

Communications Orales

CO1-Complications infectieuses des anti-TNF alpha au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

M. Aissaoui; R. Osmane; H. Saoula; A.F. Boutaleb;N. Hamidouche; A. Benrabia;H. Mahiou; A. Mitiche

Y. Aissat; I.Ziane, S .Saichi, M. Nakmouche. CHU BEO Alger.

Introduction :

Le traitement anti TNF α (anti facteur de nécrose tumorale) a révolutionné la prise en charge des MICI, malgré leur bénéfice incontestable. Ces thérapeutiques ne sont pas dénuées de risques et exposent à un risque d'infections opportunistes et de réactivation tuberculeuse.

But :

Le but de ce travail était d'étudier les complications infectieuses des anti-TNF alpha chez les patients suivis pour MICI.

Patients et Méthodes :

Nous avons effectué une étude prospective sur une période de 3 ans, incluant 240 patients consécutifs, suivis pour une MICI à type de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH) et traités par anti-TNF alpha. Les différentes complications infectieuses et les modalités de leur prise en charge ont été évaluées. Le diagnostic de la TBC était retenu sur des critères radiologiques et histologiques et/ou bactériologiques. Le diagnostic des autres infections bactériennes ou virales était basé sur des critères spécifiques.

Résultats :

Deux-cent-quarante patients ayant une MICI sous anti-TNF alpha ont été colligés, d'âge moyen égal à 36.35 \pm 12.97 ans avec des extrêmes [16-71 ans] avec un sex ratio (H/F) de 0,86. Deux-cent-Douze avaient une MC (88,3%) et vingt-huit avaient une RCH (11,7%). 2 types d'anti-TNF α ont été administrés l'Infliximab n=108 et l'Adalimumab n=132, une combothérapie (45,83%)

Les complications infectieuses étaient observées chez 31 patients essentiellement bactériennes chez 25 patients dont 18 cas de tuberculose (7,5%), les formes extra-pulmonaires étaient fréquentes soit 10/18 (55,55%) ; Le principal signe d'appel était une fièvre vespérale (88,8%) suivie d'une asthénie puis la toux ; l'évolution était bonne après arrêt temporaire de l'anti-TNF alpha et initiation du traitement antituberculeux. Outre la TBC, des infections broncho-pulmonaires (n = 4), urinaires

(n = 3), ainsi que des infections virales (n=3) et mycosique (n=3) ont été recensés motivant le report des perfusions d'anti-TNF alpha dont l'évolution était toujours favorable sous antibiothérapie adaptée.

Conclusion

Les anti-TNF α augmentent significativement le risque d'infections notamment tuberculeuses. Ce risque pourrait être attribué à l'immunosuppression.

CO2-Drainage endoscopique des faux kystes du pancréas : Expérience d'un centre

El Mouldi Yosr, Mohamed Ghanem, Bostani Sonia, Boughoula Khouloud, Bizid Sonia, Ben Abdallah Hatem, Bouali Riadh, Abdelli Nabil

Service de Gastro-entérologie hôpital militaire principale d'instruction de Tunis

Introduction:

Les pseudo-kystes du pancréas ou faux kystes du pancréas (FKP) sont des collections de liquide pancréatique consécutives à une pancréatite aiguë, pancréatite chronique ou un traumatisme pancréatique, pouvant contenir de la nécrose ou du sang. La résolution spontanée est possible mais un drainage est indiqué en cas de formes symptomatiques ou compliquées. Il est soit

chirurgical, soit percutané sous contrôle radiologique soit endoscopique trans-mural ou trans-papillaire. La voie endoscopique est actuellement la technique de référence devant son caractère moins invasif et les taux de succès qui dépasse 90% dans plusieurs études.

Objectifs:

Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et évolutives des patients ayant bénéficié d'un drainage endoscopique d'un FKP

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique dans l'unité d'endoscopie de l'Hôpital militaire d'instruction de Tunis colligeant les patients admis pour un drainage endoscopique d'un faux kyste du pancréas entre 2017 et 2023. Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques ont été étudiées.

Résultats:

Cinquante-et-un patients ont été inclus. L'âge moyen était de 48 ans avec des extrêmes de 9 et 73 ans. Le sex-ratio est de 1,4 (H/F= 30/21). Le FKP était une complication d'une pancréatite aigüe dans 86 % des cas et une pancréatite chronique dans 9,8 % des cas. L'étiologie était essentiellement biliaire, éthylique ou post traumatique. Chez deux patients, aucun antécédent de pancréatite aigüe ou chronique ni de traumatisme abdominal n'a été retrouvé. Onze patients avaient eu au moins un drainage antérieur avec échec ou récurrence dont 7 par voie chirurgicale, 4 par voie percutanée et 2 par voie endoscopique. 96% des patients étaient symptomatiques. La douleur abdominale était le symptôme le plus fréquent (N=47) suivie par les vomissements (N=18). Deux patients rapportaient un amaigrissement important. Dix-sept patients avaient une forme compliquée: compression d'un organe de voisinage (N=12), surinfection du FKP (N=5), hémorragie intra-kystique (N=1) et/ou une ascite pancréatique (N=1). La compression était soit digestive (N=8) soit vasculaire (N=2) soit biliaire (N=1). Un seul patient avait une compression rénale gauche. La compression vasculaire avait intéressé la veine splénique avec un tableau d'hypertension portale segmentaire. Le FKP était unique dans la plupart des cas (82 %). La taille moyenne était de 93 mm. A l'endoscopie oeso-gastro-duodénale ou à la duodénoscopie, une stase gastrique était notée chez 6 patients, un bombement de la muqueuse gastrique chez 34 patients, une muqueuse gastrique ou bulbaire d'aspect congestif chez 20 patients. Deux patients avaient une sténose pylorique. Sous écho-endoscopie (EE), le FKP avait des bords réguliers et un contenu liquidien chez tous les patients. La présence de débris solides était notée chez 18 patients et une circulation veineuse collatérale était objectivée chez 7 patients. Le drainage du FKP n'était pas fait chez huit patients devant la découverte en per-opératoire d'une diminution spontanée de la taille du FKP (N=4), d'une composante solide importante (N= 2), d'une sténose pylorique empêchant le drainage trans-duodénale (N=2) et/ou d'une circulation veineuse collatérale importante (N=2). Parmi les patients restants (N=43), 37 patients avaient bénéficié d'un drainage sous repérage écho-endoscopique. Pour les autres, le geste était réalisé sous contrôle endoscopique et radiologique. La voie était trans-gastrique dans tous les cas. La création de la fistule gastro-kystique avait recours à la dilatation hydrostatique chez 6 patients et à un cystotome chez 28 patients. Deux prothèses plastiques en double queue de cochon (DQC) étaient mise en place chez 10 patients (7 Fr), tandis qu'une seule prothèse était posée dans les autres cas (10 Fr). Un kit HOT AXIOS avec une prothèse métallique couverte était utilisé chez 7 patients. L'examen avait conclu à un succès chez 40 patients avec issue de liquide et affaissement partiel (N=33) ou total du FKP sous contrôle écho-endoscopique. Trois échecs étaient liés à une distance kysto-gastrique de 2 cm (N=1) et la survenue d'un saignement à la ponction sous contrôle endoscopique du FKP, contre-indiquant le drainage (N=2). Concernant les complications, une migration intra-kystique d'une prothèse métallique était survenue chez un seul patient qui était retirée endoscopiquement après régression totale du faux kystes 6 semaines après.

Conclusion:

Le taux de succès du drainage endoscopique des FKP était de 93% dans notre population d'étude. Les complications peuvent être évitées par une bonne sélection des patients et par l'utilisation de l'écho-endoscopie qui a permis de rendre la procédure plus sûre et d'une durée plus courte.

CO3-Comparaison des quadrithérapies bismuthée et concomitante dans le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori*: un essai clinique prospectif et randomisé

Oueslati Alaa, Mohamed Ghanem, Bostani Sonia, Boughoula Khouloud,
Bizid Sondes, Ben Abdallah Hatem, Bouali Riadh, Abdelli Mohamed Nabil
Service de Gastroentérologie de l'hôpital militaire de Tunis

Introduction:

En Tunisie, le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP) prescrit en première intention depuis des années est une quadrithérapie à base de Clarithromycine. Le taux de résistance à la Clarithromycine dans notre pays était estimé à 28 % en 2022. Ce taux de résistance expose théoriquement à un taux élevé d'échec thérapeutique et nous incite à prescrire en première intention une quadrithérapie bismuthée. Néanmoins, une large étude multicentrique tunisienne a montré un taux d'éradication par une quadrithérapie à base de Clarithromycine satisfaisant de l'ordre de 88%. D'autre part, la quadrithérapie bismuthée présente des soucis de coût élevé et de sécurité. Tous ces éléments rendent difficile le choix entre ces deux protocoles.

