

# JOURNAL.

## ALGÉRIEN DE GASTROENTÉROLOGIE

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE



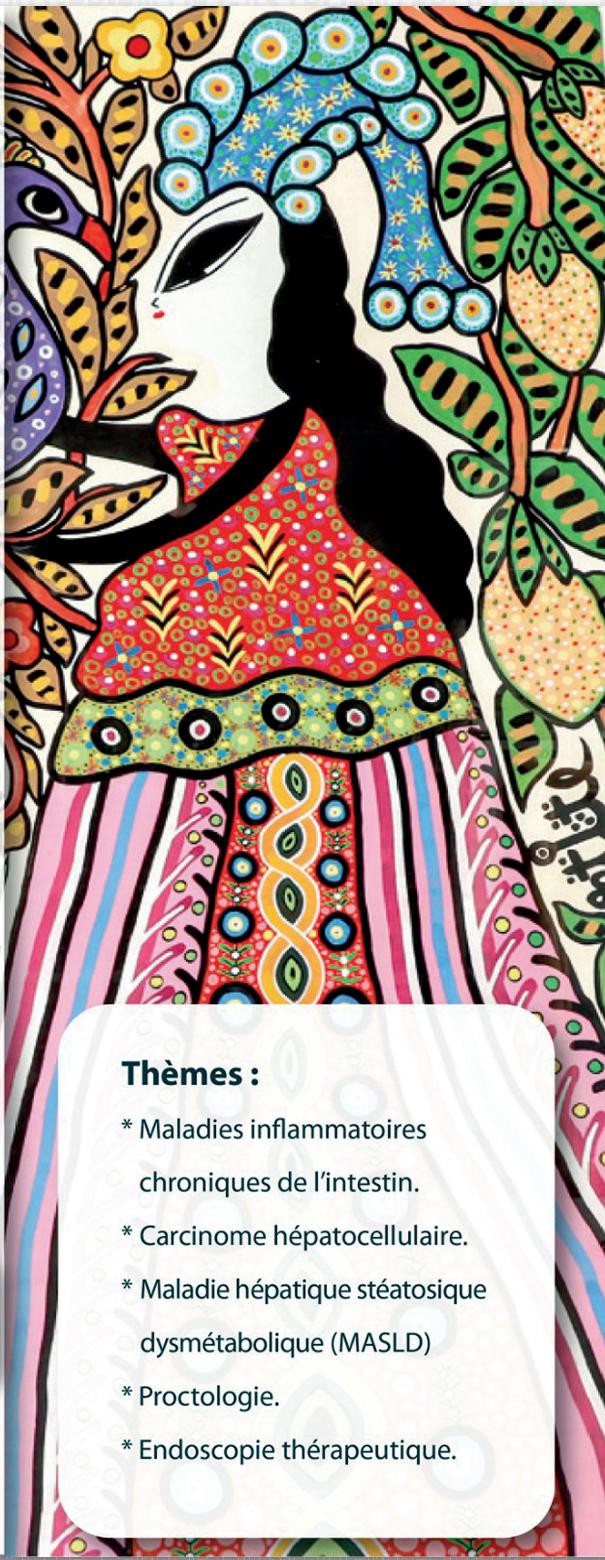
**SAHGEED**  
الجمعية الجزائرية لأمراض الجهاز الهضمي والتغذية البشرية  
SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ALGERIAN SOCIETY OF HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGY AND DIGESTIVE ENDOSCOPY

**37<sup>èmes</sup>**  
**Journées Internationales**  
d'Hépato-Gastroentérologie  
et d'Endoscopie Digestive

**25<sup>èmes</sup>**  
**Journées de Gastroentérologie**  
d'Afrique Francophone  
(JGAF)

**Du 27 au 29 NOV 2025**  
Hôtel El Aurassi Alger

**الهوراسى**



### Thèmes :

- \* Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
- \* Carcinome hépatocellulaire.
- \* Maladie hépatique stéatosique dysmétabolique (MASLD)
- \* Proctologie.
- \* Endoscopie thérapeutique.

En collaboration avec



Association Nationale pour la Formation Continue en Gastro-Enterologie



[www.sahgeed.com](http://www.sahgeed.com)

## Partenaires industriels - Sponsors



Boston Scientific



Johnson & Johnson



abbvie



EURL ABEILLE PENTAX



hikma.



Repartidis



Baxter



MERINAL  
LABORATOIRES

AstraZeneca



DERMILYNE  
LABORATOIRE



Med Strat



ENDOCAM



Magpharm



Les Laboratoires  
FRATER-RAZES



FERRING  
PHARMACEUTICALS



# Journal ALGÉRIEN DE GASTROENTÉROLOGIE

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ISSN 2392-5299

# SOMMAIRE

JAG HORS SÉRIE-N°08 ■ NOVEMBRE 2025



**SAHGEED**

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE  
D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE  
ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

## Bureau de la SAHGEED

### Présidente

Pr Nawal AFREDJ

### Vices Présidents

Pr Hassen MAHIOU

Pr Fadila LOUNES

Pr Fouad BOUTRA

### Secrétaire Générale

Pr.Ag Radia OSMANE

### Secrétaire Général Adjoint

Dr Rafik KERBOUCHE

### Trésorier

Pr Rachid OULDGOUGAM

### Représentant à l'Est

Pr Mustapha BOUMENDJEL

### Représentante à l'Ouest

Pr Chafika MANOUNI

### Représentant des libéraux

Dr Mohamed MOULFI

### Club Junior

Dr Fatima Zohra AGGOUNE

Dr Fahim SEMCHEDDINE

### Anciens Présidents

Pr Gana ILLOUL

Pr Tadjeddine BOUCEKKINE

Pr Hocine ASSELAH

Pr Saadi BERKANE

Pr Nabil Debzi

## Régie Publicitaire



Tél.: +213 (0) 20.24.36.87  
Gsm: +213 (0) 770.73.99.80  
+213 (0) 770.86.97.62/63/61  
communicaremedic@gmail.com

■ Sommaire	01
■ Mot de Bienvenue	03
■ Informations Générales	05
■ Synopsis	09
■ Programme	16
■ Formation Médicale Continue	
» Traitement et suivi de l'EBO	21
M.A. Boussefsaf	
Service de Gastroentérologie, CHU Mustapha, Alger	
» Prise en charge des polypes gastriques	26
K. Amalou	
Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger	
» Cholangiocarcinome péri-hilaire : prise en charge thérapeutique	32
C. Bouzid	
CAC Draa Ben Khedda; Tizi Ouzou	
» Prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne	34
Y. Said	
Service de Gastroentérologie, CHU Charles Nicolle, Tunis; Tunisie	
» La pochite: stratégies thérapeutiques	50
F. Lounes	
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine; Alger	
■ Liste des e-Posters	44
■ Abstracts des Communications Orales	47
■ Abstracts des Communications Affichées	58



# Journal ALGÉRIEN DE GASTROENTÉROLOGIE

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ISSN 2392-5299

# SUMMARY

JAG SPECIAL ISSUE-N°08 ■ NOVEMBER 2025



**SAHGEED**

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE  
D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE  
ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

## Office of the SAHGEED

### *Chairperson*

Pr Nawal AFREDJ

### *Vices Présidents*

Pr Hassen MAHIOU

Pr Fadila LOUNES

Pr Fouad BOUTRA

### *Secrétaire Générale*

Pr.Ag Radia OSMANE

### *Secrétaire Général Adjoint*

Dr Rafik KERBOUCHE

### *Trésorier*

Pr Rachid OULDGOUGAM

### *Représentant à l'Est*

Pr Mustapha BOUMENDJEL

### *Représentante à l'Ouest*

Pr Chafika MANOUNI

### *Représentant des libéraux*

Dr Mohamed MOULFI

### *Club Junior*

Dr Fatima Zohra AGGOUNE

Dr Fahim SEMCHEDDINE

### *Past Présidents*

Pr Gana ILLOUL

Pr Tadjeddine BOUCEKKINE

Pr Hocine ASSELAH

Pr Saadi BERKANE

Pr Nabil Debzi

## Advertising Agency



Tél.: +213 (0) 20.24.36.87

Gsm: +213 (0) 770.73.99.80/81

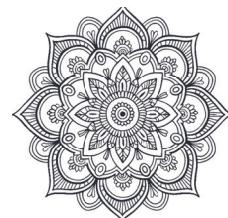
+213 (0) 770.86.97.62/63/61

communicaremedic@gmail.com

<b>Table of Contents</b>	02
<b>Welcome address</b>	04
<b>General Informations</b>	05
<b>Program</b>	16
<b>Continuing Medical Education File</b>	
» Treatment and Monitoring of Barrett's esophagus	21
M.A. Boussefsaf	
Department of Gastroenterology, Mustapha University Hospital Center; Algiers	
» Management of Gastric Polyps	26
K. Amalou	
Department of Gastroenterology, Mohammed Seghir Nekkache University Hospital Center, Algiers	
» Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Therapeutic Management	32
C. Bouzid	
Anti-Cancer Center of Draa Ben Khedda, Tizi Ouzou	
» Management of Sigmoid Diverticulitis	34
Y. Said	
Department of Gastroenterology, Charles Nicolle University Hospital, Tunis, Tunisia	
» Pouchitis: Therapeutic Strategies	50
F. Lounes	
Department of Internal Medicine, Bologhine Hospital, Algiers	
<b>List of e-Posters</b>	44
<b>Abstracts of Oral Presentations</b>	47
<b>Abstracts of Poster Presentations</b>	58



## Mot de Bienvenue



C'est avec un immense plaisir et une grande fierté que nous vous souhaitons la bienvenue à nos 37èmes Journées de la SAHGEED, qui sont cette année couplées aux 25èmes Journées de Gastroentérologie de l'Afrique Francophone.

Nous sommes ravis d'accueillir, en cette occasion, nos collègues gastroentérologues venus d'Afrique, d'Europe et du Moyen-Orient, et de compter parmi eux de nombreux experts internationaux qui nous honorent de leur présence. Leur participation s'inscrit dans le cadre de notre collaboration avec le CEFA-HGE, la SNFGE, l'ASHIFA, la SOLDA et l'AEF.

L'édition 2025 offre un programme scientifique dense, comprenant des conférences, des sessions thématiques et des ateliers interactifs. Ce programme est le fruit de plusieurs mois de réflexion, de nombreuses séances de travail, et de débats parfois passionnés entre les membres du comité scientifique et du bureau. À cet égard, je tiens à les remercier tous pour ces heures de travail bénévole et pour leur implication dans l'organisation de ces journées.

Comme le veut la tradition, la FMC inaugurera le congrès en session plénière, avec des thèmes variés pour répondre aux attentes de chacun, jeunes et moins jeunes. S'enchaîneront ensuite les séances de communications scientifiques, libres et thématiques, liées notamment aux MCI et à l'endoscopie thérapeutique, ainsi que les symposiums et ateliers de nos partenaires de l'industrie pharmaceutique.

La session hépatologie sera consacrée cette année aux hépatopathies stéatosiques dysmétaboliques (MASLD), thématique d'actualité et en plein démembrément, aussi bien dans son cadre nosologique que dans son approche thérapeutique. En effet, la MASLD nécessite une prise en charge multidisciplinaire, impliquant hépatologues, endocrinologues, cardiologues et endoscopistes. Elle représente le défi actuel de l'hépatologue, les hépatites virales étant désormais en voie d'élimination.

En plus de nos thématiques habituelles MCI et Hépatologie, nous vous proposons également une session dédiée à la proctologie. Organisée avec des spécialistes du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, cette session se veut axée sur la proctologie pratique avec des présentations interactives. Tout comme l'année dernière, nous prérenisons l'interactivité de nos sessions par l'organisation d'un atelier sur la prise en charge de l'infection à Helicobacter pylori. Cette thématique suscite un intérêt croissant dans notre pays, compte tenu de l'élargissement du panel diagnostique par la biologie moléculaire – même si la PCR n'est pas encore disponible dans tous les centres – et de l'intégration de la quadrithérapie bismuthée dans l'arsenal thérapeutique.

Parallèlement au programme en session plénière, vous retrouverez les très appréciés ateliers d'échographie et d'endoscopie interventionnelle, réalisés en partenariat avec les sponsors dédiés, sur inscription préalable. Deux sessions de communications orales viendront également enrichir le programme, présentant des travaux de haute qualité qui ne manqueront certainement pas de susciter votre intérêt. Enfin, nous vous invitons à vous rendre aux bornes de consultation des e-posters, qui seront placées dans l'espace exposition.

Ces journées seront une occasion privilégiée d'échanger avec les experts et les collègues de tous bords, de découvrir les dernières avancées dans le domaine de la gastroentérologie et de renforcer nos liens professionnels. Nous espérons qu'elles nous permettront également de partager des moments de convivialité.

Au nom de l'ensemble des membres du bureau de la SAHGEED, je vous souhaite un excellent congrès !



Pr Nawal AFREDJ  
Présidente SAHGEED



## Welcome address



*It's our honor and pleasure to invite you to the upcoming 37th SAHGEED Conference, which is being held jointly with the 25th Gastroenterology Conference of French-speaking Africa, this year.*

*We are delighted to welcome our gastroenterologist colleagues from Africa, Europe and the Middle East, and honored that many internationally renowned experts speakers will attend this significant gathering. Their participation reflects our strong collaboration with CEFA-HGE, SNFGE, ASHIFA, SOLDA and AFEF organizations.*

*The scientific program which will include conferences, thematic sessions and interactive workshops, has been carefully prepared over several months of dedicated intensive teamwork, and heated debates between the scientific committee members. I would like to thank them all for their commitment and invaluable contribution to the organization of this event.*

*As every year, the conference will open with a plenary FMC session covering a broad range of topics designed to inspire all participants. This will be followed by scientific presentations focusing particularly on IBD and therapeutic endoscopy, as well as symposia and workshops led by our pharmaceutical industry partners.*

*This year's hepatology session will be dedicated to metabolic steatotic liver disease (MASLD), a current issue and rapidly evolving topic. MASLD requires a multidisciplinary approach involving hepatologists, endocrinologists, cardiologists and endoscopists. It is currently the new challenge for hepatologists, as viral hepatitis elimination is on the way.*

*In addition to our traditional IBD and hepatology topics, this year's congress will feature an expert-led proctology session, jointly organized with the Diaconesses Croix Saint-Simon Hospital Group specialists. This session will focus on practical aspects of proctology and will feature interactive presentations. We will continue to promote interactivity in our sessions through a workshop on managing Helicobacter pylori infection. This topic is gaining growing interest in our country, thanks to the expanded diagnostic tools offered by molecular biology, -- despite PCR is not yet being available in all centers - and the introduction of bismuth-based quadruple therapy.*

*Alongside the plenary session, participants will also have access to the highly appreciated ultrasound and interventional endoscopy workshops, organized in partnership with dedicated sponsors and requiring prior registration. Furthermore, two oral presentation sessions showcasing high-quality research will certainly spark your interest. All participants are invited to the e-poster available for viewing in the exhibition area.*

*We hope that this meeting will offer an exceptional opportunity to exchange knowledge, share experiences and best practices with experts and peers, learn about the latest advances in gastroenterology, and strengthen professional relationships through social interactions.*

*On behalf of the SAHGEED board, I wish you all an excellent and inspiring conference!*



Pr Nawal AFREDJ  
Présidente SAHGEED

## Informations pratiques

- **Langues** des présentations scientifiques : Français, Anglais
- **Lieu** du Congrès : Hôtel El Aurassi  
2 Av. du Dr Frantz Fanon, les Tagarins, Alger Centre, Alger  
Tél : + 213 (0) 21 74 82 52  
Website: <https://www.sahgeed.com>  
Email : [contact@elaurassi.dz](mailto:contact@elaurassi.dz)
- **Date** du Congrès : 27, 28 et 29 Novembre 2025
- **Hébergement** : Hôtel El Aurassi, Hôtel Ralf, Hôtel Space Telemlly
- **Secrétariat de la SAHGEED**  
Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger.  
Tél/Fax : +213 (0) 23 559 782  
Email : [contact@sahgeed.com](mailto:contact@sahgeed.com)  
Website : <https://sahgeed.com>
- **Accueil / Transport :**  
L'accueil et l'inscription des participants au congrès se feront le 27 Novembre 2025 à partir de 07h30 par les représentants de la société C.COM EVENTS. Le comité d'Organisation et les représentants de C.COM EVENTS se chargeront de l'accueil des invités étrangers à l'aéroport Alger-Houari Boumediene et de leur transfert vers l'Hôtel El-Aurassi. Au terme du congrès, le transport des invités étrangers de l'Hôtel vers l'aéroport sera assuré par C.COM EVENTS.
- **Déroulement des séances scientifiques :**  
Les séances scientifiques se dérouleront au niveau de la salle de conférence EL MAWAKIF et des salles attenantes YWY. Les ateliers auront lieu au niveau des salles YWY.

Le port du badge est obligatoire pendant toute la durée du congrès. Une attestation de participation sera délivrée aux participants au niveau du secrétariat du congrès.

- **E posters** : Des écrans seront disponibles au niveau E pour la visualisation des posters électroniques.
- **Restauration** : Les déjeuners sont prévus au niveau des différents restaurants de l'hôtel, sur présentation du ticket de repas prévu à cet effet. Les tickets seront remis aux participants lors de l'inscription.
- **Instructions aux modérateurs et auteurs** : Les modérateurs des sessions sont priés de veiller au strict respect du timing et au bon déroulement du programme scientifique. Les orateurs sont priés de respecter le temps qui leur est imparti. Les présentations doivent être remises à l'équipe technique avant l'évènement, ou au minimum deux heures avant la session.
- **Instructions aux exposants** : Les stands seront choisis et affectés avant l'évènement. Vous recevrez par email un plan du hall d'exposition ainsi que les conditions d'installation de stands, émises par la direction de l'hôtel, ce qui vous permettra de choisir le stand qui convient en termes de dimensions à votre emplacement. Le montage des stands se fera la veille de l'évènement, en fin de journée, et le démontage le dernier jour de l'évènement.  
Une attestation de participation vous sera délivrée à l'issue de l'évènement.

## Practical information

- **Languages of Scientific Presentations:**  
French, English
- **Congress Venue:** El Aurassi Hotel  
2 Dr. Frantz Fanon Avenue, Les Tagarins, Algiers Centre  
Tel: +213 (0) 21 74 82 52  
Website: <https://www.sahgeed.com>  
Email: contact@elaurassi.dz
- **Congress Dates:** November 27, 28, 29, 2025
- **Accommodation:** El Aurassi Hotel, Ralf Hotel, Space Telemly Hotel
- **SAHGEED Secretariat:**  
Hepatology Department, Mustapha University Hospital, Algiers  
Tel/Fax: +213 23 559 782  
Email: contact@sahgeed.com  
Website: <https://sahgeed.com>
- **Reception / Transportation:**  
Participant registration for the congress will take place on November 27, 2025, starting at 7:30 a.m., and will be managed by representatives of C.COM EVENTS. The Organizing Committee and C.COM EVENTS representatives will welcome international guests upon their arrival at Algiers Houari Boumediene Airport and ensure their transfer to El Aurassi Hotel.  
At the conclusion of the congress, C.COM EVENTS will also organize transportation for international guests from the hotel to the airport.

- **Scientific Sessions :**

Scientific sessions will be held in the EL MAWA-KIF conference hall and adjacent YWY rooms. The workshops will take place in the YWY rooms. Wearing a badge is mandatory throughout the congress.

A certificate of attendance will be provided at the congress secretariat.

- **E posters:** screens will be available on Level E for viewing electronic posters.
- **Catering:** Lunches will be served at the hotel restaurants (upon presentation of the meal ticket provided).

- **Instructions for moderators and speakers:** Session moderators are requested to ensure strict adherence to the schedule and the smooth running of the scientific programme. Speakers are kindly asked to respect the allocated time. Presentations must be submitted to the technical team before the event, or at least two hours before the session.

- **Instructions for Exhibitors:** Stands will be selected and allocated prior to the event.  
You will receive by email a layout of the exhibition hall and the installation requirements issued by the hotel management, allowing you to choose a stand size that fits your location.

Stand setup will take place on the evening before the event, and dismantling on the final day.  
A certificate of participation will be provided at the end of the event.

## **Comité Scientifique Scientific Committee**

*Nawal AFREDJ*

*Khellaf AMALOU*

*Mustapha BOUMENDJEL*

*Fouad BOUTRA*

*Nabil DEBZI*

*Othmane DRIR*

*Zakia KASSAMA*

*Rafik Kerbouche*

*Fadila LOUNES*

*Hassen MAHIOU*

*Chafika MANOUNI*

*Mohamed MOULFI*

*Radia OSMANE*

*Ahmed SALAH*

*Houria SAOULA*

## **Invités communicants étrangers Guest Speakers**

*Altwegg Romain*

*Anderloni Andréa*

*Ashraf Omar*

*Asselah Tarik*

*Belkhodja Hichem*

*Benmakhlof Samir*

*Boschetti Gilles*

*Buti Maria*

*Dadamessi Innocenti*

*El Kassas Mohamed*

*Eloumou Servais*

*Esteban Raphael*

*Etienney Isabelle*

*Koch Stephane*

*Ksiaa Mehdi*

*Levrero Massimo*

*Louati Cyrine*

*Merle Philippe*

*Medhioub Mouna*

*Mouillot Thomas*

*Ngo Innoceent*

*Ntounda Ruffin*

*Rabahi Nabila*

*Said Yousra*

*Saurin Jean Christophe*

*Schneider Nathalie*

*Shehab H*

*Siahmed Sinafaa*

*Subic-Levrero Miroslava*

*Tzeuton Christian*

## ***Communicants nationaux Local speakers***

*Aissaoui Majda  
Amalou Khellaf  
Azzouz Melha  
Belimi HibatAllah  
Belkhatir Amel  
Benalioua H  
Bentabak Kamel  
Berkane Salah  
Bouabdellah Nesrine  
Boussafsaf Med Amine  
Bouzid Chafik  
Chehad Med Nour*

*Chihoub Rafik  
Debzi Nabil  
Drir Othmane  
Etchiali Amel  
Faraoun SidAhmed  
Guessab Nawal  
Habbar A  
Hamadache C  
Haroun Imene  
Kerbouche Rafik  
Kermoune F  
Khelifi M*

*Layaida Karim  
Lounes Fadela  
Manouni Chafika  
Mahiou Hassene  
Meddah Abdelaziz  
Mokhbi M  
Saoula Houria  
Safir Aomria  
Titsaoui Djamilia  
Tebaibia Ammar  
Zemmouchi Chahrzed  
Ziane Imene*

## ***Partenaires scientifiques nationaux et internationaux National and International Scientific Partners***

- Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE)
- Association Française pour l'Etude du Foie (AFFE)
- Collège Evaluation Formation Accréditation en Hépato-Gastroentérologie (CEFA-HGE)
- Association Santé Humanisme Et Innovation Franco-Algérienne (ASHIFA)
- Société Africaine d'Hépato-Gastroentérologie et d'Endoscopie Digestive (SAHGE)
- Fédération Maghrébine de Gastroentérologie
- Society of Liver Disease in Africa (SOLDA)
- Association des Gastroentérologues Libéraux de l'Algérois (AGELA)
- Société Oranaise des Maladies Hépatiques et de l'Appareil Digestif (SOMHAD)
- Association d'Hépato-Gastro-Entérologie et Endoscopie Digestive de Constantine (AHGEEDC)
- Club des Gastroentérologues de Tlemcen
- Algerian Society of Digestive Endoscopy (ASDE)
- MINDAR

**37<sup>èmes</sup> JOURNÉES NATIONALES DE LA SAHGEED**

**ET DES 25<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES DE GASTROENTÉROLOGIE**

**DE L'AFRIQUE FRANCOPHONE (JGAF)**

**EN COLLABORATION AVEC LE SAHGE, CEFA-HGE, SNFGE, L'AFEF ET L'ASHIFA**

# **PROGRAMME**

## **DES COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES**

**AUDITORIUM EL MAWAKIF**

**HÔTEL EL AURASSI**

**DU 27 AU 29 NOVEMBRE 2025**

**Jeudi 27 Novembre 2025**

**08h00-08h30** Accueil des participants

**08h30-08h40** Allocution d'ouverture

**08h40-10h00** Session FMC (I)

Modérateurs : M. Kaci, C. Tzeuton, F. Chettab

**08h40-09h00** Traitement et suivi de l'EBO

**M.A. Boussafsaf**

Service de Gastroentérologie, CHU Mustapha, Alger

**09h00-09h20** Prise en charge des polypes gastriques

**K. Amalou**

Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger

**09h20-09h40** Cholangiocarcinome intra hépatique : prise en charge thérapeutique

**C. Bouzid**

CAC Draa Ben Khedda, Tizi Ouzou

**09h40-10h00** Prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne

**Y. Said**

Service de Gastroentérologie, CHU Charles Nicolle, Tunis

10h00-10h30	<p style="text-align: center;">♦♦♦♦♦ ... ... <b>Pause-Café</b> ... ... ♦♦♦♦♦</p>
10h30-12h00	<p><b>Session FMC (II)</b></p>
	<p><u>Modérateurs</u> : M. Balamane, Y. Said, I. Dadamessi, F. Boutraa</p>
10h30-10h50	<p><b>Polypes recto-coliques : suivi post-polypectomie</b></p>
	<p><b>C. Saurin</b> Service de Gastroentérologie, Hospices civils de Lyon</p>
10h50-11h10	<p><b>Lésions caustiques du tube digestif haut, quoi de neuf ?</b></p>
	<p><b>K. Layaida</b> Gastroentérologue libéral, Alger</p>
11h10-11h30	<p><b>La pochite: stratégies thérapeutiques</b></p>
	<p><b>F. Lounes</b> Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine, Alger</p>
11h30-11h50	<p><b>Intérêt de la check-list en endoscopie digestive</b></p>
	<p><b>N. Schneider</b> Directrice exécutive du CEFA-HGE, Lyon</p>
12h00-12h30	<p><b>Conférence IPSEN</b></p>
	<p><b>Place du gastroentérologue dans le diagnostic précoce des TNE</b></p>
	<p><b>H. Mahiou</b> Service de Gastroentérologie, CHU Lamine Debaghine, Alger</p>
12h30-14h00	<p style="text-align: center;">»»◊◊«« ... ... <b>Pause Déjeuner</b> ... ... »»◊◊««</p>
14h00-14h30	<p><b>Conférence PHARMALLIANCE</b></p>
	<p><b>Infection à Helicobacter Pylori : diagnostic, modalités d'éradications et recommandations.</b></p>
	<p><b>R. Ntounda</b> CHU Saint-Pierre, Bruxelles</p>
14h30-16h00	<p><b>Session CHC (I)</b></p>
	<p><u>Modérateurs</u> : N. Afredj, O. Ashraf, M. Aissaoui, M. Mounah</p>
14h30-14h50	<p><b>Épidémiologie du CHC en Afrique</b></p>
	<p><b>I. Ngo</b> Gastroentérologue libéral, Côte d'Ivoire</p>
14h50-15h10	<p><b>MASLD, Viral Hepatitis and Liver Cancer</b></p>
	<p><b>R. Esteban</b> Service d'Hépatologie, Hôpital Universitaire Vall d'Hebron, Barcelone</p>
15h10-15h30	<p><b>Predictive scores for HCC: practical use and clinical relevance</b></p>
	<p><b>M. Buti</b> Service d'Hépatologie, Hôpital Universitaire Vall d'Hebron, Barcelone</p>
15h30-16h00	<p><b>Communications orales (I)</b></p>



15h30-15h40	<p><b>CO1. Prise en charge du CHC dans le cadre de la RCP : expérience du service d'Hépatologie.</b></p> <p><b>H.A. Belimi</b> <sup>(1)</sup>, S. Assas <sup>(1)</sup>, R. Kerbouche <sup>(1)</sup>, N. Guessab <sup>(1)</sup>, N. Alfredj <sup>(1)</sup>, G. Bahbouh <sup>(1)</sup>, A.A. Daif <sup>(2)</sup>, M. Remache <sup>(2)</sup>, A. Redjil <sup>(2)</sup>, C. Ait benanar <sup>(2)</sup>, K. Bentabak <sup>(2)</sup>, C. Hamadache <sup>(3)</sup>, C. Aimeur <sup>(3)</sup>, A. Habouchi <sup>(4)</sup>, N. Debzi <sup>(1)</sup></p> <p>[1] Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger [2] Service de Chirurgie Oncologique, CPMC, Alger [3] Service de Radiologie centrale, CHU Mustapha, Alger [4] Service de Radiologie, CHU Bab El Oued, Alger</p>
15h40-15h50	<p><b>CO2. Radiologie interventionnelle du CHC : retour d'expérience.</b></p> <p><b>C. Hamadache</b> <sup>(1)</sup>, Y. Mahiou <sup>(1)</sup>, R. Boufis <sup>(1)</sup>, C. Aimeur <sup>(1)</sup>, M. Tabouche <sup>(2)</sup>, M.A. Habouchi <sup>(3)</sup></p> <p>[1] Service de Radiologie, CHU Mustapha, Alger [2] Service de Radiologie, CHU Blida [3] Service de Radiologie, CHU Lamine Debaghine, Bab el Oued, Alger</p>
15h50-16h00	<p><b>CO3. Le carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose chez le sujet âgé.</b></p> <p><b>I. Haroun</b>, G. Bahbouh, A.A. Daif, S. Benameur, Z. Boudiaf, M. Kheloufi, K. Cherchar, Z. Hattou, H. Boutekdjiret, K. Bentabak</p> <p>Service de chirurgie oncologique, CPMC A, Alger Université des sciences de la santé Youcef Elkhattib, Alger</p>
16h00-16h30	<p>◆◆◆◆◆ ... ... <b>Pause-Café</b> ... ... ◆◆◆◆◆</p>
16h30-18h00	<p><b>Session CHC (II)</b></p> <p><b>Modérateurs :</b> C. Manouni, J. Condo, L. Maalem, H. Mahiou</p> <p><b>TraITEMENT actuel du CHC avancé : Quelles stratégies, quels résultats ?</b></p> <p><b>Visio-conférence</b></p> <p><b>P. Merle</b> Service d'Hépatologie et Gastro-entérologie, Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon. INSERM U1052, Centre de Recherche sur le Cancer de Lyon</p> <p><b>Prise en charge du CHC en Afrique : état des lieux.</b></p> <p><b>O. Ashraf</b> Cairo University - Society on Liver Disease in Africa (SOLDA)</p> <p><b>Modalités de suivi post-thérapeutique du CHC.</b></p> <p><b>S.A.F. Eloumou Bagnaca</b> Chef de service de médecine interne, HGOPED MCA en Hépato-gastroentérologue et Oncologie digestive FMSP - Douala, Cameroun</p>
17h30-18h00	<p><b>Communications orales II</b></p>
17h30-17h40	<p><b>CO4. Prédition du pronostic chez les patients atteints de carcinome. Hépatocellulaire : rôle du score easy albumin–bilirubin.</b></p> <p><b>S. Hedhli</b>, M. Medhioub, M. Yakoubi, M. Mahmoudi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, A. Khsib, L. Hamzoui Service de Gastroentérologie, Hopital Med Tahar Maamouri, Nabeul</p>

- 17h40-17h50 **CO5. Evaluation comparative des scores PAGE-B et PAGE-B modifié (mPAGE-B) dans la prédition du carcinome hépatocellulaire chez les patients atteints d'hépatite B chronique traités par analogues nucléotidiques.**  
**A. Safir, M. Chenna, A. Benslimane, F. Aici, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. Oulad Kouider, A. Bouteraa, N. Amani, L. Mallem**  
Service d'Hépatologie, EPH Dr Mohamed Balaska, Oran

18h00-19h15

**Symposium ROCHE**



**Modérateurs : K. Bentabak, N. Debzi, SA. Faraoun, D. Belabdi**

**Le rôle de la MDT dans l'optimisation du parcours de soins du patient atteint de CHC à l'ère de l'immunothérapie.**

## Vendredi 28 Novembre 2025

08h30-10h00

**Session MICI (I)**

**Modérateurs : K. Belhocine, D. Dia, F. Lounes, D. Titsaoui**

08h30-09h00

**Communications orales (III)**

08h30-08h40

**CO6. Cancers et MICI : Série Hospitalière**

**I. Ziane<sup>(1)</sup>, K. Kabah<sup>(1)</sup>, D. Hamidouche<sup>(1)</sup>, Y. Aissat<sup>(1)</sup>, A. Mitiche<sup>(1)</sup>, A. Benrabbia<sup>(1)</sup>, S. Saichi<sup>(1)</sup>, R. Meriem<sup>(1)</sup>, R. Osmane<sup>(1)</sup>, M. Aissaoui<sup>(1)</sup>, H. Mahiou<sup>(1)</sup>, AF. Boutaleb<sup>(1)</sup>, M. Nakmouche<sup>(1)</sup>, N. Ait Hamadouche<sup>(2)</sup>, H. Saoula<sup>(1)</sup>**  
[1] Service de Gastroentérologie ; CHU Bab El Oued  
[2] Service d'Epidémiologie et de Médecine préventive, CHU Bab El Oued

08h40-08h50

**CO7. Facteurs prédictifs d'échec de la biothérapie dans les MICI : étude rétrospective hospitalière au CHU de Tlemcen.**

**A. Belkhatir, S. Béllifa, N. Attia, H. Mahi, W. Benaouda, Y. Taleb, O. Mehammedi, C. Bensalah, A. Benzerdjb, W. Maloum**  
Service de Gastroentérologie, CHU de Tlemcen

08h50-09h00

**CO8. La maladie de Crohn proximale, un phénotype à risque de complications. Expérience d'un centre tertiaire.**

**S. Zemmouchi, F. Azizi, F. Lounes, R. Ouldgougam, H. Kermadi, S. Cheraitia, N. Benmaouche, Y. Chikhi, MEA. Boudjella**  
Service de Médecine Interne Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

09h00-09h20

**Biomarqueurs dans les MICI : quels outils pour quels patients ?**

**R. Altwegg**  
Service de Gastroentérologie, Hôpital de Montpellier

09h20-09h40

**Prise en charge des MICI : vers un traitement à la carte**

**G. Boschetti**  
Service de Gastroentérologie, Hôpital Lyon Sud, Lyon

09h40-10h00

**Présentation du livre blanc**

**H. Saoula**

Service de Gastroentérologie, CHU Lamine Debaghine, Alger



10h00-10h30

**Conférence TAKEDA**

**Actualités du Vedolizumab dans les MICI**

**C. Manouni**

Service de Gastroentérologie, EHU Oran

10h30-11h00

◆◆◆◆◆ ... ... **Pause-Café** ... ... ◆◆◆◆◆

11h00-12h00

**Session MICI (II)**

Modérateurs : H. Saoula, ML. Bassene, D. Tagzout, Z. Kassama

11h00-11h30

**Communications orales (IV)**

11h00-11h10

**CO9. Anastomose iléo-anale avec réservoir dans la RCH : morbidité post opératoire et qualité de vie.**

**L. Khelifi, M.F. Guerni, H. Chatter, M. Mokhbi, F. El Metennani, K. Boughezala, N. Sid Idris**

Service de chirurgie générale, hôpital Birtraria, Alger

11h10-11h20

**CO10. Chirurgie élective de la Maladie de Crohn : « Impact et intérêts ».**

**A. Hebbar<sup>1</sup>, M. Elaib<sup>1</sup>, M. Benyettou<sup>2</sup>, C. Manouni<sup>2</sup>, D. Benali Ammar<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>: Service des UMC EHU d'Oran. <sup>2</sup>: Service d'HGE EHU d'Oran.

