. 69, 104
Shimakawa Y. P. 254
Shipitofsky N. P. 178
Shukla N. P. 324
Sibertin-Blanc C. P. 68
Sibon D. P. 285
Sickersen G. P. 317
Sid Idris N. P. 296, 355
Sidali S. P. 69, 74, 104
Sidencu A. P. 330
Sidi A. P. 305, 333, 393
Siegel E. P. 24
Silete P.J. P. 67
Sillou S. P. 12
Silva Rodriguez M. P. 11
Silvain C. P. 252
Simiras C. P. 394
Simon M. P. 6, 58
Simon P. P. 192
Sinegre T. P. 250
Singeap A.M. P. 258
Singh H. P. 95
Sintes R. P. 166
Siproudhis L. P. 139, 140
Sirmai L. P. 172
Skinazi F. P. 323
Skoufou M. P. 119, 197
Slembrouck C. P. 300
Slim R. P. 65, 78, 210, 259, 342
Slimani A. P. 355
Smail A. P. 251
Smaoui H. P. 277, 281, 336
Smith D. P. 53, 346, 371
Smolenschi C. P. 350, 368, 369, 375, 377, 378
Sogni P. P. 45
Sokol H. P. 62, 166, 167, 302
Sokpon C.N.M. P. 238, 246, 326
Soler-Michel P. P. 352
Sommacale D. P. 71, 105
Song R. P. 156, 157
Song S.J. P. 46
Soto J. P. 304
Soua S. P. 267
Souaid C. P. 4
Soubeyran P. P. 49
Soudan D. P. 115, 198
Soude T. P. 8
Soufli I. P. 296, 355
Souilem E. P. 220, 247, 258, 265, 271, 310, 313, 315, 325, 334
Soularue E. P. 120, 359
Sourrouille I. P. 350, 376
Spaes Y. P. 62, 302
Spindler L. P. 115, 119
Spinelli A. P. 345
Sroussi M. P. 48, 355
Stadler Z. P. 95
Stanciu C. P. 258
Staumont G. P. 138
Stefanescu C. P. 6, 294, 298, 311, 322
Stepanova T. P. 13
Stoia R.A. P. 172
Stone J.H. P. 83, 195
Storm R. P. 43
Stouvenot M. P. 371
Streichenberger A. P. 192
Streinu-Cercel A. P. 13
Subtil F. P. 35
Sullo F. P. 48, 190, 341
Sultan S. P. 10
Sultanik P. P. 10
Sun Mynth A. P. 191
Suravaram S. P. 183
Sutton A. P. 74
Svrcek M. P. 130
Sweeney K. P. 95