Objectifs:

Comparer l'efficacité, la tolérance et l'observance entre la quadrithérapie bismuthée et la quadrithérapie concomitante.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené un essai clinique prospectif, randomisé et ouvert dans le service de Gastroentérologie à l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, colligeant 200 patients naïfs de tout traitement anti-HP. Les patients éligibles ont été randomisés pour recevoir un de ces deux traitements : (A) une quadrithérapie bismuthée (OBMT) (sous-citrate de bismuth potassique 140 mg, métronidazole 125 mg et chlorhydrate de tétracycline 125 mg) à raison de 3 gélules*4/jour avec oméprazole 20 mg*2/j pendant 10 jours – (B) une quadrithérapie concomitante (ECAM) (amoxicilline (1 g x 2/j), clarithromycine (500 mg x 2/j) et de métronidazole (500 mg x 2/j)) avec ésoméprazole 40 mg*2/j pendant 14 jours. Le critère de jugement principal était l'éradication d'*Helicobacter pylori* après traitement définie par un test respiratoire à l'urée négatif 4 à 6 semaines de la fin du traitement. Les effets indésirables et l'observance ont été recueilli pendant la période de traitement à l'aide d'appels téléphoniques.

Résultats:

Un total de 200 patients a été inclus (âge médian = 40,8 ans ; sex-ratio=1,04). Le résultat du test respiratoire à l'urée est disponible à ce jour chez 176 patients (les patients restants n'ayant pas encore atteint les délais nécessaires, le dernier test étant prévu à mi-October). Les taux d'éradication étaient 90,47 % pour la OBMT vs 85,86% pour la ECAM dans l'analyse en intention de traiter (p=0,34), et 90,36% pour la OBMT vs 86,66% pour la ECAM dans l'analyse en per-protocole (résultats préliminaires). Les deux groupes ont atteint une bonne observance (98,95% pour le groupe OBMT vs 97% pour le groupe ECAM, p=0,33). L'incidence des effets indésirables dans la quadrithérapie bismuthée était comparable à celle dans la quadrithérapie concomitante (62,5% vs 69%, p=0,33).

Conclusion:

Les quadrithérapies bismuthée et concomitante sont comparables en termes d'efficacité et de tolérance.

CO4-Etude de certains polymorphismes génétiques dans la survenue des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et évaluation de leur rôle dans la réponse aux anti-TNF alpha

Harrathi Soumaya, Hammami Aya, Idriss Nadia, Medhioub Mouna, Dahmeni Wafa, Elleuch Nour, Ben Slema Aida, Ksiaa Mahdi, Brahem Ahlem, Jaziri Hanene, Ben Hadj Slama Foued, Hamzaoui Med Lamine, Azouz Med Mosaddek, Jmaa Ali

Gastro-entérologie Sahloul Sousse

unité de recherche en immunogénétique Faculté de médecine de Sousse

Gastro-entérologie Med Taher Maamouri Nabeul

Introduction:

Le traitement anti TNF a révolutionné la prise en charge des MICI et a modifié leur histoire naturelle. Toutefois jusqu'à 30% des patients ne répondent pas à ce traitement et environ la moitié développent une perte de réponse secondaire. L'implication de plusieurs facteurs, dont certains polymorphismes au niveau des gènes du TNF et des récepteurs du TNF a été étudiée dans la survenue des MICI et dans la réponse au traitement par anti TNF alpha.

Objectifs:

Ainsi, les objectifs de notre travail étaient d'évaluer les fréquences alléliques et génotypiques des SNP rs1799724 (TNF alpha), rs767455 (TNFRSF1A) et rs1061622(TNFRSF1B) dans un groupe témoins et dans un groupe de malades tunisiens atteints de MICI, de rechercher une éventuelle association entre ces polymorphismes et la survenue des MICI et de certains phénotypes cliniques et d'étudier l'association entre ces SNPs et la réponse au traitement par anti TNF.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude cas-témoins multi-centrique colligeant des patients suivis pour MICI, traités ou non par anti TNF, aux services de gastro-entérologie de Sahloul de Sousse et Med Taher Maamouri de Nabeul et des témoins sains appariés selon l'âge et le sexe. Un prélèvement du sang veineux périphérique a été effectué pour chaque participant. Une extraction de l'ADN génomique à partir de ce prélèvement et un génotypage des trois polymorphismes par la technique MS-PCR ont été réalisés à l'unité de recherche en immunogénétique à la faculté de médecine de Sousse.

Résultats:

Nous avons inclus 84 patients d'âge moyen de 41,18 ans [18-70 ans] et de sexe ratio H/F de 0,8 et 107 témoins d'âge moyen de 40,62 ans [29-56 ans] et de sexe ratio H/F de 0,8. Cinquante sept patients (67,9%) avaient une MC et 27 (32,1%) avaient une RCH. Les patients traités par anti-TNF étaient au nombre de 46 dans le groupe de patients atteints de MC (80,7%) dont 34 traités par infliximab et 12 ont été mis sous adalimumab. Dix neuf ont bien répondu au traitement (41,3%) et 27 (58,7%) étaient étiquetés non répondeurs dont 4 ont présentés un échec primaire et 23 ont développé une perte de réponse. Dans le groupe RCH, 15 patients (55,6%) étaient traités par anti TNF ; 14 par infliximab et un seul patient par adalimumab, dont 7 étaient répondeurs (46,7%) et 8 non répondeurs (53,3%) et parmi ces derniers 5 étaient en échec primaire et 3 ont développé une perte de réponse. L'analyse génétique ne nous a pas permis de noter une association entre les trois polymorphismes et la survenue de MICI, cependant nous avons trouvé une association entre l'allèle T du SNP rs767455 (TNFRSF1A) et les manifestations anopérinéales de la MC à type de fistule basse (OR=10,7 ; IC95% [2,1-73,1] ; p=0,0009). Le génotype GG du SNP rs1061622 (TNFRSF1B), lui aussi, était associé à la survenue de fistule basse (OR=15,3 ; IC 95% [1,2-19,5], p= 0,052). L'allèle T du SNP rs1799724 (TNF) était associé à la localisation haute de la MC(L4) (OR=10,7 ; IC 95% [2,1-73,1] ; p =0,04). Le Génotype CT du rs767455 (TNFRSF1A) était associé à la non-réponse aux anti-TNF alpha (OR= 3,5 avec un IC 95% [0,98-12,4], p=0,049).

Conclusion:

Malgré l'absence d'association des trois SNPs étudiés à la survenue des MICI, ils étaient retrouvés corrélés à certains phénotypes. Quand à la réponse aux anti-TNF alpha, uniquement le rs767455 (TNFRSF1A) était associé à la non-réponse aux anti-TNF, toutefois, nos résultats doivent être validés sur un échantillon de malades plus important.

CO5-Facteurs de risque de mortalité chez les patients cirrhotiques décompensés

H. Belimi¹, N. Debzi¹, H. Damerdjij², I. OuledCheikh¹, O. Drir¹, R. Kerbouche¹, N. Guessab¹, N. Afredj¹.

[1]Service d'Hépatologie, CHU Mustapha Pacha, Alger.

[2]Consultant biostatisticien, San Francisco, California.

Introduction :

La cirrhose décompensée (CD) est associée à un mauvais pronostic et une mortalité élevée. Plusieurs facteurs peuvent influencer le profil évolutif de ces patients.

Le but de ce travail est de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité et de réadmission des patients hospitalisés pour CD.