11h20-11h30

**CO11. Drainage percutané et chirurgie différée : vers une prise en charge optimisée des abcès intra-abdominaux dans la maladie de Crohn.**

**M. Mokhbi, L. Khelifi, H. Chatter, F. El Metennani, K. Boughezala, M.F. Guerni, N. Sid Idris**

Service de chirurgie générale, hopital Birtraria, Alger

11h30-12h00

**Conférence JOHNSON & JOHNSON**



**Stelara : une nouvelle ère dans la prise en charge des MICI en Algérie.**

**D. Titsaoui**

Service de gastroentérologie, CHU Sidi Belabbes

12h00-12h45

**Symposium BEKER**



Modérateurs : N. Debzi

12h00-12h30

**Hépatite B et TAF : « Recommandations et Perspectives ».**

**T. Asselah**

Université de Paris-Cité - Service d'Hépatologie, Hôpital Beaujon, Paris

12h30-12h45

**Prise en charge de l'hépatite C chronique chez l'enfant.**

**H. Benalioua**

Service de Pédiatrie, CHU Mustapha, Alger

12h45-14h00

◆◆◆◆◆ ... ... **Pause Déjeuner** ... ... ◆◆◆◆◆

14h00-14h30

Conférence ABBVIE



Modérateur : H. Saoula

Réinventer la prise en charge des MICI : vers de nouveaux standards.

H. Shehab

Gastro-entérologue, université du Caire

14h30-16h00

Session proctologie en collaboration avec le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon (DCSS)

Modérateurs : N. Korti, I. Etienney, S. Kordjani, PE. Itoudi Bignoumba

14h30-14h50

Les urgences en proctologie.

M. Ksiaa

Service de Gastroentérologie, Hôpital Sahloul, Sousse

14h50-15h10

Stratégie d'exploration de l'incontinence anale.

N. Rabahi

Service de Proctologie, groupe Hospitalier DCSS, Paris

14h10-15h30

Prise en charge des LAP dans la MC.

I. Etienney

Service de Proctologie, groupe Hospitalier DCSS, Paris

15h30-16h00

Cas cliniques – Images commentées.

N. Rabahi – I. Etienney

Service de Proctologie, groupe Hospitalier DCSS, Paris

16h00-16h30

... ♦ ♦ ♦ ... ... Pause-Café ... ... ... ♦ ♦ ♦ ...

16h30-18h00

Session Hélicobacter Pylori

Modérateurs : MA. Bachtarzi, F. Lounes, A. Boutaleb

16h30-16h50

Aspects pratiques de la prise en charge de l'infection HP.

R. Ntounda

CHU Saint-Pierre, Bruxelles

16h50-17h20

Cas clinique interactif. Optimisation du traitement d'éradication de l'HP.

M. Medhioub

Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul

17h20-17h30

Résultats Enquête: évaluation de pratique dans la prise en charge de l'HP en Algérie

F. Lounes

Hôpital Bologhine, Alger

17h30-18h00

Résultats préliminaires étude HP

M. Aissaoui, MA. Bachtarzi

Service de Gastroentérologie, CHU Lamine Debaghine, Alger

Laboratoire Central, CHU Issad Hassani, Alger

18h00

Résultat QUIZ, remise des prix



## Samedi 29 Novembre 2025

Live d'endoscopie en collaboration avec l'ASDE à partir de l'unité d'endoscopie digestive du service d'Hépatologie  
Service d'anesthésie réanimation-A, CHU Mustapha; Alger  
Pr Selmi - Dr Ramdane Cherif - Dr Djebrouni

08h30-10h00

Session 1 Live d'endoscopie

LIVE

Modérateurs : M. Nakmouche, M. Ksiaa, M. Bouchene, I. Bougadouma

Salle 1 : A. Anderloni – K. Amalou – M. Mouffi

Salle 2 : K. Layaida – R. Kerbouche

10h00-10h30

Conférence 1 : IA et détection / caractérisation des polypes

S. Koch

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon

10h30-11h00

♦♦♦♦♦ ... ... Pause-Café ... ... ♦♦♦♦♦

11h00-12h30

Session 2 Live d'endoscopie

LIVE

Modérateurs : I. Dadamessi, A. Rehamnia, A. Loumi, N. Taouchichet

Salle 1 : A. Al Lehibi – N. Debzi – A. Salah

Salle 2 : H. Belkhodja – O. Abdesslam

12h30-14h00

»»◊◊««... ... Pause Déjeuner ... ... »»◊◊««

14h00-14h30

Conférence 2 : EUS-guided biliary drainage : when, how and why ?

A. Anderloni

Gastroenterology and Digestive Endoscopy unit, Universita degli study di Pavia, Italy

14h30-16h30

Session 3 Live d'endoscopie

LIVE

Modérateurs : M. Balamane, A. Salah, M. Mouffi, K. Amalou

Salle 1 : S. Koch – S. Rebiai – O. Drir

Salle 2 : MA. Boussafsaf – Y. Aissat – K. Layaida

16h30-17h00

Conférence 3 : Obturation des varices gastriques par coils

S. Benmakhlouf – M. Subic-Levrero

Service d'hépatologie, hôpital de la Croix Rousse, Lyon

ATELIERS / WORKSHOPS  
SALLES YWY  
HÔTEL EL AURASSI  
DU 27 AU 29 NOVEMBRE 2025

Jeudi 27 Novembre 2025



08h30-18h00	<b>Atelier I : initiation à l'échographie</b>  <u>Modérateurs</u> : M. Bahloul, M. Saadi, M. Bouaroura
08h30-12h30	<b>Echographie hépatobiliaire</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Généralités</li><li>• Echo-anatomie du foie normal</li><li>• Aspects pathologiques du foie<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Stéatose</li><li>◦ Cirrhose</li><li>◦ Pathologie tumorale</li></ul></li></ul>
14h00-17h00	<b>Pratique sur mannequin (2 groupes)</b>
14h30-16h00	<b>Session parallèle (I).      Communications orales (V)</b>  <u>Modérateurs</u> : A. Salah, I. Dadamessi, R. Osmane
14h30-14h40	<b>CO12. Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) : Facteurs prédictifs de morbi-mortalité.</b> R. Kerbouche <sup>(1)</sup> , S. Ould Mohammedi <sup>(1)</sup> , S. Tirirchine <sup>(1)</sup> , N. Afredj <sup>(1)</sup> , H.A. Belimi <sup>(1)</sup> , N. Guessab <sup>(1)</sup> , I. Ouled Cheikh <sup>(1)</sup> , O. Drir <sup>(2)</sup> , M. Moulfi <sup>(3)</sup> , N. Debzi <sup>(1)</sup> [1] Hépatologie, CHU Mustapha [2] Clinique Fatima El Azhar [3] Clinique Raya
14h40-14h50	<b>CO13. Impact de l'évaluation macroscopique sur site (MOSE) sur la précision de la biopsie à aiguille fine guidée par écho endoscopie (eus-FNB) des lésions solides : essai contrôlé randomisé.</b> K. Amalou, N. Kecili, R. Rekab, A. Belloula, K. Saidani Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger
14h50-15h00	<b>CO14. Injection d'adrénaline péripapillaire associée au diclofénac rectal pour la prévention de la pancéatite post-CPRE chez les patients à haut risque : essai contrôlé randomisé.</b> K. Amalou, N. Benboudiaf, H. Chetroub, K. Saidani Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger
15h00-15h10	<b>CO15. Prise en charge endoscopique des cholangiocarcinomes extra hépatiques : expérience de notre service.</b>

	<b>A. Meddah</b> , N. Cheikh, H. Chetroub, M. Ghediri, N. Benboudiaf, N. Kicili, K. Amalou, K. Saidani Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger		
15h10-15h20	<b>CO16. Peroral Endoscopic Myotomy (POEM): Résultats préliminaires du centre médical ATHENA de Constantine.</b> <b>M.N. Chehad</b> <sup>(1)</sup> , A. Rechache <sup>(2)</sup> , Y. Chelbi <sup>(1)</sup> , M.R. Khaled <sup>(3)</sup> , G. Elsayed <sup>(3)</sup> [1] Gastroentérologues libéraux Constantine, Clinique Athéna, Zouaghi, Constantine [2] Gastroentérologue hospitalo-universitaire, Alger [3] Gastroentérologue, Egypte		
15h20-15h30	<b>CO17. Complications de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique : Identification des facteurs de risque dans une cohorte de 800 patients.</b> <b>C. Louati</b> , M. Yakoubi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, G. Gharbi, A. Khsiba, M. Medhioub, L. Hamzaoui Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul		
16h00-16h30	<b>+♦◊♦+ ... ... Pause-Café ... ... +♦◊♦+</b>		
16h30-17h30	<table border="0"> <tr> <td style="background-color: #ADD8E6; color: white; padding: 2px 10px;"><b>Session parallèle (II).</b></td> <td style="background-color: #ADD8E6; color: white; padding: 2px 10px;"><b>Communications orales (VI)</b></td> </tr> </table> <p><u>Modérateurs :</u> K. Amalou, C. Bouzid, M. Boumendjel</p>	<b>Session parallèle (II).</b>	<b>Communications orales (VI)</b>
<b>Session parallèle (II).</b>	<b>Communications orales (VI)</b>		
16h00-16h10	<b>CO18. Chirurgie en 1 ou 2 temps tumeurs de la sphère hépato-pancréato-biliaire (HPB). Apports et limites. Analyse de 254 cas.</b> <b>S. Berkane</b> Service de chirurgie viscérale et oncologique. EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger		
16h10-16h20	<b>CO19. Analyse des résultats immédiats de la dérivation biliaire palliative pour cancer de la sphère hépato-bilio-pancréatique (HBP) : apports et limites de la prise en charge de 471 patients.</b> <b>S. Berkane</b> Service de chirurgie viscérale et oncologique. EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger		
16h20-16h30	<b>CO20. Cholangite Biliaire Primitive : Evaluation Pronostique du Globe score dans une cohorte locale.</b> <b>F. Kermoun</b> , R. Kerbouche, H. Belimi, S. Assas, N. Guessab, N. Afredj, N. Debzi Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger		
16h30-16h40	<b>CO21. Ratio numération plaquettaire/diamètre splénique : un prédicteur non invasif du risque faible de varices œsophagiennes chez les patients cirrhotiques.</b> <b>C. Louati</b> , G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Yakoubi, A. Khsiba, M. Mahmoudi, M. Medhioub, L. Hamzaoui Hôpital Mohamed Taher Maamouri Nabeul		
16h40-16h50	<b>CO22. Caractéristiques cliniques et évolutives de l'ACLF chez les patients hospitalisés pour cirrhose décompensée.</b> <b>H. A. Belimi</b> <sup>(1)</sup> , S. Assas <sup>(1)</sup> , R. Kerbouche <sup>(1)</sup> , N. Guessab <sup>(1)</sup> , N. Afredj (1), S. Dahanane <sup>(2)</sup> , MK. Guerchani <sup>(2)</sup> , G. Brahimi <sup>(2)</sup> , N. Debzi <sup>(1)</sup> [1] Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger [2] Service d'Epidémiologie, CHU Mustapha, Alger		
16h50-17h00	<b>CO23. Performance de l'«UDCA Response Score» dans la prédiction de la réponse thérapeutique dans la cholangite biliaire primitive : étude monocentrique.</b>		

**R. Rejeb**, M. Medhioub, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi,  
A. Khsiba, L. Hamzaoui  
Hôpital Mohamed Taher Maamouri Nabeul

## Vendredi 28 Novembre 2025

### Atelier II : résection muqueuse EMR/ESD



Modérateurs : H. Belkhodja – R. Chihoub

08h30-09h00	Mucosectomie. Indications, matériel, technique. Gestion des complications, comment éviter la récidive post-mucosectomie. <b>R. Chihoub</b> Gastro-entérologue libéral, Constantine
09h00-09h30	ESD. Matériel, technique. Indications: peace-meal Vs ESD ? Gestion des complications <b>H. Belkhodja</b> Endoscopie interventionnelle, Hôpital Gustave Roussy, Paris
09h30-10h30	Hands On (I)
10h30-11h00	◆◆◆◆◆ Pause-Café ◆◆◆◆◆
11h00-12h30	Hands On (II)
12h30-14h30	◆◆◆◆◆ Pause Déjeuner ◆◆◆◆◆
14h30-16h00	<b>Session MASLD (I)</b> <u>Modérateurs</u> : N. Debzi, M. El Kassas, R. Ould Gougam, N. Guessab
14h30-14h50	Stratégies d'évaluation non invasive de la fibrose hépatique au cours de la MASLD. <b>T. Mouillot</b> Service d'Hépato- gastroentérologie, CHU Dijon
14h50-15h10	Liver biopsy in MASLD: gold standard or outdated standard ? <b>M. El Kassas</b> Faculty of Medicine, Helwan University, Cairo
15h10-15h30	Prise en charge de l'obésité en Algérie : acquis et perspectives. <b>A. Tebaibia</b> Service de Médecine Interne, Hôpital Birtraria, Alger
15h30-16h00	<b>Communications orales (VII)</b>
15h30-15h40	<b>CO24. MASLD Dans La Région Mena : Résultats Préliminaires.</b> <b>N. Guessab</b> [1], R. Osmane [2], N. Aga [1], S. Ould Mohamedi [1], A. Guechi [1], R. Moulahcene [3], Y. Djeghlaf [3], F. Hocine [4], Yaici [5], L. Chikhi [6], S. Gourari [7], N. Afredj [1], R. Kerbouche [1], H.A. Belimi [1], S. Assas [1], N. Debzi [1]

	[1] Service d'hépatologie, CHU Mustapha, Alger [2] Service de Gastrologie, CHU Bab El Oued, Alger [3] Université des sciences et de la technologie Houari Boumediene (USTHB), Alger [4] Service de radiologie CPMC, Alger [5] Service de Biochimie ,CHU Mustapha, Alger [6] Centre de transfusion sanguine, CHU Mustapha, Alger [7] Service de Microbiologie,CHU Mustapha, Alger
15h40-15h50	<b>CO25. lastométrie par ondes de cisaillement : un outil d'évaluation de la fibrose hépatique au cours de la MASLD.</b> <b>N. BouabdAllah, N. Afredj, L. Henaoui, A. Tebaibia, NEH. Khelil, N. Brikci Negassa, A. Lounici</b> Laboratoire de Recherche sur le Diabète, Département de Médecine Interne, CHU de Tlemcen, Faculté de Médecine, Université Aboubekr Belkaid, Tlemcen
15h50-16h00	<b>CO26. La «Lean MAFLD» versus MAFLD obèse : Une comparaison des phénotypes cliniques, biologiques et histologiques.</b> <b>S. Zemmouchi, T. Soualah, A. Amoumene, R. Grimes, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella</b> Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger
16h00-16h30	◆◆◆◆◆ Pause-Café ◆◆◆◆◆
16h30-18h00	<b>Session MASLD (II)</b> <b>Modérateurs : K. Saidani, SA. Eloumou, R. Osmane, M. Boumendjel</b>
16h30-16h50	<b>Place des GLP1 dans la stratégie thérapeutique de la MASH.</b> <b>M. Azzouz</b> Service de Diabétologie – Endocrinologie, Hôpital Bologhine, Alger
16h50-17h10	<b>MASLD : quelle prise en charge pratique dans la vraie vie.</b> <b>M. Levrero</b> Service d'hépatologie, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon
17h10-17h30	<b>Paris-NASH meeting 2025 quoi de neuf.</b> <b>S. Si Ahmed</b> Hépatologue, Nice
17h30-18h00	<b>Communications orales (VIII)</b>
17h30-17h40	<b>CO27. Facteurs pronostiques de la MAFLD et de la MASH chez des patients avec troubles de la glycérégulation : résultats d'une étude prospective.</b> <b>S. Zemmouchi, A. Amoumene, R. Grimes, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella</b> Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger
17h40-17h50	<b>CO28. Pronostic de la Cirrhose MASLD à Tlemcen : Apport des Scores MELD, Child-Pugh et FIB-4.</b> <b>A. Etchiali</b> Service de Gastro-entérologie, CHU Tlemcen

**Journal**  
**ALGÉRIEN DE GASTROENTÉROLOGIE**

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ISSN 2392-5299

FORMATION  
MÉDICALE  
CONTINUE

CONTINUING  
MEDICAL  
EDUCATION  
FILE



**SAHGEED**

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE  
D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE  
ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE



## L'œsophage de Barrett : Surveillance et traitement

### ***Barrett's esophagus: Monitoring and treatment***

MA. Boussafsa, K. Belhocine

Service de gastroentérologie CHU Mustapha, Alger

#### **Résumé**

##### **Mots-clés:**

Œsophage de Barrett ;  
Surveillance endoscopique ;  
radiofréquence ; Dysplasie ;  
Adénocarcinome.

*L'œsophage de Barrett (EBO) est une transformation métaplasique de l'épithélium œsophagien liée au reflux gastro-œsophagien chronique, représentant une lésion précancéreuse majeure de l'adénocarcinome œsophagien. La prise en charge repose sur trois piliers : la surveillance endoscopique rigoureuse, le traitement endoscopique des lésions dysplasiques ou cancéreuses précoces, et le traitement médical à base d'inhibiteurs de la pompe à protons, associé à des mesures hygiéno-diététiques. La mucosectomie et la radiofréquence constituent les techniques thérapeutiques de référence, avec des taux de guérison dépassant 90 % et une morbidité faible. La chirurgie est désormais réservée aux échecs de l'endoscopie ou aux formes invasives. Les perspectives de prise en charge incluent l'intégration de l'intelligence artificielle en imagerie, le dépistage non invasif (Cytosponge™, biomarqueurs) et la stratification personnalisée du risque. Cette évolution permet une approche moins invasive, plus efficace et mieux tolérée par les patients..*

#### **Abstract**

##### **Keywords:**

Barrett's esophagus;  
Endoscopic surveillance;  
Radiofrequency ; Dysplasia;  
Adenocarcinoma.

*Barrett's esophagus (BE) is a metaplastic transformation of the esophageal epithelium caused by chronic gastroesophageal reflux disease, representing a major precancerous lesion for esophageal adenocarcinoma. Its management relies on three pillars: rigorous endoscopic surveillance, endoscopic treatment of dysplastic or early cancerous lesions, and medical therapy with proton pump inhibitors, combined with lifestyle measures. Endoscopic mucosal resection and radiofrequency ablation are the standard techniques, achieving cure rates over 90% with low morbidity. Surgery is now restricted to cases of endoscopic failure or invasive disease. Future perspectives include the use of artificial intelligence in endoscopic imaging, non-invasive screening methods (Cytosponge™, biomarkers), and individualized risk stratification. These advances allow a less invasive, more effective, and better tolerated approach for patients with BE, significantly improving outcomes and quality of life.*

## **I. Introduction**

L'œsophage de Barrett (EBO), ou endobrachyœsophage, occupe une place centrale dans la pratique gastroentérologique moderne. Il s'agit d'une affection caractérisée par le remplacement de l'épithélium malpighien normal de l'œsophage distal par un épithélium glandulaire de type intestinal, secondaire à une exposition chronique au reflux gastro-œsophagien (RGO). Cette transformation histologique confère à l'EBO le statut de véritable lésion précancéreuse, du fait de son association étroite avec l'adénocarcinome de l'œsophage, dont l'incidence ne cesse de croître dans les pays occidentaux.

Pour le praticien, l'EBO soulève plusieurs enjeux

1. Identifier les patients à risque afin de proposer un dépistage ciblé ;

2. Optimiser la surveillance endoscopique, indispensable pour détecter les lésions dysplasiques précoces ;
3. Proposer un traitement adapté lorsque la dysplasie est confirmée, en privilégiant les approches endoscopiques mini-invasives plutôt que la chirurgie lourde ;
4. Accompagner les patients dans le suivi à long terme, en tenant compte de l'anxiété générée par le caractère précancéreux de la maladie.

## **II. Stratégies de surveillance endoscopique**

### **1) Objectifs de la surveillance**

La surveillance endoscopique de l'EBO a trois buts principaux :

1. Déetecter précocement les dysplasies et cancers superficiels, accessibles à un traitement curatif endoscopique.

2. Réduire la mortalité liée à l'adénocarcinome œsophagien, en intervenant à un stade précoce.

3. Rassurer les patients, souvent anxieux face au risque de cancer.

## 2) Conditions techniques

Pour être efficace, la surveillance doit répondre à des standards élevés :

- Utilisation d'un **endoscope haute résolution** avec processeur et écran adaptés.

- Réalisation de l'examen dans un **temps dédié**, en prenant au moins **1 minute par centimètre** d'EBO.

- Lavage soigneux de la muqueuse (eau ± mucolytiques comme la N-acétylcystéine) pour améliorer la visibilité.

- Exploration systématique du cardia en rétrovision.

- Documenter toutes les anomalies visibles par photographies.

La qualité de la surveillance dépend directement de la **formation et de la motivation de l'endoscopiste**.

## 3) Techniques d'imagerie

- **Lumière blanche haute résolution** : indispensable, base de l'examen.

- **Chromoendoscopie électronique (NBI, BLI, LCI, i-Scan)** : aide au repérage des anomalies glandulaires et vasculaires.

- **Acide acétique** : simple, très sensible pour mettre en évidence la DHG.

- **Endomicroscopie confocale, autofluorescence** : réservées aux centres experts.

Ces méthodes ne sont pas obligatoires en routine, mais leur usage améliore la détection des lésions suspectes.

## 4) Biopsies : protocole de Seattle

Le protocole de Seattle reste le **gold standard** malgré ses limites :

**Biopsies quadrangulaires tous les 2 cm** sur toute la longueur de l'EBO.

- Tous les **1 cm** en cas de suspicion de dysplasie.

- Anomalies visibles : biopsiées séparément dans des pots identifiés.

Même si les biopsies ciblées sont plus rentables, les biopsies systématiques gardent leur valeur pour ne pas méconnaître une dysplasie invisible.

## 5) Intervalles de surveillance

- < 1 cm (**ligne Z irrégulière, C0M1**) : aucune surveillance.

- **EBO 1–3 cm** : tous les 5 ans.

- **EBO 3–10 cm** : tous les 3 ans.

- **EBO > 10 cm** : suivi dans un **centre expert** (intervalle individualisé).

Arrêt de la surveillance après 75 ans si absence de dysplasie antérieure, car le bénéfice devient marginal par rapport aux risques.

## 6) Surveillance après traitement

Après traitement endoscopique (mucosectomie, radiofréquence), une surveillance rapprochée est recommandée pour détecter les récidives ou les lésions métachrones.

## III. Traitement :

### 1) Traitement médical

Le traitement médical de l'œsophage de Barrett repose principalement sur le **contrôle de l'acidité gastrique** et la prévention des lésions muqueuses induites par le reflux.

- **Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)** :

- Constituent le **pilier du traitement médical**.

- Leur efficacité est bien démontrée pour soulager les symptômes de reflux et cicatriser l'œsophagite.

- Ils réduisent l'inflammation chronique et pourraient abaisser légèrement le risque de progression vers la dysplasie.

- La plupart des recommandations suggèrent une **prescription continue à dose standard**, avec adaptation individuelle (double dose en cas de reflux persistant).

- **Mesures hygiéno-diététiques** : perte de poids, surélévation de la tête de lit, réduction des repas copieux, limitation de l'alcool et du tabac. Elles restent indispensables en complément des IPP.

En résumé, le traitement médical est indispensable pour **contrôler le reflux et améliorer la qualité de vie**, mais il ne constitue **aucunement une alternative aux traitements endoscopiques** en cas de dysplasie ou de cancer superficiel.

### 2) Traitement endoscopique de l'œsophage de Barrett

#### A. Principes généraux

Le traitement endoscopique de l'œsophage de Barrett vise à éradiquer les lésions dysplasiques ou cancéreuses superficielles et à prévenir la progression vers l'adénocarcinome invasif, tout en évitant le recours à l'œsophagectomie. Les techniques actuelles permettent d'obtenir des résultats

oncologiques excellents, avec un profil de sécurité largement supérieur à celui de la chirurgie.

Deux approches principales se complètent :

**1. Les techniques de résection** (mucosectomie, dissection sous-muqueuse), qui permettent de retirer les lésions visibles et d'obtenir un examen histologique fiable.

**2. Les techniques d'ablation** (radiofréquence, cryothérapie, plasma argon), qui permettent d'éradiquer la muqueuse métaplasique résiduelle et de réduire le risque de récidive métachrone.

## B. Techniques de résection

### a. Mucosectomie endoscopique (ME)

La ME est la technique la plus utilisée pour la résection des lésions visibles de l'EBO. Deux procédés principaux sont disponibles :

- **l'aspiration-section** à l'anse, après mise en tension de la muqueuse par un cap transparent ;
- la **ligature-section** par élastique (Durette<sup>TM</sup>), qui permet une résection rapide et reproductible.

Les résultats sont très encourageants. Dans une série prospective incluant **170 patients et 1060 résections** pour adénocarcinome superficiel, le taux de complications graves était extrêmement faible :

- **aucune perforation,**
- **3 % de saignements immédiats** (tous contrôlés endoscopiquement),
- **2 % de saignements retardés**

La ME présente un double intérêt : elle est thérapeutique, mais également diagnostique, car elle permet d'obtenir une pièce histologique de qualité. Cela est crucial, car il existe une **discordance dans environ 50 % des cas** entre le grade établi sur les biopsies initiales et celui défini sur la pièce de résection

### b. Dissection sous-muqueuse (DSM)

La DSM permet une résection **monobloc** de lésions >15 mm, ce qui améliore la précision du staging histologique. Elle est plus complexe techniquement et doit être réalisée dans des centres experts.

Les séries européennes multicentriques montrent des résultats comparables aux grandes séries asiatiques, avec un très faible taux de complications graves

Cependant, un écueil majeur est le **risque de sténose** : celui-ci atteint ≈ 90 % lorsque la résection excède **70 % de la circonférence œsophagienne**.

En pratique, la ME reste la technique de première intention pour les néoplasies précoces sur EBO. La DSM est réservée aux lésions volumineuses, non résécables en fragments, ou suspectes d'invasion sous-muqueuse.

## C. Techniques d'ablation

### a. Radiofréquence (RFA)

La RFA est la technique d'ablation la plus validée. Elle repose sur l'utilisation de sondes circulaires (ballon) ou focales délivrant une énergie thermique contrôlée.

Les méta-analyses confirment son **efficacité élevée (>90 % d'éradication complète de la métaplasie et de la dysplasie)** avec un profil de sécurité excellent :

- **0,02 % d'hémorragies graves,**
- **0,01 % de perforations,**
- **aucune mortalité rapportée** dans les grandes séries

La complication la plus fréquente reste la **sténose œsophagiennne**, observée dans environ **10 % des cas**, généralement traitée efficacement par dilatations.

Ses limites tiennent au risque de récidive de muqueuse de Barrett ou d'apparition de cancer après traitement, liés à la présence de glandes enfouies sous le néo-épithélium.

### b. Cryothérapie

La cryothérapie repose sur la pulvérisation de gaz réfrigérant (azote liquide, CO<sub>2</sub>) entraînant une nécrose par congélation. Ses avantages potentiels incluent un risque **plus faible de sténose** que la RFA. Toutefois, les preuves scientifiques restent limitées, et la technique n'est pas encore largement diffusée.

### c. Plasma Argon (Hybrid APC)

Cette méthode consiste à délivrer un jet d'argon ionisé, provoquant une destruction superficielle. Les premiers résultats montrent une bonne efficacité et une sécurité acceptable. Elle pourrait représenter une alternative à la RFA dans des cas sélectionnés, mais son rôle exact reste à définir.

## D. Stratégies combinées

La stratégie la plus validée associe :

1. **Résection endoscopique** des lésions visibles (ME ou

DSM), suivie de RFA pour éradiquer le Barrett résiduel.

Les résultats sont excellents :

- **96,3 % de résections complètes** après ME,
- **93,8 % de rémission à long terme,**
- seulement 3,7 % des patients nécessitant une chirurgie,
- La complication la plus fréquente reste la sténose œsophagienne ( $\approx 10\%$ ), mais elle est le plus souvent contrôlée par dilatations endoscopiques.

### 3). Traitement chirurgical

#### a. Place de la chirurgie

L'œsophagectomie a longtemps été considérée comme le traitement de référence de la DHG et des adénocarcinomes précoces. Aujourd'hui, grâce aux techniques endoscopiques, son rôle est nettement réduit.

La chirurgie est indiquée dans les situations suivantes :

- **Échec du traitement endoscopique** (lésion non résécable, récidive non contrôlée).
- **Adénocarcinome avec invasion sous-muqueuse profonde (T1b > 500 µm).**
- Présence de **facteurs de mauvais pronostic histologique**: emboles lymphovasculaires, marges positives, différenciation médiocre.
- Patient jeune et en bon état général, acceptant une chirurgie lourde.

#### b. Techniques chirurgicales

- **Œsophagectomie transthoracique ou transhiatale**, avec reconstruction gastrique ou colique.
- Techniques mini-invasives de plus en plus fréquentes (thoraco-laparoscopie).

#### c. Résultats et risques

- **Mortalité périopératoire** : 2–5 % dans les centres spécialisés.

• **Morbimortalité significative** : complications respiratoires, anastomotiques, nutritionnelles.

• **Qualité de vie** : souvent altérée (dysphagie, reflux, perte pondérale).

Ainsi, la chirurgie est **réservée à des indications sélectionnées**, l'endoscopie restant la référence pour la majorité des patients avec EBO dysplasique ou cancer superficiel.

### IV. Conclusion pratique

L'œsophage de Barrett est une affection fréquente et en évolution croissante, représentant la principale lésion pré-cancéreuse de l'adénocarcinome œsophagien. Sa prise en charge repose sur trois piliers :

1. **Surveillance adaptée au risque** : endoscopie haute résolution avec protocoles stricts (Seattle), adaptée à la longueur du segment et au grade histologique.

2. **Traitement endoscopique en cas de dysplasie confirmée ou d'adénocarcinome superficiel** : mucosectomie/dissection des lésions visibles suivie d'une ablation (radiofréquence) du Barrett résiduel.

3. **Traitement médical systématique par IPP**, indispensable pour contrôler le reflux, associé à des mesures hygiéno-diététiques.

La chirurgie garde une place restreinte, limitée aux cas d'échec de l'endoscopie ou d'adénocarcinome invasif.

L'évolution thérapeutique récente est marquée par un **taux de guérison élevé (>90 %)** des néoplasies précoces grâce aux approches endoscopiques, avec une morbidité très inférieure à celle de la chirurgie.

Enfin, les progrès attendus concernent :

- le **dépistage non invasif** (Cytosponge™, biomarqueurs),
- l'**amélioration des techniques d'imagerie** (IA, endoscopie numérique),
- et la **stratification individualisée du risque** par génétique et histologie moléculaire.

## Références

01. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Gerson LB. **ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus.** Am J Gastroenterol. 2022;117(4):559–587.
02. Weusten B, Bisschops R, Coron E, et al. **Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement.** Endoscopy. 2023;55(2):123–141.
03. Fitzgerald RC, di Pietro M, O'Donovan M, et al. **British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus.** Gut. 2014;63(1):7–42.
04. Pohl H, Pech O, Arash H, et al. **Endoscopic resection of early esophageal neoplasia.** Gastrointest Endosc Clin N Am. 2021;31(1):27–41.
05. Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. **Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia.** N Engl J Med. 2009;360(22):2277–2288.
06. Sami SS, Subramanian V, Rutter MD, et al. **Screening and surveillance for Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma: ESGE Guideline.** Endoscopy. 2020;52(9):873–888.
07. di Pietro M, Canto MI, Fitzgerald RC. **Screening for Barrett's esophagus.** Gastroenterology. 2018;154(2):421–436.
08. Pouw RE, Wirths K, Eisendrath P, et al. **Efficacy of radiofrequency ablation combined with endoscopic resection for Barrett's esophagus with early neoplasia: a European multicenter study.** Gut. 2010;59(9):1169–1177.

## Les polypes gastriques

### Gastric polyps

K. Amalou

Hôpital Mohamed Seghir Nekkache, Alger

#### Résumé

##### Mots-clés:

Polype glandulo-kystique;  
Polype hyperplasique;  
Polypes gastriques;  
Endoscopie.

*Les polypes gastriques (PG) sont rares, leur prévalence est estimée entre 1 et 6,4 % des endoscopies hautes diagnostiques. L'épidémiologie des PG est étroitement liée à la prévalence de l'*Helicobacter pylori* (HP). Ils sont souvent de découverte fortuite, asymptomatiques mais peuvent parfois se compliquer d'une anémie chronique, une hémorragie digestive aiguë, des douleurs abdominales ou une occlusion digestive haute. L'examen en lumière blanche et en chromoendoscopie électronique permet souvent de faire la distinction entre les différents types de PG, mais aussi d'examiner la muqueuse environnante afin d'évaluer la présence d'atrophie ou de métaplasie intestinale associée. Les polypes fundiques glandulo-kystiques sont les PG épithéliaux les plus fréquents (77 % des PG, sporadiques ou dans le cadre de la polyposé adénomateuse familiale), les polypes hyperplasiques (17 %), les adénomes, les tumeurs neuroendocrines et le pancréas ectopique. Les polypes hamartomateux trouvés dans le syndrome de Peutz-Jeghers, la polyposé juvénile et la maladie de Cowden sont des polypes muqueux pouvant dériver des trois feuillets embryonnaires et ont des caractéristiques endoscopiques similaires aux polypes hyperplasiques.*

#### Abstract

##### Keywords:

Glandular-cystic polyp;  
Hyperplastic polyp;  
Gastric polyps;  
Endoscopy.

*Gastric polyps (GP) are uncommon, with a reported prevalence of 1-6.4% of diagnostic upper endoscopies. The epidemiology of GPs is associated with the prevalence of *Helicobacter pylori* (HP). They are frequently found incidentally and are asymptomatic but can cause chronic anaemia, acute gastrointestinal haemorrhage, abdominal pain or upper gastrointestinal obstruction. White light and electronic chromoendoscopy usually allow to differentiate the PG types but also to inspect the adjacent mucosa to evaluate the presence of associated atrophy or intestinal metaplasia. Glandular-cystic fundic polyps are the most frequent epithelial PG (77% of PG, sporadic or in the setting of familial adenomatous polyposis), followed by hyperplastic polyps (17%), adenomas, neuroendocrine tumours and ectopic pancreas. Hamartomatous polyps in Peutz-Jeghers syndrome, juvenile polyposis and Cowden's disease are mucosal polyps that can originate from the three embryonic layers and have endoscopic features similar to hyperplastic polyps.*

## 1. Introduction

Les polypes gastriques (PG) sont des formations tissulaires hétérogènes se développant dans la lumière digestive. Ils peuvent être de forme pédiculée ou sessile et de taille variable. Ils sont asymptomatiques et de découverte fortuite dans la plupart du temps mais peuvent parfois se manifester par une anémie chronique mais aussi par des douleurs abdominales ou une obstruction digestive haute. Leur prévalence est estimée à 2-9,6 % [1,2]. La majorité des PG (>85 %) est bénigne. Le risque de malignité ou

d'évolution vers dépend étroitement de leur nature souvent adénomateuse. Plusieurs classifications ont été proposées [3], la plus adaptée est celle qui différencie les PG en fonction de leur origine cellulaire en épithéliale et non-épithéliale (Tableau) [4]. Leur fréquence est nettement modifiée ces 20 dernières années, avec en particulier l'augmentation de proportion des polypes glandulokystiques (PGK) fundiques devenus franchement majoritaires. Cette augmentation peut s'expliquer par la prescription massive des IPP et l'éradication d'*Helicobacter Pylori* (Hp) [2].