Taboga H. P. 146
Tahiri M. P. 154, 338
Tahiri M. P. 136, 217, 224, 230, 238, 255, 256, 273, 288, 309, 314, 336
Tahiri Y. P. 288
Taibi A. P. 39
Taieb S. P. 323
Taïeb J. P. 48, 51, 52, 123, 125, 127, 190, 341, 343, 347, 355, 359, 367
Tailleur A. P. 39
Tailliez A. P. 121
Talla P. P. 337
Tallet A. P. 352
Tamdrari S. P. 326
Tamer I. P. 252
Tamisier C. P. 72
Tamzaourte M. P. 205
Tan D. P. 143, 200
Tanaka Y. P. 83, 195
Tanné F. P. 249
Tanos R. P. 51
Taoum C. P. 359
Tarabay A. P. 350, 369, 375, 377, 378
Taravella A. P. 359
Tchoumak I. P. 24, 56, 360
Tchoumi Leuwat E.P. P. 244, 337
Tchuenbou J. P. 352
Tebaibia A. P. 239
Tebourski M. P. 187, 291
Teissonniere M. P. 289
Telliez F. P. 80
Tenorio González E. P. 165
Ternant D. P. 319, 370
Terrien C. P. 44
Terris B. P. 47, 285
Tessier M.H. P. 89
Tesson A. P. 174
Texereau P. P. 346
Texier M. P. 192
Teyssier Y. P. 74
Thabut D. P. 9, 10, 27, 69, 70, 104, 161
Thévenot T. P. 28, 41, 42, 161
Thibault R. P. 17
Thiebault P.A. P. 176
Thierry A. P. 53
Thomas Q. P. 128
Thuillier F. P. 96, 123
Tighilet S. P. 382
Tim M. P. 50
Timofte M.I. P. 330
Timofte O. P. 288, 330
Timsit E. P. 12
Tlili S. P. 323
Toffa A. P. 151
Toison V. P. 166
Tomasic G. P. 376
Torrao Gomes M. P. 198
Torrente S. P. 155
Toubert C. P. 159
Touchefeu Y. P. 69, 96, 104, 265
Tougeron D. P. 52, 96, 97, 99, 102, 121, 123, 124, 125, 132, 188, 190, 343, 346, 359, 365, 370, 379, 387
Touil S. P. 255
Touil-Boukoffa C. P. 296, 355
Toulet C. P. 118
Toullec C. P. 96
Touré F. P. 143
Tournier B. P. 364
Tournigand C. P. 122, 132
Toviessi E. P. 238
Trabelsi O. P. 209, 242, 244
Trad N. P. 90, 262
Tran A. P. 377
Tran D.N.L. P. 386
Tran N. P. 386
Trang-Poisson C. P. 8
Tran-Minh M.L. P. 174
Traore M. P. 231
Trédan O. P. 192
Treton X. P. 59, 103, 110, 111, 112, 171, 181
Trichet C. P. 282
Trifan A. P. 258
Trihan C. P. 380
Trinh Q.H. P. 85
Trioux M. P. 163
Tron C. P. 321
Tron L. P. 21, 73
Trouilloud I. P. 122, 343, 346
Truant S. P. 121

Trubert L. P. 321
Truchetet M.E. P. 17, 18
Truong S. P. 166, 167
Tselikas L. P. 375
Tsochatzis E. P. 45
Turck D. P. 173
Turk S. P. 49
Turpin A. P. 99, 120, 121, 122, 123, 124, 132, 367, 379, 387
Turrini O. P. 187
Tzedakis S. P. 105, 120

U

Ueno M. P. 25
Uguen T. P. 26
Ulmann G. P. 361, 368
Urreta I. P. 240
Ursic Bedoya J. P. 32, 33, 41, 42, 160, 164
Uzzan M. P. 6, 59, 61, 62, 82, 106, 110, 111, 112, 171, 285, 294, 317

V

Valenza B. P. 127
Valero R. P. 236
Valéry M. P. 350, 368, 369, 375, 377, 378
Valibouze C. P. 297
Vallée M. P. 17
Vallet-Pichard A. P. 45, 265
Valmary-Degano S. P. 85, 345
Valot B. P. 28
Valque H. P. 361
Van Cutsem E. P. 25, 365
Van der Voort V. P. 36, 143
Van Kemseke C. P. 179
Vanbiervliet G. P. 35, 56, 131
Vanbockstael J. P. 53
Vandenbergue A. P. 159
Vandenbulcke H. P. 159
Vandendriessche V. P. 159
Vandois M. P. 27
Vanelslander P. P. 192
Vanlemmens C. P. 67
Vanmarcke A. P. 257
Vecchiato L. P. 352
Védie A.L. P. 64, 367, 379
Vegas H. P. 356
Velay A. P. 156
Velut G. P. 89
Venara A. P. 116, 198
Venezia F. P. 292
Veno M. P. 42
Ventre J. P. 72
Verchain A. P. 375
Verdier V. P. 72, 163
Verdonck L. P. 142
Verdonk F. P. 187
Verlynde J. P. 12, 42
Vermeire S. P. 318, 322
Vernerey D. P. 99, 121, 132, 346
Vernon V. P. 72, 163, 168
Verret B. P. 100
Verstockt B. P. 320
Veyrard P. P. 307
Veziant J. P. 199
Viaud J. P. 96, 104
Vibert E. P. 30, 163
Vicaut E. P. 55, 60
Vidon M. P. 4, 82, 113, 172, 179, 317, 323
Viennot S. P. 4, 58, 172
Vienot A. P. 132, 346, 371
Vieujean S. P. 82, 175, 179
Vigarios E. P. 89
Vigié T. P. 346
Vignon K.R. P. 238, 246, 326
Vignon Clementel I. P. 162
Vilgrain V. P. 193
Vimont Vicary A. P. 252
Vinson M. P. 24
Vitellius C. P. 104, 123, 142
Vitte A.L. P. 345
Vitte R.L. P. 323
Vitton V. P. 89, 90, 115, 119, 185, 198
Vo Quang E. P. 123, 125
Volet J. P. 24
Von Loga K. P. 130
Von Renteln D. P. 101, 353