Matériel et méthodes :

C'est une étude monocentrique, prospective. Les critères d'inclusion étaient : âge supérieur à 18 ans, cirrhose avec les décompensations suivantes : ascite, hémorragie digestive (HD), encéphalopathie hépatique (EH), Acute Kidney Injury (AKI), troubles ioniques, infections (infection spontanée du liquide d'ascite -ILA, autres infections). Sont exclus les patients avec hépatite aiguë grave, carcinome hépatocellulaire, infection Covid-19, défaillance cardiaque, accident vasculaire cérébral et espérance de vie inférieure à 48 heures. Les données cliniques et biologiques exhaustives étaient collectées à l'admission, durant l'hospitalisation et à 90 jours après la sortie.

Pour l'étude statistique : les variables qualitatives et quantitatives ont été calculées, pour les facteurs prédictifs l'analyse a été réalisée par régression logistique et par la méthode Random Forest en utilisant « The python library scikit-learn ».

Résultats :

Du 01 Avril 2021 au 30 Septembre 2021, 50 patients ont été retenus. L'âge moyen était de 55.92 ans [22-81], le sexe ratio H/F était de 0.46. L'étiologie de la cirrhose était : dysimmune (28%), cryptogénétique (24%), NASH (20%) et nutritionnelle (14%).

28% (n=14) des patients avaient une thrombose porte associée, 46% (n=23) étaient diabétiques et 34% (n=17) avaient une hypertension artérielle (HTA). 34% (n=17) avaient déjà été hospitalisé durant les 06 derniers mois. 20% (n=10) avaient une ascite intraitable.

46% (n=23) des patients avaient une infection à l'admission dont 35% (n=8) ILA, 34% (n=17) étaient admis pour HD, 32% (n=16) pour EH, 30% (n=15) pour AKI, 14% (n=7) pour troubles ioniques et 8% (n=4) pour d'autres complications. Le score de CHILD-PUGH moyen à l'admission était de 9(5-15) et le MELD-Na de 23(7-42). 34% (n=17) ont nécessité des transfusions sanguines et 58% (n=29) des perfusions d'albumine. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours (1-15). Le score de Karnofsky moyen à la sortie était de 59% (0- 100%). 12% (n=06) sont décédés durant l'hospitalisation et une patiente a été perdue de vue après sa sortie. Parmi les 43 patients restant : 30% (n=13) sont décédés dans les 90 jours après la sortie et 44% (n=20) ont nécessité une réadmission.

Les facteurs prédictifs de mortalité à 90 jours (AUROC : 0.75) montraient pour les différents items les risques relatifs (RR) suivants: hospitalisation dans les 6 derniers mois (RR =12.7), HTA (RR= 9), AKI (RR= 5.9), antibioprophylaxie pour l'ILA (RR= 5.7), ascite (RR= 5.6), diabète (RR= 4.9), ascite intraitable (RR= 4.8), antécédents d'hydrothorax (RR= 1.8) et le MELD-Na \geq 18 (RR= 1.7). Le modèle logistique était moins performant pour la prédiction de la réadmission (AUROC 0.55).

Conclusion:

L'hospitalisation dans les 6 derniers mois et les comorbidités constituent les facteurs prédictifs les plus importants de mortalité à 90 jours, le score MELD-Na est moins performant. L'histoire naturelle de ces patients est sombre en l'absence de transplantation hépatique.

CO6 : Évaluation de la fibrose hépatique par des tests non invasifs au cours de la NAFLD : Élastométrie impulsionnelle ultrasonore versus tests sériques. R. Osmane¹, M. Aissaoui¹, L. Zemouri¹, N. Guessab², H. Mahiou¹, S. Abrouk³, A. Mitiche¹, H. Saoula¹, A. Boutaleb¹, A. Benrabia¹, D. Hamidouche¹, Y. Aissat¹, N. Debzi², M. Nakmouche³. 1. Service d'Hépatogastro-entérologie. CHU Baba El Oued. 2. Service d'Hépatologie. CHU Mustapha Pacha. 3. Institut pasteur d'Algérie.

Abstract

Le diagnostic de la fibrose hépatique chez les patients atteints de NAFLD est primordial, il va permettre d'établir l'évolution de l'hépatopathie.

Objectifs :

Le but de cette étude était de comparer les tests non invasifs sériques NFS et FIB 4 aux résultats du Fibroscan, pour évaluer la fibrose hépatique et établir des stratégies diagnostiques pour proposer des tests sériques simples en première intention et de diminuer ainsi le recours au Fibroscan.

Méthodes :

Cette étude a inclus un total de 430 patients pendant la période d'étude du 15 AVRIL 2018 au 15 JUILLET 2022, avec mesure concomitante de FIB-4, NFS et mesure de la rigidité hépatique (LSM) par Fibroscan®.

Résultats :

L'âge moyen était de $52,91 \pm 10,87$ ans, l'indice de masse corporelle moyen était de $38,31 \pm 5,07$ et 335 (77,9 %) étaient des femmes. 86 (20 %) avaient un Fibroscan® $\geq 7,2$ kPa.

Nous avons comparé FIB-4 et NFS aux résultats du Fibroscan chez 430 patients, pour détecter une fibrose significative. Une spécificité, une sensibilité, une valeur prédictive négative de 72,4 %, 51,2 % et 85,1 % avec l'indice de Youden le plus élevé pour FIB4, et une spécificité, une sensibilité, une valeur prédictive négative de 48,5 %, 66,3 % et 80,6 % avec l'indice de Youden le plus élevé étaient retrouvés pour le NFS.

Les AUROC de FIB-4 et NFS pour une fibrose significative ($LSM \geq 7,2$ kPa) étaient de 0,67 et 0,59 avec FIB-4 Cut Off = 1,12 et NFS Cut off = - 1,309.

Conclusion :

Dans notre travail, les tests non invasifs FIB-4 et NFS présentent une valeur prédictive négative supérieure à 85%, permettant d'exclure la fibrose avancée et peuvent être utilisés dans le dépistage de la fibrose hépatique de première intention.

Mots clés : NAFLD, fibrose, tests non invasifs, Fibroscan

CO7 :Atteinte rénale et maladie de Crohn : Pas aussi rare.

F.E. Aharbil, M. Jarti, O. Nacir, FZ. Lairani, A. Ait Errami, S. Oubaha, Z. Samlani, K. Krati
Service d'hépatogastro entérologie CHU Mohamed VI Marrakech Maroc

Introduction :

L'atteinte rénale constitue une manifestation extra-digestive sévère de la maladie de Crohn pouvant même engager le pronostic vital des patients. Elle revêt plusieurs aspects allant de la simple anomalie du sédiment urinaire à la néphropathie et l'insuffisance rénale. Le but de notre travail était d'identifier la fréquence de cette manifestation et d'analyser ses caractéristiques clinico-biologiques et histologiques.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée par le service de Gastro entérologie, de 2020 à 2023 et qui a inclus tous les patients hospitalisés durant la période de l'étude. Tous les patient inclus ont bénéficié d'un test de dépistage aux bandelettes urinaires à la recherche d'anomalies urinaires, de même qu'une étude de la fonction rénale notamment par le calcul de la clairance de la créatinine selon la formule MDRD ainsi que d'une échographie rénale. D'autres examens ont été réalisés en fonction du résultat de ces examens systématiques, notamment un dosage pondéral de la protéinurie des 24h, une biopsie des glandes salivaires ou une ponction biopsie rénale (PBR).

Résultats :

128 patients ont été inclus, 84 femmes et 44 hommes. La Maladie de Crohn évoluait depuis une moyenne de 3,6 ans et était de localisation iléo-colique dans 74 % des cas, colique dans 15 % des cas et ano-périnéale chez un 6% des patients. L'examen des urines aux bandelettes réactives a objectivé des anomalies urinaires chez 46% des patients, à type de protéinurie dans 25% des cas, une leucocyturie sans germes, un pH alcalin et une hématurie microscopique dans respectivement 15%, 8%, 3% et 2% des cas. Une micro-protéinurie et une macro protéinurie ont été retrouvés dans 25% des cas et 12% des cas respectivement. La clairance de la créatinine a permis d'objectiver une hyperfiltration glomérulaire dans 25% des cas et une insuffisance rénale chez 14% des patients. Une biopsie des glandes salivaires accessoires a été réalisée chez 13 patients et une PBR dans 3 cas.

Au terme de ce bilan, nous avons retenu le diagnostic d'une amylose rénale dans 9 cas, une glomérulonéphrite extra-membraneuse dans un cas et une glomérulonéphrite d'origine indéterminée chez un autre patient. Une néphropathie interstitielle chronique a été diagnostiquée chez 23 patients. Une pathologie lithiasique a été trouvée chez 11 patients.