Type de polypes	Présentation	Localisation	Taille / Nombre	Aspect endoscopique	Muqueuse gastrique adjacente	Prise en charge
<b>Glandulo-kystique</b>	Sporadique	Fundus	5 mm, rarement supra centimétrique / 1 à 5 unités	Arrondi, régulier aspect perlé, translucide Ou pédicule avec aspect en grappe	Normale ou modification induite par les IPP	Pas de surveillance Arrêt ou diminution des IPP si possible
	PAF	Fundus	510 mm / 50 à 100 unités			EOGD à 25 ans Intervalle de surveillance fonction du score de Spigelman
<b>Hyper plastique</b>	Sporadique	Antre+++ > fundus > cardia	5 mm à 50 mm souvent < 10 mm / Souvent unique	Sessile, base d'implantation large parfois ulcérez, plus clair que muqueuse adjacente en NBI	Gastrite atrophique avec métaplasie intestinale Gastrite Hp+ Gastrite auto immune	Eradication Hp + contrôle à 3 mois : Taille < 10 mm surveillance car Dysplasie rare 20 mm < taille > 10 mm Résection à discuter +++ si cirrhose taille > 20 mm résection Surveillance à 36 mois après résection car risque de récidive et dysplasie sur muqueuse adjacente
<b>Hamartome</b>	Sporadique	Fundus > antre	Unique	Souvent Pédiculé	Normale	Résection si > 10 mm Surveillance dans le cadre des polyposes
	Peutz Jeghers Juvénile Maladie de Cowden	Fundus	Multiples	Pédiculé parfois ulcérez		
<b>Adénome</b>	Sporadique	Antre++	5 mm à 50 mm / Souvent unique	Aspect tubulaire avec muqueuse glandulaire, crypte +/ régulières Disparition de vascularisation si transformation	Gastrite Hp+ atrophique avec métaplasie intestinale	Résection systématique monobloc Mucosectomie ou dissection si > 20 mm Surveillance gastrite ++
<b>Xanthelasma</b>	Sporadique	Fundus	5-10 mm	Arrondi régulier aspect jaune ocre	Gastrite atrophique métaplasie intestinale Gastrectomie partielle, reflux bilaire	Surveillance de la gastrite sous-jacente
<b>Fibroïde inflammatoire</b>	Sporadique	Antre	10 à 20 mm / unique	Lésion sous muqueuse parfois ulcérée	Gastrite chronique atrophique ou inflammatoire	Pas de suivi, Résection si symptôme ou doute diagnostique
<b>Hétérotopie pancréatique</b>	Sporadique	Antre	10 mm / unique	Lésion sous muqueuse arrondie régulière, centre ombiliqué	Normale	Pas de suivi

**Tableau.** Polypes gastriques.

## 2. PG à développement épithéial

### Les polypes glandulokystiques

#### Polypes fundiques glandulo-kystiques sporadiques

Décris pour la première fois par Kurt Elster en 1976, ils sont plus fréquents chez la femme (sex-ratio: 1,5), l'âge moyen est de 50 ans. Ils se développent sur une muqueuse

fundique saine. Peuvent être uniques ou multiples, de petite taille (< 1 cm), de forme arrondie, sessiles avec une surface translucide, lisse et régulière. Leur couleur est celle de la muqueuse avoisinante. En histologie, ils sont caractérisés par la présence de multiples dilatations kystiques glandulaires avec un revêtement muqueux fundique normale sans atrophie ni métaplasie. Le développement de ces lésions est lié à la prise d'IPP et à sa durée<sup>[5]</sup>, Figure1.



Figure 1. Polype fundique glandulokystique en lumière blanche et Narrow Band Imaging.

#### Polypes glandulokystiques syndromiques

Les PGK sont associés à une Polyposse Adénomateuse Familiale (PAF) dans 50 à 70% des cas surtout dans les formes atténueées. Ils se développent précocement motivant un dépistage endoscopique haut dès l'âge de 20 ans<sup>[6]</sup>. Les polypes sont multiples dans plus de 90 % des cas et peuvent être larges. Une dysplasie est constatée dans 15 à 41 % des cas. En raison du risque de cancer gastrique autour de 13 % dans la PAF, il est recommandé d'effectuer une résection endoscopique de PGK de taille supérieure à 1 cm. Le rythme de surveillance est guidé par le score de Spigelman<sup>[6]</sup>.

Une autre maladie génétique extrêmement rare est décrite récemment : « Gastric adenocarcinoma and Proximal Polyposis of the stomach » GAPPs<sup>[7,8]</sup>. De transmission autosomique dominante, le phénotype spécifique est marqué par une PGK fundique isolée. Le risque de cancer gastrique est majeur<sup>[8]</sup>. Une gastrectomie curative ou préventive chez les apparentés dépistés a été réalisée chez les cas décrits.

#### Les polypes hyperplasiques

Les polypes hyperplasiques (PH) représentent le deuxième type de PG en termes de fréquence (17 %)<sup>[9]</sup> et la majorité des polypes surviennent dans les régions où l'infection par HP est prévalente<sup>[10]</sup>. Des biopsies gastriques à la recherche d'HP, en plus des biopsies des PH à la recherche de dysplasie/néoplasie, sont donc nécessaires. Ils sont le plus souvent uniques, sessiles ou pédiculés, avec un pied

court et une base d'implantation qui peut être très large. Leur localisation préférentielle est antrale. Les PH sont de taille variable souvent infra centimétriques mais peuvent parfois atteindre plusieurs centimètres. L'aspect superficiel présente des motifs cérébriformes parfois allongés, réguliers. En chromo endoscopie virtuelle, ils apparaissent plus clair que la muqueuse antrale adjacente, les cryptes sont dilatées et tortueuses sur une muqueuse inflammatoire, avec réseau vasculaire dense mais régulier<sup>[11]</sup>.

L'aspect microscopique est celui d'une hyperplasie fœvolaire avec des dilatations kystiques, des cryptes longues, profondes, irrégulières et hyper sécrétantes, le chorion est inflammatoire et abondant. La métaplasie intestinale est présente dans 4 à 16 % et plus rarement des zones de dysplasie, voire des sites de transformation en adénocarcinome à distance de la lésion hyperplasique.

Plusieurs pathologies responsables d'inflammation gastrique chronique (les gastrites atrophiques, auto immunes, l'hypertension portale (HTP) avec ectasies vasculaires antrales (EVA), la métaplasie intestinale, le portage chronique d'Hp, une chirurgie gastrique antérieure ou la Maladie de Ménétrier) sont pourvoyeuses de PH<sup>[12,13]</sup>.

Le risque de dégénérescence est estimé à 2,1 %. Il est plus important pour les PH pédiculés, de taille supérieure à 10 mm<sup>[14]</sup> ou en présence de métaplasie intestinale<sup>[15]</sup>.

Leur disparition spontanée après éradication d'HP est possible mais non systématique<sup>[15]</sup>.

Les PH d'HTP de localisation quasi exclusivement antrale, leur prévalence serait de 1 à 8 % en cas d'HTP, avec une diminution ou disparition possible après éradication d'Hp et la résolution de l'HTP (TIPS ou bétabloquant), notamment après transplantation hépatique.

Compte tenu du faible risque de dégénérescence des PH infra centimétriques, leur résection n'est pas recommandée,

en cas de doute macroscopique des biopsies seront réalisées. La présence d'Hp est recherchée et traitée. En cas de persistance d'un polype hyperplasique supra centimétrique à 3 mois de l'éradication, sa résection se discute. Après la résection un contrôle à 3, 6 et 12 mois est nécessaire avec la poursuite de la surveillance de la muqueuse adjacente<sup>[16,17]</sup>, Figure 2.



**Figure 2.** Polype hyperplasique en lumière blanche et Narrow Band Imaging.

### Les hamartomes

Un hamartome est défini par une excroissance excessive de cellules normalement présentes dans l'estomac. Il ressemble en tout point au PH mais leur histologie est différente. Ces polypes peuvent atteindre de grande taille et être responsable d'obstruction haute<sup>[18]</sup>. Cette croissance va entraîner une désorganisation de sa structure histologique normale et être responsable de ces polypes dit hamartomeux. En effet, ils peuvent dériver de chacun des trois feuillets embryonnaires (endoderme, mésoderme et ectoderme).

La présence de multiples hamartomes doit faire rechercher une maladie génétique :

-Un polype de Peutz-Jeghers présente des cordons de musculaire muqueuse arborisée. Il est difficile de le distinguer d'un PH car cet aspect typique est rare. Son risque cumulé de cancer gastrique est de 29 %<sup>[19]</sup>.

-Un polype juvénile, la surface est ulcérée, le stroma est abondant, œdémateux et inflammatoire. Il est possible de faire une immunohistochimie avec l'anticorps anti- SMAD4 qui n'est pas exprimé dans environ 50 % des polypes juvéniles en lien avec une mutation germinale de SMAD4<sup>[20]</sup>.

-La maladie de Cowden, l'aspect est très polymorphe et non spécifique, ressemblant à un PH.

Il est donc nécessaire de les biopsier, de réseuer les plus larges (>1cm), de connaître ces maladies et leur phénotype

pour dépister les maladies associées et proposer au patient une prise en charge cohérente, une surveillance adaptée et un dépistage des apparentés.

### Les adénomes

Les adénomes sont très rares et ne correspondent qu'à 0,69 % des PG<sup>[26]</sup>. Leur prévalence varie de 3 à 25 %<sup>[1]</sup>. Les adénomes gastriques sont des lésions pré cancéreuses. Ils sont souvent solitaires et antraux, sessiles la plupart du temps, parfois plans. Leur taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Ils apparaissent le plus souvent au niveau du corps gastrique sur gastrite auto-immune ou à HP, de métaplasie intestinale, ou de PAF. Les adénomes sont classés en tubuleux, villeux, ou tubulo-villeux. Ce sont les polypes villeux ou de plus de 20 mm qui sont les plus à risque de néoplasie (autour de 28 %-40 %)<sup>[21]</sup>. Leur aspect endoscopique est similaire aux adénomes coliques.

En chromoendoscopie électronique, ces polypes sont caractérisés par des motifs vasculaires fins et réguliers, avec souvent une zone irrégulière, des glandes déformées et des vaisseaux irréguliers, correspondant aux zones dysplasiques.

Les biopsies doivent cibler avec parcimonie les zones les plus suspectes en raison de la nécessité absolue de recourir à une résection endoscopique en monobloc : par mucosectomie si la lésion est inférieure à 2 cm, par dissection le cas contraire. Parallèlement à la résection, la recherche et l'éradication d'Hp sont nécessaires pour éviter l'apparition



**Figure 3.** Aspect endoscopique d'un large adénome en dysplasie de haut grade.

de cancers métachrones [22]. La surveillance endoscopique après résection d'une lésion dysplasique sera annuelle après un premier contrôle entre 3 et 6 mois.

### 3. Les polypes non épithéliaux

#### Les xanthelasma

Ce sont des petites lésions rares de l'estomac (< 2 % des lésions gastriques), leur prévalence est estimée entre 0,3 et 7% [23]. Elles peuvent être sessiles ou planes, nodulaires ou en plaques, souvent de couleur jaune-pâle, et se trouvent dans l'antre, la petite courbure gastrique et la région péri-pylorique. Sur le plan anatomopathologique, ces lésions sont définies par la présence d'amas nodulaires de macrophages spumeux, à cytoplasme clair, contenant une combinaison de lipides tels que du cholestérol et des lipoprotéines.

La plupart de ces larges cellules sont des histiocytes [24]. Les xanthelasma se développent sur une muqueuse gastrique sous-jacente inflammatoire (gastrite chronique avec métaplasie intestinale, une gastrite atrophique, des ulcères ou des altérations muqueuses induites par un reflux biliaire). Ils peuvent être associés à la présence d'*Hp* et persistent après son éradication.

#### Les polypes fibroïdes

Relativement rares (1%), appelés aussi fibro-inflammatoires, ou tumeurs de Vanek. Recouverts d'une muqueuse gastrique normale, ils sont souvent fermes, sessiles et localisés dans l'antre ou la région péri-pylorique. Lorsque ces polypes dépassent 1 cm, ils peuvent être déprimés ou ulcérés en surface. Leur identification est difficile en endoscopie en raison de leur aspect de lésion sous muqueuse. Les biopsies en surface sont souvent non contributives. La résection endoscopique est nécessaire. L'analyse histologique correspond à une lésion siégeant dans la sous-muqueuse

avec une architecture richement vascularisée, des vaisseaux à parois épaisses, mêlés avec des cellules inflammatoires chroniques à prédominance d'éosinophiles. Le potentiel de dégénérescence n'est pas prouvé et il n'y a pas de consensus sur le besoin d'un suivi [25].

#### Les autres polypes non épithéliaux

#### Les tumeurs stromales (GIST)

Elles peuvent s'identifier sous la forme de polype car bombant parfois dans la lumière gastrique. Lorsqu'elles sont de grande taille, elles peuvent être révélées par des douleurs ou des épisodes d'hémorragie ou encore fortuitement. Entité à part entière, leur diagnostic et prise en charge spécifique ne sont pas différents des autres sièges de développement dans le tractus digestif.

#### Les pancréas ectopiques

Ces lésions d'allure sous muqueuse sont souvent infracentimétriques, développées dans l'antre, recouvertes d'une muqueuse normale avec une zone ombiliquée au centre. Très souvent unique, le diagnostic de certitude repose sur des biopsies qui permettent d'authentifier la présence de tissu pancréatique normal. Ils sont très souvent asymptomatiques mais peuvent être la cause, pour des lésions volumineuses, d'hémorragies digestives hautes.

### 4. Conclusion

Souvent rencontrées durant les endoscopies digestives hautes, les PG ne doivent pas être sous-estimés. Ils présentent un risque néoplasique surtout pour les adénomes et les larges polypes hyperplasiques, et permettent une orientation vers des maladies génétiques associées dans le cadre des polyposés. L'association des PH, des xanthelasma et des adénomes avec une gastrorraphie sous-jacente impose son authentification et sa surveillance.

**Références :**

01. Argüello Viúdez L, Córdova H, Uchima H, Sánchez-Montes C, Ginès À, Araujo I, et al. Gastric polyps: Retrospective analysis of 41,253 upper endoscopies. *Gastroenterol Hepatol.* oct 2017;40(8):507-14.
02. Sonnenberg A, Genta RM. Prevalence of benign gastric polyps in a large pathology database. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver.* févr 2015;47(2):164-9.
03. Martin FC, Chenevix-Trench G, Yeomans ND. Systematic review with meta-analysis: fundic gland polyps and proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther.* nov 2016;44(9):915-25.
04. Notsu T, Adachi K, Mishiro T, Ishimura N, Ishihara S. Fundic gland polyp prevalence according to Helicobacter pylori infection status. *J Gastroenterol Hepatol.* juill 2020;35(7):1158-62.
05. Islam RS, Patel NC, Lam-Himlin D, Nguyen CC. Gastric polyps: a review of clinical, endoscopic, and histopathologic features and management decisions. *Gastroenterol Hepatol (NY)* 2013 ; 9 : 640-651.
06. Kovári B, Kim BH, Lauwers GY. The pathology of gastric and duodenal polyps: current concepts. *Histopathology.* janv 2021;78(1):106-24.
07. Anderson A, Plummer R, Abraham JM. A Unique Cause of Gastric Polyposis. *Gastroenterology.* nov 2019;157(5):1201-2.
08. Repak R, Kohoutova D, Podhola M, Rejchrt S, Minarik M, Benesova L, et al. The first European family with gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach: case report and review of the literature. *Gastrointest Endosc.* oct 2016;84(4):718-25.
09. Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1524-32.
10. Genta RM, Schuler CM, Robiou CI, Lash RH. No association between gastric fundic gland polyps and gastrointestinal neoplasia in a study of over 100,000 patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:849-54.
11. Bar N, Kinaani F, Sperber AD, Amir-Barak H, Dekel R. Low Risk of Neoplasia and Intraprocedural Adverse Events in Gastric Hyperplastic Polypectomy. *J Clin Gastroenterol.* 1 déc 2021;55(10):851-5.
12. Lemmers A, Evrard S, Demetter P, Verset G, Gossum AV, Adler M, et al. Gastrointestinal polypoid lesions: a poorly known endoscopic feature of portal hypertension. *United Eur Gastroenterol J.* juin 2014;2(3):189-96.
13. Héroin L, Saviano A, Fenouil T, Sosa-Valencia L, Baumert TF, Habersetzer F, et al. Differences between sporadic hyperplastic gastric polyps and portal hyper-tensive gastric polyps: a review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 20 oct 2021;
14. Ahn J. Y., Son D.H., Choi K.D., et al. Neoplasms arising in large gastric hyperplastic polyps: endoscopic and pathologic features. *Gastrointest Endosc* 2014 ; 80 : 1005-1013.e2
15. Forté E., Petit B., Walter T., et al. Risk of neoplastic change in large gastric hyperplastic polyps and recurrence after endoscopic resection. *Endoscopy* 2020 ; 52 : 444-53
16. Shaib YH, Rugge M, Graham DY, Genta RM. Management of gastric polyps: an endoscopy-based approach. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* nov 2013;11(11):1374-84.
17. Vos S, van der Post RS, Brosens LAA. Gastric Epithelial Polyps: When to Ponder, When to Panic. *Surg Pathol Clin.* sept 2020;13(3):431-52.
18. Akbari K, Sgromo B. Intussusception in the Peutz-Jeghers Syndrome. *N Engl J Med.* 19 août 2021;385(8):744.
19. Chen Y-Y, Chen T-W, Chen Y-F. Asymptomatic multiple gastric and duodenal tumors. Sporadic gastric hamartomatous polyps with gastroduodenal intussusception and adenocarcinoma transformation. *Gastroenterology.* sept 2013;145(3):e7-8.
20. Lawless ME, Toweill DL, Jewell KD, Jain D, Lamps L, Krasinskas AM, et al. Massive Gastric Juvenile Polyposis: A Clinico-pathologic Study Using SMAD4 Immunohistochemistry. *Am J Clin Pathol.* 1 avr 2017;147(4):390.
21. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): ESGE, EHMSG, ESP, and SPED guideline update 2019 – European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.esge.com/management-of-epithelial-precancerous-conditions-and-lesions-in-the-stomach-maps-ii-esge-esp-sped-guideline-update-2019/>
22. Choi IJ, Kook M-C, Kim Y-I, Cho S-J, Lee JY, Kim CG, et al. Helicobacter pylori Therapy for the Prevention of Metachronous Gastric Cancer. *N Engl J Med.* 22 mars 2018;378(12):1085-95.
23. Sekikawa A, Fukui H, Sada R, Fukuhara M, Marui S, Tanke G, et al. Gastric atrophy and xanthelasma are markers for predicting the development of early gastric cancer. *J Gastroenterol.* janv 2016;51(1):35-42.
24. Moumin FA, Mohamed AA, Osman AA, Cai J. Gastric Xanthoma Associated with Gastric Cancer Development: An Updated Review. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2020;2020:3578927.
25. Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, et al. The management of gastric polyps. *Gut* 2010;59:1270-6.

## Chirurgie du cholangiocarcinome péri-hilaire

### *Surgery for perihilar cholangiocarcinoma*

C. Bouzid

Chirurgie hepatobiliopancreatique et digestive, Service de chirurgie oncologique

Centre de lutte contre le cancer de Draa Ben Khedda, Université Mouloud Mammeri, Tizi Ouzou

Email: Chafikbouzid.dz@gmail.com / Chafik.bouzid@ummto.dz

#### Introduction

Le cholangiocarcinome péri hilaire (CPH) désigne une tumeur maligne des voies biliaires proches de la confluence hépatique, également connue sous le nom de tumeur de Klatskin. Sa localisation anatomique et son extension fréquente limitent l'indication chirurgicale, seul traitement potentiellement curatif. L'objectif principal est une exérèse complète avec marges négatives (R0).

#### Classifications et stratification

La classification demeure essentielle pour établir l'extension tumorale et orienter la stratégie chirurgicale. La classification de Bismuth-Corlette initiale (1975) définit l'extension biliaire anatomique. Elle a été complétée par la classification XY dite « Rennes » de Boudjema et al. (2013), intégrant certains critères fonctionnels et vasculaires. D'autres outils comme l'algorithme du Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC, 2015) et la classification de De Oliveira (2017) prennent en compte aussi l'extension vasculaire et ganglionnaire, améliorant la sélection des patients opérables et la planification chirurgicale [1-4].

#### Rôle majeur de la résection du segment I

L'importance de la résection systématique du segment I (lobe caudé) est aujourd'hui reconnue comme un standard. Lahaye et al ont montré qu'inclure ce segment augmente significativement les taux de marges négatives (R0), ce qui améliore le pronostic sans accroître les complications postopératoires. De leur côté, Nagoya a confirmé, dans une vaste série sur plusieurs décennies, que l'élimination du segment I contribue à prolonger la survie et à maîtriser la diffusion tumorale. La résection de ce segment permet d'enlever des zones parfois microscopiquement infiltrées, améliorant ainsi la radicalité de l'exérèse et la survie à long terme, tout en maintenant un risque acceptable de morbidité [5,6].

#### Progrès dans les résections hépatiques étendues

Les résections hépatiques étendues, telles que les trisésec-

tionectomies droite ou gauche, ou la combinaison de plusieurs segments, ont été démocratisées par l'expérience de centres de référence. Ces interventions visent à assurer une marge tumorale claire (R0) dans des cas d'extension tumorale locale complexe, souvent associée à des revascularisations vasculaires (veine porte, artère hépatique) lorsque nécessaire. La planification passe par une évaluation attentive du volume hépatique résiduel, complétée par l'embolisation portale du foie futur résiduel pour augmenter ses chances de tolérance. La réduction de la mortalité péri-opératoire dans ces contextes exige une maîtrise chirurgicale exceptionnelle et une équipe multidisciplinaire. Ces avancées ont permis de réduire la mortalité à moins de 10%, tout en prolongeant la survie médiane au-delà de 40 à 50 mois dans certains cas, ce qui représente un progrès crucial dans la prise en charge de cette pathologie historiquement de mauvais pronostic [7-9].

#### Contributions historiques et avenir thérapeutique

Henri Bismuth a été un pionnier dans la classification anatomique et la systématisation des résections étendues. Nagino et al. ont renforcé la technique avec leurs études sur la préparation préopératoire et la reconstruction vasculaire. Neuhaus a démontré la faisabilité de résections complexes avec reconstruction vasculaire efficace. Enfin, la Mayo Clinic a ouvert la voie à l'intégration de la chimiothérapie néoadjuvante associée à la transplantation hépatique dans les CPH inopérables, améliorant notamment la survie globale [12-14].

#### Points forts

- La résection chirurgicale complète (R0) reste la seule option curative pour le cholangiocarcinome péri hilaire, une tumeur complexe par sa localisation et son extension.
- La résection systématique du segment I (foie caudé) augmente significativement les marges négatives et améliore la survie sans augmenter la morbidité postopératoire.
- Les résections hépatiques majeures élargies, combinées

à des reconstructions vasculaires et à une préparation préopératoire rigoureuse, ont réduit la mortalité péri-opératoire et prolongé la survie.

- La prise en charge multidisciplinaire dans des centres experts optimise la sélection des patients et la gestion complexe de ces résections.
- La transplantation hépatique associée à des protocoles néoadjuvants offre une perspective curative prometteuse pour les patients inopérables.

## Conclusion

La chirurgie du cholangiocarcinome péri hilaire, pierre angulaire du traitement curatif, a largement évolué grâce à la

compréhension fine de la maladie, au développement des classifications précises et à l'optimisation des techniques chirurgicales étendues. La résection systématique du segment I constitue un standard oncologique, les résections hépatiques majeures étendues, couplées à la reconstruction vasculaire et à une préparation hépatique rigoureuse, élargissent les indications avec une sécurité accrue. Les approches néoadjuvantes et la transplantation hépatique complètent l'arsenal thérapeutique.

L'excellence des résultats repose sur la prise en charge multidisciplinaire dans des centres experts, garants de l'application rigoureuse de ces stratégies personnalisées et complexes.

## Références

- Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet.* 1975;140(2):170-9.
- Boudjema K, Sulpice L, Garnier S, et al. A simple system to predict perihilar cholangiocarcinoma resectability. *J Gastrointest Surg.* 2013 Jul;17(7):1247-56.
- Chang J, Jarnagin WR, Chapman WC, et al. Proposal for a new clinical staging system for perihilar cholangiocarcinoma: a multi-institution analysis of 380 patients. *Ann Surg.* 2015;261(5):1054-62.
- De Oliveira M, Rocha F, Castro E, et al. Proposal for a new staging system for perihilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(6):1619-25.
- Lahaye MJ, Vekemans K, Bossuyt PM, et al. Impact of segment I resection on surgical margin status and survival in hilar cholangiocarcinoma. *Surgery.* 2012;151(4):499-507.
- Ebata T, Nagino M, Nimura Y. Surgical management of perihilar cholangiocarcinoma: The Nagoya experience. *Surgery.* 2000;128(3):578-84.
- Nagino M, Sekine Y, Sano T, et al. Essential updates 2021/2022: Update in surgical strategy for perihilar cholangiocarcinoma. *World J Gastrointest Surg.* 2023;15(4):139-53.
- Neuhaus P, Jonas S, Bechstein WO, et al. Right trisectionectomy and principal portal vein resection for hilar cholangiocarcinoma: the Essen approach. *Surgery.* 2005;138(4):578-86.
- Ethun CG, Marsh JW, Maithel SK, et al. Outcomes following extended liver resections for perihilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol.* 2025;32(1):172-82.
- Nagino M, Ebata T, Yokoyama Y, et al. Evolution of surgical treatment for perihilar cholangiocarcinoma: a single-center 34-year review of 574 consecutive resections. *Ann Surg.* 2013;258(1):129-40.
- Pawlik TM, Olini K, Gleisner AL, et al. Combined vascular resection for locally advanced perihilar cholangiocarcinoma: clinicopathologic outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2021;28(6):2809-17.
- Darwish Murad S, Kim WR, Harnois DM, et al. Efficacy of neoadjuvant chemoradiation and liver transplantation for perihilar cholangiocarcinoma at Mayo Clinic. *Hepatology.* 2005;42(4):908-16.
- Ethun CG, Lopez-Aguilar AG, Anderson DJ, et al. Liver resection versus transplantation for perihilar cholangiocarcinoma: an analysis of the UNOS database. *Hepatology.* 2025;71(1):190-202.
- Gores GJ, Rosen CB, Heimbach JK, et al. Liver transplantation for perihilar cholangiocarcinoma: current perspectives. *Cancers (Basel).* 2020;12(11):3157.

## Prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne

### Management of sigmoid diverticulitis

Y. Said

Service de Gastroentérologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis.

Email: yosrasaid10@yahoo.fr

#### Résumé

##### Mots-clés:

Maladie diverticulaire ;  
Diverticulite aiguë ;  
Antibiotique ; Drainage  
percutané; Sigmoïdectomie  
élective.

*La diverticulite aiguë (DA) est caractérisée par l'inflammation d'un ou de plusieurs diverticules et peut se manifester dans sa forme non compliquée ou compliquée d'abcès, de perforation, de fistule ou de sténose. Devant toute suspicion de diverticulite aiguë, le scanner abdominopelvien doit être réalisé en première intention pour confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité. En cas de DA non compliquée et chez des patients sélectionnés sans comorbidités et sans signes de gravité, la prise en charge est envisagée en ambulatoire par un traitement symptomatique sans antibiotiques. D'autres patients nécessitent une hospitalisation pour antibiothérapie intraveineuse. En cas de DA compliquée d'abcès, en plus de l'antibiothérapie intraveineuse un drainage percutané est recommandé pour les abcès de plus de 3cm. Après résolution d'une DA compliquée d'abcès, une coloscopie doit être réalisée et une sigmoïdectomie élective doit être discutée.*

#### Abstract

##### Keywords:

Diverticular disease ; Acute diverticulitis ; Antibiotics ;  
Percutaneous drainage ;  
Elective sigmoid resection.

*Acute diverticulitis (AD) is characterised by the inflammation of one or more diverticula and can manifest in either its uncomplicated or complicated form, with abscess, perforation, fistula or stenosis. Once Acute Diverticulitis is suspected, a CT scan of the abdomen and pelvis must be performed to establish the diagnosis and determine the severity grade. Uncomplicated AD in selected patients can be managed in an outpatient setting with symptomatic treatment without antibiotics. Other patients require hospitalization for intravenous antibiotic therapy. In Complicated AD with abscess, image guided percutaneous drainage is usually recommended in combination with antibiotics for patients with abscesses more than 3cm in size. After resolution of complicated AD, colonoscopy should be performed and sigmoid elective resection should be discussed.*

## Introduction

La présence de diverticules dans le côlon est asymptomatique dans 80% des cas (diverticulose colique) et le diagnostic est le plus souvent fait fortuitement lors d'une coloscopie. Dans 20% des cas, les patients développent des symptômes en rapport avec une maladie diverticulaire qui inclue la maladie diverticulaire symptomatique non compliquée, la diverticulite aiguë, l'hémorragie diverticulaire et la colite diverticulaire.

L'atteinte du sigmoïde est prédominante sauf en Asie où la localisation au côlon droit est la plus fréquente.

La diverticulite aiguë (DA) correspond à l'inflammation des diverticules.

C'est un motif fréquent de consultation en urgence. Le risque de développer une DA chez un patient ayant une diverticulose colique est de 4%. La DA survient le plus

souvent entre 50 et 70 ans. Les facteurs de risque étant l'âge, l'hérédité et l'obésité.

On distingue la DA non compliquée et la DA compliquée d'abcès de perforation, de fistule ou de sténose.

La prise en charge de la diverticulite aiguë sigmoïdienne a été actualisée. Dans cette revue nous avons notamment tenu compte des recommandations émanant de la HAS [1,2], de l'European Society of Coloproctology (ESCP) [3], de l'American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) [4], de l'American Gastroenterology association AGA [5], de la World Society of Emergency Surgery (WSES) [6,7].

## Diagnostic positif

La diverticulite aiguë sigmoïdienne (DAS) est évoquée devant des douleurs de la fosse iliaque gauche, une fièvre, et/ou une modification récente du transit. Un ballonnement, des rectorragies peuvent être présents.

Il est recommandé de réaliser comme bilan sanguin initial un hémogramme, un dosage de la CRP et de la créatinine.

Une hyperleucocytose et une élévation de la CRP sont en faveur du diagnostic. La CRP est en plus un marqueur de sévérité.

Le diagnostic ne peut pas être retenu uniquement sur les données cliniques et biologiques, ainsi lorsqu'une DA est suspectée, le scanner abdomino-pelvien injecté est recommandé en première intention et permet de confirmer le diagnostic et de rechercher les complications et permet de classer les patients selon la Classification de Hinchey.

Lorsque le scanner est contre indiqué (grossesse, allergie au produit de contraste), l'échographie abdominopelvienne ou l'IRM abdominopelvienne constituent une alternative.

### **Prise en charge de la diverticulite aiguë non compliquée**

#### **Place de la prise en charge en ambulatoire**

L'hospitalisation est obligatoire en cas de grossesse, d'immunodépression, de comorbidités sévères, de signes de gravité clinique et/ou de contexte social défavorable. En l'absence de ces critères et en cas de DA non compliquée confirmée par le scanner (Hinchey Ia), La prise en charge ambulatoire est préconisée et consiste en un traitement symptomatique sans antibiotique qui repose sur des antalgiques et une mise au repos courte du tube digestif jusqu'à la disparition des douleurs avec reprise aussitôt d'un régime libre. Ce n'est qu'en cas de non réponse au traitement symptomatique et en l'absence de critères d'hospitalisation, qu'une antibiothérapie orale est introduite.

#### **Le traitement antibiotique**

Dans la DA non compliquée, le traitement antibiotique auparavant prescrit systématiquement est remis en cause et il n'est recommandé qu'en cas de grossesse, d'immunodépression, de comorbidités sévères et/ou de signes de gravité clinique. Ces patients sont hospitalisés et mis sous antibiothérapie intraveineuse, identique à celle proposée dans la diverticulite compliquée. Cette antibiothérapie doit tenir compte des protocoles locaux basés sur les souches bactériennes les plus fréquemment isolées.

#### **Surveillance d'une diverticulite aiguë traitée**

Au décours d'une poussée de DA non compliquée, la surveillance est clinique et il n'est pas recommandé de pratiquer de façon systématique une surveillance biologique ou un scanner de contrôle.

Ces examens seront réalisés en cas d'évolution défavorable.

### **Place de la coloscopie après résolution de la diverticulite aiguë**

Après résolution d'un premier épisode de DA non compliquée, il n'est pas recommandé de réaliser de façon systématique une coloscopie.

Cet examen sera réalisé selon les modalités classiques de dépistage de cancer colorectal et toujours à distance de l'épisode aigu (après 6 à 8 semaines).

### **Place de la sigmoïdectomie élective après résolution de la diverticulite aiguë**

Elle se fait à distance de l'épisode aigu (au moins après 2 mois) par voie laparoscopique et doit être précédée d'une coloscopie. L'indication de la sigmoïdectomie élective (ou prophylactique) doit être discutée au cas par cas et tient compte des symptômes, des récidives (fréquence et sévérité), et du terrain.

Elle est ainsi indiquée en cas de persistance de la symptomatologie après une poussée, en cas de récidives fréquentes entraînant une altération de la qualité de vie (absentéisme, hospitalisations), en cas d'immunodépression ou d'insuffisance rénale chronique (en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO) [1,2].

### **Prise en charge de la diverticulite compliquée d'abcès**

La diverticulite aiguë se complique d'abcès dans 16 à 35 %. L'hospitalisation est obligatoire

#### **Le traitement non chirurgical**

Une antibiothérapie par voie intraveineuse est recommandée associant moxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et étronidazole, ou ceftriaxone et méthronidazole.

En cas d'allergie prouvée, une association lévofloxacine, gentamicine et méthronidazole est recommandée [1,2]. La durée de l'antibiothérapie ne peut pas faire l'objet de recommandations en l'absence d'argument scientifique.

En cas de diverticulite compliquée d'abcès, en plus du traitement antibiotique, le drainage percutané est recommandé pour les patients avec un abcès de plus de 3 cm.

En cas d'évolution défavorable sous traitement, une sigmoïdectomie en urgence est indiquée.

Quant à la continuité intestinale, la décision de la restaurer (résection anastomose plus ou moins protégée) ou non (intervention de Hartmann) dépend des facteurs liés au

patient, des constatations opératoires, et de la préférence du chirurgien.

#### **Surveillance d'une diverticulite traitée**

La surveillance est clinique et il n'est pas recommandé de pratiquer de façon systématique une surveillance biologique ou un scanner de contrôle.

#### **Place de la coloscopie après résolution de la diverticulite**

Après résolution sous traitement non chirurgical d'un épisode de DA compliquée d'abcès, il est recommandé de réaliser une coloscopie.

#### **Place de la sigmoïdectomie élective**

L'ASCRS<sup>[4]</sup> recommande la sigmoïdectomie élective de façon systématique après résolution d'une diverticulite compliquée d'abcès. Pour l'ESCP<sup>[4]</sup>, l'indication est discutée au cas par cas.

#### **Prise en charge de la diverticulite compliquée de perforation**

En l'absence de signe clinique de péritonite mais en présence de bulles de pneumopéritoine péricolique ou à distance, une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou de drainage radiologique, est recommandée (sauf en cas d'immuno-dépression). En présence de signes cliniques de péritonite, une sigmoïdectomie en urgence s'impose. La décision de restaurer la continuité intestinale (résection anastomose protégée) ou non (intervention de Hartmann) dépend des constatations opératoires, des facteurs liés au patient et de la préférence du chirurgien.

#### **Prévention et particularités de la prise en charge d'une récidive de diverticulite aiguë**

Après une diverticulite aiguë, une récidive survient dans 30% des cas à 5 ans.

#### **Prévention**

Aucun régime alimentaire et aucun traitement ne permet de

prévenir les crises de diverticulite.

L'arrêt du tabac, l'activité physique et la perte de poids sont par contre recommandés par l'ASCRS<sup>[4]</sup>.

Les AINS, corticoïdes et l'aspirine sont à éviter.

#### **Place du scanner pour le diagnostic positif en cas de récidive**

Selon les recommandations de ESCP<sup>[3]</sup>, et chez les patients non immunodéprimés et sans comorbidités, le scanner abdominopelvien peut ne pas être réalisé systématiquement à chaque récidive mais uniquement en cas de récidive d'intensité inhabituelle ou de syndrome inflammatoire biologique marqué.

#### **Place de la coloscopie en cas de récidive**

Quelle que soit la sévérité de la diverticulite, L'ESCP<sup>[3]</sup> recommande la coloscopie après au moins 2 crises de diverticulite (si elle n'a pas été faite dans les 3 ans).

#### **Particularités de la prise en charge de la diverticulite compliquée de fistule sigmoïdienne (vésicale ou vaginale) ou de sténose symptomatique**

Après résolution de l'épisode aigu, la sigmoïdectomie élective est indiquée.

#### **Conclusion**

Les dernières recommandations de prise en charge de la diverticulite aiguë sigmoïdienne insistent sur l'apport du scanner abdominopelvien injecté comme examen de première intention devant toute suspicion clinique.