Vuitton L. P. 6, 24, 55, 58, 59, 61, 67, 103, 111, 112, 114, 145, 172, 179, 181, 294, 317, 371

Vultaggio S. P. 357

Vuola S. P. 77, 100, 202, 207

Vyncke V. P. 320

W

Wagner J.P. P. 346

Wagner M. P. 70

Walha A. P. 277, 281

Wallenhorst T. P. 35, 40, 56, 132, 134, 144, 147, 148, 211

Wallinger H. P. 43

Walter T. P. 100, 366, 371, 384

Wampach A. P. 106

Wang K. P. 194

Wang S. P. 156, 157

Wartel F. P. 42

Wasan H. P. 50

Watelle F. P. 123

Watson S. P. 100

Wedemeyer H. P. 13

Wehbe P. P. 65, 78, 210, 259, 342

Weil D. P. 161

Weill A. P. 109

Weiqiang L. P. 162

Weiss N. P. 9, 10

Williet N. P. 123, 344, 372, 376

Wils P. P. 4, 55, 108, 151, 173, 179, 202, 292, 297, 300

Wilsius E. P. 18, 286, 290

Wilson O. P. 308

Wilson S. P. 20, 360

Wingler M. P. 361

Winkfield B. P. 145

Wiscart C. P. 130

Wisniewski M. P. 119

Wolf-Herman F. P. 355

Wong W.V.W.S. P. 46

Wuestenberghs F. P. 92, 93

Wyrwicz L. P. 25, 365

X

Xu J. P. 365

Xu R.H. P. 194

Xu S. P. 365

Y

Yacoub H. P. 187, 213, 239, 291, 313, 340

Yaghi C. P. 65, 78, 210, 259, 342

Yakoubi M. P. 236, 262, 264, 268, 270, 282, 363

Yalamanchili S. P. 13

Yan S. P. 365

Yang J. P. 194

Yaogo A. P. 228

Yarandi S. P. 178

Yarchoan M. P. 74

Yassine Y. P. 223, 241, 267, 299, 307

Yazigi A. P. 368

Yengue P. P. 159

Yestle K. P. 43

Yoon H. P. 365

Younes B. P. 65, 342

Youtichene R. P. 296

Yzet C. P. 7, 40, 56, 63, 80, 102, 108, 292, 326

Z

Zaanan A. P. 97, 99

Zabana Y. P. 320

Zakhama M. P. 220

Zalar A. P. 168

Zambrano J. P. 324

Zanditenas D. P. 12, 41

Zannou V. P. 21, 73

Zaouga S. P. 267

Zapata E. P. 155, 240

Zarader J.L. P. 9

Zarca K. P. 18

Zarrouk S. P. 209, 242

Zazour A. P. 255, 261, 266, 269, 276, 392, 394, 395

Zekir E. P. 36

Zemmouchi S. P. 240, 242, 243, 245, 248

Zennou A. P. 372

Zerbib F. P. 182

Zerbib P. P. 297

Zghal A. P. 243

Zhang H. P. 129

Zhang W. P. 83, 195

Zimmermann P. P. 71, 105

Zinsou A.J. P. 246

Ziol M. P. 74

Zohair S. P. 190

Zorobouragui G. P. 231

Zouaki I. P. 233, 234

Zouaoui M. P. 152, 184, 209, 212, 213, 218, 247, 287

Zougmoré H. P. 41, 42, 251, 257

Zoulim F. P. 13

Zounon A.M.K.A. P. 238

Zucman-Rossi J. P. 74

Zyat R. P. 141