Conclusion :

Notre travail a permis de montrer que l'atteinte rénale au cours de la maladie de Crohn n'est pas rare, elle est plutôt sous-estimée du fait de son caractère silencieux et asymptomatique. Son dépistage doit être systématique et régulier afin d'objectiver la néphropathie à un stade précoce.

CO8 : Efficacy and safety of grazoprevir and elbasvir in the treatment of patients with hepatitis C virus genotype 1 infection and stage 4–5 chronic kidney disease

H.Hedda, K.EZ-zouak, W.Rami ,M. Lahlali, BA.Chouhani, A.Lamine , N. Lahmidani, A.Elmeccaoui, M. Elyousfi ,D. Benajah ,M. El Abkari , T. Sqalli, N.Aqodad A. Ibrahim ,H. Abid Service d'hépatogastro-entérologie, CHU Hassan II de FES CHU HASSAN II de FES FES Maroc

Background: Chronic hepatitis C virus (HCV) infection in patients with chronic kidney disease accelerates the decline of kidney and hepatic function, impairs quality of life, and increases the risk of death, yet few therapeutic options are available to treat them. The objective of this study is to evaluate the efficacy and safety of grazoprevir and elbasvir-based antiviral therapy in patients with HCV genotype 1 infection and chronic kidney disease (stages 4–5 with or without hemodialysis dependence). **Methods:** This is a prospective and interventional study of patients in the Fez-Meknes region over a period of January 2021 to December 2022. Patients with HCV genotype 1 or 4 infection and stage 4 or 5 chronic kidney disease (with or without haemodialysis dependence), who were either new to interferon or had previously received an interferon regimen and had a detectable HCV viral load (quantitative), were either not cirrhotic or had compensated cirrhosis. Eligible patients were assigned to receive grazoprevir (100 mg, an NS3/4A protease inhibitor) and elbasvir (50 mg, an NS5A inhibitor) once daily for 12 weeks. Therapeutic adherence was monitored daily via teleconsultation, and clinical and biological tolerance was monitored monthly until 24 weeks after treatment completion.

Findings: Out of a total of 100 cases of recruited hepatitis C, thirty-four patients eligible for treatment inclusion criteria were included. Overall, 31 patients (92%) required hemodialysis, and 29% were cirrhotic at the compensated stage. The pre-therapeutic viral load was < 800,000 IU/mL in all our patients, with an average of 277,755 IU/mL. All patients had genotype 1 HCV (31 cases had genotype 1b, and 3 had genotype 1a). Patients received antiviral treatment with grazoprevir and elbasvir for 12 weeks. All patients achieved a 100% sustained viral response (SVR) after 12 weeks of treatment. The most common adverse events were asthenia, headaches, and sleep disturbances.

Interpretation: In patients with HCV infection and stage 4 or 5 chronic renal failure, the combination of grazoprevir-elbasvir provides an outstanding effectiveness profile with good safety and tolerability.

CO9 : Le ratio CRP/Albumine comme outil de prédiction de la réponse précoce aux stéroïdes dans la colite aiguë grave

A. Darif, Fz. ElRhaoussi, M. Tahiri, F. Haddad, W. Hliwa, A. Bellabeh, W. Badre.
Service de Gastro-entérologie et Hépatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction : Le traitement de première intention pour les patients hospitalisés pour une colite aiguë grave (CAG) est la corticothérapie intraveineuse, mais 30 % d'entre eux ont besoin d'un traitement "de secours" de deuxième intention ou d'une colectomie en raison d'une réponse incomplète.

L'identification des patients atteints de CAG qui sont réfractaires à la corticothérapie reste un défi, car les médecins ne disposent pas de marqueurs pour prédire la non-réponse aux stéroïdes à l'admission. Cette étude vise à déterminer si le ratio CRP/albumine aux premier et troisième jours de l'hospitalisation peut prédire une réponse précoce à la corticothérapie systémique.

Matériels et méthodes : Les données de toutes les admissions pour poussée sévère d'une rectocolite hémorragique (RCH) sur 4 ans (Janvier 2019 - Décembre 2022) ont été collectées rétrospectivement. Tous les patients ont initialement reçu une corticothérapie intraveineuse. Les données démographiques, cliniques, biologiques et endoscopiques ont été recueillies ; les taux de protéine C-réactive (CRP) et d'albumine ont été enregistrés à l'inclusion et pendant l'hospitalisation. Les statistiques des caractéristiques d'exploitation du récepteur (ROC) ont été utilisées pour déterminer les valeurs optimales de : la fréquence des selles, l'indice de Lichtiger, le taux de CRP, le taux d'albumine et le ratio CRP/albumine (CAR), pouvant prédire une réponse précoce à la corticothérapie.

Résultats : Au total, 81 patients admis pour une poussée sévère d'une RCH ont été inclus. Soixante-six patients (81,5 %) ont répondu aux stéroïdes, 8 patients (10 %) ont reçu un traitement de 2ème intention par l'Infliximab et 7 patients (8,6 %) ont dû subir une colectomie. En comparant les deux groupes de patients (répondants et réfractaires aux stéroïdes), la fréquence initiale des selles, l'indice de Lichtiger, la CRP et les données de l'UCEIS n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes. En revanche, l'albuminémie à l'admission était plus basse dans le groupe réfractaire aux stéroïdes (médiane 26, IQR 18-36, $p=0,041$).

La fréquence des selles au troisième jour et l'indice de Lichtiger étaient significativement plus élevés dans le groupe réfractaire aux stéroïdes ($p<0,001$).

Après étude analytique, le CAR du troisième jour était un marqueur plus précis de la réponse aux stéroïdes que la CRP ou l'albuminémie du troisième jour seules [AIRC = 0,911 ($P<0,001$)]. Le CAR optimal pour prédire la réponse aux stéroïdes au troisième jour était de 2,67 avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 91 %.

Conclusion : L'élévation de la CRP et de l'albuminémie au 3ème jour sont des prédicteurs précoces d'une résistance aux corticoïdes chez les patients en poussée sévère d'une RCH. Lorsqu'elles sont combinées dans un ratio, leur capacité prédictive s'améliore. Chez les patients dont la non-réponse aux stéroïdes est prévisible, l'introduction précoce de l'IFX à ce stade peut être plus efficace, avant que l'albumine sérique ne chute profondément.

Posters Commentés

PC1- Impact de la réalité virtuelle immersive sur le déroulement de la coloscopie sans sédation

Riahi Sameh, Ayari Myriam, Zaouga Soumaya, Labben Sawsen, Abdelaali Imen, Jomni Taieb, Douggui Mohamed Hedi

Gastro-entérologie Hopital des forces de sécurité intérieure la Marsa

Introduction:

La coloscopie est le moyen diagnostique de référence en matière d'exploration précise du côlon. Ainsi, elle doit être réalisée le plus soigneusement possible dans le respect des normes de qualité préétablies pour garantir une exploration optimale. La tolérance du patient affecte considérablement la qualité de l'examen sans sédation et expose à un taux d'interruption non négligeable de la procédure. La sédation pharmacologique peut résoudre ce problème, cependant au prix parfois d'événements secondaires et elle n'est pas toujours disponible.

Objectifs:

Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la réalité virtuelle (RV) immersive per-procédurale combinant distraction visuelle et auditive afin d'améliorer la tolérance et la complétude de la coloscopie sans sédation.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude prospective randomisée contrôlée de février jusqu'à avril 2023 incluant des patients se présentant à l'unité d'endoscopie pour une coloscopie ambulatoire sans anesthésie générale, après consentement. Les patients ont été randomisés en deux groupes : Groupe 1 : coloscopie avec casque de réalité virtuelle. Groupe 2 : groupe témoin sans intervention. Le matériel utilisé était un casque de réalité virtuelle muni d'un arceau entièrement réglable. Le contenu vidéo affiché sur le matériel est composé de plusieurs clips montrant des scènes de nature. Le contenu audio a été adapté pour permettre une communication optimale avec le patient. Nous avons exclu les patients présentant une déficience visuelle et/ou auditive sévère, une démence, une déficience cognitive et une épilepsie. Tous les participants ont initialement rempli un formulaire faisant état de leurs problèmes de santé et un questionnaire d'anxiété validé (STAI). Après la coloscopie, tous les patients ont rempli un formulaire contenant des questionnaires évaluant le confort du patient par procédure (Gloucester), l'anxiété (STAI) et la douleur (EVS). De plus, les patients du groupe d'intervention ont rempli un questionnaire de satisfaction (NPS : net promoter score) évaluant leurs expériences avec le casque RV.