Dans les diverticulites aiguës non compliquées, la prise en charge en ambulatoire et sans antibiothérapie est préconisée chez des patients sans comorbidités et sans signes de gravité.

Dans les diverticulites aiguës compliquées d'abcès, le drainage percutané est préconisé pour les abcès de plus de 3 cm et la coloscopie est à envisager et sigmoïdoscopie élective est à discuter après résolution de l'épisode aigu.

## Références

01. Haute Autorité de santé. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique. Recommandations. HAS ; 2017
02. Haute Autorité de santé. Choix et durées d'antibiothérapies : diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée. Recommandations HAS ; 2021
03. Schultz JK, Azhar N, Binda GA, Barbara G, Biondo S, Boermeester MA et al. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal Dis 2020; 22:5–28.
04. J Hall, K Hardiman, S Lee, A Lightner, L Stocchi, I Paquette et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. Dis Colon Rectum 2020;63(6):728-747.
05. A F. Peery, A Shaukat, L. Strat. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert ReviewGastroenterology 2021; 160:906-911
06. M Sartelli , D G. Weber, Y Kluger , L Ansaloni , F Cocolini, Fikri Abu-Zidan et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg 2020;15(1):32.
07. P Fugazzola1, M Ceresoli, F Cocolini , F Gabrielli, A Puzziello, F Monzani, et al WSES/SICG/ACOI/SICUT/AcEMC/ SIFIPAC guidelines for diagnosis and treatment of acute left colonic diverticulitis in the elderly. World Journal of Emergency Surgery2022; 17:5.

## Stratégies thérapeutiques actuelles de la pochite

### *Current management of pouchitis*

F. Lounes , MEA. Boudjella

Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

E. mail : lounesfadila@yahoo.fr

#### **Résumé**

##### **Mots-clés:**

Pochite; Antibiothérapie;  
Biothérapie; Colite ulcéreuse;  
Maladie de Crohn du réservoir  
iléal.

*La pochite est une complication des patients atteints de colite ulcéreuse qui subissent une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale, la prise en charge de la pochite représente un challenge pour les cliniciens. Dans cet article, nous passons en revue la prise en charge des pochites selon les dernières recommandations internationales de l'International Ileal Pouch Consortium et de l'American Gastroenterological Association. La pochite peut être classée selon sa durée d'évolution, en pochite aiguë ou chronique, ou sa réponse à l'antibiothérapie, en pochite antibiodépendante ou antibiorésistante, une entité particulière la maladie de Crohn like du réservoir iléal. Le traitement de référence de la pochite repose sur une antibiothérapie, en monothérapie dans la pochite aiguë et en bithérapie dans les formes chroniques. Dans les formes antibiorésistantes, de nombreuses biothérapies ont montré leur efficacité, notamment le vedolizumab, qui doit être proposé en première intention. Le traitement immunosupresseur est efficace en cas de maladie de Crohn like du réservoir. Les objectifs thérapeutiques doivent être mieux définis.*

#### **Abstract**

##### **Keywords:**

Pouchitis; Antibiotherapy;  
Biotherapy; Ulcerative colitis;  
Crohn's like disease of the  
pouch.

*Pouchitis is a common complication in patients with ulcerative colitis who undergo total colectomy with ileal pouch anal anastomosis that presents a challenge to clinicians. In the article, we review the management of patients with pouchitis according to the latest international guidelines from the International Ileal Pouch Consortium and American Gastroenterological Association. Pouchitis can be classified according to its duration, as acute or chronic pouchitis, or according to its response to antibiotic therapy, as antibiotic-dependent or antibiotic-resistant pouchitis, a specific entity known as Crohn's like disease of ileal pouch. The standard treatment for pouchitis is antibiotic therapy, either monotherapy for acute pouchitis or dual therapy for chronic forms. In antibiotic-resistant forms, numerous biotherapies have proven effective, notably vedolizumab, which should be offered as first-line treatment. Advanced immunosuppressive therapies are effective in Crohn's like disease of the pouch. The treatment targets in pouchitis need to be better defined.*

## **Introduction - Définition**

Le traitement de la colite ulcéreuse (CU) a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies. Grâce aux progrès réalisés dans le domaine des traitements biologiques, le taux de colectomies pour CU dans le monde a progressivement diminué [1,2]. Chez les patients nécessitant une intervention chirurgicale, la coloproctectomie avec anastomose iléo-anale (CPAIA) est l'intervention de référence, car elle permet de préserver la continuité intestinale et la continence. Si la plupart des patients atteints de CU ont une bonne qualité de vie après une CPAIA, une partie d'entre eux développent des complications inflammatoires de la

pochette iléale. La pochite est la complication la plus courante, avec une incidence estimée à 48 % deux ans après l'intervention et à 80 % trente ans après [3,4]. Les patients atteints de pochite présentent une augmentation de la fréquence des selles, une diarrhée liquide et/ou sanguine, ténèse et épreinte [5]. Si la plupart des patients souffrent de pochite aiguë intermittente (PAI), une pochite chronique a été rapportée chez 15 à 30 % des patients [3,6]. En outre, environ 10 % des patients développent une maladie de Crohn-like de la poche iléale [7]. Les troubles inflammatoires de la poche peuvent affecter considérablement la qualité de vie des patients. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses recommandations au cours des dernières années concernant la

gestion des complications du réservoir chez les patients atteints de CU et de leurs prises en charge ; les recommandations les plus récentes ont été publiées en 2021 et 2022 par l'International Ileal Pouch Consortium, et plus récemment, en janvier 2024 avec la publication des nouvelles recommandations américaines [8,9,10].

POCHITE PRIMAIRE		
Après élimination des causes de pochite secondaire (30 %) : <i>C. difficile</i> , CMV, AINS, radique...		
POCHITE AIGÜE	POCHITE CHRONIQUE	
Rémission clinique < 4 semaines après le début du traitement	Persistance de symptômes > 4 semaines de traitement bien conduit	
ANTIBIO-SENSIBLE	ANTIBIO-DÉPENDANTE	ANTIBIO-RÉSISTANTE
Évolution favorable sous traitement antibiotique	Bonne réponse initiale mais récidives fréquentes ≥ 3-4 épisodes en 12 mois ou récidive dans les 4 à 6 semaines suivant l'arrêt du traitement Nécessité d'antibiothérapie répétée ou maintien de l'antibiothérapie	Réponse minimale ou absence de réponse clinique ou endoscopique malgré un traitement bien conduit pendant 2 à 4 semaines

**Tableau 1.** Définitions et classifications de la pochite d'après les recommandations de l'International Ileal Pouch Consortium

## Physiopathologie et facteurs de risque

La physiopathologie de la pochite reste incertaine et complexe, avec de nombreux facteurs et hypothèses intriqués tels que des facteurs environnementaux et liés aux caractéristiques de la maladie, la récurrence de la CU au niveau du réservoir, une dysbiose bactérienne du réservoir, une dysrégulation immunitaire, des prédispositions génétiques, une carence en acides gras à chaîne courte ou encore une ischémie de la muqueuse [11].

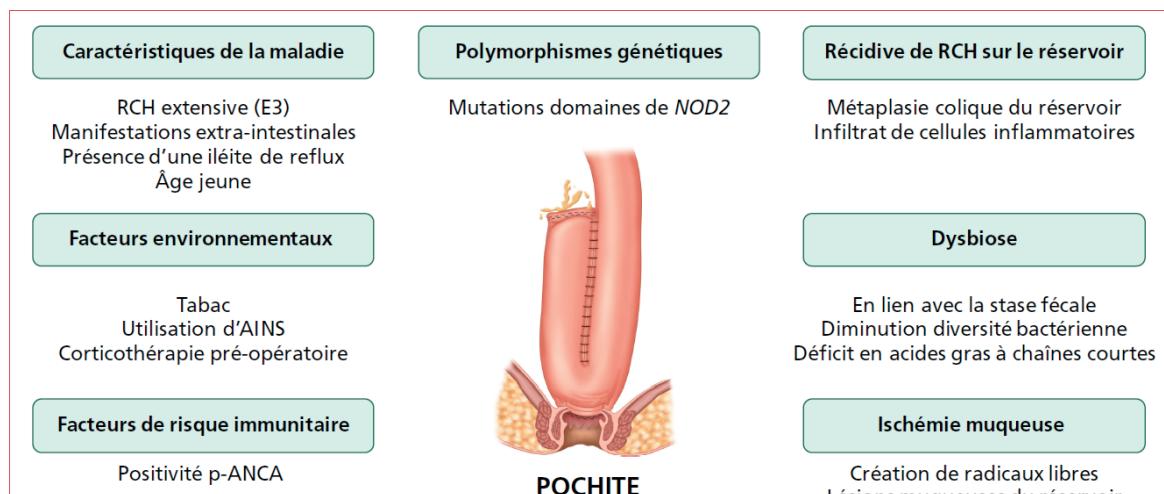
La Figure 1 résume la physiopathologie et les facteurs de risque impliqués dans la pochite [11].

## Prise en charge selon les recommandations internationales

L'International Ileal Pouch Consortium publie de nouvelles recommandations concernant la prise en charge de la pochite en 2022, suivies en 2024 des recommandations de l'American Gastroenterological Association (AGA) [8,9,10]. Figure 2.

### Traitemennt de la pochite aiguë

Environ 60 % des patients opérés par coloproctectomie totale avec AIA présenteront un épisode de pochite aiguë, dont la plupart des premiers épisodes répondent favorablement à une antibiothérapie. Le traitement de première intention repose sur une antibiothérapie par ciprofloxacine ou métronidazole pour une durée de 15 jours, avec utilisation préférentielle de la ciprofloxacine devant



**Figure 1.** Facteurs de risque de pochite. AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens RCH : rectocolite hémorragique.

une meilleure tolérance et efficacité chez ces patients.

En effet, un essai clinique randomisé mené par Shen et al sur 16 patients comparait l'utilisation de ciprofloxacine ou métronidazole. Les deux traitements s'avèrent efficaces dans la pochite aiguë, avec une meilleure amélioration clinique et endoscopique chez les patients traités par ciprofloxacine, avec moins d'effets secondaires (33 % des patients traités par métronidazole ont présenté des épisodes de vomissements, dysgueusie ou neuropathie périphérique transitoire, contre aucun effet secondaire décrit dans le groupe ciprofloxacine) [12, 13].

Le budésonide topique est indiqué en seconde ligne en cas d'absence de réponse à l'antibiothérapie. Dans un essai clinique randomisé publié en 2002 comparant le budésonide topique versus métronidazole chez 26 patients avec pochite aiguë, le budésonide s'avère aussi efficace avec une meilleure tolérance et moins d'effets secondaires (57 % d'effets secondaires dans le groupe métronidazole, versus 25 % dans le groupe budésonide) [14]. D'autres antibiotiques, comme la vancomycine per os, peuvent également être utilisés en deuxième intention ou en cas d'allergie ou d'intolérance à la ciprofloxacine ou au métronidazole.

Environ 60 % auront au moins une récidive, en cas de récidives peu fréquentes (1 à 2 fois par an), il est recommandé de remettre les patients sous antibiotique.

### TraITEMENT DE LA POCHITE CHRONIQUE

Jusqu'à 10% des pochites aiguës développeront une forme de pochite chronique.

Comme définie dans le tableau 1, la pochite chronique est séparée en deux entités cliniques : la forme antibiodépendante et la forme antibiorésistante.

Le traitement d'induction de première intention pour la pochite chronique repose sur l'utilisation d'une antibiothérapie [8,11,12]. Les stratégies thérapeutiques validées sont la bi-antibiothérapie par :

- Métronidazole et ciprofloxacine pendant 4 semaines
- Ciprofloxacine et tinidazole pendant 4 semaines
- Ciprofloxacine et rifaximine pendant 2 semaines

### Forme antibiorésistante

En l'absence de réponse après antibiothérapie combinée, le budésonide par voie orale ou topique est indiqué dans les formes antibiorésistante et proposé avant une biothérapie. Son utilisation doit cependant être limitée (<8-12 semaines).

Les biothérapies recommandées dans la prise en charge de la pochite chronique sont le vedolizumab, l'infliximab, l'adalimumab et l'ustékinumab, ainsi que, plus récemment, le rizankizumab ainsi que les anti-JAK [12].

Parmi les biothérapies, le vedolizumab dispose des données les plus solides pour étayer son utilisation dans le traitement de la pochite chronique [15].

L'essai randomisé contrôlé en double aveugle contre placebo EARNEST, a montré que le vedolizumab entraînait une rémission clinique significativement plus élevée chez une proportion de patients atteints de pouchite chronique par rapport au placebo à la semaine 14 (31 % contre 10 % ; p = 0,01) et à la semaine 34 (35 % contre 18 %) [15]. Sur la base de ces données, le vedolizumab a été approuvé pour le traitement de la pouchite chronique par l'Agence européenne des médicaments en 2022. Plusieurs autres études observationnelles confirment également l'efficacité du vedolizumab et une récente revue systématique et méta-analyse a montré que le taux de réponse clinique global avec le vedolizumab était de 54 % (IC à 95 % : 43-65) [16-18].

L'infliximab représente également une alternative thérapeutique, avec un effet également sur les manifestations extra-intestinales associées. L'adalimumab utilisé en deuxième intention en cas d'immunisation à l'infliximab.

L'ustékinumab s'est également révélé efficace dans la prise en charge de la pochite chronique, avec 50 % de réponse clinique dans une cohorte rétrospective américaine de 24 patients [19]. Ces résultats sont retrouvés également dans une cohorte prospective belge, publiée en mai 2024, avec un taux de rémission sans corticothérapie de 27,3 % après induction et 36,4 % après 48 semaines ; le taux de réponse clinique était de 54,5 % à 16 et 48 semaines [20].

L'utilisation des anti-JAK dans le traitement des patients atteints de pochite est également recommandée [9]. Deux études multicentriques montrent une amélioration clinique des patients.

Concernant le traitement d'entretien, la plupart des patients avec une forme antibiorésistante de pochite nécessiteront un traitement au long cours.

### Formes antibiodépendantes

Après un traitement d'induction par antibiothérapie, certains patients développeront une forme de pochite antibiodépendante nécessitant l'utilisation d'un traitement au long cours.

La mise en place d'une antibiothérapie au long cours est recommandée comme stratégie thérapeutique d'entretien, à dose minimale (ciprofloxacine 500 mg ou 250 mg 2×/jour), avec des périodes de pause thérapeutique (une semaine par mois). L'utilisation cyclique peut également être discutée afin de limiter le développement de résistance (rotation entre ciprofloxacine, métronidazole et vancomycine tous les 7 à 15 jours par exemple) [9].

L'utilisation de probiotiques (notamment VSL#3) est proposée dans certaines recommandations en traitement

d'entretien [8]. En effet, Mimura et al. démontraient en 2004 dans un essai clinique randomisé contre placebo 86 % de rémission à 1 an pour le VSL#3 versus 6 % pour le groupe placebo. Dans cet essai, le traitement était administré à haute dose pendant 1 an ou jusqu'à la survenue d'une rechute.

L'utilisation de biothérapies dans cette indication est recommandée par l'AGA, mais avec un faible niveau de preuve, et pourra être discutée avec le patient [8].

#### Cas particulier : Maladie de Crohn like du réservoir iléal

Le diagnostic de la maladie de Crohn du réservoir iléal est posé sur la base du développement de sténoses non anastomotiques, d'une maladie périanale > 6 à 12 mois après la fermeture de l'iléostomie ou d'une iléite pré-poche.

Il n'existe aucun essai contrôlé randomisé sur les médicaments utilisés pour traiter la pochite type Crohn like, mais une méta-analyse regroupant plusieurs petites études rétrospectives a montré que les anti-TNF sont efficaces avec

un taux de réponse global de 76 % (IC à 95 % : 65-83) [21]. De même que l'Ustekinumab et le Vedolizumab qui sont efficaces dans deux études observationnelles, avec des taux de réponse combinés de 75 % (IC à 95 % : 63-84) et 71 % (IC à 95 % : 59-81), respectivement [21]. L'efficacité des médicaments anti-IL-23 et des inhibiteurs JAK n'a pas été étudiée dans ce cas. Cependant, ces médicaments peuvent également être utilisés pour le traitement des pochite Crohn like sur la base d'une extrapolation des données sur la Maladie de Crohn [8]. L'utilisation à court terme de corticostéroïdes, généralement comme passerelle vers la biothérapie, peut également être envisagée.

#### Place de la reprise chirurgicale

L'indication d'une reprise chirurgicale doit être posée avec précaution chez des patients présentant des complications pouvant être corrigées chirurgicalement, comme une sténose anastomotique ou désunion de l'anastomose, avec peu de données disponibles et des résultats post-opératoires peu satisfaisants [11, 22].

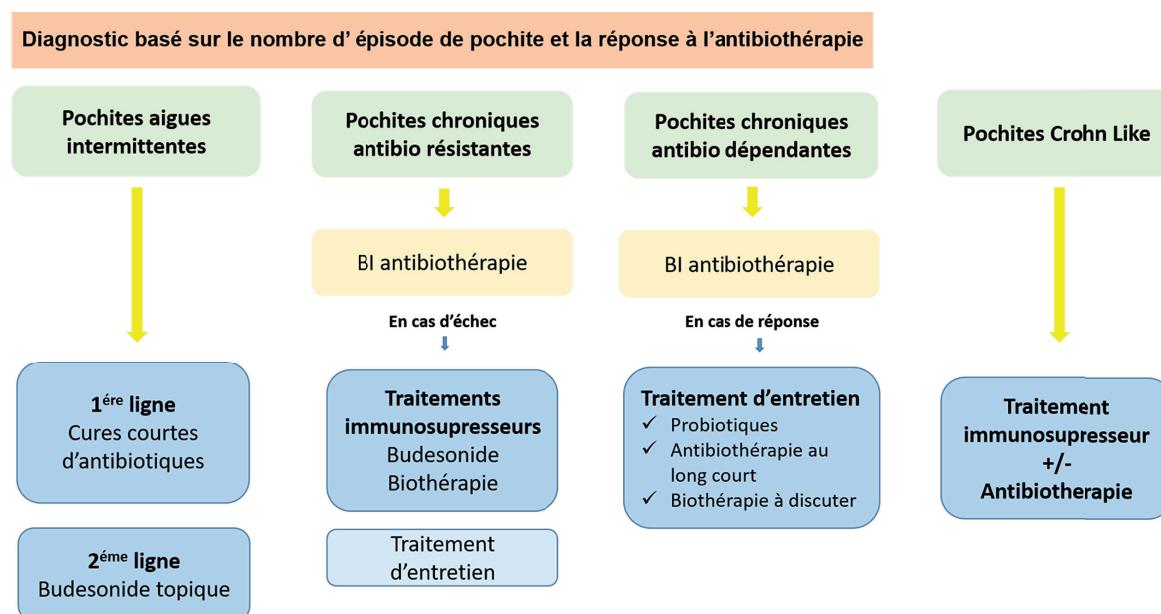


Figure 2. Traitement actuel de la pochite et la maladie de Crohn-like du réservoir.

#### Prise en charge en prophylaxie primaire

Aucun traitement en prophylaxie primaire n'est recommandé à l'heure actuelle. En effet, l'utilisation d'antibiotique en prévention n'a pas démontré d'efficacité en ce qui concerne le risque de pochite et sont à risque de développer des

résistances bactériennes [8,10]. Les études menées sur les probiotiques en prophylaxie primaire sont pour la plupart de petits effectifs et leur efficacité reste incertaine, bien que peu de risques à leur utilisation aient été décrits. Cependant, leur utilisation pourrait s'avérer bénéfique pour certains

patients sélectionnés présentant des facteurs de risque de pochite, comme la présence de CSP associée ou de manifestations extra-intestinales<sup>[8,10]</sup>.

## Conclusion

Les antibiotiques constituent le pilier du traitement de la pochite aiguë intermittente, mais leur rôle est limité dans la prise en charge de la pochite chronique et de la maladie de Crohn du réservoir iléal. Si l'antibiothérapie prolongée est un traitement efficace contre la forme chronique antibio-

dépendante, sa sécurité doit être mieux établie et un traitement immunosuppresseur avancé peut être envisagé comme alternative. Le traitement biologique est le traitement de choix pour la pochite chronique antibiorésistante et la maladie de Crohn du réservoir iléal.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la physiopathologie, identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, identifier les facteurs prédictifs de la réponse au traitement médical et identifier les objectifs du traitement de la pochite.

## Références

01. Parragi L, Fournier N, Zeitz J, Scharl M, Greuter T, Schreiner P, Misselwitz B, Safroneeva E, Schoepfer AM, Vavricka SR: Colectomy rates in ulcerative colitis are low and decreasing: 10-year follow-up data from the Swiss IBD Cohort Study. *Journal of Crohn's and Colitis* 2018, 12(7):811-818.
02. Barnes EL, Jiang Y, Kappelman MD, Long MD, Sandler RS, Kinlaw AC, Herfarth HH: Decreasing colectomy rate for ulcerative colitis in the United States between 2007 and 2016: a time trend analysis. *Inflammatory bowel diseases* 2020, 26(8):1225-1231.
03. Baek JE, Park J-B, Bae JH, Kim MH, Hong SW, Hwang SW, Lee JL, Yoon YS, Yang D-H, Ye BD: Incidence, risk factors, and outcomes of chronic Antibiotic-Refractory pouchitis in Korean patients with ulcerative colitis. *Gut and Liver* 2024, 19(3):388.
04. Barnes EL, Herfarth HH, Kappelman MD, Zhang X, Lightner A, Long MD, Sandler RS: Incidence, risk factors, and outcomes of pouchitis and pouch-related complications in patients with ulcerative colitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2021, 19(8):1583-1591.e1584.
05. Barnes EL, Herfarth HH, Sandler RS, Chen W, Jaeger E, Nguyen VM, Robb AR, Kappelman MD, Martin CF, Long MD: Pouch-related symptoms and quality of life in patients with ileal pouch-anal anastomosis. *Inflammatory bowel diseases* 2017, 23(7):1218-1224.
06. Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH, Coffey JC, Kirat HT, Manilich E, Shen B, Martin ST: Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. *Annals of surgery* 2013, 257(4):679-685.
07. Barnes EL, Kochhar B, Jessup HR, Herfarth HH: The incidence and definition of Crohn's disease of the pouch: a systematic review and meta-analysis. *Inflammatory bowel diseases* 2019, 25(9):1474-1480.
08. Barnes, E. L., Agrawal, M., Syal, G., Ananthakrishnan, A. N., Cohen, B. L., Haydek, J. P. & AGA Clinical Guidelines Committee. (2024). AGA clinical practice guideline on the management of pouchitis and inflammatory pouch disorders. *Gastroenterology*, 166(1), 59-85.
09. Shen B, Kochhar GS, Kariv R, et al. Diagnosis and classification of ileal pouch disorders: consensus guidelines from the International Ileal Pouch Consortium. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; 6:826-849.
10. Shen B, Kochhar GS, Rubin DT, et al. Treatment of pouchitis, Crohn's disease, cuffitis, and other inflammatory disorders of the pouch: consensus guidelines from the International Ileal Pouch Consortium. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022; 7:69-95.
11. Sequier, L., Altweig, R., Caillo, L., Caron, B., & Peyrin-Biroulet, L. (2025). Pochite: prise en charge et perspectives. *Hépato-Gastro & Oncologie Digestive*, 32(3), 269-279.
12. Jajoo, A., Hakimian, S., & Syal, G. (2025). Managing Pouchitis: Where do Antibiotics End, and Advanced Therapies Begin?. *Current Gastroenterology Reports*, 27(1), 40.
13. Shen B, Achkar JP, Lashner BA, et al. A randomized clinical trial of ciprofloxacin and metronidazole to treat acute pouchitis. *Inflamm Bowel Dis* 2001 ; 7 :301-305.
14. Sambuelli A, Boerr L, Negreira S, et al. Budesonide enema in pouchitis—a double-blind, double-dummy, controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2002 ; 16 :27-34.
15. Travis S, Silverberg MS, Danese S, et al. Vedolizumab for the Treatment of Chronic Pouchitis. *N Engl J Med* 2023 ; 388 : 1191-1200.
16. Gregory M, Weaver KN, Hoversten P, Hicks SB, Patel D, Ciorda MA, et al. Efficacy of Vedolizumab for refractory pouchitis of the ileo-anal pouch: results from a multicenter US cohort. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(9):1569–76.
17. Bar F, Kuhbacher T, Dietrich NA, Krause T, Stallmach A, Teich N, et al. Vedolizumab in the treatment of chronic, antibiotic-dependent or refractory pouchitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;47(5):581–7.
18. Verstockt B, Claeys C, De Hertogh G, Van Assche G, Wolthuis A, D'Hoore A, et al. Outcome of biological therapies in chronic antibiotic-refractory pouchitis: A retrospective single-centre experience. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(9): 1215–25.
19. Ollech JE, Rubin DT, Glick L, et al. Ustekinumab Is Effective for the Treatment of Chronic Antibiotic-Refractory Pouchitis. *Dig Dis Sci* 2019 ; 64 : 3596-3601.
20. Outtier A, Louis E, Dewit O, et al. Efficacy and safety of ustekinumab for chronic pouchitis: a prospective open-label multicenter study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2024 ; 22 : 2468-2474.e1.
21. Syal G, Barnes E, Raffals L, Al Kazzi E, Haydek J, Agarwal M, et al. Medical therapies for prevention and treatment of inflammatory pouch Disorders-A systematic review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(1):135–50.
22. Novello M, Shen B, Stocchi L. Pouchitis as an Indication for Ileal Pouch Surgical Revision. *Inflamm Bowel Dis* 2019 ; 25 : e25.



# Journal ALGÉRIEN DE GASTROENTÉROLOGIE

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ISSN 2392-5299

Liste des e-Posters

Abstracts des Communications Orales

Abstracts des Communications Affichées

List of e-Posters

Abstracts of Oral Presentations

Abstracts of Poster Presentations



**SAHGEED**

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE  
D'HÉPATO-GASTROENTEROLOGIE  
ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE



## Liste des e-Posters

**CA01. Prévalence et déterminants du syndrome métabolique dans la maladie de Crohn: étude transversale monocentrique**  
M.Ghazali, A. Debbabi, M. Djama, M. Boucelma  
Hôpital Mixte Ammi Moussa

**CA02. Maladie de Crohn en anti-TNFα: la numération sanguine au cœur de l'évaluation inflammatoire**  
M. Ghazali, A. Debbabi, M. Djama, M. Boucelma  
Hôpital Mixte Ammi Moussa

**CA03. Stéatose hépatique aiguë gravidique: urgence obstétricale extrême – entre défis diagnostiques, enjeux médico-légaux et stratégies de prévention**  
L. Chouali  
CHU Setif

**CA04. L'hypertension artérielle: un facteur de risque majeur de MASH et de fibrose avancée dans la MAFLD**  
S. Zemmouchi, R. Grimes, F. Azizi, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

**CA05. Impact de l'hétérogénéité du syndrome métabolique sur le pronostic hépatique de patients atteints de MAFLD**  
S. Zemmouchi, A. Amoumene, T. Soualah, R. Grimes, A. Gribissa, N. Benmaouche, F. Lounes, S. Cheraitia, M. Lahcene, MEA. Boudjella  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

**CA06. Effets de la diétothérapie sur l'évolution des paramètres cliniques, anthropométriques, biologiques, échographiques, les profils nutritionnel et métabolique à cours de la stéatose métabolique MASLD**  
Tahar, D. Tagzout, G. Tagzout, A. Tebaibia, E.A. Koceir -Ahmed  
Service de médecine interne, Hôpital Birraria

**CA07. Maladie de Crohn sténosante dans un service de médecine interne à propos de 42 cas**  
E. Saidoun  
EHS Salim Zemirli, El Harrach

**CA08. Atteinte digestive chez les patients vivant avec le VIH**  
I. Latí  
EPH Ouargla

**CA09. Polypes duodénaux: aspects histologiques et lésions endoscopiques associées**  
C. Louati, E. Bel Hadj Mabrouk, A. Mensi, S. Ayadi, Y. Said, L. Mouelhi, R. Dabbeche\*  
Hopital Taher Maamouri

**CA10. La latéralité dans le cancer du côlon: Quel impact ?**  
S. Merhaben, G. Ghahrbi, M. Mahmoudi, A. Ben Mohamed, M. Yakoubi, A. Khsiba, M. Medhioub, M.L. Hamzaoui  
Hopital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul, Tunis

**CA11. Lien entre la carence en vitamine D et la sévérité des MCI évaluée par échographie abdominale: étude hospitalière au CHU de Tlemcen**  
A. Belkhatir, A. Attia, A. Guerroudj, H. Mahi, Y. Taleb, O. Mehammedi, W. Benmansour, A. Benzerdjeb, W. Benaouda  
CHU Tlemcen

**CA12. Apport de la radiologie interventionnelle dans la prise en charge du carcinome hépatocellulaire: à propos de cas cliniques**  
C. Hamadache, M. Yasmine, C. Aimeur  
Radiologie Centrale, CHU Mustapha, Alger

**CA13. Carcinome hépatocellulaire: profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif—étude observationnelle monocentrique**  
Ou-  
lad Kouider, A. Safir, M. Chena, A. Benslimane, F. Aici, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. Bouteraa, N. Amani, L. Mallem  
Service d'HGE-B, EPH Dr Balaska Mohamed, Oran

**CA14. Apport de l'echo endoscopie dans le diagnostic des dilatations biliaires sans obstacle visible à l'imagerie conventionnelle**  
A. Meddah, M. Ghediri, N. Cheikh, N. Benzemrane, N. Kicili, K. Amalou, K. Saidani  
CHU Mohamed Seghir Nekkache

**CA15. Carcinome hépatocellulaire au CHU d'Oran: profil épidémiologique, étiologique et devenir des patients (janvier 2021 – décembre 2024).**  
H. Benahmed<sup>1</sup>, M. Ahmed Messaoud<sup>2</sup>, S. Mahi<sup>1</sup>, K. Sadouki<sup>1</sup>, M. Amar<sup>1</sup>, Y. Elmir<sup>1</sup>, N. Korti<sup>1</sup>, Behouah<sup>2</sup>, A. Bousahba<sup>2</sup>  
1- Service Hépato-Gastro-Enterologie, CHU Oran  
2-Service Oncologie CHU-Oran

**CA16. Apport de la manométrie haute résolution œsophagienne dans le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage. Expérience de notre unité d'exploration fonctionnelle digestive.**  
Y. Chelbi, M.N. Chehad.  
Gastroentérologues libéraux, Constantine

**CA17. MCI et oncogenèse digestive: implications chirurgicales**  
A. Behir, T. Guendouzi  
L'hôpital mixte de lutte contre le cancer, Sidi Bel Abbès

**CA18. Intérêt de l'exérèse complète du mésocôlon dans le cancer du côlon droit**  
M. Bouzida, S. Gacem, K. Draï, M. Zeggane, H. Lemdani, D. Bouhraoua, N. Zahi, S. Belaoudmo, N. Ait Benamer  
Hôpital Frantz fanon, CHU Blida

**CA19. Maladie associée aux IgG4: l'expérience de service d'Hépatologie de CHU Mustapha, Alger.**  
S. Assas, N. Afredj, R. Kerbouche, N. Guessab, H.A. Belimi, S. Tirichine, N. Debzi  
Hépatologie, CHU Mustapha

**CA20. Caractéristiques cliniques et évolution thérapeutique du syndrome LPAC: expérience de 26 cas au service d'Hépatologie du CHU Mustapha.**  
L. Ghermit, N. Afredj, H. Belimi, R. Kerbouche, A. Guechi, S. Assas, I. Ouled Chikh, N. Guessab, N. Debzi.  
Service d'hépatologie, CHU Mustapha

**CA21. Pathologies proctologiques non cancéreuses à Niamey/Niger**  
O. Fanta, I. de Kadi, H. Saidou, S. Rachid  
Hôpital National de Niamey

**CA22. Aspects échographiques du carcinome hépatocellulaire (CHC) à Niamey**  
O. Fanta, M. Garba, M. Seydou, A.H. Boube, G. Alfari, B. Adamou, S. Guida  
Hôpital National de Niamey

**CA23. Profil épidémiologique, anatomo-clinique et évolutif des TI-PMP**  
A. Bouchareb, A. Mitiche, H. Mahiou, M. Aissaoui, R. Osmane, A. Bou-taleb, N. Hamidouche, A. Benrabia, Y. Aissat, I. Ziane, S. Saichi, R. Me-riem, M. Nakmouche, H. Saoula

Service de gastro-entérologie CHU BEO, Alger

**CA24. Carcinome hépatocellulaire du sujet jeune: particularités diagnostique et pronostique**

F. Aici, A. Safir, M. Chenaï, A. Benslimane, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. Oulad Kouider, A. Bouteraa, N. Amani, L. Mallem  
Service Hépato-gastroentérologie B, EPH Dr Mohamed Balaska, Oran

**CA25. Le C-score IRM: nouvelle approche de quantification de l'activité inflammatoire des MICI**

S. Semar, S. Maked, M. Oularbi, Y. Benarous, R. Benyahia  
Service de radiologie, CPMC

**CA26. Succession de Deux Cohortes de Tlemcen dans la Maladie de Crohn: Évolution des Pratiques et Place Centralisée de la Biothérapie dans la Stratégie Thérapeutique**

A. Etchiali, N. Attia, M. Hassaine, W. Benaouda, M. Taleb, Y. Mehameddi, A. Benzerjeb, A. Mahi, A. Belkhatir  
CHU Tlemcen

**CA27. Endoscopie à vif: qu'en pensent nos patients ?**

Y. Fradi, Z. Benzarti, Y. Hidous, B. Bouchabou, A. Nakhlé, N. Hemdani, R. Ennaifer  
Hôpital régional de Zaghouan

**CA28. Prévalence de la tuberculose latente chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**

A. Meddah, A. Lounici, H. Chetroub, N. Benzemarane, M. Ghediri, K. Saidani  
CHU Mohamed Seghir Nekkache

**CA29. Angiodysplasies digestives: étude rétrospective**

A. Meddah, N. Cheikh, A. Lounici, M. Ghediri, H. Chetroub, N. Rekab, N. Belloula, N. Kicili, A. Rehamnia, K. Saidani  
CHU Mohamed Seghir Nekkache

**CA30. Pratique de l'anesthésie en dehors du bloc opératoire: résultats d'une série de 160 endoscopies digestives**

F. Ouanes, S. Nedjari, R. Mokretar Kherroubi  
CHU Béni Messous

**CA31. Facteurs associés à l'évolution du carcinome hépatocellulaire**

R. Ali Cheick, F. Ousseini [2], A. Solij [3], A. Ali Harouna [4], N. Abdou [2]  
[1] Centre Hospitalier Régional de Niamey  
[2] Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital National de Niamey  
[3] Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey  
[4] Centre Hospitalier Régional de Tillabéry. Centre Hospitalier Régional de Niamey

**CA32. Aspects diagnostiques du carcinome hépatocellulaire**

R. Ali Cheick [1], F. Ousseini [2], A. Solij [3], A. Ali Harouna [4], N. Abdou [2]  
[1] Centre Hospitalier Régional de Niamey  
[2] Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital National de Niamey  
[3] Service d'Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey  
[4] Centre Hospitalier Régional de Tillabéry. Centre Hospitalier Régional de Niamey

**CA33. Apport de l'endoscopie digestive dans l'étude de la prévalence et de la caractérisation moléculaire de Helicobacter pylori: expérience du CHU de Tlemcen**

A. Etchiali, M. Dali-Sahi, B. Bekhouche, N.S. Chiali, T. Salmi, N. Bab Hme, Y. Harek, N. Medjati-Dennouni  
CHU Tlemcen

**CA34. Émergence des germes multirésistants dans les infections nosocomiales sur ascite: expérience du service d'hépatologie CHU Mustapha**

L. Garah, L. Ghermit, L. Dahmen, N. Afredj, H. Belimi, S. Assas, I. Ouled Cheikh, R. Kerbouche, N. Guessab, N. Debzi  
CHU Mustapha - Service Hépatologie

**CA35. Rupture du carcinome hépatocellulaire: étude descriptive et analytique à propos de 4 cas**

S. Mahiou, H. Mahiou, A. Mitiche, H. Meriem, R. Osmane, M Aissaou, A. Boutaleb, H. Saoula  
CHU Mohamed Lamine Debaghine

**CA36. Prise en charge de la maladie de Crohn fistulisante dans un service de médecine interne: à propos de 27 cas**

R. Ihadadene, D. Saidoun, A. Zitouni, A. Azzoug, B. Stasaid, N. Oumnia, S. Taharboucht  
EHS Salim Zemirli

**CA37. Infections opportunistes sous anti-TNF $\alpha$  au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: un risque à ne pas négliger !**

H. Gdoura, H. Mohamed Val, M. Moalla, F. Abdelaziz, H. Smeoui, L. Chtourou, M. Boudabous, L. Mnif, A. Amouri  
Service d'hépatogastroentérologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

**CA38. Apport de la calprotectine fécale dans le suivi des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)**

I. Mostefai, R. Aberkane [1], C.T. Ait Ali Yahia [1], F. Aggoune [2], S. Boulaaras [1], A. Boussahel [1], H. Ait Hamoudi [1], S. Hamza [1], F. Kateb [1], N.A. Belhadj [1], H. Smaha [1], N. Ouali [1], N. Bradai [1], R. Rouabah [3], M.I. Haouche [3], F. Fernini [4], R. Belbouab [4], H. Amroun [3], K. Belhocine [2], S.S. Salah [1]

[1] CHU Mustapha, Service de gastroentérologie

**CA39. Efficacité clinique à 1 an de la dilatation pneumatique dans le traitement de l'achalasie primitive**

S. Saichi, S. Chaib, A. Aissat, M. Aissaoui, I. Ziane, A. Benrabia, A. Mitiche, L. Meziani, H. Meriem, R. Osmane, H. Mahiou, A.F. Boutaleb, D. Hamidouche, M. Nakmouche, H. Saoula  
CHU Mohamed Lamine Debaghine, Bab El Oued

**CA40. Gastrostomies endoscopiques percutanées: résultats d'une série de 10 patients sur 2 ans**

S. Saichi, A. Aissat, I. Ziane, A. Benrabia, M. Aissaoui, H. Saoula  
CHU Mohamed Lamine Debaghine, Bab El Oued

**CA41. Éducation thérapeutique en maladie cœliaque: quelle place pour l'infirmier ?**

G. Boudjadja, M. Fissah, A. Rechach, F. Hamrour, M. Charifi, H. Chicha, B. Aissaoui, S. Djouhri, F. Menzou, I. Guettaf, A. Chibane.  
CHU Douera

**CA42. œsophagite nécrosante aiguë: une série de 05 cas**

A. Douadi, S. Cheraita [1], R. Derguine [1], N. Benmaouche [1], F. Lounes [1], R. Ouldougouam [1], A. Moumen [1], R. Aouameur [2], MEA. Boudjella [1]  
[1] EPH Bologhine

**CA43. Facteurs associés à la survenue de carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques**

H. Elchaabani, A. Khsiba, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, M. Medhioub, L. Hamzaoui  
CHU Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunis

**CA44. Place de la chirurgie radicale dans la prise en charge des lésions anopérinéales sévères sur maladie de Crohn: expérience d'un centre**

M.F. Guerni, L. Khelifi, H. Chatter, S.L. Mousli, M. Mokhbi, F. El Metenani, K. Boughezala, N. Sid Idris  
EPH Birtraria

**CA45. Profil épidémiologique, clinique, et paraclinique de la tuberculose péritonéale dans un centre tunisien**

H. Elchaabani, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, A. Khsiba, M. Medhioub, L. Hamzaoui  
CHU Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunis

**CA46. Effets immunologiques des anti-TNF: solution miracle ou arme à double tranchant?**

H. Gdoura [1], S. Attia [1], Z. Gassara [2], M. Moalla [1], F. Hammami [3], H. Smeoui [1], L. Chtourou [1], M. Boudabous [1], L. Mnif [1], H. Fourati [2], H.

Turki [3], A. Amouri [1]

[1] Service d'hépatogastroentérologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie  
[2] Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie  
[3] Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

**CA47. Drainage biliaire endoscopique des tumeurs du pancréas par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique: résultat d'un centre tunisien**

C. Louati, M. Medhioub, M. Yakoubi, G. Gharbi, M. Mahmoudi, A. Ben mohamed, A. khhiba, L. Hamzaoui  
Hopital Taher Maamouri

**CA48. Profil épidémiologique du cancer gastrique: expérience du service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued**

H. Meriem, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A. Mehira, A. Bouchareb, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula  
Service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued

**CA49. Drainage biliaire endoscopique dans les sténoses biliaires malignes péri-hiliaires Une étude rétrospective de 53 patients: Indications, techniques et résultats**

A. Rehamnia, B. Bellal, I. Yekhlef, H. Bouhouche, N. Torch, R. Mabizari  
HMRUC Constantine

**CA50. Rôle du gastro-entérologue dans le diagnostic et la prise en charge des ampullomes vésiculaires: à propos d'une série de 13 cas**

H. Meriem, A. Mehira, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A. Bouchareb, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula  
Service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued

**CA51. Tumeurs stromales gastro-intestinales: à propos d'une série de 06 cas**

H. Meriem, A. Bouchareb, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A.

Mehira, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula  
Service de gastro- entérologie du CHU Bab El Oued

**CA52. Profil épidémiologique des hémorragies digestives hautes chez l'insuffisant rénal chronique**

R. Mehira, I. Ziane, Y. Aissat, A. Mitiche, A. Benrabia, S. Saichi, R. Meriem, D. Hamidouche, R. Osmane, M. Aissaoui, H. Mahiou, AF. Boutaleb, M. Nakmouche [1], A. Lyazidi [2], H. Saoula [1]  
Service de gastro- entérologie du CHU Bab El Oued

**CA53. Les indications chirurgicales au cours de la RCH (expérience du service de gastro-entérologie CHU Mohamed Lamine DEBAGHINE de BEO)**

A. Mitiche  
Service de gastro- entérologie du CHU Bab El Oued, HCA, Gastro-entérologie, Alger

**CA54. Drainage biliaire guidé par EUS dans la prise en charge de l'obstruction biliare maligne: expérience et courbe d'apprentissage.**

K. Amalou, H. Chetroub, F. Bouaouina, F. Belghanem, M. Medkour, N. Benboudiaf, K. Saidani, S. Gassem  
HCA, Gastro-entérologie, Alger

**55. Profil épidémiologique et évolutif de la cirrhose , expérience du service d'hépatogastroentérologie du - CHU TIZI OUZOU –**

**Wassim Chemchem, T. Guellali, Y. Aouine, D. Guidouche, D. Tagzout**  
CHU Nedir Mohamed, Tizi-Ouzou

**56. Profil clinique et étiologique des iléites : à propos d'une série de cas**

**FZ. Hammech, F. Hamdaoui, D. Titsaoui**  
CHU Sidi Bel Abbes

# Abstracts des communications orales

**Code abstract : A-37JI25JGAF-0014**

## CO01. Prise en charge du CHC dans le cadre de la RCP : expérience du service d'Hépatologie

**HA. Belimi** [1], S. Assas [1], R. Kerbouche [1], N. Guessab [1], N. Afredj [1], G. Bahbouh [2], A.A. Daif [2], M. Remache [2], A. Redjil [2], C. Ait Benanar [2], K. Bentabak [2], C. Hamadache [3], C. Aimeur [3], A. Habouchi [4], N. Debzi [1]  
 [1] Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger  
 [2] Service de Chirurgie Oncologique, CPMC, Alger  
 [3] Service de Radiologie centrale, CHU Mustapha, Alger  
 [4] Service de Radiologie, CHU Bab El Oued, Alger

### Objectifs

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) représente la principale tumeur primitive du foie et survient le plus souvent sur foie cirrhotique. Sa prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire, d'où l'importance de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour choisir la stratégie thérapeutique optimale pour chaque patient. Le but de ce travail était de rapporter les caractéristiques des patients pris en charge pour CHC dans le cadre de la RCP et les thérapeutiques employées.

### Matériels et Méthodes

C'est une étude rétrospective, monocentrique portant sur les patients atteints de carcinome hépatocellulaire suivis à notre niveau et présentés à la RCP. Ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, cirrhotiques ou non cirrhotiques, ayant bénéficié d'une évaluation complète clinique, biologique et radiologique. Le diagnostic de CHC a été retenu sur les critères de l'EASL et l'AASLD chez les cirrhotiques et les critères histologiques chez les nons cirrhotiques. Les autres types de cancers hépatiques ou extra-hépatiques ont été exclus. Les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques, les scores pronostics CHILD et MELD, la classification selon le BCLC ainsi que les décisions thérapeutiques ont été recueillies.

### Résultats

De décembre 2022 à juillet 2025, 104 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 66,5 ans (30-87 ans), avec un sex-ratio de 1,54. Selon le score de performance OMS, n=76 (73%) des patients étaient classés OMS 0, n=18 (17,3%) OMS 1, n=7 (6,7%) OMS 2 et n=3 (2,9%) OMS 3; aucun patient n'avait un score de 4. 96 patients (92,3%) étaient cirrhotiques. Le diagnostic de CHC était posé dans le cadre du dépistage chez n=57 (59,4%), il était fortuit ou concomitant avec la découverte de la cirrhose chez n=27 (28,1%); n=12 (12,5%) n'avaient pas bénéficié de dépistage. Concernant la fonction hépatique, le score de Child-Pugh retrouvait 67 (69,8%) patients classés A, 24 (25%) classés B et 5 (5,2%) classés C. Le MELD moyens était de 16 (6-25). L'étiologie de la cirrhose était dominée par le VHC (n=29; 30,2%), suivie de la NASH (n=26; 27%) et du VHB (n=19; 19,8%). Selon la classification BCLC, n=5 (5,2%) patients étaient au stade 0, n=38 (39,6%) au stade A, n=28 (29,2%) au stade B, n=15 (15,6%) au stade C et n=10 (10,4%) au stade D. Les décisions thérapeutiques prises en RCP étaient: transplantation hépatique (n=7; 6,73%, réalisée chez 2 patients), chirurgie (n=24; 23,07%, dont 4 non cirrhotiques), radiofréquence (n=9; 8,65%), chimioembolisation transartérielle (n=33; 31,73%, dont 1 non cirrhotique), traitement systémique par Sorafénib (n=17; 16,34%, dont 3 non cirrhotiques) et soins de support (n=14; 13,46%).

### Discussion

Dans notre série, le carcinome hépatocellulaire survenait principalement chez des patients cirrhotiques d'étiologie virale, avec une répartition hétérogène selon la classification BCLC.

### Conclusion

La prise en charge multidisciplinaire en RCP demeure essentielle pour optimiser les décisions thérapeutiques.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00036**

## CO02. Radiologie interventionnelle du CHC: retour d'expérience

**C. Hamadache** [1], Y. Mahiou [1], R. Boufis [1], C. Aimeur [1], M. Tabouche [2], MA. Habouchi [3]

[1] Service de Radiologie, CHU Mustapha, Alger

[2] Service de Radiologie, CHU Blida

[3] Service de Radiologie, CHU Lamine Debaghine, Bab el Oued, Alger

### Objectifs

Présenter, à travers des cas cliniques, la diversité des techniques de radiologie interventionnelle utilisées dans le CHC et rappeler leurs principales indications.

### Matériels et Méthodes

Nous rapportons le cas de plusieurs patients pris en charge dans notre service pour CHC, illustrant différents aspects de l'interventionnel. Un cas traité par chimio-embolisation transartérielle (TACE). Un cas traité par ablation percutanée par radiofréquence (RFA). Un cas ayant bénéficié d'une biopsie hépatique guidée par imagerie à visée diagnostique.

### Résultats

La TACE a permis un contrôle tumoral local satisfaisant avec une bonne tolérance. La RFA a obtenu une destruction complète de la lésion sans complication. La biopsie hépatique a confirmé le diagnostic histologique, orientant ainsi la stratégie thérapeutique.

### Discussion

Ces observations illustrent la diversité des gestes de radiologie interventionnelle dans la prise en charge du CHC. La TACE reste le traitement de référence chez les patients à un stade intermédiaire selon la classification BCLC. L'ablation par radiofréquence est indiquée pour les lésions de petite taille (<3 cm), avec une efficacité comparable à la chirurgie dans certains cas sélectionnés. La biopsie hépatique, bien que non systématique, conserve une place importante lorsqu'un doute diagnostique persiste ou pour orienter vers une thérapie ciblée. Ces techniques mini-invasives sont complémentaires et doivent être intégrées dans une approche multidisciplinaire associant radiologues, hépatologues et chirurgiens.

### Conclusion

La radiologie interventionnelle occupe une place centrale dans la prise en charge du CHC, en offrant des options diagnostiques et thérapeutiques adaptées au stade tumoral, à la fonction hépatique et au profil du patient. Ces techniques mini-invasives constituent des alternatives efficaces et sûres, améliorant le pronostic et la qualité de vie des patients.

---

## CO03. Le carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose chez le sujet âgé

**I. Haroun**, G. Bahbouh, A.A. Daif, S. Benameur, Z. Boudiaf, M. Kheloufi, K. Cherchar, Z. Hattou, H. Boutekdjiret, K. Bentabak

Service de chirurgie oncologique, CPMC A

Université des sciences de la santé Youcef Elkhatab, Alger

### Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le 1er cancer primitif du foie. Plus de 90% des CHC sont associés à une maladie chronique du foie, le plus souvent au stade de cirrhose.

L'incidence du CHC chez le sujet agé est en augmentation constante en lien avec la transition épidémiologique des hépatopathies chroniques métaboliques et virales.

Le meilleur traitement à visée curative est la transplantation hépatique, la résection chirurgicale et la radiofréquence. Cependant, le sujet agé > 70 ans, ne peut pas bénéficier de la transplantation hépatique et la résection chirurgicale reste la seule alternative à but curatif.

### Objectif principal

Évaluer la morbimortalité des sujets agés > 70 ans opérés pour carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose.

### Matériels et méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive, monocentrique, étendue de janvier 1998 à juin 2025

Nous avons analysé les caractéristiques suivantes:

Démographie des patients: âge, sexe, ASA.

Maladie hépatique: étiologie, Child et degré d'HTTP.

Lésions hépatiques: nombre, taille et taux d'AFP.

Type de chirurgie: type de résection, type de clampage et pertes sanguines.

Critères de jugement:

Résultats à court terme: mortalité et morbidité.

Résultats à long terme: survie sans récidive et survie globale (décès post-opératoires exclus).

Date de point juin 2025 :

180 patients ont été opérés à notre niveau.

105 patients ont été retenus pour l'étude

Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'âge: groupe 1: patients >70 ans et groupe 2 : patients > ou égal à 70 ans. 73 patients avaient un âge < 70 ans (G1) et 32 patients avaient un âge > ou égal à 70 ans (G2).

Les complications postopératoires étaient calculées selon Clavien-Dindo jusqu'à 30 jours postopératoire.

La survie globale et sans récidive étaient calculées selon l'estimation Kaplan-Meier.

P value < 0,05.

#### Résultats

Socle hépatique: 100% cirrhose chez les deux groupes.

Score ASA : majoritairement ASA 2: 69% (N=50) dans le G1 et ASA 2: 78% (N=25) dans le G2.

Score Child-Pugh: G1: A5/A6: 96 (90%), B7: 3 (4%), G2: A5/A6: 29 (90,6%), B7: 3 (9,3%).

Résection majeure: G1: 6 (8,33%), G2: 2 (6,25%).

Morbidité: G1: 8,21% (N=6), G2: 25% (N=8).

Mortalité à 30 jours postop: G1: 8,33% (N=6), G2: 9,37% (N=3).

Survie globale à 3 ans et 5 ans: G1: 69,9% et 54%, respectivement, G2: 58% et 39% respectivement, avec un P value = 0,14 pas de différence significative.

#### Discussion

Dans notre étude, la résection hépatique chez les patients de plus de 70 ans atteints de CHC sur cirrhose n'a pas montré de différence significative en termes de survie globale par rapport aux patients plus jeunes. Ce résultat rejoint les données de la littérature qui rapportent que, sous réserve d'une sélection rigoureuse, la chirurgie reste une option thérapeutique sûre et efficace chez le sujet âgé.

#### Conclusion

Dans les limites de notre étude, nos résultats concordent avec ceux de la littérature. La résection hépatique pour CHC chez les patients âgés de plus de 70 ans cirrhotiques apparaît faisable chez des malades sélectionnés offrant une survie comparable au patient de moins de 70 ans. L'âge chronologique ne doit pas constituer une contre-indication en soi.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00083**

**CO04. Prédition du pronostic chez les patients atteints de carcinome hépato-cellulaire: rôle du score easy albumin-bilirubin**

**S. Hedhli, M. Medhioub, M. Yakoubi, M. Mahmoudi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, A. Khsib, L. Hamzoui**

Service de gastro-entérologie, Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

#### Objectifs

Le CHC est la tumeur primitive du foie la plus fréquente. Un score simplifié d'évaluation pronostique, l'EZ-ALBI, a récemment été proposé. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la performance pronostique du score EZ-ALBI chez les patients atteints de CHC et de le comparer au score ALBI.

#### Matériels 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. 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 ± 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 bilirubine3 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 prédition 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.

#### Discussion

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature qui rapporte que l'EZ-ALBI permet une stratification pronostique comparable à celle de l'ALBI, avec l'avantage d'une utilisation beaucoup plus simple. D'après la littérature, l'analyse de la survie selon les grades de l'EZ-ALBI met en évidence des différences nettes, proches de celles obtenues avec l'ALBI, suggérant que ce nouvel outil constitue une alternative fiable dans la pratique quotidienne.

#### Conclusion

Le score EZ-ALBI est un outil simple, fiable et corrélé au score ALBI dans la prédition du pronostic des patients atteints de CHC. Sa simplicité de calcul pourrait favoriser son intégration dans la pratique clinique courante.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00044**

**CO05. Évaluation comparative des scores PAGE-B et PAGE-B modifiée (mPAGE-B) dans la prédition du carcinome hépatocellulaire chez les patients atteints d'hépatite B chronique traités par analogues nucléotidiques**

**A. Safir, M. Chenaï, A. Benslimane, F. Aïci, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. Oulad Kouider, A. Bouteraa, N. Amani, L. Mallem**

Service d'Hépatologie, EPH Dr Mohamed Balaska, Oran

#### Objectifs

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) représente une complication majeure de l'hépatite B chronique, même chez les patients traités par antiviraux. Les scores non invasifs PAGE-B et mPAGE-B ont été développés pour estimer le risque de survenue du CHC, mais leurs performances prédictives varient selon les populations. L'objectif de l'étude était d'évaluer la performance prédictive des scores PAGE-B et mPAGE-B dans une cohorte de patients atteints d'hépatite B chronique, traités par analogues nucléotidiques, afin de déterminer leur utilité clinique pour la stratification du risque de CHC et l'optimisation des stratégies de surveillance.

#### Matériels et Méthodes

Une étude rétrospective/prospective a inclus des patients atteints d'hépatite B chronique suivis dans notre centre entre 2011 et 2025. Les scores PAGE-B et mPAGE-B ont été calculés à l'inclusion et à la cinquième année. Le suivi portait sur la survenue d'un CHC confirmé par imagerie/histologie. La performance prédictive des scores a été évaluée par l'aire sous la courbe ROC.

#### Résultats

Parmi 43 patients traités par analogues nucléotidiques inclus dans l'étude (âge moyen de 50,9 ans, et prédominance masculine nette (87,3 %), 16,3% (7 patients) ont développé un CHC après un suivi médian de 104,7 mois (70-148 mois). Les patients étaient scorés Child-Pugh A dans 13,9 %, et B dans 2,3% des cas. L'AUC du score PAGE-B pour la prédition du CHC était de 0,76 (IC 95 % 0,60-0,92), contre 0,79 (IC 95 % 0,59-0,98) pour le score mPAGE-B à l'inclusion des patients

dans l'étude. L'AUC du score PAGE-B pour la prédition du CHC était de 0,78 (IC 95 % 0,59–0,97), contre 0,78 (IC 95 % 0,56–0,99) pour le score mPAGE-B à 05 ans.

#### Discussion

Dans cette cohorte rétrospective de patients traités par analogues nucléotidiques, le score mPAGE-B a montré une discrimination supérieure à celle du PAGE-B pour prédire la survenue du CHC. Ces résultats suggèrent que l'ajout de paramètres reflétant la fonction hépatique ou le degré de fibrose améliore la performance du modèle. Nos résultats sont en accord avec plusieurs études asiatiques et européennes ayant validé le mPAGE-B comme outil prédictif plus performant que le PAGE-B. Le principal intérêt clinique est de mieux stratifier les patients pour la surveillance du CHC. Les patients à faible risque pourraient bénéficier d'une réduction de l'intensité de la surveillance. Les patients à haut risque nécessitent une imagerie rapprochée.

#### Conclusion

Le score mPAGE-B semble supérieur au PAGE-B pour prédire la survenue du CHC chez les patients atteints d'hépatite B chronique. Des études multicentriques de plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer ces résultats et valider leur application en pratique clinique.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00060

##### CO06. Cancers et MICI: Série hospitalière

I. Ziane [1], K. Kabah [1], D. Hamidouche [1], Y. Aissat [1], A. Mitiche [1], A. Benrabia [1], S. Saichi [1], R. Meriem [1], R. Osmane [1], M. Aissaoui [1], H. Mahiou [1], AF. Boutaleb [1], M. Nakmouche [1], N. Ait Hamadouche [2], H. Saoula [1]

[1] Service de Gastro-entérologie, CHU Bab El Oued, Alger

[2] Service d'Epidémiologie et de Médecine préventive, CHU Bab El Oued, Alger

#### Objectifs

Evaluer la fréquence des cancers digestifs et extra-digestifs au cours des MICI. Identifier les facteurs de risque.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude cohorte rétro-prospective monocentrique sur dossiers d'hospitalisation des malades du service de gastroentérologie CHU Bab El Oued. Nous avons inclus tous les patients avec diagnostic certain de MICI hospitalisés durant la période 2000-2025 Pour chaque patient, une fiche a été établie recueillant les données démographiques, les caractéristiques de la maladie et le type de cancer développé. Saisie et analyse des données par le logiciel Epi-info 6.

#### Résultats

724 patients ont été inclus, parmi lesquels 513 (70,9%) avaient une maladie de Crohn (MC), 209 (28,9%) une rectocolite hémorragique (RCH). 59,11% patients ont une MICI ancienne évoluant depuis plus de 10 ans avec une durée moyenne d'évolution de 13.05 ±7,82 ans. 35 patients ont développé un cancer digestif ou extra-digestifs avec une fréquence de 4,8%. La fréquence de chaque cancer était respectivement: 2.34% (17) adénocarcinome colorectal, 0,82% lymphome B, 0,27 % cholangiocarcinome, 0,27 % cancer anal, 0,13% adénocarcinome de grêle, 0,13% cancer cutané non mélanique, 0,41% cancer du sein, 0,13% cancer pulmonaire, 0,27% autres. Nous avons observé une fréquence plus élevée des cancers dans la RCH ( $P<0,008$ ), chez les MICI diagnostiquées après 40 ans ( $P<10-6$ ), associées à une CSP ( $P<0,0004$ ), et exposées aux immunosuppresseurs ( $P<0,01$ ). En revanche, nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le sexe des patient ( $P=0,3$ ), l'ancienneté de la MICI ( $P= 0,6$ ), l'exposition à une combothérapie ( $P=0,4$ ) ou aux anti TNFa (Adalimumab, Infliximab) ( $P=0,8$ ).

#### Discussion

Dans cette série hospitalière monocentrique de 724 patients atteints de MICI, nous avons observé une fréquence globale de cancers de 4,8 %, avec une prédominance du cancer colorectal. Ce résultat rejoint les données de la littérature [1,2]. La fréquence plus élevée des cancers chez les patients atteint d'une RCH pourrait s'expliquer par l'atteinte colique diffuse et active dans cette pathologie [1,2,4]. Par ailleurs, notre étude identifie des facteurs de risque bien documentés dans la littérature, notamment la présence d'une CSP [3], ainsi que l'exposition aux immunosuppresseurs [2]. En revanche, l'ancienneté de la MICI n'était pas significativement associée à la survenue de cancers dans notre série ( $p = 0,6$ ). A l'inverse, les MICI diagnostiquées après 40 ans avaient un sur-

risque de se développer en cancer avec un ( $P<10-6$ ). Ce résultat peut être expliqué par un biais de recrutement ou par un effet de la surveillance endoscopique régulière mise en place dans notre centre [4].

#### Conclusion

Dans notre série le cancer colorectal est le cancer le plus fréquent. La MICI diagnostiquée après 40 ans, la RCH, l'association à une CSP et l'exposition aux immunosuppresseurs représentent les principaux facteurs de risque de développement des cancers chez les patients ayant une MICI.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00033

##### CO07. Facteurs prédictifs d'échec de la biothérapie dans les MICI: étude rétrospective hospitalière au CHU de Tlemcen

A. Belkhatir, S. Béllifa, N. Attia, H. Mahi, W. Benaouda, Y. Taleb, O. Mekhammedi, C. Bensalah, A. Benzerdjeb, W. Maloum  
Service de Gastroentérologie, CHU de Tlemcen

#### Objectifs

Déterminer les facteurs prédictifs d'échec thérapeutique aux anti-TNFα dans une cohorte de patients atteints de MICI.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude observationnelle, à la fois rétrospective et prospective, de type descriptif et analytique, sur une période de 5 ans (décembre 2020 – septembre 2025) au service d'hépato-gastro-entérologie. Ont été inclus les patients présentant une MC ou une RCH traités par anti-TNFα. Les exclusions concernaient les atteintes ano-périnéales isolées, les non-réponses primaires et les suivis inférieurs à 4 mois. Les données incluaient: caractéristiques démographiques, phénotype de la maladie, modalités thérapeutiques, paramètres biologiques, ainsi que l'évolution clinique. L'analyse statistique a été réalisée en bivariée, un seuil de significativité fixé à  $p= 0,05$ .

#### Résultats

Au total, 178 patients ont été inclus (61,9% hommes; âge médian: 40 ans; extrêmes: 16–81 ans), dont 152 atteints de MC et 26 de RCH. Les indications principales de la biothérapie étaient l'échec thérapeutique des traitements conventionnels et corticorésistance. L'infliximab a été administré en première ligne chez 142 patients (84,5%), tandis que l'adalimumab a été prescrit chez 63 patients atteints de MC (37,5%) et 25 patients atteints de RCH (40,3%). Un switch thérapeutique adalimumab - infliximab a été nécessaire dans 93 cas (22 %), et infliximab adalimumab dans 5 cas (3%). Une association à l'azathioprine (Imurél®) a été observée chez 41% des patients avec MC. La corticodépendance concernait 56,5% des malades. Par ailleurs, 70,3% recevaient des dérivés de la 5-ASA (mésalazine 41%, pentasa® 28,6%). La durée moyenne de suivi était de 14 mois (4–57). Un échec secondaire a été rapporté chez 44,8%, conduisant fréquemment à une chirurgie de recours. Les taux d'échec secondaire étaient de 11,9% pour l'infliximab et de 33,1% pour l'adalimumab. Les facteurs associés à une perte de réponse incluaient: tabagisme actif, stress psychosocial, fréquence accrue des poussées, déséquilibre nutritionnel et certains profils génétiques ( $p = 0,04$ ). En revanche, le sexe, l'âge, la localisation initiale et la sévérité clinique n'étaient pas significativement corrélés à l'échec thérapeutique.

#### Discussion

Près de la moitié des patients atteints de MICI (44,8%) présentaient un échec secondaire aux anti-TNFα, avec une différence notable entre infliximab (11,9%) et adalimumab (33,1%). Ce constat s'aligne avec les données de la littérature qui rapportent des taux d'échec secondaire variant entre 20 et 46% selon cohortes internationales (Ben-Horin & Chowers, 2011; Kennedy, et al., 2021).

#### Conclusion

Les anti-TNFα constituent un pilier de la stratégie thérapeutique dans les MICI, permettant d'améliorer la cicatrisation muqueuse, de réduire le recours aux hospitalisations et à la chirurgie, et d'optimiser la qualité de vie. Cependant, l'échec secondaire reste fréquent (44,8% dans notre cohorte). Les facteurs prédictifs identifiés sont principalement liés au terrain individuel et aux facteurs environnementaux.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00012

**CO08. La maladie de Crohn proximale, un phénotype à risque de complications. Expérience d'un centre tertiaire**

S. Zemmouchi, F. Azizi, F. Lounes, R. Ouldougouam, H. Kermadi, S. Cheriafia, N. Benmaouche, Y. Chikhi, MEA. Boudjella  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

**Objectifs**

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique qui peut toucher tout le tractus digestif. L'atteinte proximale (œsophage, estomac, duodénum, jéjunum et iléon proximal) est une forme rare dont la prévalence semble sous-estimée. Cette étude rétrospective vise à évaluer l'impact de cette localisation sur l'évolution clinique et le pronostic des patients.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, ayant porté sur les cas de maladie de Crohn proximale, suivis dans le service sur une période de 14 ans.

**Résultats**

Sur une cohorte de 351 cas de MC, 20 patients (5,7%) ont été identifiés avec une atteinte proximale. Les patients étaient majoritairement des hommes (sex-ratio=3) avec un âge moyen de 36,35 ans. Le délai diagnostique moyen était de 48 mois. Sur le plan clinique, la moitié des patients souffraient de maigreur et la majorité présentait des symptômes non spécifiques de cette localisation. Les marqueurs biologiques d'activité (anémie, CRP élevée, hypoalbuminémie) étaient fréquemment observés, indiquant une maladie active et un impact nutritionnel. L'atteinte proximale était isolée dans seulement 4 cas, et associée à des lésions plus distales, principalement une iléite terminale, dans 11 cas. Les examens morphologiques ont montré des épaissements inflammatoires dans 12 cas, et des complications déjà installées comme des sténoses (3 cas) et des abcès (2 cas). Sur le plan histologique, la présence de granulomes inflammatoires a été objectivée dans plus de la moitié des cas. Le traitement a souvent été débuté par des corticoïdes et de l'azathioprine, mais 11 patients ont finalement été mis sous anti-TNF alpha en raison d'échecs thérapeutiques ou de complications. Un taux élevé d'interventions chirurgicales (6 cas, soit 30%) a été observé, principalement pour sténoses digestives. Après un suivi moyen de 36 mois, 16 des 20 patients étaient en rémission malgré la sévérité du tableau initial.

**Discussion**

Des études récentes confirment une augmentation de la détection des lésions proximales de la maladie de Crohn, avec des prévalences qui varient selon les régions (4,2-15,8% en Europe et de 12-31% en Asie). Ces travaux soulignent l'importance d'un diagnostic précoce par endoscopie haute, vidéocapsule et entéro-IRM. Il est établi que le phénotype L4 (atteinte haute) est associé à un mauvais pronostic, notamment un risque élevé de sténose et de recours précoce à la chirurgie.

**Conclusion**

Notre étude confirme que la maladie de Crohn proximale est une entité rare mais sévère, associée à un long délai diagnostique, une forte prévalence de la dénutrition et des complications sténosantes. Le taux élevé de recours à la chirurgie et l'utilisation fréquente des biothérapies dans cette population soulignent la nécessité d'une prise en charge thérapeutique précoce et agressive.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00132**

**CO09. Anastomose iléo-anale avec réservoir dans la RCH: morbidité postopératoire et qualité de vie**

L. Khelifi, M.F. Guerni, H. Chatter, M. Mokhbi, F. El Metennani, K. Boughezala, N. Sid Idris  
Service de chirurgie générale, Hôpital Birrtraria, Alger

**Objectifs**

L'anastomose iléo-anale avec réservoir (AIA + R) après coloproctectomie totale évite la création d'une iléostomie définitive, tout en supprimant la totalité de la muqueuse pathologique dans la rectocolite hémorragique. En conservant un schéma corporel non modifié, l'intervention a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des patients. Cette étude a eu pour but de mesurer l'impact réel de l'AIA + R sur la qualité de vie de 35 patients opérés pour RCH.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective, analytique et unicentrique,

incluant 35 patients suivis dans notre service pour rectocolite hémorragique et pour lesquels une anastomose iléo-anale avec réservoir a été réalisée après une coloproctectomie totale. Il a été demandé aux patients de répondre à un questionnaire permettant l'évaluation des résultats fonctionnels de cette chirurgie sur le plan intestinal, urinaire, sexuel et professionnel.

**Résultats**

La série comportait 35 AIA + R fonctionnelles depuis plus de 6 mois (suivi moyen de 46 ± 3 mois), réalisées pour RCH (14 femmes et 21 hommes, âge moyen 34 ans). Respectivement, 30 femmes (86%) et 5 hommes (14%) avaient une qualité de vie excellente et moyenne selon le score utilisé. 25 patients n'avaient aucune restriction alimentaire. 34 patients avaient retrouvé leur activité professionnelle lorsqu'ils en avaient avant l'AIA + R et étaient satisfaits de leur activité sportive. 33 patients n'avaient pas de retentissement sexuel lié à l'AIA + R, mais 3 femmes se plaignaient de stérilité. Le rendement fonctionnel global était respectivement correct, moyen et mauvais chez 25 (72%), 9 (26%) et 1 (2%) patients. Le nombre de selles/j était de 4,6 selles/j. 60% des patients n'avaient aucune selle nocturne et 90% pouvaient différer le besoin de plus d'une heure.

**Discussion**

Nos résultats confirment que l'anastomose iléo-anale avec réservoir (AIA + R) après coloproctectomie totale constitue une option fiable dans la rectocolite hémorragique, offrant une qualité de vie satisfaisante chez la majorité des patients jeunes. Ces données rejoignent celles de la littérature, qui soulignent l'intérêt fonctionnel et psychologique de conserver un schéma corporel non modifié. Toutefois, certaines complications spécifiques, telles que la stérilité féminine ou les troubles fonctionnels persistants, doivent être anticipées. La sélection rigoureuse des patients et la réalisation de l'intervention dans des centres experts restent essentielles pour optimiser les résultats.

**Conclusion**

Dans cette série limitée aux RCH, l'AIA + R n'avait pas d'impact négatif significatif sur la qualité de vie de ces patients majoritairement jeunes. L'établissement d'un score de qualité de vie complète unifie les résultats de la seule évaluation fonctionnelle des AIA + R. Il permettrait d'appréhender plus objectivement l'intérêt de l'intervention dans le traitement de la RCH.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00116**

**CO10. Chirurgie élective de la Maladie de Crohn: «Impact et intérêts»**

A. Hebbat, M. Elaib, M. Benyettou, D. Benali Ammar, C. Manouni.

Service de Gastro-entérologie, EHU d'Oran

**Objectifs**

Evaluer dans notre contexte l'intérêt de la chirurgie précoce et programmée dans la diminution de la morbidité postopératoire liée à la chirurgie de la MC et dans l'amélioration à long terme de la qualité de vie (QV) des patients.

**Matériels et Méthodes**

Etude prospective comparative, colligeant 98 patients adultes opérés pour MC entre novembre 2019 et novembre 2022, répartis en 2 groupes: chirurgie élective (CE) ou chirurgie d'urgence (CU). La morbidité opératoire selon la Classification de Clavien-Dindo et la qualité de vie selon le score Cleveland Global Quality of Life (CGQL) constituaient les critères de jugement.

**Résultats**

Les caractéristiques démographiques étaient similaires dans les 2 groupes. L'index de pronostic nutritionnel (IPN) moyen était meilleur dans le groupe CE: (10,54 CE Vs 9,43 CU, p=0,010). Les perforations en péritoine libre n'avaient concerné que le groupe de CU (p <0,001). Les patients de CE ont bénéficiés d'une chirurgie mini-invasive (p <0,001), et d'un rétablissement immédiat de la continuité digestive (p <0,001). L'anastomose Kono'S était majoritaire dans le groupe CE, contre un patient du groupe CU réalisée en chirurgie différenciée. Le taux de morbidité était nettement inférieur chez les patients de CE avec une différence très significative (p <0,001). La différence observée dans le CGQL médian préopératoire ou postopératoire entre les deux groupes des patients était significative en faveur de la chirurgie élective.