Résultats:

Au total, 67 patients ont été inclus dans l'analyse finale : groupe d'intervention G1 (n=34) et groupe témoin G2 (n=33). L'âge moyen était de 56 ans. Aucun patient n'a rencontré de problème technique avec l'équipement utilisé et aucun événement indésirable n'est survenu au cours de l'expérience immersive. Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de comorbidités et de préparation colique évaluée par le score de Boston. L'indice de masse corporelle (IMC) était plus élevé dans le groupe utilisant le masque RV (G1 : 28.7 Kg/m² vs G2 : 26,5 Kg/m², p=0.04). Le délai d'intubation caecale était légèrement inférieur dans le groupe d'intervention sans qu'une différence significative n'ait été noté (G1 : 19 min vs G2 : 24 min, p = 0,07). Les patients avec masque RV ont exprimé des niveaux d'anxiété post-procédurale inférieurs à ceux du groupe témoin (moyenne STAI G1 : 47 vs G2 : 52, p=0,01) et une diminution significative du score STAI par rapport aux valeurs du score en pré-endoscopie (8 points contre 4 points, p<0,01). Le niveau de douleur per-procédurale évalué par EVS était significativement plus faible chez les patients utilisant la RV (Moyenne G1 : 0,44 vs G2 : 1,52, p<0,01). De plus, l'examen endoscopique s'est révélé significativement plus confortable avec

la réalité virtuelle basée sur l'échelle de Gloucester $p < 0,01$. Aucun patient n'a signalé de difficultés de communication avec le personnel médical en raison du masque RV. Quatre patients n'étaient pas satisfaits de la résolution des séquences vidéos et 8 patients ont exprimé leur préférence de choisir eux-mêmes le contenu des vidéos. Les patients du groupe d'intervention étaient très satisfaits de l'expérience RV avec un NPS moyen à 30.

Conclusion:

La technologie immersive par RV est un outil simple, prometteur, non invasif et bien accepté afin d'améliorer la tolérance en réduisant la douleur et l'anxiété induites par la coloscopie. Ainsi, elle pourrait constituer une alternative pertinente à la sédation conventionnelle quand cette dernière est contre-indiquée ou dans les établissements de santé manquant de plateaux adéquats d'anesthésie.

PC2 : Caractéristiques cliniques et évolutives de la Cholangite sclérosante primitive : Série de 37 patients. H. Belimi , I. Ouled Cheikh, O. Drir, R. Kerbouche, N. Guessab, N. Afredj, N. Debzi. Service Hépatologie, CHU Mustapha, Alger

Introduction :

La cholangite sclérosante primitive (CSP) est une maladie chronique caractérisée par une atteinte inflammatoire et fibrosante des voies biliaires intra et/ou extra-hépatiques. Elle est de mécanisme inconnu, souvent associée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), pouvant évoluer vers la cirrhose et ses complications. Le cholangiocarcinome en est la complication ultime.

Le but de ce travail est de rapporter les aspects cliniques, évolutifs et thérapeutiques des patients suivis pour CSP dans notre service.

Matériel et Méthodes :

C'est une étude monocentrique, rétrospective et descriptive, qui a colligé les patients suivis pour CSP dans notre service. Le diagnostic de CSP est retenu sur les critères de l'AASLD et de l'EASL : cholestase clinique et ou biologique avec image radiologique typique en cholangio-IRM (CPI) et ou histologie (PBH) en faveur. Sont inclus les patients âgés de plus de 18ans suivi pour CSP. L'iléocoloscopie était indiquée dans tous les cas.

Le traitement symptomatique comportait l'acide ursodésoxycholique à la posologie de 13 à 15 mg/kg/jour. Un traitement endoscopique était indiqué en cas de sténose dominante symptomatique.

La transplantation hépatique était indiquée en cas de cirrhose décompensée ou d'angiocholites à répétition.

Le dépistage du cholangiocarcinome se faisait annuellement avec dosage des marqueurs tumoraux (ca 19 – 9 , ACE) et CPI .

Le traitement du cholangiocarcinome était discuté en RCP.

Le traitement de la MICI était adapté selon la sévérité (Mesalazine , Corticoïdes , Azathioprine , Anti-TNF alpha, chirurgie).

Résultats :

Du 01/01/2016 au 21/04/2022, 37 patients ont été retenus. L'âge moyen était de 47.51 ans [21-68], le sexe ratio H/F était de 0.85. Sur le plan clinique 65% (n= 24) étaient symptomatiques au moment de diagnostic (n=21 avaient un prurit, n= 19 un ictère, n=14 une asthénie). Sur le plan morphologique à la CPI : 78% (n =29) avaient une atteinte typique intra et extra hépatique des voies biliaires et 16% avaient une sténose dominante (n=06) dont 2 sténoses dominantes uniques, 27% (n= 10) avaient bénéficié d'une biopsie hépatique avec les résultats suivants : CSP n = 10 dont une CSP des petits canaux et 4 syndromes de chevauchement CSP-hépatite auto-immune.

57% (n=21) étaient au stade de cirrhose dont 62% (n= 13) CHILD A, 24% (n=5) CHILD B et 14% (n=3) CHILD C.

Sur le plan thérapeutique : 97% (n=36) des patients avaient reçu un traitement par acide urso-désoxycholique avec une bonne réponse clinico-biologique chez 67% d'entre eux(n=24) ; 2 patients seulement ont bénéficié d'un traitement endoscopique et 2 d'une greffe hépatique : un a été greffé pour récurrence de la CSP et qui présente une récurrence sur le 2eme greffon, un cholangiocarcinome localisé a été découvert sur l'explant du premier greffon avec cholangiocarcinome sur le deuxième greffon . Le deuxième patient n'a pas eu de récurrence de CSP et est décédé à 127mois d'un choc septique.

Concernant la MICI, elle touchait 49% (n=18) des patients : 50% (n= 9) recto-colite hémorragique, 28% (n= 5) colite inclassée et 22%(n= 4) maladie de Crohn. L'âge moyen au diagnostic de la MICI était de 29.69 ans. Le délai diagnostique entre la CSP et la MICI variaient de 0 à 420 mois. Chez 33% de ces patients (n = 6) la MICI était découverte sur la coloscopie systématique faite au diagnostic initial de la CSP. 89%(n=16) des MICI étaient de topographie colique. L'atteinte était quiescente chez 33% d'entre eux (n=6), sévère chez seulement 2 patients (recours à la chirurgie n=1 et traitement anti-TNF n=1).

Le dépistage du cholangio-carcinome par les marqueurs tumoraux Ca 19 -9 et ACE et la CPI était réalisé chez 86% des patients, 04 patients ont eu un cholangio-carcinome (10.81%) dont 2 de découverte concomitante avec la CSP et 1découvert sur l'explant en post TH. 02 patients étaient au stade de métastases au moment du diagnostic.1 patient a eu un traitement curateur : résection de la voie biliaire principale et anastomose bilio-digestive sans récurrence à 9 ans d'évolution.

La durée moyenne de suivi était de 72 mois [8- 228 mois]. La moitié des patients ont nécessité au moins une hospitalisation. L'évolution était favorable chez 76% des patients. On déplore au total 5 décès (13.51%) dont 02 secondaires au cholangiocarcinome.

Conclusion :

On observe une hétérogénéité des formes cliniques et évolutives parmi nos patients, le diagnostic est souvent fait au stade de cirrhose, la récurrence post greffe est survenue à 2 reprises chez le même patient, l'association avec la MICI est fréquente et la coloscopie doit être systématique devant l'importance des formes quiescentes. Le cholangiocarcinome est une complication redoutable parfois présente au moment du diagnostic de la CSP. La morbi-mortalité n'est pas négligeable. La prise en charge est complexe.