**Discussion**

La maladie de Crohn (MC) est une pathologie inflammatoire intestinale

difficile à traiter. L'introduction précoce et optimisée de la biothérapie observée au cours de cette dernière décennie n'a pas modifié l'histoire naturelle de la maladie. Environ 50 à 70% des patients atteints de MC développent des complications dans les 5 ou 10 ans suivant le diagnostic, imposant souvent le recours à la chirurgie. Le choix du moment optimal pour l'intervention chirurgicale a toujours été un sujet de controverse. Les indications chirurgicales dans la MC ont longtemps été réservées aux formes réfractaires au traitement médical et/ou aux formes compliquées B2 et B3 (fistule, abcès, ou sténose). Mais les tendances actuelles pour les résections intestinales sont en faveur d'une chirurgie plus précoce, notamment chez les patients porteurs d'une MC non compliquée B1. Des études récentes ont montré l'impact favorable de la chirurgie précoce dans la diminution des effets secondaires de la biothérapie, de ses risques d'infection, et oncogénique à long terme.

#### **Conclusion**

La chirurgie élective permet l'optimisation périopératoire et offre la possibilité de procédures chirurgicales de prévention contre les rechutes anastomotiques et une chirurgie délabrante, ce qui a diminué de manière significative les taux de morbi-mortalités à court terme liés à la chirurgie de la MC, et a amélioré la qualité de vie de nos patients à long terme.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00129**

#### **CO11. Drainage percutané et chirurgie différée: vers une prise en charge optimisée des abcès intra-abdominaux dans la maladie de Crohn**

**M. Mokhbi**, L. Khelifi, H. Chatter, F. El Metennani, K. Boughezala, M.F. Guerni, N. Sid Idris  
Service de chirurgie générale, Hôpital Birrtraria, Alger

#### **Objectifs**

Chez les patients atteints de maladie de Crohn compliquée d'abcès intra-abdominaux, le traitement initial associe souvent un drainage radiologique guidé et une antibiothérapie. La chirurgie d'exérèse est généralement différée pour optimiser les conditions opératoires. Cette étude unicentrique vise à évaluer les complications postopératoires et la récidive d'abcès après un délai fixe de 6 semaines entre drainage et chirurgie.

#### **Matériels et Méthodes**

C'est une étude rétrospective ayant inclus des patients atteints de maladie de Crohn avec abcès intra-abdominaux drainés radiologiquement, mis sous antibiothérapie, puis opérés 6 semaines après le drainage. Les données cliniques, biologiques et opératoires ont été analysées. Les critères d'évaluation comprenaient les complications postopératoires à 30 jours, la récidive d'abcès, ainsi que les facteurs de risque associés.

#### **Résultats**

Le taux global de complications postopératoires à 30 jours était modéré, avec une absence de mortalité. Aucun cas de récidive d'abcès n'a été observé dans la période postopératoire immédiate. Les complications étaient plus fréquentes chez les patients présentant un état nutritionnel altéré, notamment une hypoalbuminémie, et chez les fumeurs actifs. Le délai de 6 semaines entre drainage et chirurgie a permis une résolution optimale de l'infection et une réduction du risque de récidive.

#### **Discussion**

Le drainage radioguidé dans la maladie de Crohn compliquée d'abcès intra-abdominaux associé à une antibiothérapie et une chirurgie différée réduit le nombre de stomie permettant la conversion du schéma corporel et une meilleure qualité de vie rendant cette option thérapeutique optimale chez ces patients relativement jeunes et fragiles.

#### **Conclusion**

Cette stratégie combinant drainage radiologique, antibiothérapie et chirurgie différée à 6 semaines s'est avérée sûre et efficace pour la prise en charge des abcès intra-abdominaux de la maladie de Crohn. Le délai différé optimise les conditions opératoires, minimise les complications postopératoires et prévient la récidive d'abcès, soulignant l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00150**

#### **CO12. Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE): Facteurs prédictifs de morbi-mortalité**

**R. Kerbouche** [1], S. Ould Mohammedi [1], S. Tirirchine [1], N. Afredj [1], HA. Belimi [1], N. Guessab [1], I. Ouled Cheikh [1], O. Drir [2], M. Moulli [3], N. Debzi [1].

[1] Hépatologie, CHU Mustapha

[2] Clinique Fatima El Azhar

[3] Clinique Raya

#### **Objectifs**

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est un examen primordial dans la prise en charge des maladies biliaires. Le caractère invasif de la CPRE fait qu'elle est associée à diverses complications (pancréatite, angiocholite, saignements, perforations). Heureusement, les suites post-CPRE sont le plus souvent simples, cependant les complications graves sont associées à une morbi-mortalité élevée. L'objectif ici était d'identifier les facteurs associés aux complications post-CPRE.

#### **Matériels et Méthodes**

Etude rétrospective, réalisée au service d'hépatologie du CHU Mustapha d'Alger entre 2015 et 2025, à partir de l'analyse d'un registre de CPRE tenu à jour et des dossiers des patients pris en charge pour complications post-CPRE. La classification AGREE est utilisée pour classer la gravité des complications. La complexité de la CPRE a été classée à l'aide des critères de Schultz modifiés. Des analyses de régression logistique ont été réalisées afin d'identifier des facteurs prédictifs de complications.

#### **Conclusion**

La probabilité globale de complications post-CPRE est relativement faible, néanmoins la gravité des complications nous incite à respecter les indications et à prendre les mesures préventives classiques.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00147**

#### **CO13. Impact de l'évaluation macroscopique sur site (MOSE) sur la précision de la biopsie à aiguille fine guidée par échoendoscopie (eus-FNB) des lésions solides: essai contrôlé randomisé**

**K. Amalou**, N. Kecili, R. Rekab, A. Belloula, K. Saidani  
Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger

#### **Objectifs**

Le prélèvement tissulaire par échoendoscopie (EUS) nécessite une évaluation rapide sur place (ROSE) afin d'améliorer le rendement diagnostique avec moins de passages de l'aiguille; cependant, la ROSE nécessite la présence d'un cytopathologiste et entraîne des coûts et un temps supplémentaire pour la coloration et l'interprétation des lames. L'évaluation macroscopique sur place (MOSE) consiste en l'évaluation macroscopique directe de l'échantillon de tissu prélevé par biopsie à l'aiguille fine guidée par EUS (EUS-FNB) afin de déterminer s'il est suffisant ou non. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la MOSE en termes d'acquisition de tissu et de précision diagnostique pour les lésions solides pancréatiques et extrapancréatiques.

#### **Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective et comparative incluant 148 patients consécutifs ayant subi une EUS-FNB pour des lésions solides pancréatiques et extrapancréatiques, randomisés par allocation alternée à l'évaluation macroscopique sur site (MOSE) (74 patients) ou à une technique conventionnelle (74 patients), avec deux passages chacun. Les échantillons MOSE ont été classés selon les critères suivants: score 0: aucun matériel visible, score 1: uniquement du matériel nécrotique ou hématif, score 2: tissu central blanc 2 mm, ou score 3: tissu central blanc > 2 mm. La technique conventionnelle consistait à transférer tout le contenu de l'aiguille dans un tube pour évaluation par le pathologiste. Dans les deux groupes, une biopsie à l'aiguille Franseen de calibre 22 G a été utilisée.

#### **Résultats**

La pertinence diagnostique globale était de 92,5% (137/148) et la précision de 86,4% (128/148). La précision diagnostique était similaire dans les deux groupes: MOSE 87,8% (65/74 lésions), contre 81,0% pour la technique conventionnelle, (60/74 lésions, p = 0,34). En ce qui concerne l'adéquation diagnostique, la technique MOSE était de 95,9%

(71/74 passages) contre 91,8% (136/148 passages) avec la technique conventionnelle,  $p = 0,04$ . La précision a augmenté selon l'évaluation du score MOSE: elle était de 49,3%, 68,9% et 81,3% chez les patients ayant obtenu respectivement, un score de 1, 2 et 3. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes présentant des résultats cytopathologiques concluants et non concluants en ce qui concerne la taille de l'aiguille, le nombre de passages de l'aiguille, le type d'aiguille et la méthode d'obtention des échantillons.

#### Conclusion

Le score MOSE a montré une précision diagnostique comparable à celle de la technique conventionnelle. Cependant, le score MOSE permet aux endoscopistes d'effectuer une évaluation inspective du matériel, tend à donner de meilleurs résultats que la technique conventionnelle en termes d'adéquation diagnostique et peut potentiellement réduire le nombre de passages.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00146**

**CO14. Injection d'adrénaline péripapillaire associée au diclofénac rectal pour la prévention de la pancréatite post-CPRE chez les patients à haut risque: essai contrôlé randomisé.**

K. Amalou, N. Benboudiaf, H. Chetroub, K. Saidani

Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger

#### Objectifs

La pancréatite post-CPRE (PEP) reste la complication majeure la plus fréquente de la CPRE malgré les progrès techniques et la sélection rigoureuse des patients. L'efficacité des techniques existantes est controversée.

#### Matériels et Méthodes

Nous avons cherché à étudier l'efficacité de l'injection péripapillaire d'adrénaline en association avec le diclofénac rectal pour la prévention de la PEP chez les patients à haut risque. Entre janvier 2023 et août 2024, 278 patients au total ont été recrutés et répartis également entre deux groupes (diclofénac rectal – groupe A et injection péripapillaire d'adrénaline plus diclofénac rectal – groupe B). Les patients présentant une papille non naïve, un cancer de l'ampoule de Vater, une pancréatite biliaire, une anatomie altérée, une grossesse et des maladies pancréatiques telles qu'une pancréatite chronique ont été exclus. Les patients ont été répartis de manière aléatoire selon un rapport 1:1. Le critère de jugement principal était le taux de PEP. Les critères de jugement secondaires étaient le taux d'hyperlipasémie et les taux d'autres événements indésirables.

#### Résultats

Les caractéristiques démographiques, les indications et les facteurs de risque liés à la procédure étaient similaires entre les deux groupes. Le taux de succès global de la canulation sélective était de 99,2% dans le groupe A et 99,3% dans le groupe B ( $p = 0,997$ ). Une PEP est survenue chez 9 des 139 patients (8,8%) du groupe A et chez 2 des 139 patients (1,4%) du groupe B. Tous les cas étaient bénins et ont été traités de manière conservatrice. Le taux d'hyperlipasémie 24 heures après l'intervention était significativement plus élevé dans le groupe A (19% contre 5%,  $p < 0,001$ ). Des saignements post-sphinctérotomie sont survenus chez 9 patients du groupe A (2,64%), mais aucun patient du groupe B n'a présenté de saignement. Une perforation de type II selon Stapfer est survenue chez deux patients dans chaque groupe. Aucun événement cardiaque indésirable majeur lié à l'injection d'adrénaline n'a été détecté dans le groupe B.

#### Conclusion

Par rapport au diclofénac rectal, l'injection péripapillaire d'adrénaline a réduit de manière significative l'incidence de la PEP, de l'hyperlipasémie post-procédure et des saignements post-sphinctérotomie.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00112**

**CO15. Prise en charge endoscopique des cholangiocarcinome extra-hépatique: expérience de notre service**

A.Meddah, N. Cheikh, H. Chetroub, M. Ghediri, N. Benboudiaf, N. Kicili, K. Amalou, K. Saidani.

Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger

#### Objectifs

Le but de notre travail était de rapporter l'expérience de notre service en matière de prise en charge endoscopique des cholangiocarcinomes extra-hépatiques.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude descriptive rétrospective monocentrique, portant sur les malades hospitalisés au sein de notre service pour cholangiocarcinome, durant la période de 3 ans, allant d'août 2022 à août 2025, pour lesquels l'indication du drainage endoscopique a été posée. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et de la procédure de l'endoscopie interventionnelle ont été étudiées.

#### Résultats

Durant cette période, 74 patients ont été colligé, 64 des malades ont bénéficié d'un drainage endoscopique. L'âge moyen était de 76 ans (59-93), avec 53 patients hommes et 21 patients femmes, avec une prédominance masculine (sex ratio H/F= 5,2). La durée moyenne d'hospitalisation était de 11jours. Les circonstances de découverte étaient comme suit: 71 patients avaient une angiocholite (95%), avec une classification de Tokyo GRADE 1 (49%), GRADE 2 (38%) et GRADE 3 (13%). 55 patients avaient une altération de l'état général (74%), avec un ictere et prurit invalidant dans 33 cas, (44%). Sur le plan biologique, le taux GB était entre 9 et 34 1000, la bilirubinémie moyenne était de 317 mg/l [85-550]. Tous les patients avaient bénéficié d'une bili-IRM, et 28 patients d'une échoendoscopie. Une preuve anatomopathologique du cancer était obtenue par l'échoendoscopie avec ponction chez 14 patients et avec brossage et biopsies endobiliaires chez 36 autres. Dans 51 cas, le CCK siégeait au niveau proximal et dans 23 cas, il était de localisation distale. Concernant les CCK proximaux, 25 cas (49%) étaient classés Bismuth IV, 21 cas (41%) Bismuth III et 5 cas (9%) Bismuth II. Le drainage endoscopique a été réalisé chez 87% ( $n = 65$ ) des patients par une prothèse plastique et 12% ( $n = 9$ ) par une prothèse métallique. Il y avait échec du cathétérisme de la papille (16%), et une technique de RDV a été réalisée chez 7 patients 9%. Le succès fonctionnel qui est défini cliniquement par la régression de l'ictère et biologiquement par la baisse de la bilirubine a été noté chez 94% des patients. L'évolution à moyen terme a été marquée par la récidive de l'angiocholite chez 22% des patients; la cause de cette récidive était un dysfonctionnement de la prothèse chez presque tous les patients (100%), et 9 malades ont bénéficié d'un drainage radiologique externe percutané.

#### Discussion

Le cholangiocarcinome est une tumeur dont le pronostic demeure sombre. Une survie prolongée n'est possible qu'en cas de résection chirurgicale avec des marges saines R0, mais cette dernière ne s'adresse qu'à une minorité de patients au moment du diagnostic. Les modalités d'extension du cholangiocarcinome nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

#### Conclusion

Le drainage biliaire est quasiment toujours nécessaire en contexte palliatif et souvent en situation curative chez les patients potentiellement opérables. L'abord endoscopique rétrograde doit être privilégié, et il est parfois associé à un abord percutané transhépatique.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00052**

**CO16. Peroral Endoscopic Myotomy (POEM): Résultats préliminaires du centre médical Athéna de Constantine**

M.N. Chehad [1], A. Rechache [2], Y. Chelbi [1], M.R. Khaled [3], G. Elsayed [3]  
[1] Gastroentérologues libéraux Constantine, Clinique Athéna, Zouagli, Constantine

[2] Gastroentérologue hospitalo-universitaire, Alger

[3] Gastroentérologue, Egypte

#### Objectifs

La POEM est une technique endoscopique révolutionnaire, mini-invasive, qui consiste en l'incision de la musculeuse du bas œsophage, du cardia ainsi que celle de la partie sous-cardiale de l'estomac. Ceci après avoir créé un tunnel entre la muqueuse et la musculeuse. L'entrée du tunnel sera fermée par des clips en fin de procédure. L'indication principale de la POEM est l'achalasie du cardia. Notre objectif à travers cette étude est de préciser l'efficacité et l'innocuité de la technique.

#### Matériels et Méthodes

Patients et méthodes: Etude prospective ouverte monocentrique,

entre décembre 2024 et septembre 2025, au centre médical privé «Athéna» de Constantine. Les données analysées sont: âge, sexe, date de début des symptômes, diagnostic, œsophage sigmoïde ou pas, dilatation endoscopique au ballonnet ou non avant la POEM, chirurgie du cardia ou non avant la POEM, complications, score d'Eckardt (réurgitations, perte de poids, douleurs rétrosternales, dysphagie, de 0 à 15) calculé avant et après la POEM, satisfaction du malade. Critères d'inclusion: réalisation d'une manométrie haute résolution (MHR) avant le geste permettant de classer le trouble moteur de l'œsophage (TMO) selon la classification Chicago 4, avoir un TMO nécessitant une POEM (achalasie, œsophage hypercontractile, spasme distal de l'œsophage), malade ayant ou pas bénéficié auparavant d'une dilatation endoscopique au ballonnet ou d'une chirurgie par myotomie. Critère d'exclusion : dilatation endoscopique au ballonnet ou chirurgie efficaces avec un malade devenu peu symptomatique.

#### Résultats

13 patients ont été colligés. Age moyen : 48,23 ans (26-67 ans), sex-ratio F/H: 1,6 (8/5), date de début des symptômes en moyenne: 38,92 mois (3/84). Diagnostic après manométrie HR: achalasie type II 46,15% (n=6), achalasie type I 23,08% (n=3), achalasie type III 23,08% (n=3), œsophage hypercontractile 7,69% (n= 1), œsophage sigmoïdien 30,76% (n=4), dilatation endoscopique au ballonnet avant la POEM 61,53% (n=8), chirurgie du cardia avant la POEM 23,07% (n=3). Complications: saignement dans le tunnel contrôlé efficacement par la coag-grasper (n=3), effraction de la muqueuse traitée efficacement par pose de clips (n=2), pneumomédastin ayant régressé spontanément dans les 24 H (n=2), pneumopéritoïne traité par exsufflation à l'aiguille (n=1), fibrinocle à J1 ayant régressé sous antibiothérapie (n=1). Score d'Eckardt avant la POEM en moyenne 8,43. Score d'Eckardt après la POEM en moyenne 2,58. Satisfaction du malade: très satisfait 92,31% (n=12), moyennement satisfait 7,69% (n=1).

#### Conclusion

La POEM est une technique efficace avec peu de complications mais nécessitant un diagnostic précis avant le geste avec une expertise endoscopique avérée dans le domaine de la dissection sous-muqueuse.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00098

#### CO17. Complications de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique: identification des facteurs de risque dans une cohorte de 800 patients

C. Louati, M. Yakoubi, A. ben Mohamed, M. Mahmoudi, G. Gharbi, A. Khsiba, M. Medhioub, L. Hamzaoui  
Hopital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

#### Objectifs

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) constitue une procédure de référence dans la prise en charge des pathologies bilio-pancréatiques. Toutefois, elle demeure grevée d'un risque non négligeable de complications, dont la pancréatite post-CPRE représente la plus fréquente. D'autres événements indésirables incluent l'hémorragie, la perforation et la cholangite. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs associés à la survenue de complications après CPRE dans un centre expérimenté.

#### Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une première CPRE au sein du service de gastro-entérologie de l'hôpital Taher Maamouri sur une période de quatre ans (2022–2025).

#### Résultats

Au total, 800 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 62,3 ans (10–99 ans) et un sex-ratio H/F de 0,8. Les principales indications étaient la lithiasie résiduelle de la voie biliaire principale (38,3%), le traitement séquentiel d'une lithiasie de la VBP associée à une lithiasie vésiculaire (27,6%), la tumeur de la tête du pancréas (16%), la sténose biliaire (6,1%) et, plus rarement, les complications de kystes hydatiques ou les cholangiocarcinomes. Des complications post-CPRE ont été observées chez 81 patients (9,7%). La pancréatite aiguë représentait la complication la plus fréquente (6,6%), suivie de l'hémorragie (1,8%), de l'angiocholite (0,6%) et de la perforation (0,2%). En analyse bivariée, le sexe, la présence et l'étendue d'une sténose biliaire ou le diverticule péri-ampullaire n'étaient pas associés à la survenue de

complications. En revanche, plusieurs paramètres techniques étaient significativement corrélés: un temps de canulation plus long (9,65 vs 4,67 minutes;  $p<0,001$ ), un nombre accru de tentatives de cathétérisme de la VBP (5,19 vs 3,13;  $p<0,001$ ), le cathétérisme accidentel du canal de Wirsung ( $p<0,001$ ), un nombre de cathétérismes du Wirsung >2 ( $p<0,001$ ) et le recours à une fistulotomie infundibulaire ( $p=0,007$ ). En analyse multivariée, deux facteurs indépendants ressortaient: un temps prolongé avant canulation ( $p=0,008$ ) et un nombre élevé de cathétérismes du Wirsung >2 ( $p=0,001$ ).

#### Discussion

Les complications de la CPRE, dominées par la pancréatite aiguë, concernent près de 10% des patients et constituent une source majeure de morbidité.

#### Conclusion

La durée de canulation et les cathétérismes répétés du canal de Wirsung apparaissent comme des facteurs de risque indépendants. L'identification précoce de ces paramètres techniques pourrait contribuer à réduire la survenue d'événements indésirables et améliorer la sécurité de cette procédure à haut risque.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00151

#### CO18. Chirurgie en 1 ou 2 temps des tumeurs de la sphère hépato-pancréato-biliaire (HPB). Apports et limites. Analyse de 254 cas

S. Berkane

Service de chirurgie viscérale et oncologique, EPH Ibn Ziri, Bologhine, Alger

#### Objectifs

La résection radicale des cancers de la sphère hépato-bilio-pancréatique reste un challenge pour le chirurgien. L'obstruction biliaire impose pour un bon nombre de patients un drainage biliaire préparatoire comme premier temps. Cette étude rétrospective analyse les résultats immédiats de la prise en charge en 1 ou 2 temps.

#### Matériels et Méthodes

Tous les patients porteurs de cancers HPB dont la tumeur a été jugée résecable ont été inclus et divisés en groupe A (résection d'emblée) et groupe B (résection après dérivation biliaire). Pour le groupe B, la dérivation préopératoire a été chirurgicale ou instrumentale (endoscopique ou radiologique).

#### Résultats

Deux-cent-cinquante-quatre patients ont été inclus, (144 hommes (56,7%) et 110 (43,3%) femmes) avec un âge moyen de 58,2 ans (27 – 80 ans). Le groupe A était composé de 107 (42,1%) patients et le groupe B de 147 (59,9%) patients. L'étiologie tumorale était représentée essentiellement par les cancers du pancréas, des voies biliaires et du duodénum. Le déjaunissement dans le groupe B a été obtenu en moyenne au bout de 30 jours. Soixante-deux patients (24,4%) n'ont pas eu la résection prévue et 192 (75,6%) en ont bénéficié. La chirurgie de résection est représentée par 114 duodénopancréatectomies simples (59,5%), 15 duodénopancréatectomies élargies (07,8%), 40 hépatectomies (20,8%) et 23 résections biliaires (11,9%). La dérivation première a été réalisée par la chirurgie, l'endoscopie et la radiologie chez 78, 60 et 9 patients, respectivement. La morbidité et la mortalité globales sont respectivement de 32,7% et 22%. Rapportées aux 2 groupes, la morbidité et la mortalité sont respectivement de 25,2% vs 18,4%, et 25,2% vs 09,5%. Dans le groupe B, 41 patients (29,9%) ont présenté une complication après dérivation première. La résection secondaire n'a pas été possible chez 62 patients (24,4%), essentiellement du fait d'une progression tumorale après dérivation. La dérivation chirurgicale première a eu une morbidité et une mortalité de 48,7% et 03,8%, respectivement. Les dérivations endoscopique et radiologique ont eu respectivement une morbidité de 30% et 10% et une mortalité de 01,7 et 00%. La complication majeure du drainage biliaire est l'angiocholite avec un taux de 53,6%. Sur les 22 cas d'angiocholite, 18 (81,8%) sont le fait de l'obstruction de la prothèse endoscopique. Il y a eu un changement de prothèse chez 07 patients (31,8%). Cette obstruction de la prothèse a favorisé une infection lors de la résection secondaire chez 05 patients entraînant 5 décès (100%).

#### Conclusion

La dérivation première a permis d'abaisser la mortalité en dessous de 10%, mais certains points restent à améliorer: 1-Diminuer le risque

d'infection sur prothèse endoscopique. 2-Le drainage chirurgical doit garder sa place notamment pour les obstacles inférieurs (cancers périampullaires). 3-Le drainage biliaire premier ne doit pas concerner tous les patients mais être discuté entre spécialistes selon le taux de bilirubine, l'étiologie, le niveau de l'obstacle, les tares du patient et enfin le geste de résection radicale.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00143**

**CO19. Analyse des résultats immédiats de la dérivation biliaire palliative pour cancer de la sphère hépato-bilio-pancréatique (HBP): apports et limites de la prise en charge de 471 patients.**

**S. Berkane**

Service de chirurgie viscérale et oncologique, EPH Ibn Ziri, Bologhine, Alger

**Objectifs**

La prise en charge thérapeutique à visée palliative de l'obstruction maligne des cancers hépato-biliaires-pancréatiques (HBP) est difficile avec une morbi-mortalité lourde. L'objectif de cette étude rétrospective est d'analyser les résultats de la dérivation biliaire palliative pour obstruction maligne.

**Matériel et Méthodes**

Tous les patients dont la résection chirurgicale n'était pas possible ont bénéficié d'une dérivation biliaire qui avait pour but la disparition de la cholestase et ses conséquences. La dérivation biliaire a été réalisée par la chirurgie, l'endoscopie et la radiologie. Le critère numéro un de la réussite de la dérivation est la disparition de l'ictère et le critère numéro deux est la qualité et la durée de la survie.

**Résultats**

Nous avons colligé 471 patients (237 femmes et 234 hommes), avec un âge moyen de 60,2 ans (23 – 86 ans). Selon la classification ASA, 279, 170, 21 et 01 patients étaient classés en ASA1, ASA 2, ASA 3 et ASA4, respectivement. Trois étiologies tumorales dominaient dans cette série: le cancer de la vésicule biliaire, le cancer de la voie biliaire principale et celui du pancréas, totalisant 80% des cas. Le type histologique est dominé par l'adénocarcinome à plus de 90% dans la série. Selon le niveau de l'obstacle au sein de la VBP, 243 (51,6%) étaient localisés dans la partie supérieure, 185 (39,3%) siégeaient au tiers inférieur et 43 (09,1%) au niveau du tiers moyen. La dérivation chirurgicale, endoscopique et radiologique ont été effectuées chez 86,4%, 08,7% et 04,9% des patients, respectivement. La morbidité et la mortalité à 1mois sont, respectivement, pour les 3 modes de dérivation, chirurgicale, endoscopique et radiologique, de 16,7% et 22,1%, 29% et 19,5% et 08,7% et 26%. Les causes les plus fréquentes de complications post-drainage sont l'hémorragie, les fistules biliaire et digestive après dérivation chirurgicale alors que le défaut de drainage (obstruction de la prothèse) est la cause la plus souvent rencontrée après prothèse endoscopique et radiologique. Sur le plan de la qualité de vie et passé le premier mois, la dérivation chirurgicale est celle qui donne les meilleurs résultats. La survie moyenne est de 7,3 mois avec des extrêmes allant de 02 à 42 mois. La survie à 6 mois et plus est le fait exclusif de la dérivation chirurgicale.

**Conclusion**

La prise en charge thérapeutique des cancers de la sphère HBP reste encore problématique. Une amélioration des résultats doit venir d'une plus grande coopération entre les 3 intervenants que sont l'endoscopiste, le radiologue et le chirurgien.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00138**

**CO20. Cholangite biliaire primitive: Evaluation pronostique du GLOBE score dans une cohorte locale**

**F. Kermoun, R. Kerbouche, H. Belimi, S. Assas, N. Guessab, N. Afredj, N. Debzi.**

Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger

**Objectifs**

Évaluer l'applicabilité et la performance du score GLOBE dans la pré-diction de la survie sans transplantation dans une cohorte algérienne de patients atteints de CBP, analyser la réponse biochimique selon les critères de Paris II à M12 et sa concordance avec le score GLOBE, et

identifier les facteurs associés à une mauvaise réponse à l'AUDC.

**Matériaux et Méthodes**

Étude rétrospective, monocentrique incluant les patients suivis pour CBP dans le service d'hépatologie. Les critères d'inclusion comprenaient : diagnostic selon les recommandations EASL, traitement par l'AUDC > 12 mois et données cliniques/biologiques complètes pour le calcul des scores. Ont été exclus: les patients présentant une cirrhose décompensée à l'inclusion, un carcinome hépatocellulaire, un suivi < 12 mois, une maladie cœliaque, une dysthyroïdie, une stéatose hépatique associée, toute autre pathologie hépatique associée, ainsi que les dossiers incomplets. Le score GLOBE et la réponse biochimique à M12 selon Paris II ont été calculés. Les événements défavorables (décompensation, CHC, décès) ont également été recueillis.

**Résultats**

81 dossiers analysés, 49 retenus (32 exclus pour données incomplètes, dysthyroïdie, overlap, stéatose). Sex Ratio= 0,11 (5 H, 44 F), l'âge moyen était de 51,3 ans, et le un suivi médian de 103,2 mois. Au diagnostic, 55% (n=27) étaient au stade de fibrose avancée. La réponse biochimique à M12 selon les critères de Paris II était observée chez 55% (n=27), tandis que 44,9% (n=22) étaient considérés comme non-répondeurs. Le score GLOBE a identifié 46,9% (n=23) patients à bon pronostic, dont 95,6% (n=22) avec une évolution favorable, et 53% (n=26) à pronostic défavorable. Une discordance entre le score GLOBE et la réponse selon Paris II a été mise en évidence dans 24,5% (n=12) des cas. Sur les 22 patients non-répondeurs selon les critères de Paris II, 4 avaient un score GLOBE de bon pronostic et ont présenté une évolution favorable, sans décompensation, avec un suivi médian de 107,6 mois. Au cours du suivi, 16,3% (n=8) avaient une évolution défavorable: ascite (n=7), hémorragie (n=3), encéphalopathie (n=1), CHC (n=1) et décès (n=1), dont 75% (n=6) étaient non-répondeurs (Paris II) avec un score GLOBE défavorable.

**Discussion**

Le score GLOBE, comme outil pronostique, et les critères de Paris II, qui évaluent la réponse biochimique à M12, apportent des informations complémentaires, la discordance observée dans un quart des cas soulignent les limites d'une approche uniquement biochimique. Ces résultats préliminaires apportent des données issues d'une cohorte algérienne, en cohérence avec les observations de Goet, et al. sur la valeur pronostique du score GLOBE.

**Conclusion**

Le score GLOBE, outil pronostique, et les critères de Paris II, indices de la réponse thérapeutique, sont complémentaires. Leur utilisation conjointe pourrait affiner la stratification pronostique des patients atteints de CBP.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00029**

**CO21. Ratio Numération Plaquettaire/Diamètre Splénique: un Prédicteur Non Invasif du Risque Faible de Varices œsophagiennes chez les Patients Cirrhotiques**

**C. Louati, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Yakoubi, A. Khsiba, M. Mahmoudi, M. Medhioub, L. Hamzaoui**

Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

**Objectifs**

L'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes (VO) est une complication majeure de la cirrhose. Une prophylaxie primaire est indiquée en cas de VO à haut risque. Si l'endoscopie reste la méthode de référence pour le dépistage des VO, des outils non invasifs pourraient permettre de mieux cibler les patients nécessitant une exploration, réduisant ainsi les procédures inutiles et les coûts. Le but de ce travail était d'évaluer la valeur diagnostique du ratio numération plaquettaire/diamètre splénique (PDR) pour prédire l'absence de VO à haut risque.

**Matériaux et Méthodes**

Étude rétrospective, descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés pour cirrhose en 2024. Le diagnostic reposait sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie. Le PDR a été calculé en divisant la numération plaquettaire par le diamètre bipolaire de la rate (mm). Tous les patients ont eu une endoscopie digestive haute; les biopsies n'étaient réalisées qu'en présence de lésions macroscopiques. Les patients sous traitement gastro-agressif

ou IPP avant l'endoscopie étaient exclus.

#### Résultats

Soixante et un patients ont été inclus (âge moyen 64 ans, 59% de femmes). Les principales étiologies de la cirrhose étaient la stéato-hépatite non alcoolique (32%), l'hépatite C (21%) et l'hépatite B (13%). Le diamètre splénique moyen était de 135 mm. Des VO ont été retrouvées chez 82% des patients: grade 1 (21%), grade 2 (36%) et grade 3 (35%). Les VO à haut risque représentaient 61,9% des cas, et 33% avaient déjà présenté une hémorragie digestive. La médiane du PDR était de 721,4. En analyse bivariée, les patients avec VO à haut risque présentaient un diamètre splénique plus élevé ( $p<0,001$ ), une numération plaquettaires plus basse ( $p=0,008$ ) et un PDR significativement réduit ( $p<0,001$ ).

#### Discussion

L'aire sous la courbe ROC du PDR pour prédire l'absence de VO à haut risque était de 0,815 (IC95%: 0,695–0,935;  $p<0,001$ ). Un seuil fixé à 901 permettait de prédire cette absence avec une sensibilité de 72,2% et une spécificité de 81,4%.

#### Conclusion

Le PDR apparaît comme un outil simple, non invasif et peu coûteux pour prédire l'absence de VO à haut risque chez les cirrhotiques. Un seuil à 901 pourrait aider à identifier les patients à faible risque et réduire le recours aux endoscopies systématiques.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00047**

**CO22. Caractéristiques cliniques et évolutives de l'ACLF chez les patients hospitalisés pour cirrhose décompensée**

**H. A. Belimi, S. Assas<sup>[1]</sup>, R. Kerbouche<sup>[1]</sup>, N. Guessab<sup>[1]</sup>, N. Afredj<sup>[1]</sup>, S. Dahenane<sup>[2]</sup>, MK. Guerchani<sup>[2]</sup>, G. Brahim<sup>[2]</sup>, N. Debzi<sup>[1]</sup>**

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

[2] Service d'Epidémiologie, CHU Mustapha, Alger

#### Objectifs

L'ACLF (Acute-on-chronic-liver failure) est une entité clinique caractérisée par la survenue sur cirrhose décompensée d'une défaillance d'organe dans le cadre d'une réaction inflammatoire systémique suite à un facteur déclenchant. Elle est associée à une mortalité à court terme élevée. Le but de ce travail était de déterminer la fréquence et le pronostic de l'ACLF chez les patients cirrhotiques hospitalisés dans le cadre de l'urgence. Le but secondaire était d'identifier les facteurs déclenchants.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude pronostique, monocentrique et prospective. Les critères d'inclusion étaient: âge supérieur à 18 ans, cirrhose décompensée, hospitalisation dans le cadre de l'urgence. 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. Le diagnostic de l'ACLF était retenu selon les critères de l'EASL- CLIF-C. L'analyse statistique a été réalisé avec le logiciel SPSS version 25 et le logiciel R: calcul des variables qualitatives et quantitatives et analyse des facteurs de risque de mortalité à 90 jours.

#### Résultats

Du 01 avril 2021 au 30 novembre 2023, 100 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 59,44 ans [20-83], le sexe ratio H/F de 0,69. L'étiologie de la cirrhose était: NASH (29%), dysimmune (23%), cryptogénétique (20%), virale (9%) et nutritionnelle (8%). Le CHILD et le MELD moyens étaient respectivement de 9,22 [5-15] et 22,34 [6-42]. Parmis ces patients, 31% (n=31) avaient une ACLF selon les critères de l'EASL-CLIF-C, 87% (n=27) avaient une ACLF à l'admission et 13% (n=4) l'ont développée durant l'hospitalisation. L'ACLF était de stade 1A chez 19% (n=6), 1B chez 7% (n=2), stade 2 chez 42% (n=13), 3A chez 26% (n=8), 3B chez 6% (n=2). Le score Clif-C moyen était de 51,58 [31-66]. Le facteur déclenchant était l'infection dans 84% des cas (n=26). L'infection à l'admission était statistiquement associée avec l'ACLF ( $P=0,000000309$ ). Les foyers infectieux étaient répartis comme suit: infection du liquide d'ascite 34,6% (n=9), infection urinaire 30,7% (n=8), autre origine 30,7% (n=8) et origine indéterminée 7,7% (n=2). Les autres facteurs étaient l'hémorragie chez 10% (n=3) et la prise de médicaments chez 6% (n=2). Pour les défaillances d'organe, l'AKI

(acute kidney injury) a concerné 74% (n=23), l'encéphalopathie 61% (n=19), la coagulopathie 71% (n=22), l'hyperbilirubinémie > 120 mg/l 32% (n=10) et la défaillance circulatoire 29% (n=9). Sur les 100 patients inclus, 3 étaient perdus de vue après la sortie. La mortalité globale à 90 jours de l'admission était de 35% (n=34), en comparant les groupes ACLF et non ACLF, la mortalité était significativement plus élevée avec l'ACLF: 76,66% contre 16,41% ( $P=0,00000009826$ ). La mortalité était plus élevée selon le stade de gravité de l'ACLF: 66,6% pour les stades 1 et 2 contre 100% pour le stade 3.

#### Conclusion

L'ACLF est un syndrome dynamique le plus souvent déclenché par un sepsis, la mortalité est plus élevée dans les stades évolués.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00043**

**CO23. Performance de l'«UDCA Response Score» dans la prédition de la réponse thérapeutique dans la cholangite biliaire primitive: étude monocentrique**

**R. Rejeb, M. Medhioub, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, A. Khsiba, L. Hamzaoui**

Hôpital Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

#### Objectifs

La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie cholestatique auto-immune chronique. L'acide ursodésoxycholique (UDCA) reste le traitement de première intention, toutefois jusqu'à 40% des patients présentent une réponse incomplète. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs de non-réponse, d'évaluer la performance de l'«UDCA Response Score» (URS) dans la prédition de la réponse au traitement ainsi que sa valeur pronostique.**Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective incluant 48 patients atteints de CBP. Les données cliniques, biochimiques, immunologiques, radiologiques, histologiques et évolutives ont été recueillies. La réponse au traitement à 12 mois a été évaluée selon les critères de Paris II. Les facteurs prédictifs ont été analysés en analyses univariée et multivariée. La performance de l'URS a été évaluée par l'analyse de courbes ROC, et la survie a été estimée selon la méthode de Kaplan-Meier.

#### Résultats

L'âge moyen était de  $54 \pm 13$  ans avec une prédominance féminine (93,7%). Des maladies auto-immunes associées étaient retrouvées dans 50% des cas et 40% des patients étaient diagnostiqués au stade de cirrhose. À 12 mois, 47,9% avaient une réponse biochimique complète. La cirrhose décompensée au diagnostic ( $p = 0,036$ ), un taux de  $PAL>1,9\times LSN$  ( $p = 0,003$ ) et de  $GGT>3\times LSN$  ( $p = 0,021$ ) étaient prédictifs de non-réponse. En analyse multivariée, la cirrhose décompensée ( $p = 0,016$ ) et un taux élevé de GGT ( $p = 0,015$ ) étaient indépendamment associés à la non-réponse. L'URS moyen était de 0,94, significativement plus élevé chez les répondreurs (1,8 vs 0,15;  $p = 0,001$ ). L'URS était corrélé à la réponse au traitement ( $r=0,47$ ;  $p=0,001$ ), avec une bonne performance diagnostique ( $AUC=0,77$ ;  $p<0,001$ ). Le seuil optimal était de 0,409 (sensibilité 82,6%, spécificité 64%). L'URS montrait également une bonne valeur discriminative pour prédire la mortalité ( $AUC=0,9$ ) et les complications ( $AUC=0,859$ ). Aucune différence significative n'a été retrouvée en termes de survie globale entre répondreurs et non-répondeurs (103 vs 118 mois;  $p=0,804$ ), bien qu'une tendance à une survie sans complication plus longue ait été observée chez les répondreurs (103 vs 83 mois;  $p=0,187$ ).

#### Discussion

Cette étude souligne l'intérêt de l'URS comme outil de prédition précoce de la réponse et du pronostic dans la CBP. Ces résultats, en accord avec les données internationales, suggèrent que son utilisation pourrait aider à identifier plus tôt les patients nécessitant une escalade thérapeutique.

#### Conclusion

La cirrhose décompensée et l'élévation de la GGT au diagnostic sont des facteurs indépendants de mauvaise réponse à l'UDCA. L'URS s'avère performant pour prédire la réponse thérapeutique ainsi que le pronostic.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00048**

**C025. Élastométrie par ondes de cisaillement : un outil d'évaluation de la fibrose hépatique au cours de la MASLD**

**N. BouabdAllah, N. Afredj, L. Henaoui, A. Tebaibia, NEH. Khelil, N. Brikci Negassa, A. Lounici**  
Laboratoire de Recherche sur le Diabète,  
Département de Médecine Interne, CHU de Tlemcen,  
Faculté de Médecine,  
Université Aboubebekr Belkaid, Tlemcen, Algérie

**Objectifs**

L'objectif de notre étude est d'évaluer le degré de fibrose hépatique à l'aide de méthodes non invasives et de comparer la performance des scores biologiques de fibrose avec les résultats obtenus par élastographie par ondes de cisaillement.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude transversale à recrutement prospectif, réalisée entre février 2023 et octobre 2025, incluant des patients diabétiques de type 2. La stéatose hépatique a été identifiée par échographie abdominale, tandis que la fibrose hépatique a été évaluée par élastographie par ondes de cisaillement de type point shear wave. Dix scores non invasifs de fibrose ont été calculés: FIB-4, APRI, FNI, GAR, TGO/TGP, BARD, eLIFT, indice de Forns, KING et NFS.

**Résultats**

Nous avons inclus 224 patients diabétiques de type 2 sur une période de 18 mois, avec une prédominance féminine (56%) et un âge moyen de 58 ans (31–88 ans). La prévalence de la MASLD était de 63,8% (143 patients), plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (67,2% vs 59,6%, p=NS). La MASLD était significativement associée à l'âge (41–50 ans), au syndrome métabolique, au tour de taille élevé, au surpoids et à l'obésité, à un indice BRI au-delà du seuil, à l'hypertriglycéridémie, à l'élévation de la TGP ainsi qu'aux indices d'insulino-résistance (TyG et rapport TG/HDL). L'évaluation par P-SWE a montré une distribution des stades de fibrose de 86,6% en F0–F1 (n = 194), 7,2% en F1–F2 (n = 16) et 6,2% en F3–F4 (n = 14). En analyse univariée, la fibrose avancée (> 9,15 kPa) était significativement associée à une thrombopénie, un faible taux de LDL et des TGO élevées, tandis qu'une corrélation bivariée significative a été retrouvée entre les valeurs d'élastométrie et l'âge (Spearman, p = 0,020). Les scores FIB-4, FNI, APRI, eLIFT et KING étaient significativement associés à la fibrose avancée, notamment dans leurs valeurs extrêmes, alors que les scores BARD, ASAT/ALAT, NAFLD-NFS, GAR et FORNS se sont révélés peu sensibles. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants de la fibrose hépatique avancée étaient un taux de LDL compris entre 0,55 et 0,70 g/L, une thrombopénie (< 150 000/mm<sup>3</sup>) et des TGO élevées.

**Discussion**

Les études de Caballería, et al. et d'Ajmera, et al. montrent que le diabète de type 2 est un facteur majeur de fibrose hépatique: environ 17–20% des patients présentent une élasticité à 9,6 kPa, et chez les plus de 50 ans, 14% ont une fibrose avancée et 6% une cirrhose.

**Conclusion**

La MASLD est fréquente chez les diabétiques de type 2, mais la fibrose avancée reste peu représentée. L'élastographie par ondes de cisaillement apparaît comme une méthode fiable pour évaluer la sévérité de la fibrose. Parmi les scores non invasifs, seuls FIB-4, APRI, FNI, eLIFT et KING montrent une performance satisfaisante, confirmant l'intérêt d'associer biomarqueurs et imagerie pour le dépistage et le suivi.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00009**

**C026. «Lean MAFLD» versus MAFLD obèse: Une comparaison des phénotypes cliniques, biologiques et histologiques.**

**S. Zemmouchi, T. Soualah, A. Amoumene, R. Grimes, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella**

Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

**Objectifs**

La maladie hépatique associée à une dysfonction métabolique (MAFLD) est fortement corrélée au surpoids et à l'obésité. Cependant, une forme de MAFLD peut également se manifester chez des patients de poids normal, connue sous le nom de «lean MAFLD». L'objectif de cette étude prospective était de comparer les phénotypes cliniques, biologiques et histologiques entre les patients avec «lean MAFLD» et

ceux avec MAFLD 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. Nous avons comparé deux sous-groupes principaux: 32 patients (9%) avec «lean MAFLD» (IMC > 25) et 318 patients (91%) avec MAFLD 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 glycérégulation et les dyslipidémies n'ont pas montré de différence significative entre les groupes. Les patients avec «lean MAFLD» 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 MAFLD» (15,6%) que chez les patients en surpoids ou obèses (24,2%). La fibrose sévère (F3) était significativement plus rare dans le groupe «lean MAFLD» (6,2%) que chez les patients en surpoids ou obèses (11,9%).

**Discussion**

L'absence d'obésité ne doit pas exclure la suspicion de MAFLD, d'autres facteurs comme les troubles métaboliques sous-jacents (diabète, hyperlipidémie), l'inflammation et la distribution de la graisse corporelle sont essentiels à prendre en compte.

**Conclusion**

Les patients avec «lean MAFLD» 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 génétiques ou environnementaux pourraient jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de la «lean MAFLD», justifiant une approche diagnostique et thérapeutique spécifique.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00008**

**C027. Facteurs pronostiques de la MAFLD et de la MASH chez des patients avec troubles de la glycérégulation: résultats d'une étude prospective.**

**S. Zemmouchi, A. Amoumene, R. Grimes, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella**  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

**Objectifs**

La maladie hépatique associée à une dysfonction métabolique (MAFLD) est étroitement liée au syndrome métabolique et aux troubles de la glycérégulation. Cette étude prospective visait à caractériser les patients atteints de MAFLD 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. Parmi eux, 288 (82,3%) présentaient des troubles de la glycérégulation, 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 glycérégulation 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 cytolysé hépatique a été observée chez 48,6% des patients. Il n'y avait pas de différence significative de cytolysé 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 diabétiques. Nos 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 glycérégulation sont fréquents au cours de la MAFLD. 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 MAFLD. Ils suggèrent également que le DT2 est un facteur prédictif de progression de la fibrose.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00107**

**CO28. Pronostic de la Cirrhose MASLD à Tlemcen: Apport des Scores MELD, Child-Pugh et FIB-4**

**A. Etchiali**

Service de Gastro-entérologie, CHU Tlemcen

#### **Objectifs**

La stéatopathie métabolique (MASLD) est une cause croissante de cirrhose, nécessitant une évaluation pronostique précise. Les scores standardisés (Child-Pugh, MELD, FIB-4) sont essentiels pour stratifier le risque et guider la prise en charge. Cette étude analyse leur utilité dans une cohorte hospitalière algérienne.

#### **Matériels et Méthodes**

Une étude rétrospective (2015-2018) a inclus 26 patients atteints de cirrhose MASLD confirmée. Les scores Child-Pugh, MELD et FIB-4 ont été calculés à l'admission. Leur association avec les complications (décompensation, mortalité) a été analysée par régression logistique.

#### **Résultats**

La répartition Child-Pugh était: A (40%), B (35%), C (25%). Le MELD moyen était de  $16 \pm 4$ , et 45% des patients avaient un FIB-4  $> 3,25$ . Un MELD  $> 18$  et un Child-Pugh C étaient significativement associés à un risque accru de décompensation (ascite, hémorragie digestive) ( $p < 0,05$ ). La survie à 1 an était de 90% pour les patients avec MELD  $< 15$ , contre 60% pour MELD  $> 20$ .

#### **Discussion**

Nos résultats confirment la valeur pronostique des scores MELD et Child-Pugh dans la cirrhose MASLD, conformément aux données internationales [1,2]. La proportion élevée de patients avec un FIB-4  $> 3,25$  souligne un dépistage tardif, renforçant la nécessité d'intégrer ce score en médecine primaire pour les patients à risque métabolique [3]. Le MELD s'est avéré particulièrement utile pour prédire la mortalité à court terme.

#### **Conclusion**

L'utilisation combinée des scores MELD, Child-Pugh et FIB-4 permet une stratification fine du risque dans la cirrhose MASLD. Leur intégration dans la pratique clinique routine est recommandée pour améliorer le dépistage précoce et la prise en charge personnalisée.

## Abstracts des communications affichées

Code abstract : A-37JI25JGAF-00003

### CA01. Prévalence et déterminants du syndrome métabolique dans la maladie de Crohn: étude transversale monocentrique

M.Ghazali, A. Debbabi, M. Djama, M. Boucelma

Hôpital Mixte Ammi Moussa

#### Objectifs

Depuis cinquante ans, l'incidence des MICI et celle de l'obésité/syndrome métabolique (SM) ont fortement augmenté dans les pays développés. Cette étude transversale évalue la prévalence du SM chez 52 patients atteints de maladie de Crohn (MC) sous biothérapie et explore ses liens avec la maladie.

#### Matériels et Méthodes

Les données cliniques, biologiques et anthropométriques ont été recueillies. Le SM était défini selon NCEP-ATP III et l'activité de la MC par le CDAL.

#### Résultats

Âge moyen: 43 ans; 75% avaient < 55 ans; sex-ratio H/F = 1,36. La localisation la plus fréquente était iléo-cæcale (45%). Durée moyenne d'évolution: 11 ans; phénotype sténosant: 82%; fistulisant: 76%. Quatre-vingt-douze pour cent des patients étaient en activité légère (CDAL). Près de 50% présentaient un surpoids (IMC moyen 25,1 kg/m<sup>2</sup>), et 31% une obésité abdominale. La prévalence du SM était de 30%. Le score FIB-4 était bas chez 76% et intermédiaire chez 24%. L'HDL était abaissée chez 53% des patients. Seul l'âge était significativement associé au SM ( $p = 0,0226$ ); aucun lien n'a été retrouvé avec les marqueurs d'inflammation.

#### Discussion

La prévalence du SM dans la MC varie de 7 à 20% dans la littérature. MC et SM partagent des mécanismes communs : dyslipidémie, inflammation chronique et dysfonction immunitaire. Le «creeping fat» méso-téristique, infiltré de macrophages et lymphocytes T, participe activement à l'inflammation intestinale et systémique.

#### Conclusion

Le SM survient fréquemment avec l'âge chez les patients MC. Un dépistage et une prise en charge précoce des facteurs de risque cardiovasculaire doivent être intégrés au suivi à long terme.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00004

### CA02. Maladie de Crohn en anti-TNFα: la numération formule sanguine au cœur de l'évaluation inflammatoire

M.Ghazali, A. Debbabi, M. Djama, M. Boucelma

Hôpital Mixte Ammi Moussa

#### Objectifs

La numération formule sanguine (FNS), examen biologique peu coûteux et peu invasif, fournit des indices précieux sur l'inflammation chronique. Nous avons évalué la valeur de paramètres spécifiques de la FNS: Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR), Platelet-to-Lymphocyte Ratio (PLR), Mean Platelet Volume (MPV), Red cell Distribution Width (RDW) en les confrontant aux biomarqueurs inflammatoires classiques chez des patients atteints de maladie de Crohn.

#### Matériels et Méthodes

Étude transversale monocentrique portant sur 51 patients Crohn sous anti-TNFα. VS, CRP, fibrinogène, albumine et FNS complète ont été dosés; l'activité clinique était évaluée par le CDAL.

#### Résultats

Âge moyen 42,7 ans; sex-ratio H/F 1,42. Localisation iléon-terminale 44,9%; phénotype sténosant 81,6%; fistulisant 77,6%. Durée d'évolution moyenne 11,1 ans; activité légère (CDAL) 92,2%. Corrélations positives significatives: CRP avec NLR ( $p = 0,016$ ), PLR ( $p = 0,004$ ) et MPV ( $p = 0,048$ ); fibrinogène avec NLR ( $p = 0,044$ ) et PLR ( $p = 0,002$ ); VS avec RDW 16 ( $p = 0,015$ ). Albumine basse corrélée au NLR ( $p = 0,007$ ) et PLR ( $p = 0,010$ ). Hémoglobine inversement corrélée au NLR ( $p = 0,025$ ) et PLR ( $p = 0,032$ ).

#### Discussion

De nombreuses études ont renforcé les enseignements classiques et révélé de nouveaux indices et associations cliniques exploitables dans la NFS. Les MICI, dont l'incidence augmente, nécessitent un suivi biologique fiable. CRP et VS, marqueurs classiques, souffrent d'une sensibilité et d'une spécificité insuffisantes, surtout lorsque la CRP reste faible malgré une maladie active (CDAL, endoscopie). La RDW, le NLR et les indices plaquettaires, extraits de la NFS peu coûteuse, se révèlent prometteurs dans de larges études et revues: ils reflètent l'inflammation et permettent de surveiller l'activité, même chez les patients présentant une CRP faible.

#### Conclusion

NLR, PLR, MPV et RDW, extraits d'une simple FNS, offrent des biomarqueurs complémentaires facilement exploitables pour le suivi de l'inflammation et l'ajustement thérapeutique dans la maladie de Crohn.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00006

### CA03. Stéatose hépatique aiguë gravidique: urgence obstétricale extrême – entre défis diagnostiques, enjeux médico-légaux et stratégies de prévention

L. Chouali

Service de Médecine Interne, CHU Sétif

#### Objectifs

Mettre en lumière les difficultés de reconnaissance clinique de la SHGA dans notre contexte. Proposer des pistes de prévention et d'amélioration de la prise en charge.

#### Matériels et Méthodes

Étude descriptive rétrospective des cas de la SHGA pris en charge entre 2018 et 2025. Analyse des données cliniques, biologiques, échographiques et évolutives. Recueil des stratégies thérapeutiques et des issues materno-fœtales.

#### Résultats

Douze cas ont été documentés, tous au troisième trimestre. Les signes initiaux étaient frustres: nausées, douleurs abdominales, ictere. Les critères de Swansea ont permis un affinement diagnostique dans 83% des cas. Une extraction fœtale urgente a été pratiquée dans 100% des cas (césarienne dans 11/12 cas). Une patiente est décédée par défaillance multi-organique malgré une prise en charge intensive. Aucun décès fœtal, mais deux nouveau-nés ont nécessité une réanimation néonatale prolongée.

#### Discussion

La SHGA doit être suspectée devant tout tableau hépatique atypique au 3ème trimestre. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques, souvent absents au stade initial. La précocité de l'extraction fœtale est déterminante pour améliorer le pronostic.

Notre expérience révèle la nécessité d'un protocole clair et d'une vigilance clinique renforcée. L'enjeu est aussi médico-légal, car tout retard peut entraîner des complications irréversibles.

#### **Conclusion**

La SHGA impose une réaction rapide, structurée et multidisciplinaire. L'instauration d'un protocole régional de diagnostic et de prise en charge, associé à une formation continue, constitue une priorité dans les maternités maghrébines. La mise en place d'outils d'aide au diagnostic, la sensibilisation des praticiens, et l'intégration de la pathologie dans les RMM peuvent améliorer significativement les issues. La SHGA est rare mais redoutable. L'urgence, c'est le diagnostic. Le traitement, c'est l'extraction. Le pronostic, c'est l'équipe.

**Code Abstract : A-37JI25JGAF-00007**

#### **CA04. L'hypertension artérielle: un facteur de risque majeur de MASH et de fibrose avancée dans la MAFLD**

**S. Zemmouchi, R. Grimes, F. Azizi, N. Benmaouche, M. Lahcene, MEA. Boudjella**  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

#### **Objectifs**

L'hypertension artérielle (HTA) est une composante du syndrome métabolique et est souvent associée à une maladie hépatique associée à une dysfonction métabolique (MAFLD). 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 MAFLD 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 MAFLD, 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 cytolysé hépatique, l'élastographie hépatique, la présence de MASH et le stade de fibrose.

#### **Résultats**

Les patients avec HTA étaient significativement plus âgés ( $57 \pm 10$  ans) que les patients normotendus ( $53 \pm 12$  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 cytolysé 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 ( $p<0,0001$ ).

#### **Discussion**

La forte association observée entre l'HTA et les marqueurs de sévérité de la MAFLD va au-delà d'une simple association et suggère un rôle de l'HTA dans l'aggravation de la maladie hépatique. Cette observation est en accord avec la littérature existante, qui a déjà établi que l'HTA favorise le développement et l'évolution de la MAFLD vers des formes plus sévères comme la MASH, la fibrose avancée, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC).

#### **Conclusion**

L'HTA est présente chez plus de la moitié des patients atteints de MAFLD et constitue un facteur de risque indépendant pour la sévérité de la maladie. Elle est significativement associée à une cytolysé 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 MAFLD pour la prévention de l'évolution vers une maladie hépatique avancée.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00011**

#### **CA05. Impact de l'hétérogénéité du syndrome métabolique sur le pronostic hépatique des patients atteints de MAFLD**

**S. Zemmouchi, A. Amoumene, T. Soualah, R. Grimes, A. Gribissa, N. Benmaouche, F. Lounes, S. Cheraïta, M. Lahcene, MEA. Boudjella**  
Service de Médecine Interne, Hôpital Bologhine Ibn Ziri, Alger

#### **Objectifs**

Le syndrome métabolique (SM) est au cœur de la physiopathologie de la maladie hépatique associée à une dysfonction métabolique (MAFLD). 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 MAFLD.

#### **Matériels et Méthodes**

Dans le cadre d'une étude prospective, 350 patients avec MAFLD 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 MAFLD.

#### **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%) répondait 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 cytolysé 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 glycérégulation, chez 24,2% des patients en surpoids/obèses et chez 62,3% des patients hypertendus. Les patients avec HTA ou troubles de la glycérégulation présentaient la plus grande proportion de fibrose significative.

#### **Discussion**

Selon une vaste méta-analyse de 86 études, les facteurs métaboliques sont très courants chez les patients avec MAFLD. Près de la moitié de ces patients présentent une obésité abdominale ou un SM, et environ un quart ont un DT2. Ces facteurs sont encore plus fréquents chez les patients ayant une MASH. Dans notre série, les facteurs métaboliques ont été plus fréquemment présents que dans la littérature. Cette différence pourrait être due à l'hétérogénéité des populations étudiées ou aux spécificités de notre échantillon.

#### **Conclusion**

La présence d'un SM complet n'est pas associée à une MAFLD plus sévère. L'HTA et les troubles de la glycérégulation 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 MAFLD.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00019**

**CA06. Effets de la diétothérapie sur l'évolution des paramètres cliniques, anthropométriques, biologiques, échographiques, les profils nutritionnel et métabolique au cours de la stéatose métabolique MASLD**

Tahar, D. Tagzout, G. Tagzout, A. Tebaibia, E. A. Koceir  
Service de Médecine interne, EPH El Biar

**Objectifs**

Évaluer l'effet de la diétothérapie sur l'intensité de la stéatose estimée à l'échographie hépatique et sur les anomalies métaboliques associées à la MASLD.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons inclus dans une étude prospective monocentrique descriptive et analytique tous les patients adultes de plus de 16 ans des deux sexes présentant une MASLD selon les critères diagnostiques consensuels de la MASLD récemment publié. Les patients ont été recrutés en consultation ou en salle d'échographie abdominale au niveau du service de médecine interne de l'EPH El Biar. Les paramètres cliniques, anthropométriques, biologiques et échographiques ainsi que les profils nutritionnel et métabolique ont été évalués chez ces patients. Un régime diététique personnalisé a été prescrit pour chaque patient pendant une durée d'au moins 8 semaines; cette période a inclus le mois sacré; une réévaluation des paramètres anthropométriques, échographiques et métaboliques a été effectuée.

**Résultats**

Nos résultats ont montré que l'âge moyen est de 54 ans  $\pm$  11 ans, qu'il existe une prédominance féminine: 3 femmes pour 1 homme. La tranche d'âge la plus touchée est celle située entre 50-65 ans. 100% des patients étaient en surpoids ou en obésité. 77,27% étaient sédentaires et 21,62% étaient des anciens fumeurs. 24% des patients présentaient un problème de glycérégulation avec 15% de patients diabétiques et 9% de patients en prédiabète. Dans la moitié des cas, la stéatose hépatique était échographiquement d'intensité minime, dans l'autre moitié des cas, la stéatose était d'intensité sévère à modérée. Selon le journal alimentaire, un excès calorique a été constaté chez tous les patients. Le contrôle des patients après diétothérapie montre que le changement de mode de vie est très difficile à suivre avec une perte pondérale dans seulement la moitié des cas.

**Discussion**

Les résultats obtenus renforcent le concept récemment développé de la nécessité d'une prise en charge holistique à la fois psychologique, modification du mode de vie et sociale; le meilleur régime diététique est celui qui peut être maintenu au long terme.

**Conclusion**

On peut conclure que la population présentant une stéatose hépatique métabolique suit un régime alimentaire déséquilibré avec une consommation excessive d'aliments glucidiques et lipidiques hypercaloriques, et pratique peu d'activité physique, entraînant différents troubles métaboliques: surpoids, obésité, diabète, pré-diabète, dyslipidémie. Le traitement diététique est difficile à suivre en particulier durant le mois sacré du Ramadan, donnant des résultats très variables chez les patients. Il convient donc de considérer une prise en charge holistique: diététique, activité physique, psychologique et sociale qui doit être maintenue au long terme.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00020**

**CA07. Maladie de Crohn sténosante dans un service de médecine interne: à propos de 42 cas**

E. Saidoun

Service de Médecine Interne, EHS Salim Zemirli, El Harrach, Alger

**Objectifs**

Étudier le profil clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif de la maladie de Crohn dans sa forme sténosante.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui a porté sur 74 patients porteur de la maladie de Crohn diagnostiquée, dont 42 (56%) de forme sténosante, avec une moyenne d'âge de 39 ans (extrêmes: 16 – 77), recrutés sur une période de 8 ans (2018-2025). Chaque patient a bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan biologique, un examen endoscopique et une imagerie à visée diagnostique.

**Résultats**

Sur les 42 patients, le mode de révélation a été le plus souvent le syndrome de Koenig dans 18 cas (43%), la diarrhée dans 9 cas (21,5%), une péritonite par perforation grêlique dans 4 cas (9,5%), une appendicite dans 2 cas (4,8%), et un tableau clinico-biologique de malabsorption dans 2 cas (4,8%). Le diagnostic a été retenu sur entero-IRM et/ou colonoscopie dans tous les cas. Le siège de la sténose était dominé par le carrefour iléo-caecale dans 17 cas (40,4%), suivi par l'atteinte iléale unique dans 13 cas (31%), puis iléale multifocale dans 7 cas (16,6%), la localisation rectale dans 3 cas (7%) et colique dans 2 cas (4,7%). L'étendue de la sténose était inférieure à 50 mm dans 10 cas (23,8%) et supérieure à 50 mm dans 12 cas (28,6%), indéterminée dans 20 cas (47,6%) avec une dilatation d'amont inférieure à 30 mm dans 10 cas (23,8%), supérieure à 30 mm dans 5 cas (11,9%), sans dilatation d'amont dans 6 cas (14%) et non précisée dans 21 cas (50%). Des fistules étaient associées à la sténose dans 17 cas (40%). Le traitement était chirurgical, suivi par un traitement biologique dans 14 cas (33,3%) et une biothérapie d'emblée dans 19 cas (45,2%). Le suivi dans 21 cas (50%) sous traitement biologique toujours, rémission dans 2 cas (4,7%), switch pour 2 cas (4,7%), intensifié dans 2 cas (4,7%), indéterminé dans 15 cas (35%).

**Discussion**

Cette série de patients nous permet de retrouver les mêmes données que la littérature pour la maladie de Crohn dans sa forme sténosante: âge jeune, tableau clinique évocateur, localisation iléo-caecale plus fréquente, traitement chirurgical malgré l'efficacité du traitement biologique.

**Conclusion**

Ces données montrent que la maladie de Crohn est une maladie chronique invalidante dont la prise en charge est multidisciplinaire. Malgré l'arsenal thérapeutique disponible, la rémission complète est difficile à atteindre; pour cela, la durée du traitement biologique reste à déterminer.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00025**

**CA08. Diarrhée chronique chez les patients vivant avec le VIH**

**I. Lati**

EPH Ouargla-Algérie

**Objectifs**

La diarrhée chronique, un des symptômes révélateurs de l'infection à VIH, est un problème fréquent, souvent multifactoriel, et peut être un signe de pathologies opportunistes (notamment en cas d'immunodépression sévère ( $CD4 < 200/\text{mm}^3$ )) ou d'effets secondaires des traitements antirétroviraux.

**Matériels et Méthodes**

C'est une étude prospective observationnelle monocentrique portant sur les patients vivant avec le VIH chez lesquels une séropositivité pour le VIH a été diagnostiquée à Ouargla entre le 1er décembre 2019 et le 30 novembre 2021 et ayant accepté de participer à l'étude.

**Résultats**

Une diarrhée chronique était présente chez 43,81% de nos patients

avec une notable prédominance masculine (63% hommes). L'âge moyen était de 38,02 ans $\pm$ 10,91 (extrêmes de 19 à 66 ans) avec un taux moyen de CD4= 177,91 cellules/mm<sup>3</sup> $\pm$ 214,49, une charge virale plasmatique du VIH=5,59 log  $\pm$ 0,96 et un BMI=20,65  $\pm$ 0,32. 50% de nos patients étaient au stade B et 50% au stade C. Les autres signes associés: asthénie (91,3%), anorexie (89,1%), amaigrissement (80,4%), fièvre (93,5%).

#### Discussion

La diarrhée chronique a été retrouvée dans 43,81% des cas dans notre série, ce qui a été également le cas dans d'autres études: Bagny A, et al. (45,7%), Sutini T, et al. (09%), Asmarawati TP, et al. (20,7%), Seydi M, et al. (37%), Mbula MMK, et al. (88,9%), Mbanya DN, et al. (41,6%) et Coulibaly O, et al. (21,8%).

#### Conclusion

Malgré les progrès des traitements antirétroviraux, la diarrhée chronique souligne l'importance d'un suivi régulier, d'une prise en charge individualisée et d'une prévention efficace par le contrôle durable de l'infection VIH.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00030**

#### CA09. Polypes duodénaux: aspects histologiques et lésions endoscopiques associées

C. Louati, E. Bel Hadj Mabrouk, A. Mensi, S. Ayadi, Y. Said, L. Mouelhi, R. Dabbeche\*

Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

#### Objectifs

Le polype duodénal est une petite excroissance faisant saillie dans la lumière duodénale. Elle peut siéger dans n'importe quel segment. C'est une lésion rare de découverte fortuite à l'endoscopie. Elle est souvent asymptomatique. Sur le plan histologique, ces lésions peuvent être épithéliales ou non épithéliales, néoplasiques ou non néoplasiques. Nous nous proposons dans ce travail d'étudier le type histologique des polypes duodénaux et son association avec les lésions gastriques.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive s'étalant sur 5 ans (janvier 2018-novembre 2022), colligeant tous les patients pris en charge dans l'unité d'endoscopie du service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicolle, et dont la fibroscopie avait montré un polype duodénal. Nous avons exclu les patients chez lesquels les biopsies n'ont pas pu être faites et pour lesquels l'endoscopie avait montré un aspect de processus ulcéro-bourgeonnant.

#### Résultats

Quarante et un patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 57 ans [26-82]. Le sex-ratio H/F était de 1,8. L'indication la plus fréquente de la fibroscopie était les épigastralgies présentes chez 71% des patients. L'histoire familiale n'a retrouvé aucun cas de polyposé adénomateuse familiale. L'endoscopie œsogastroduodénale a montré des lésions gastriques associées dans 66% des cas. Ces lésions étaient à type de gastrites (35%), ulcère duodénal (6%), aspect en fond d'œil de la muqueuse fundique (6%), et de polype gastrique (18%). Le polype était localisé dans la première portion duodénale dans 77% des cas et dans la 2ème portion dans 23% des cas. Aucun polype n'a été retrouvé dans la 3ème ou la 4ème portion duodénale. La taille moyenne des polypes était de l'ordre de 8 mm [4-14]. Tous les polypes ont été biopsiés. Le nombre moyen de biopsie était 2 [1-5]. L'examen anatomopathologique a conclu à une muqueuse normale (65%), un adénome de bas grade (11%), une hyperplasie glandulaire (6%), une dystrophie de la muqueuse (6%), une métaplasie gastrique (6%) et enfin un carcinome (6%). Une infection à Helicobacter Pylori a été retrouvée chez 25% des malades. L'étude analytique a montré qu'il existait une corrélation statistiquement significative entre les polypes

à type métaplasie gastrique et la présence d'HP, les lésions de gastrite et l'ulcère duodénal avec ( $p<0,05$ ).

#### Discussion

Les polypes gastriques n'étaient pas corrélés à la présence d'un polype duodénal et à aucun type histologique.

#### Conclusion

La portion D1 représente la localisation la plus fréquente des polypes duodénaux. Ces petits reliefs de la muqueuse duodénale sont souvent de structure histologique normale. Néanmoins, ils sont fréquemment associés à des lésions gastriques. La découverte d'un adénome à la biopsie impose la résection endoscopique de tout le polype.

**Code Abstract : A-37JI25JGAF-00031**

#### CA10. La latéralité dans le cancer du côlon: Quel impact?

S. Merhaben, G. Ghahrbi, M. Mahmoudi, A. Ben Mohamed, M. Yakoubi, A. Khsiba, M. Medhioub, ML. Hamzaoui

Hôpital Mohamed Taher Maaamouri, Nabeul, Tunis

#### Objectifs

Le cancer du côlon constitue un problème majeur de santé publique dont l'incidence est en augmentation. Plusieurs études ont montré que les cancers du côlon droit (CCD) et du côlon gauche (CCG) présentent des caractéristiques distinctes, suggérant qu'il s'agit de deux entités différentes. L'objectif de notre étude était de comparer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques, évolutives et moléculaires des CCD et CCG.

#### Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective comparative incluant 132 patients pris en charge au service de gastro-entérologie et opérés au service de chirurgie générale de l'hôpital Taher Maamouri de Nabeul, entre janvier 2017 et décembre 2023. Les patients ont été répartis en deux groupes: G1 = CCD (n = 48; 36,4%) et G2 = CCG (n = 84; 63,6%).

#### Résultats

L'âge moyen était comparable entre les deux groupes (62,8 vs 61,2 ans;  $p = 0,97$ ). Le sex-ratio H/F était de 1,4 pour les CCD et de 1 pour les CCG. Les CCD étaient plus fréquemment diagnostiqués au stade II (33,3% vs 18,1%;  $p = 0,048$ ), tandis que les CCG prédominaient au stade IV (25,3% vs 10,4%;  $p = 0,04$ ). Les CCG étaient également plus souvent métastatiques au moment du diagnostic (25% vs 10,4%;  $p = 0,043$ ). Sur le plan histologique, les adénocarcinomes bien différenciés représentaient la majorité des cas dans les 2 groupes. Les types histologiques rares (cribriforme, festonné, bague à chaton, carcinome épidermoïde, carcinoïde) étaient significativement plus fréquents dans les CCD (14,6% vs 3,7%;  $p = 0,04$ ). L'envahissement ganglionnaire était plus marqué dans le CCG (71,2% vs 54,2%;  $p = 0,05$ ). Au niveau moléculaire, 60% des CCD présentaient un statut MSI contre 33,3% des CCG ( $p = 0,6$ ). Concernant l'évolution des tumeurs non métastatiques, la récidive locorégionale survenait chez 14% des CCD vs 9,5% des CCG ( $p = 0,54$ ), tandis que la survie de métastases concernait 16,3% des CCD et 9,5% des CCG ( $p = 0,35$ ). La survie sans récidive était comparable (67,4% vs 69,8%;  $p = 0,44$ ). Pour les tumeurs métastatiques, la rémission concernait 20% des CCD vs 14,3% des CCG ( $p = 1$ ), tandis que la progression tumorale était observée chez 80% des CCD contre 42,9% des CCG ( $p = 0,34$ ).

#### Discussion - Conclusion

Dans notre étude, les CCD se présentaient plus souvent à un stade précoce et exprimaient plus fréquemment le phénotype MSI, tandis que les CCG étaient plus fréquemment diagnostiqués à des stades avancés et métastatiques. La variabilité des biomarqueurs du côlon droit et gauche guide actuellement les chimiothérapies et thérapies ciblées pour un traitement personnalisé «à la carte».