PC3 : Polypectomie colique : Base de prévention de CCR à propos d'une série de service d'Hépto-Gastro-Entérologie EHU d'Oran. A Meguedad, M.Benyettou A, CH Ournidi, C Manouni. Service de Gastroentérologie, EHU d'Oran. Faculté de Médecine d'Oran

Introduction

Les polypes coliques sont considérés comme des lésions pré-néoplasiques. Leur exérèse endoscopique permet de diminuer le risque de survenue des cancers colorectaux. Le niveau d'expertise des endoscopistes s'élève régulièrement et l'on peut espérer que les indications de colectomie excessives continuent à diminuer dès les années à venir. Ce sera le meilleur moyen de pérenniser l'endoscopie comme l'arme principale de la prévention du cancer colorectal.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 1an [2022-2023] colligeant tous les patients ayant eu une polypectomie. Nous avons inclus les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou une polypose adénomateuse familiale. La technique était jugée optimale si les critères suivants ont été respectés : une bonne préparation colique, une coloscopie complète, une exérèse en monobloc et une résection complète macroscopique et microscopique. La préparation était jugée bonne si le score de Boston était supérieur ou égal à 7.

Résultats

Nous avons inclus 40 patients, l'âge moyen était 55 ans [30ans - 70ans] une prédominance masculine était observée avec un sex ratio H/F de 1,5. Selon le terrain l'exérèse était chez 20 % de patients asymptomatiques, 50 % symptomatique, 30 % en cas de MICI et dans le cadre de PAF. 60 polypes ont été reséqués, Les polypes ont été récupérés dans 80% des cas. La préparation colique était bonne dans 70% des cas, moyenne dans 30% . La coloscopie réalisée était complète dans 90% des cas. Concernant la polypectomie, et selon la taille des polypes était de 30 % pour les polypes inférieurs à 5 mm , 40 % entre 6-9 mm ,et de 30 % supérieurs à 10 cm .Selon la classification de Paris Les lésions de type pédiculé (0-Ip) était de 50 % ,le type sessile (0-Is) 30 % , Les lésions de classe 0-IIa (légèrement surélevée)15%, 0-IIb (plane) 3% , Les lésions 0-IIc (déprimées) et 0-III 2 % . La polypectomie a été réalisée à l'aide d'une anse diathermique dans 60% ; à la pince froide dans 40% . Une mucosectomie était faite chez 30 % , la polypectomie 50 % et la biopsie exérèse 10 % ,et biopsies simple dans 10 % . Résection R0 chez 80 % et non R0 20 % . Les suites étaient simples dans la majorité des cas, les complications type hémorragie avec geste hémostatique endoscopique dans 2 % ,ou type perforation chez 0 % .Selon le type histologique et la classification de Vienne des cancers superficiels les polypes adénomateux était à 38 %,hyperplasique à 15 % , dysplasie de bas grade de 25% , dysplasie de haut grade de 20 % , cancer in situ 2%, cancer infiltrant la sous muqueuse 0 % . La décision de suivi était basée sur le résultat anatomopathologique et sur le contrôle endoscopique précoce si le caractère complet de la résection a été endoscopiquement douteux ou si la résection a été effectuée par fragments.

Conclusion

Une exérèse endoscopique de qualité des polypes colorectaux dans notre série reposant sur plusieurs piliers ,la bonne connaissance de la classification endoscopique de Paris ;une bonne expertise des gestes pratiqués (polypectomie et mucosectomie) ,une bonne coopération avec l'anatomopathologiste, puis l'utilisation systématique des réunions de concertation pluridisciplinaire en cas de résection de lésions comportant un foyer carcinomateux ;l'acceptation des limites que l'on s'accorde et le recours à un centre expert en cas de lésions délicates mais curables endoscopiquement, a peut permettre la détection des lésions précancéreuse dans 98 % des cas , et la réalisation d'un rythme de surveillance afin d'éviter l'évolution vers le CCR.

PC4- L'ampullectomie endoscopique : expérience d'un centre

Bostani Sonia, Mohamed Ghanem, El Mouldi Yosr, Oueslati Alaa, Boughoula Khouloud, Bizid Sondes, Ben Abdallah Hatem, Bouali Riadh, Abdelli Mohamed Nabil

Service de gastro-entérologie de l'hôpital militaire de Tunis

Introduction:

L'ampullectomie endoscopique est considérée comme le traitement de choix des lésions ampullaires superficielles en raison de son efficacité prouvée et de la morbidité moindre par rapport à la chirurgie, qui implique souvent une duodéno-pancréatectomie céphalique.

Objectifs:

Evaluer les résultats de la résection endoscopique des tumeurs ampullaires dans notre centre.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive menée sur une période de 7 ans (janvier 2016 à septembre 2023) incluant tous les patients ayant eu une ampullectomie endoscopique. L'ampullectomie endoscopique était considérée comme curative en cas d'exérèse complète d'une lésion sans risque ganglionnaire : adénome ou adénocarcinome superficiel (pT1 ; bien différencié ; sans invasion lymphovasculaire).

Résultats:

Seize patients ont été colligés (11 hommes et 5 femmes). L'âge moyen était de 58 ± 16 ans [15ans-79 ans]. Quatre patients étaient suivis pour une polypose adénomateuse familiale et un patient pour syndrome de Lynch. Le diagnostic était fortuit chez 10 patients et révélé par un ictère ou une infection biliaire chez 6 patients. Les lésions ampullaires avaient un diamètre moyen de 13.5mm [5mm-25mm], elles présentaient un aspect extra-ampillaire bourgeonnant dans 11 cas et un aspect intra-ampillaire ou aspect de papille bombante dans 5 cas. La résection endoscopique était en monobloc dans 12 cas. Elle était macroscopiquement complète dans 13 cas. Un saignement immédiat durant l'acte est survenu dans 8 cas avec nécessité d'un traitement endoscopique chez 7 patients : mise en place d'un clip hémostatique et hémostase à la pince chaude réalisées chez respectivement 4 et 4 patients. Une prothèse pancréatique a été posée chez 10 patients. L'examen anatomopathologique des pièces de résection a révélé un adénome chez 12 malades (8 cas de dysplasie de bas grade et 4 cas de dysplasie de haut grade) et un adénocarcinome dans 4 cas (carcinome in-situ pTis dans deux cas ; un carcinome invasif atteignant la sous muqueuse >pT1a dans deux cas), pour la plupart de type intestinal (12 patients). La résection était microscopiquement complète dans 13 cas. Une concordance entre la nature anatomopathologique des biopsies préalables à la résection et celle de la pièce d'ampullectomie était présente dans 3/4 des cas, tous les patients inclus avaient au départ des biopsies révélant un adénome. En conclusion, l'ampullectomie endoscopique était curative chez 13 patients. Pour les 3 autres patients, deux ont pu être opérés. Des complications sont survenues chez 3 des patients : une pancréatite post-ampullectomie chez un patient, une angiocholite aigue chez un patient et une hémorragie retardée ayant nécessité des transfusions chez un patient. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4.37 jours [2-10jours]. Pour les 13 malades avec une ampullectomie curative, la durée moyenne de suivi était de 40 mois [7-88 mois]. Deux patients ont présenté une récurrence à un délai de 11 et 13 mois respectivement et ont été retraités endoscopiquement avec succès.

Conclusion:

Les résultats de notre étude montrent que l'ampullectomie endoscopique est un traitement efficace avec un risque faible de complications. Cette procédure devrait être proposée en première intention pour les adénomes ampullaires et les adénocarcinomes intra-muqueux bien différenciés. La décision d'une chirurgie complémentaire devra être discutée pour les malades opérables après résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce d'ampullectomie.

PC5- Performance des scores BARD, BARDI et FIB-4 dans l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique chez les patients suivis pour stéato-hépatite non alcoolique

Merhaben Salma, Medhioub Mouna, Mnif Omar, Yakoubi Manel, Mahmoudi Moufida, Ben Mohamed Asma, Khsiba Amal, Chaabane Abir, Nechi Salwa, Chelly Baya, Mfarrej Karim, Douggaz Amel, Mahmoudi Asma, Chelbi Emna, Hamzaoui Lamine

Service de gastro-entérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul,

Service de Service d'anatomo-pathologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul

Introduction:

La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est l'étiologie d'hépatopathie la plus fréquente dans le monde avec le risque d'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Ces dernières années, plusieurs moyens non invasifs d'évaluer de la sévérité de la fibrose dans la NAFLD ont été développés afin de substituer le "gold standard" la ponction biopsie hépatique.

Objectifs:

Évaluer la performance des scores non invasifs BARD, BARDI et FIB-4 dans l'évaluation de la fibrose significative au cours de la NAFLD.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective, étendue de 2013 à 2023, incluant les patients suivis pour une stéatohépatite non alcoolique (NASH) confirmée histologiquement, dans notre département de gastroentérologie. La fibrose significative a été définie par un stade de fibrose $\geq F2$. On a calculé pour chaque patient, les trois scores BARD, BARDI et FIB-4 en utilisant les paramètres clinico-biologiques datant d'au maximum d'une semaine de la date de la PBF. Les résultats des scores ont été comparés au score histologique SAF. La valeur prédictive négative (VPN), la valeur prédictive positive (VPP) et l'aire sous la courbe ROC (ASR) ont été calculées pour les trois scores.

Résultats:

Nous avons inclus 44 patients âgés en moyenne de 44 ans avec un sex-ratio de 0,38. Trente-quatre patients (77,2%) présentaient un syndrome métabolique. Une perturbation du bilan hépatique à type d'élévation des GGT a été notée chez 34 patients (77,3%) et à type de cytolyse chez 31 malades (70,5 %). La ponction biopsie hépatique (PBF) a révélé des lésions de stéato-hépatite non alcoolique (NASH) sans fibrose chez 13 malades (29,5%). Dix-sept patients (38,6%) avaient une fibrose significative ($\geq F2$). La valeur moyenne du score FIB-4 était de 2,14[0,39-10,22]. Il était significativement corrélé à la fibrose significative ($p = 0,01$) avec une ASC de 0,738 (IC 95% [0,575-0,901]). En utilisant un cut-off de 1,34, le score de FIB-4 avait une VPN de 81,2%, une VPP de 50 % avec Se de 87,5% et une Sp de 46,2 %. La valeur moyenne du score BARD était de 2,4. Sa valeur était égale à 0 chez 1 patients, 1 chez 11 patients, 2 chez 11 patients, 3 chez 11 patients et 4 chez 10 patients. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre ce score et le degré histologique de fibrose. La valeur moyenne du score BARDI était de 4,21. Il était ≥ 3 chez 33 patients (78,6%). Il était significativement corrélé à la fibrose significative ($p = 0,048$) avec une ASC de 0,684 (IC 95% [0,519-0,849]). En utilisant un cut-off de 3, le score BARDI avait une VPN de 88,8 %, une VPP de 46,4% avec Se de 93,7 % et une Sp de 45 %.

Conclusion:

Dans notre étude, les scores FIB-4 et BARDI étaient performants pour exclure la fibrose significative en cas de NASH. Par contre le score BARD n'était pas corrélé à la fibrose significative. D'autres études prospectives à plus large effectif sont nécessaires afin de mieux étudier ces trois scores.

PC6-Frequence des cancers digestifs et extra-digestifs chez les patients atteints de maladie de Crohn

I .Ziane , H.Saoula, Y.Aissat , S.Saichi, D.Hamidouche , AF.Boutaleb , M.Aissaoui, A.Mitiche

, A.Benrabia , R.Osmane , H.Mahiou , I.Mesmous , S.Koucem , A.Haddoume , W.Chemchem , R.Meriem , L.Meziani , S.Assous, S.Assas , L.Biad, N.Ourad , S.Chaib, L.Zemouri, A.Said(1) N.AitHamadouche (2) M.Nakmouche(1).

(1)Service gastro-entérologie ; CHU Bab El Oued Service épidémiologie ; CHU Bab El Oued
(2) Service Epidémiologie et de médecine préventive ; CHU Bab El Oued

Introduction:

L'association entre la maladie de crohn colique et le cancer colorectal est reconnue depuis près d'un siècle; néanmoins peu de travaux se sont intéressés au risque des autres cancers dans cette population de patients en Algérie.

Objectif:

Déterminer la fréquence des cancers digestifs et extra-digestifs chez les patients hospitalisés atteints de maladie de Crohn.

Patients et méthodes:

C'est une étude cohorte rétrospective monocentrique sur dossiers d'hospitalisation des malades du service de gastroentérologie CHU Mohamed Lamine Debaghine. Nous avons inclus tous les patients avec diagnostic certain de maladie de Crohn (MC) hospitalisés entre 2000-2022.

Après avoir établi une fiche pour chaque patient avec les données démographiques, les caractéristiques de la maladie et le type de cancer apparu ; Nous avons calculé la fréquence globale des cancers digestifs et extra digestifs ainsi que celle de chaque type de cancer apparu. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel Epi-info 6.

Résultats:

354 patients ont été inclus, l'âge moyen des patients est de 31.5 ± 13.2 ans. 250 (70,62%) patients ont une maladie de Crohn ancienne avec une durée moyenne d'évolution de 13.7 ± 6.77 ans.

L'incidence des cancers digestifs et extra digestifs était de 4.23 %. L'incidence était respectivement : 0.56 % adénocarcinome colorectal, 1.69 % lymphome , 0.28 % cholangiocarcinomes, 0.28% adénocarcinome de grêle , 0.28% cancer cutané non mélanique, 0.84% cancers de sein et 0.28% GIST .

Conclusion:

Multiplés types de néoplasies peuvent s'associer à la maladie de crohn de localisation digestive (lymphome, adénocarcinome, Cholangiocarcinome et GIST) ou extradigestives (lymphome, Cancer du sein, et cancer cutané non mélanique). Une étude multicentrique est nécessaire pour déterminer les facteurs de risques afin d'améliorer la prise en charge de patients porteurs de maladie de Crohn.

PC 7 : Rentabilité des cytoponctions par échoendoscopie dans la prise en charge des masses pancréatiques.

C.Mehdaoui, A.Zazour, H.Koulali, O. El Mqaddem, G, Kharrasse, Z. Ismaili.

Hépatogastroentérologie Centre Universitaire Mohammed VI Oujda Maroc

Introduction :

La preuve histologique des masses pancréatiques constitue une pierre angulaire pour leurs compléments de prise en charge. L'écho-endoscopie (EUS) avec biopsie à l'aiguille fine (FNA) est une modalité essentielle pour caractériser ces masses, préciser leurs rapports et extension loco-régionale et aussi pour l'étude anatomopathologique tout en tenant compte de la localisation profonde de cet organe.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude monocentrique rétrospective et descriptive durant 7 ans et demi allant du 07 Mars 2016 au 06 Septembre 2023 au sein du service d'hépatogastroentérologie et en endoscopie interventionnelle, colligeant 182 patients qui ont bénéficié d'une EUS+FNA pour toutes indications confondues, dont 154 patients ont une masse pancréatique auxquelles on a étudié les données

épidémiologiques, endoscopiques et histopathologiques des cas étudiés.

Résultats :

Parmi les 990 EUS réalisées au cours de notre période d'étude, 219 EUS (22%) étaient réalisées pour une cytoponction chez 197 cas composés de 88 femmes (45%) et 109 hommes (55%) avec un sex-ratio de 1. L'âge moyen était de 61 +/-13 ans [22ans-87ans].

154 cas de ces patients (78%) bénéficiant d'une EUS+FNA avaient un processus pancréatique. La symptomatologie initiale était une douleur abdominale chez 83 cas (54%), une angiocholite aigue chez 42 cas (27%) un ictère cholestatique chez 21 cas (14%), une découverte fortuite chez 3 cas (2%), une pancréatite aigue chez un cas, une altération profonde de l'état général chez un cas, un hoquet chez un cas, un syndrome dyspeptique chez un cas, et un seul cas avait des hématémèses avec un ictère cholestatique.

La localisation du processus pancréatique était céphalique chez 83 cas (54%), corporéo-caudale chez 19 cas (12%), corporéale chez 19 cas (12%), isthmique chez 14 cas (9%), corporéo-céphalique chez 8 cas (5%), isthmo-céphalique chez 7 cas (5%), caudale chez 3 cas (2%) et isthmo-corporéale chez 1 cas (< 1%).

La cytoponction était trans-bulbaire dans la moitié des cas, trans-gastrique dans 36% et trans-duodénale dans 14% des cas.

L'étude anatomopathologique était en faveur d'une origine maligne chez 107 cas qui avait : Un adénocarcinome dans 57% de l'ensemble des processus pancréatiques (n=88), catégorie V de Papanicolaou chez 12 cas (8%), une masse solide pseudo-papillaire chez 2 cas (1%), un carcinome squameux kératinisant bien différencié chez 1 cas, un carcinome adénosquameux chez 1 cas, un néoplasme mucineux chez 1 cas, un lymphome B chez 1 cas, une localisation secondaire d'un carcinome à petite cellule broncho-pulmonaire chez 1 cas.

Alors que l'étude anatomopathologique était négative chez 36 cas en faveur d'une catégorie I selon la classification de Papanicolaou chez 18 cas (12%), une catégorie II chez 12 cas (8%), une catégorie II chez 5 cas (3%) et une tuberculose pancréatique chez un seul cas.

A noter que 11 patients qui ont bénéficié d'une EUS+FNA étaient perdus de vue.

Un recours à une seconde EUS+FNA était nécessaire chez 15 cas révélant la présence d'un adénocarcinome chez 7 cas, un GIST chez 1 cas, et revenant négatif chez 7 cas qui avaient une catégorie II selon la classification de Papanicolaou chez 4 cas, une catégorie III chez 2 cas et une catégorie I chez un cas.

Une tentative tertiaire était faite chez 2 cas mettant en évidence un adénocarcinome chez 1 cas, une catégorie I selon la classification de Papanicolaou chez 1 cas.

Conclusion :

EUS+FNA représente une modalité de choix pour le diagnostic histopathologique des masses pancréatiques, permettant la confirmation de leur nature maligne ou bénigne et ainsi une orientation du complément de prise en charge avec une sensibilité et une spécificité élevée.

PC 8 : Development of an artificial intelligence model to predict mortality in patients with variceal hemorrhage

S. Salhani, N. Al Maimouni, H. Ouaya, H. Meyiz, I. Mellouki hépato-gastro-entérologie, CHU
Tanger Maroc

Introduction :

Variceal hemorrhage is one of the most frequent complications in cirrhotic patients and may be of esophageal or gastric origin. Mortality during these episodes is estimated between 15% and 20%. Identifying patients at high risk of death is all the more important as it will help optimize management. Several scores have been developed for this purpose, notably the Glasgow-Blatchford score. Our study aims to develop an artificial intelligence algorithm and evaluate its ability, in comparison with the Glasgow-Blatchford score, to predict mortality in a population of cirrhotic patients presenting with variceal hemorrhage.

Materials and methods :

The first phase consisted of collecting a dataset of 150 patients to be analyzed. This dataset was obtained from the record archive of patients hospitalized in the hepato-gastro-enterology department between 2019 and 2023. All patients who died from other causes, or had missing data were excluded.

Patients were divided into two groups : a survivor group and a non-survivor group.

Dataset variables included age, sex, complete liver workup, admission blood pressure, hemoglobin, platelets, urea, creatinine, number of packed red blood cells transfused, presence or absence of hepatic encephalopathy or hepatorenal syndrome, Child-Turcotte Pugh score and Meld-Na.

For our study, Joblib, Pandas, and Random Forest (RF), models of artificial intelligence, were applied to build software predicting mortality in variceal hemorrhage.

The second phase consisted of comparing the performance of our algorithm with the Glasgow-Blatchford score, known to be validated to predict mortality in gastrointestinal bleeding.

Results :

In our dataset, the average age of our patients was 56 ± 14 . A clear male predominance of 67% was reported. The mortality rate was estimated at 22%. The mean Child Turcotte Pugh score was 6.8 ± 2 , and that of Meld NA was 14 . Biologically, 40% of patients had a hemoglobin $< 7\text{g/dl}$ on admission and received a transfusion of packed red blood cells during their hospitalization. Mean urea was 0.5, mean creatinine 10. Hepato-renal syndrome was reported in a single patient. About 27% of patients had suffered from encephalopathy.

Except for AST and ALT, all other biological and clinical parameters correlated with mortality, notably admission hemoglobin, number of packed red blood cells transfused, complications, renal function...($p < .001$)

Evaluation of our software on other patients showed that it performed well for predicting mortality in variceal hemorrhage, with an area under the curve of 0.810.

The Glasgow-Blatchford score showed a better predictive value of mortality with an AUC of 0.875.

Conclusion :

The contribution of artificial intelligence in the prediction of mortality in patients suffering from variceal hemorrhage is undeniable. Nevertheless, developing reliable software with good sensitivity and specificity requires a larger database. Although the Glasgow-Blatchford score was slightly superior, it tended to overestimate the risk of mortality, in the surviving population, contrary to our software.

PC 9 : Fissurectomie avec anoplastie est-elle meilleure que la fissurectomie seule ?

S.Mechhor, M.Cherkaoui Malki , H.El Bacha , N.Benzzoubeir , I Errabih Service d'Hépatogastro-Entérologie et Proctologie «Médecine B» CHU IBN SINA – Rabat Maroc

"Introduction

La fissure anale est un motif fréquent de consultation en proctologie. La chirurgie est proposée en cas de fissure anale chronique , compliquée ou récidivante . La fissurectomie peut être pratiquée seule (FS) ou être associée à une anoplastie (F+A) avec ou sans sphinctérotomie . L'intérêt de celle-ci par rapport à la fissurectomie seule n'a jamais été démontré. L'objectif de l'étude était de comparer l'efficacité et la tolérance des deux techniques.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée sur une période de 18 ans allant de janvier 2005 à Aout 2023 portant sur 2070 patients traités chirurgicalement pour fissure anale. Nous avons inclus tous les patients sans antécédent chirurgical proctologique ayant été opérés pour une fissure anale idiopathique, unique, non infectée. Nous avons évalué la douleur post-opératoire , les complications (saignements , dysurie , constipation , surinfection) post-opératoires précoces (<30 jours) et le délai de cicatrisation . L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SPSS 20.0. Les variables qualitatives ont été comparées au moyen du test du Chi2 . Les facteurs prédictifs de cicatrisation ont été identifiés grâce à un modèle de régression logistique binaire en analyse univariée et multivariée.

Résultats

La prévalence globale des fissures anales par rapport aux autres motifs de consultation en proctologie était de 55.9 % . La médiane d'âge des patients était de 40 [21-69] , le sexe ratio F/H = 0,85. La fissure anale était postérieure chez patients 1493 (72.1%) patients et antérieure chez 577 (27.9%) patients .

D'autres pathologies proctologiques (fistule anale , maladie hémorroïdaire) étaient associées chez 358 cas (17.3 %). La FS a été effectué chez 1304 patients (62.9%) et la F+A chez 766 patients (37 %). Une sphinctérotomie était associée chez 357 patients (17.24%). La médiane de suivi postopératoire était de 2 [1-3,9] mois. La continence était respectée chez tous les patients. Le délais de disparition de la douleur post opératoire était le même pour les deux procédures 1,1 +/- 0.5 mois Vs 1,0 +/- 1,2 mois, p=0,51 respectivement pour la FS et F +A . Le taux globale de complications précoces était de 5,29 % , celle-ci étaient plus fréquentes en cas de F +A : 7,1% vs 2,3%, p=0,031 . Le taux de cicatrisation était similaire dans les deux procédures 92,9% vs 97,7%, p=0,31 . Le délai médian de cicatrisation était plus court chez les patients qui ont bénéficié d'une F +A : 1.5 +/- 0.2 mois Vs 2.8 +/- 0.4 mois p = 0.0003. En analyse multivariée les facteurs de risque indépendants associés au retard de cicatrisation étaient un l'âge \geq 40 ans [OR =3,1 ; IC à 95 [1,1 à 14,1] p = 0.004) et les antécédents de diabète [OR à 6,5 IC [1,7 à 43,2] p <0.001 . Le taux de récurrence post opératoire était similaire dans les deux procédure 2.1% en cas de FS Vs 3,2 % en cas de F+A , p=0.1.

Conclusion

La fissurectomie reste un geste efficace dans la prise en charge des fissures anales. Notre étude a montré que la fissurectomie avec anoplastie a l'avantage d'accélérer la cicatrisation. Cependant à l'heure actuelle aucune technique n'est consensuelle d'où l'intérêt d'études randomisées multicentriques évaluant le deux techniques chirurgicales.