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00032**

**CA11. Lien entre la carence en vitamine D et la sévérité des MICI évaluée par échographie abdominale: étude hospitalière au CHU de Tlemcen**

**A. Belkhatir**, A. Attia, A. Guerroudj, H. Mahi, Y. Taleb, O. Mehammedi, W. Benmansour A. Benzerdjeb, W. Benaouda

Service de gastro-entérologie, CHU Tidjani Damerdji, Tlemcen

**Objectifs**

Evaluer l'association entre le statut vitaminique D et la sévérité des MICI, appréciée par l'échographie abdomino-pelvienne, et analyser les paramètres cliniques, morphologiques et thérapeutiques corrélés.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons conduit une étude observationnelle, descriptive et analytique, rétrospective et prospective, de janvier 2022 à septembre 2025, incluant les patients hospitalisés pour colite sévère et traités par biothérapie au service d'hépato-gastro-entérologie du CHU Tidjani Damerdji de Tlemcen. Tous les patients ont bénéficié d'un dosage sérique de la vitamine D, de la CRP, de la calprotectine fécale et d'une échographie abdomino-pelvienne récente. L'analyse statistique a reposé sur une analyse bivariée, avec un seuil de significativité fixé à  $p=0,005$ .

**Résultats**

Un total de 120 patients a été inclus (100 MC, 20 RCH). L'âge moyen était de 40,5 ans (16–81 ans), avec une prédominance masculine (57%). La majorité était d'origine urbaine (61,5%). Les comorbidités retrouvées incluaient: HTA (24,7%), diabète (18,8%) et autres maladies inflammatoires chroniques (20,8%). Le tabagisme actif et l'alcool étaient rapportés chez 17,8%, et 19,8% présentaient un statut socio-économique bas. Cliniquement, 50,5% avaient des diarrhées et 54,5% des douleurs abdominales. La carence en vitamine D était fréquente, surtout entre 50–75 ans et 25–50 ans. Elle concerne 65,1% des femmes et 60,3% des hommes. Concernant l'échographie: chez les hommes, 77,6% avaient un examen normal et 22,4% des anomalies; chez les femmes, 76,7% avaient un examen normal et 23,3% des anomalies. Parmi les patients carencés ( $n=63$ ), 71,4% avaient une échographie normale et 28,6% présentaient des anomalies pathologiques.

**Conclusion**

La correction de l'hypovitaminose D pourrait constituer une stratégie thérapeutique adjuvante bénéfique dans les MICI, grâce à ses propriétés immunomodulatrices. Des taux sériques optimaux de vitamine D semblent améliorer la réponse au traitement par infliximab (Remicade®). L'échographie abdomino-pelvienne, examen non invasif, fiable et reproductible, s'avère un outil de choix pour le suivi évolutif et la détection des complications. Ainsi, l'association d'un suivi biologique (vitamine D) et échographique constitue une approche intégrée et pertinente pour optimiser la prise en charge des MICI.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00036**

**CA12. Apport de la radiologie interventionnelle dans la prise en charge du carcinome hépatocellulaire: à propos de cas cliniques**

**C. Hamadache, M. Yasmine, C. Aimeur**

Service de Radiologie centrale, CHU Mustapha, Alger

**Objectifs**

Présenter, à travers des cas cliniques, la diversité des techniques de radiologie interventionnelle utilisées dans le CHC et rappeler leurs principales indications.

**Matériels et Méthodes**

Nous rapportons plusieurs patients pris en charge dans notre service pour CHC, illustrant différents aspects de l'interventionnel. Un cas traité par chimio-embolisation transartérielle (TACE); un cas traité par

ablation percutanée par radiofréquence (RFA) et un cas ayant bénéficié d'une biopsie hépatique guidée par imagerie à visée diagnostique.

**Résultats**

La TACE a permis un contrôle tumoral local satisfaisant avec une bonne tolérance. La RFA a obtenu une destruction complète de la lésion sans complication. La biopsie hépatique a confirmé le diagnostic histologique, orientant ainsi la stratégie thérapeutique.

**Discussion**

Ces observations illustrent la diversité des gestes de radiologie interventionnelle dans la prise en charge du CHC. La TACE reste le traitement de référence chez les patients à un stade intermédiaire selon la classification BCLC. L'ablation par radiofréquence est indiquée pour les lésions de petite taille (<3 cm), avec une efficacité comparable à la chirurgie dans certains cas sélectionnés. La biopsie hépatique, bien que non systématique, conserve une place importante lorsqu'un doute diagnostique persiste ou pour orienter vers une thérapie ciblée. Ces techniques mini-invasives sont complémentaires et doivent être intégrées dans une approche multidisciplinaire associant radiologues, hépatologues et chirurgiens.

**Conclusion**

La radiologie interventionnelle occupe une place centrale dans la prise en charge du CHC, en offrant des options diagnostiques et thérapeutiques adaptées au stade tumoral, à la fonction hépatique et au profil du patient. Ces techniques mini-invasives constituent des alternatives efficaces et sûres, améliorant le pronostic et la qualité de vie des patients.

**Code Abstract : A-37JI25JGAF-00038**

**CA13. Carcinome hépatocellulaire: profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif – étude observationnelle monocentrique**

**A. Oulad Kouider, A. Safir, M. Chenna, A. Benslimane, F. Aici, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. Bouteraa N. Amani, L. Mallem**

Service d'Hépato-Gastro-Entérologie B, EPH Dr Balaska Mohamed, Oran

**Objectifs**

L'objectif de l'étude était de déterminer les facteurs étiologiques, le statut hépatique, la stadification (BCLC), les traitements reçus et l'évolution de patients présentant un CHC.

**Matériels et Méthodes**

Étude descriptive observationnelle rétrospective portant sur 33 patients atteints de CHC, suivis dans le service d'hépato-gastroentérologie entre janvier 2022 et septembre 2025.

**Résultats**

L'âge moyen des patients était de 64,27 ans, avec prédominance masculine (69,7%). Les principales étiologies étaient l'HBV (27,3%), l'HCV (24,2%), MASLD (15,2%), et indéterminée (27,3%). La majorité des patients présentaient une cirrhose (93,9%) avec un score Child-Pugh A/B dans 54,5 et 36,4% des cas diagnostiquée dans 48,5% par dépistage et dans 51,5% à un stade symptomatique. La moyenne du taux d'alpha foeto-proteines était de 359 µg/ml. Les nodules étaient uniques dans 39,4%, multiples dans 27,3% et diffus dans 33,3%. L'envahissement vasculaire et métastatique étaient observés dans 27,3 et 21,2%, respectivement. Le wash-out était noté dans 67,9%. La répartition des stades BCLC au diagnostic était comme suit: A (30,3%), B (9,1%), C (36,4%) et D (24,2%). Seuls 27,3% des patients étaient éligibles à un traitement curatif. La survie moyenne selon Kaplan-Meier de nos patients était de  $7,7 \pm 1,4$  mois. La survie médiane à 12 mois était de 4,00 mois avec un IC 95% de 1,9–6,0 mois.

**Discussion**

Malgré les progrès thérapeutiques récents concernant les traitements curatifs et de radiologie interventionnelle, le CHC constitue une des

principales causes de décès et son pronostic reste parmi les plus mauvais (survie médiane de 9 mois; survie à 5 ans de 10–15%), et cela est dû principalement au fait qu'au moment du diagnostic, moins de 25% des patients sont éligibles à un traitement curateur et donc à une guérison. Dans la littérature, seuls 20% des CHC sur cirrhose sont diagnostiqués dans le cadre d'un programme de dépistage. Les raisons en sont l'application insuffisante des recommandations, partagées entre les médecins et les patients eux-mêmes. Dans notre étude, malgré le faible échantillonnage, le CHC était diagnostiqué chez 48,5% des patients au cours du dépistage. Les patients avaient plus bénéficié de thérapie ciblé que de résection, et notre médiane de survie était en déçue du taux de survie rapporté dans la littérature.

#### **Conclusion**

Cette série confirme la forte association du CHC à la cirrhose virale et métabolique. Le diagnostic tardif reste fréquent, limitant l'accès aux traitements curatifs. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage régulier des patients à risque et le besoin d'améliorer l'accessibilité aux stratégies thérapeutiques adaptées.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00040**

**CA14. Apport de l'échoendoscopie dans le diagnostic des dilatations biliaires sans obstacle visible à l'imagerie conventionnelle**

**A. Meddah, M. Ghediri, N. Cheikh, N. Benzemrane, N. Kicili, K. Amalou, K. Saidani**

CHU Mohamed Seghir Nekkache, Alger

**Objectifs**

Montrer l'intérêt de l'échoendoscopie au cours des dilatations des voies biliaires lorsque les autres moyens d'imagerie étaient non concluants.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et monocentrique allant de janvier 2023 à août 2025, incluant les patients ayant bénéficié d'une échoendoscopie biliopancréatique pour une dilatation de la voie biliaire principale sans obstacle visible à l'imagerie conventionnelle. Toutes les échoendoscopies ont été réalisées à l'aide d'un échoendoscope Fuginon avec sonde linéaire et/ou radiale.

**Résultats**

38 patients ont été inclus dans notre étude. La moyenne d'âge de nos patients était de 66 ans avec des extrêmes allant de 35 ans à 89 ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio H/F de 1,2). Dans notre étude, 10% des patients étaient asymptomatiques, et 90% avaient présenté au moins un épisode de symptômes à type d'ictère choléstatique dans 62% des cas et de coliques hépatiques dans 43% des cas. A noter que 27% des patients avaient déjà subi une cholécystectomie. Sur le plan biologique, 90% des patients avaient un bilan hépatique perturbé tandis que 10% avaient un bilan hépatique normal. Une échographie a été réalisée chez 92% des patients, un scanner chez 35% et une bili-IRM chez 98%. L'échoendoscopie a permis de confirmer la présence d'une dilatation de la voie biliaire principale dans 95% des cas. Le diamètre moyen de la dilatation de la voie biliaire était de 11,5 mm avec des extrêmes allant de 7,5 mm à 25 mm. L'échoendoscopie a permis d'établir un diagnostic étiologique chez 96% des patients, dont la lithiasie de la voie biliaire principale dans 67% des cas, une oddite scléreuse ou inflammatoire dans 15% des cas, un ampullome vénérien dans 3,6% des cas, une pancréatite chronique dans 5% des cas, et des dilatations kystiques dans 4% des cas. Une tumeur de la tête du pancréas a été retrouvée chez 2% des patients. Il est à noter que la dilatation de la voie biliaire principale retrouvée à l'imagerie a pu être écartée dans 5% des cas. Aucune cause de dilatation de la voie biliaire principale n'a pu être établie, aussi bien par l'imagerie conventionnelle que par l'examen échoendoscopique dans 4% des cas.

**Discussion**

La dilatation des voies biliaires peut avoir plusieurs causes, notamment une cholédocholithiasie, une masse de la tête du pancréas, un ampullome, une sténose papillaire et un dysfonctionnement du sphincter d'Otti. Sotoudehmanesh rapporte que la sensibilité, la spécificité, la VPP, la VPN et la précision globales de l'échoendoscopie étaient respectivement de 93,8%, 100,0%, 98,1%, 100,0% et 90,1%.

**Conclusion**

Notre étude confirme la place prépondérante de l'EE dans la recherche étiologique des dilatations des voies biliaires lorsque l'imagerie n'est pas concluante.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00046**

**CA15. Carcinome hépatocellulaire au CHU d'Oran: profil épidémiologique, étiologique et devenir des patients (janvier 2021 – décembre 2024).**

**H. Benahmed, M. Ahed Messoud.**

Service Oncologie, CHU Oran.

Service Hépato-Gastro-Entérologie A, CHU Oran

**Objectifs**

Décrire le profil épidémiologique et étiologique du CHC pris en charge au CHU d'Oran, ainsi que le devenir des patients suivis entre janvier 2021 et décembre 2024.

**Matériels et Méthodes**

Étude rétrospective portant sur 18 patients suivis pour CHC au service d'hépato-gastroentérologie du CHU d'Oran, en collaboration avec le service d'oncologie. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et le devenir des patients ont été collectées. La classification Child-Pugh, la classification BCLC, la présence d'alpha-fœtoprotéine élevée (>200 ng/mL) et la présence de thrombose portale ont été évaluées.

**Résultats**

Parmi les 18 patients, 11 étaient des hommes (61,1%) et 7 des femmes (38,9%), avec un âge moyen de 67,4 ans (53–87 ans). Les étiologies étaient dominées par les cirrhoses post-virales C (33,3%), suivies des cirrhoses post-virales B (16,7%), de la NASH (11,1%), des causes indéterminées (22,2%), un cas de cholangite biliaire primitive (5,6%) et 2 patients sans cirrhose. Selon le score Child-Pugh, 8 patients étaient A, 5 B et 3 C. La classification BCLC était comme suit: A: 5 patients, B: 5, C: 5, D: 3. Il s'agissait d'un petit CHC (N=5) ou d'une masse hépatique ou d'un foie multinodulaire (N=13). L'alpha-fœtoprotéine était >200 ng/mL chez 6 patients et une thrombose portale était présente chez 4 patients. Concernant la prise en charge, 4 patients ont reçu Sorafenib (médiane de survie: 11 mois, IC95%: 9–15), 5 patients ont été orientés vers la chirurgie hépatobiliaire, 2 patients sont décédés avant toute intervention et 7 patients ont été placés en abstention thérapeutique en hospitalisation à domicile.

**Discussion**

Le CHC dans cette cohorte survient principalement chez des patients âgés avec cirrhose post-virale C. La distribution des stades BCLC montre que près de 50% des patients présentent une maladie avancée (BCLC C-D) au moment du diagnostic, limitant les options curatives. L'alpha-fœtoprotéine élevée et la thrombose portale restent des facteurs de gravité fréquents. La médiane de survie sous Sorafenib reflète le pronostic réservé des patients non résécables, en ligne avec les données internationales.

**Conclusion**

Le carcinome hépatocellulaire au CHU d'Oran touche principalement des patients avec cirrhose post-virale C et se manifeste souvent à un stade avancé, limitant les options thérapeutiques. Ces données mettent en évidence la nécessité d'une stratégie de dépistage précoce,

l'importance de l'accès rapide aux thérapies ciblées et interventions chirurgicales, et la valeur d'une approche multidisciplinaire coordonnée, afin d'améliorer la survie.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00053**

**CA16. Apport de la manométrie haute résolution œsophagienne dans le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage. Expérience de notre unité d'exploration fonctionnelle digestive**

**Y. Chelbi, MN. Chehad.**

Gastroentérologues libéraux, Constantine

**Objectifs**

La manométrie haute résolution (MHR) de l'œsophage consiste en l'enregistrement des pressions intraluminales dans divers segments de l'œsophage. En effet, elle permet l'étude des ondes de contraction œsophagiennes (amplitude, durée et propagation) et des sphincters. Elle aide à identifier les troubles de la motilité œsophagienne et à différencier les types de ces derniers. Le but de notre travail était de rapporter les indications et les résultats de la manométrie dans la pathologie œsophagienne dans notre unité d'exploration fonctionnelle digestive.

**Matériels et Méthodes**

Étude rétrospective descriptive, entre octobre 2024 et août 2025, menée à Constantine au sein de notre cabinet de groupe de gastroentérologie, Dr. Chehad/Dr. Chelbi. Nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une MHR œsophagienne au cours de cette période et nous avons analysé les caractéristiques cliniques, épidémiologiques, ainsi que les indications et les résultats obtenus.

**Résultats**

123 malades ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 45,7 ans [03-82 ans], avec prédominance féminine (Sex-ratio=2,6). La dysphagie était le principal motif d'exploration dans 86% des cas (n=106), amaigrissement dans 69% des cas, vomissement dans 63 % des cas et douleur rétrosternale dans 45% des cas. La MHR avait objectivé une achalasie chez 24% (n=30) des patients, le type II était le plus fréquent (15 cas), suivi du type I (9 cas), puis du type III (6 cas). Le délai moyen du diagnostic d'achalasie après le début des symptômes était de 3,2 années. La moyenne du score d'Eckardt était 6,86. Les signes endoscopiques étaient absents dans 30% des cas. Il y avait des signes manométriques en faveur d'une motricité inefficace chez 23% (n=28), une absence contractilité dans 15% (n=18) des patients, un spasme distal de l'œsophage dans 11% des cas (n=14), un œsophage hypercontractile dans 2% des cas (n=3), un syndrome d'obstruction de la jonction œsogastrique dans 1,6% des cas (n=2), une hernie hiatale découverte dans 14% des cas (n=17), un dysfonctionnement crico-pharyngien dans 1,6% des cas (n=2) et normale dans 7% (n=9) des cas. La MHR œsophagienne était réalisée dans le cadre d'un bilan d'une maladie de système dans 23% (n=29) des cas.

**Discussion - Conclusion**

La MHR de l'œsophage est un outil incontournable dans le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage. Elle donne un diagnostic précis, ce qui permet d'adapter le traitement.

---

**Code Abstract : A-37JI25JGAF-00056**

**CA17. MICI et oncogenèse digestive: implications chirurgicales**

**A. Behir, T. Guendouzi**

Hôpital mixte de lutte contre le cancer, Sidi Bel Abbès

**Objectifs**

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), incluant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, sont associées à un

risque accru de néoplasies digestives, en particulier le cancer colorectal. Cette oncogenèse résulte d'un processus complexe liant inflammation chronique, dysplasie et transformation maligne. La chirurgie joue un rôle clé dans la prévention, le diagnostic et le traitement de ces cancers.

**Matériels et Méthodes**

Une revue narrative de la littérature récente a été réalisée, centrée sur le lien entre MICI et oncogenèse digestive, ainsi que sur les implications chirurgicales. Les principales situations cliniques étudiées incluent la dysplasie de haut grade, l'adénocarcinome sur MICI et les contextes de colite chronique réfractaire.

**Résultats**

Les patients atteints de MICI de longue durée présentent un risque accru de cancer colorectal, proportionnel à l'ancienneté et à l'étendue des lésions. La chirurgie prophylactique (colectomie totale) peut être indiquée dans certains contextes de dysplasie ou de colite réfractaire. La chirurgie curative reste le traitement standard en cas de cancer avéré sur MICI, avec des particularités techniques liées au terrain inflammatoire. La réhabilitation chirurgicale (poche iléo-anale, anastomoses restauratrices) doit tenir compte du risque oncologique et de la qualité de vie postopératoire.

**Discussion**

La prise en charge des patients MICI à risque de cancer doit être multidisciplinaire. L'indication chirurgicale repose sur une évaluation oncologique, fonctionnelle et de qualité de vie. Le chirurgien intervient non seulement en traitement curatif, mais aussi dans une stratégie préventive (colectomie prophylactique). La chirurgie mini-invasive et robotique ouvre de nouvelles perspectives dans ce contexte complexe.

**Conclusion**

Les MICI constituent un terrain à haut risque d'oncogenèse digestive. Le chirurgien oncologue occupe une place centrale dans la prévention, la détection et la prise en charge chirurgicale des cancers associés. Une collaboration étroite gastro-entérologue-chirurgien est indispensable pour optimiser les résultats et améliorer le pronostic.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00059**

**CA18. Intérêt de l'exérèse complète du mésocôlon dans le cancer du côlon droit**

**M. Bouzida, S. Gacem, K. Draï, M. Zeggane, H. Lemdani, D. Bouhraoua, N. Zahia, S. Belaoudmo, N. Ait Benamer**

Service de Chirurgie générale, CHU Frantz fanon, Blida

**Objectifs**

Le pronostic du cancer du côlon droit est moins bon que celui du côlon gauche. Le concept d'exérèse complète du mésocôlon (ECMc) dans le traitement chirurgical des cancers du côlon a été introduit en 2009 par Hohenberger. Depuis cette première publication, l'intérêt de l'ECMc dans l'amélioration du curage ganglionnaire a été rapporté dans de nombreux travaux. Nous avons pour objectif de rapporter les résultats chirurgicaux et oncologiques de l'ECMc par laparoscopie dans la prise en charge du cancer du côlon droit.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude prospective, de janvier 2018 à janvier 2025. Au total, 156 patients éligibles ont subi une EMCc par laparoscopie. Cent-dix-neuf patients avaient un cancer du côlon gauche et 37 patients avaient un cancer du côlon droit.

**Résultats**

Le taux de conversion en laparotomie dans la population globale était de 4,5% (7 cas). La durée opératoire moyenne était de  $192 \pm 48$  minutes. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $05 \pm 1,8$  jour. Le taux de morbidité postopératoire était de 10,2%. Parmi les complications, il y a eu cinq fuites anastomotiques (3,2%) et un hématome

intra-abdominal (0,6%). La mortalité postopératoire était de 1,9%. La moyenne des ganglions prélevés était de 20,4±7.8 (elle était de 31,3±12,1 après colectomie droite). La répartition des tumeurs par stade était la suivante: stade I 24 patients (15,4%), stade II 78 patients (50%) et stade III 26 patients (34,6%). Soixante-treize patients (46,7%) ont reçu une chimiothérapie adjuvante.

#### **Discussion**

La localisation colique droite du CCR représente 35% des cas et est associée à un mauvais pronostic. Hohenberger, chirurgien allemand, est un des premiers à s'être intéressé à la problématique du curage ganglionnaire «extensif». L'utilisation de cette technique d'ECMC sur une période de 25 ans a permis de faire diminuer le taux de récidive locale à 5 ans de 6,5 à 4% et d'augmenter la survie spécifique au cancer de 82 à 89%.

#### **Conclusion**

Cette étude révèle que l'exérèse complète du mésocôlon par laparoscopie pour cancer du côlon droit permet d'avoir un curage ganglionnaire adéquat sans majorer la morbidité et la mortalité postopératoires.

---

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00064**

#### **CA19. Maladie associée aux IgG4: l'expérience du service d'Hépatologie du CHU Mustapha, Alger**

**S. Assas**, N. Afredj, R. Kerbouche, N. Guessab, H.A. Belimi, S. Tirichine, N. Debzi

Service d'hépatologie, CHU Mustapha, Alger

#### **Objectifs**

Objectif primaire: Décrire le profil clinique de la maladie associée aux IgG4. Objectif secondaire: évaluer le profil évolutif et la réponse thérapeutique dans le service d'hépatologie du CHU Mustapha d'Alger.

#### **Matériels et Méthodes**

Étude rétrospective descriptive des patients suivis au niveau de notre service. Critères diagnostiques selon la nouvelle classification ACR/EULAR 2019. Le traitement consistait à une corticothérapie de 40 mg/jour puis dégresson, azathioprine 50 à 100 mg/j.

#### **Résultats**

Du 01 janvier 2019 au 31 août 2025, 07 patients ont été analysés, l'âge moyen était de 49,6 ans [23-80], avec un délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic de 12,5 mois [1 -2 ans]. Le sex-ratio était de 2,5 H-F. Le motif de révélation était un tableau de cholestase clinico-biologique (N=5), pancréatite aiguë (N=2). Dans notre série, l'atteinte systémique était variable: une atteinte biliaire (N=7), une atteinte pancréatique de type PAI I (N=5), une atteinte néphrologique (N=4), une atteinte pulmonaire (N=1), une atteinte lacrymale (N=1) et une atteinte thyroïdienne (N=1). Sur le plan biologique, une cholestase et une cytolysé étaient présentes chez tous les patients. Le taux sérique d'IgG4 était élevé chez l'ensemble des patients, avec une moyenne de 10,5 N [5-16]. Le bilan d'auto-immunité était positif type FAN (N=2). L'imagerie réalisée chez tous les patients montrait des signes de cholangite, avec une atteinte des voies biliaires extra-hépatiques (N=4), des signes de pancréatite aiguë (N=2). La réponse aux corticoïdes était favorable (N=5), avec amélioration clinique, biologique et morphologique. Le taux de rechute était de 57% (N=4), nécessitant alors l'instauration d'un traitement immunosupresseur à base d'Azathioprine. A long terme, 06 patients étaient en rémission sous azathioprine (N=04), corticoïdes (N=01) et sans aucun traitement (N=01). Seul 01 patient était en échec thérapeutique.

#### **Conclusion**

La maladie associée aux IgG4 est une entité pathologique rare, la réponse aux corticoïdes est bonne, mais avec un risque de rechute de plus de 50% des cas, le traitement d'entretien n'est pas encore bien

codifié.

---

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00065**

#### **CA20. Caractéristiques cliniques et évolution thérapeutique du syndrome LPAC: expérience de 26 cas au service d'Hépatologie du CHU Mustapha.**

**L. Ghermit**, N. Afredj, H. Belimi, R. Kerbouche, A. Guechi, S. Assas, I. Ouled Chikh, N. Guessab, N. Debzi.

Service d'Hépatologie, CHU Mustapha, Alger

#### **Objectifs**

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques, ainsi que la réponse thérapeutique des patients pris en charge dans notre service.

#### **Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive incluant l'ensemble des patients suivis pour syndrome LPAC entre février 2015 et août 2025. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

#### **Résultats**

L'étude a inclus 26 patients. L'âge moyen au diagnostic était de 45 ans (extrêmes: 18-89 ans), avec une nette prédominance féminine (N=19), sex ratio:(3F/1H). Les antécédents de cholécystectomie précoce (<40 ans) étaient retrouvés chez 56% (N=14), et un antécédent familial de lithiasis biliaire <30 ans sans obésité chez 16% (N= 4). Sur le plan clinique, les symptômes les plus fréquents étaient les douleurs biliaires typiques (N=15), suivies du prurit (N=14), l'ictère (N=11) et, plus rarement, de la pancréatite biliaire (N=4) et la cholangite (N=6). Quelques cas asymptomatiques ont également été observés (N=3). Sur le plan biologique, l'élévation prédominait sur les enzymes de cholestase (GGT, PAL) avec parfois une hyperbilirubinémie modérée. L'imagerie montrait le plus souvent des anomalies échographiques compatibles avec le diagnostic (queue de comète (N=10), lithiasis intra-hépatiques (N=13)). L'IRM biliaire et l'échoendoscopie confirmaient le diagnostic dans les cas douteux (N=6). Concernant le traitement, l'ensemble des patients avait reçu de l'acide ursodésoxycholique (AUDC: 10 mg/kg/jr) (N=25), avec une réponse clinique et biologique satisfaisante dans 80% des cas (N=20) dont une optimisation était nécessaire dans 8% des cas (N=2). Certains ont également bénéficié de gestes endoscopiques (CPRE) (N=6) ou chirurgicaux (cholécystectomie (N=2), exceptionnellement résection hépatique (N=1)). Mais aucun cas de transplantation hépatique.

#### **Discussion**

Notre étude retrouve une prédominance féminine, un âge moyen au diagnostic autour de la quarantaine et une fréquence élevée de cholécystectomies précoces, résultats concordants avec la littérature. Douleurs biliaires et cholestase biologique dominent le tableau clinique, tandis que l'échographie reste l'examen de référence. L'efficacité de l'AUDC, observée chez la majorité des patients, rejoint les séries publiées.

#### **Conclusion**

Le LPAC doit être évoqué devant toute lithiasis récidivante, surtout chez la femme jeune ou d'âge moyen avec antécédent familial. L'imagerie échographique et l'AUDC constituent les piliers du diagnostic et du traitement. Une meilleure reconnaissance du syndrome permet d'éviter des gestes invasifs inutiles et de prévenir les complications.

---

#### **Code abstracte : A-37JI25JGAF-00066**

#### **CA21. Pathologies proctologiques non cancéreuses à Niamey, Niger**

**O. Fanta**, I.de Kadi, H. Saidou, S. Rachid

Hôpital National de Niamey

#### Objectifs

Faire le panorama des pathologies proctologiques non cancéreuses dans deux hôpitaux de référence de Niamey.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur 4 ans (1er janvier 2018 au 31décembre 2022) réalisée dans les services de chirurgie viscérale de l'Hôpital National et de l'Hôpital Général de Référence de Niamey. Ont été inclus tous les patients hospitalisés pour une symptomatologie proctologique et exclus de l'étude ceux chez qui le diagnostic de cancers a été posé.

#### Résultats

Ainsi sur 182 patients hospitalisés pour des pathologies proctologiques, celles-ci étaient non cancéreuses chez 120 soit 65,93% des patients. L'âge moyen des patients était de  $40,48 \pm 13,81$  ans avec un sex ratio de 4,2. Il n'y'avait pas de prédominance statistiquement significative en fonction de la profession. La majorité des patients étaient admis en chirurgie réglée (96%). La proctalgie était le signe fonctionnel le plus retrouvé avec 60,83% de cas, suivie de suppuration anorectale dans 32,49% des cas. Les patients étaient fumeurs dans 40,43% des cas. A l'examen proctologique: 51,67% des patients avaient une tuméfaction de la marge anale, le toucher rectal était dououreux chez 95% des patients. La fistule anale était la pathologie la plus représentée avec 76,66% de cas, suivie de la maladie hémorroïdaire (6,66%), de la sténose anale (5%) et de l'abcès anal (4,17%). La fissure anale représentait 2,50% de cas. Il est à noter 3 cas de condylome et 3 cas de polyte anal. Le diagnostic de ces pathologies était, pour un peu plus de la moitié des cas, clinique (65%). La fistulectomie était le geste chirurgical le plus réalisé et 99,16% des patients (n=119) avaient quitté l'hôpital guéris; 1 cas de décès par septicémie a été enregistré.

#### Discussion

Les pathologies proctologiques non cancéreuses regroupent un ensemble très diversifié de pathologies tant sur le plan des manifestations cliniques que sur le plan étiologique. Bien que très souvent elles n'engagent pas le pronostic vital, elles peuvent altérer significativement la qualité de vie des patients si elles ne sont pas prises en charge précocement et de façon adéquate. L'incidence exacte de ces affections anales est difficile à définir dans notre contexte vu qu'elles sont toujours considérées comme une maladie «honteuse». Il appartient donc au praticien de sensibiliser la population sur ces affections afin de lever ce «tabou» et de mieux les prendre en charge.

#### Conclusion

L'incidence des pathologies proctologiques non cancéreuses, bien que sous-estimée, semble fréquente. Elles touchent préférentiellement l'adulte jeune de sexe masculin. Les symptômes sont dominés par la proctalgie. Un examen proctologique bien conduit permet de poser le diagnostic. La fistule anale était la pathologie la plus retrouvée. L'évolution est dans la majorité des cas favorable.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00068

CA 22. Aspects échographiques du carcinome hépato-cellulaire (CHC) à Niamey

O. Fanta, M. Garba, M. Seydou, A.H. Boube, G. Alfari, B. Adamou, S. Guida

Hôpital National de Niamey

#### Objectifs

Ce travail a été initié afin de préciser l'apport de l'échographie dans le diagnostic du CHC et de décrire les caractéristiques échographiques de celui-ci.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive de 12 mois (février 2022 à

janvier 2023) réalisée à la polyclinique Magori de Niamey. Une sonde d'échographie convexe de 3,5 MHz et linéaire de 7,5 MHz sur un appareil de Marque Versana 1 (General Electric) muni du mode Doppler était utilisée.

#### Résultats

Au total l'échographie était réalisée chez 192 patients et une anomalie suspecte de néoplasie était retrouvée chez 65 patients soit 33% des cas. L'âge moyen des patients était de 43 ans avec une nette prédominance masculine, sex ratio à 3,1. Tous les patients étaient porteurs de l'AgHbs (100%) dont 83,8% présentaient en plus des douleurs abdominales et l'état général était altéré chez 79,7% des patients. L'indication de l'échographie était donc le dépistage du carcinome hépatocellulaire. A l'échographie, on retrouvait plus d'un nodule chez 78,5% des patients et pour la plupart avec un diamètre supérieur à 5cm (72% des patients). Le parenchyme hépatique était hétérogène chez 100% des patients; l'hépatomégalie était retrouvée chez 90,8% des patients avec un bord inférieur irrégulier dans 97,9% des cas. L'anomalie extra-tumorale était dominée par l'ascite chez 64,6 des patients, suivie de la thrombose portale dans 44,6% des cas.

#### Discussion

Les CHC dans notre contexte, sont diagnostiqués au stade de symptôme donc à un stade avancé, ce qui permet d'identifier facilement les nodules à l'échographie et de les caractériser. Ils sont surtout nodulaires, hyperéchogènes, multiples et en majorité de grande taille. Une forme particulière de CHC est à souligner; c'est la forme suppurative ou à type d'abcès collecté qui était étiquetée d'abcès ambien du foie. L'étude histologique en a permis le diagnostic. Au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, deux pays ayant des similarités socioculturelles avec le Niger, les mêmes résultats ont été rapportés respectivement par Nikiema et Setcheou. Au contraire des séries occidentales, les CHC sont de petites lésions nodulaires de moins de 3 cm, isolées et plus fréquemment hypoéchogènes et homogènes car diagnostiqués précocement chez une population à risque.

#### Conclusion

Dans notre étude, le CHC, diagnostiqué le plus souvent à un stade avancé sur la base de la clinique et de l'échographie est généralement multinodulaire, hyperéchogène et les nodules sont de taille variable, souvent gros, avec des formes particulières pseudo abcédée. Les praticiens doivent mieux exploiter l'échographie pour une détection précoce et une prise en charge optimale.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00077

CA23. Profil épidémiologique, anatomo-clinique et évolutif des TI-PMP

A. Bouchareb, A. Mitiche, H. Mahiou, M. Aissaoui, R. Osmane, A. Bou-taleb, N. Hamidouche, A. Benrabia, Y. Aissat, I. Ziane, S. Saichi, R. Me-riem, M. Nakmouche, H. Saoula

Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, BEO, Alger

#### Objectifs

Déterminer le profil épidémiologique et évolutif ainsi que les principaux FDR de dégénérescence des TIPMP.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique par analyse statistique sur dossiers des patients présentant des TIPMP au sein de notre service de gastro-entérologie, suivis entre 2019 et 2025. Une fiche a été établi pour chaque patient comportant les caractéristiques démographiques, les caractéristiques et les circonstances de découvertes des TIPMP ainsi que les FDR et les circonstances de leurs dégénérescences. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel Epi-info 6.

## Résultats

23 patients sont inclus, l'âge moyen au diagnostic était de 58 ans (31-76 ans) avec un sex ratio de 1,3, les antécédents étaient dominés par le diabète et le tabagisme avec cinq cas de néoplasies et un antécédent familial de néoplasie pancréatique, 11 cas de TIPMP des CS dont un dégénéré, 9 cas de TIPMP mixtes dont 6 dégénérés avec 3 cas de TIPMP des CP dont 2 dégénérés. 50% des TIPMP étaient de découverte fortuite et 29% étaient révélés par une pancréatite aigüe. Les FDR relatifs de dégénérescence se traduisaient par l'apparition d'une pancréatite aigüe (45%) et d'un diabète (29%) tandis que les FDR élevés de dégénérescence se manifestaient par la présence d'une masse solide au moment du diagnostic (23%) et une dilatation du Wirsung de plus de 10 mm (18%), les circonstances de dégénérescences étaient la survenue d'une pancréatite aigüe dans 23% des cas et l'apparition d'un ictere dans 9% des cas.

## Discussion

Les TIPMP secondaires sont majoritaires et sont souvent de découverte fortuite. Les facteurs de risque de dégénérescence les plus retrouvés sont respectivement l'apparition d'une pancréatite aigüe et d'une masse solide au moment du diagnostic. La dégénérescence était observée chez 9 patients, dans ces cas le diagnostic de la TIPMP était concomitant avec le diagnostic de l'ADK pancréatique chez 6 patients. Dans les cas non dégénérés (20%) on notait la présence d'au moins un facteur de risque de dégénérescence.

## Conclusion

Les TIPMP sont des tumeurs fréquentes après l'âge de 60 ans, souvent de découverte fortuite, cependant les cas révélés par une pancréatite aigüe suggèrent une dégénérescence en premier lieu. La modalité de la surveillance dépend des facteurs de risque de dégénérescence qui doivent être recherchés systématiquement pour chaque patient. Ce suivi permet une PEC thérapeutique au stade précoce de la néoplasie pancréatique secondaire aux TIPMP.

---

### Code abstract : A-37JI25JGAF-00079

#### CA24. Carcinome hépatocellulaire du sujet jeune: Particularités diagnostique et pronostique

F. Aici, A. Safir, M. Chenna, A. Benslimane, A. Benbouaziz, S. Ziane, A. OuladKouider A. Bouteraa, N. Amani, L. Mallem

Service Hépato-gastroentérologie B, EPH DR Mohamed Balaska, Oran

#### Objectifs

L'objectif de l'étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques du CHC chez le sujet jeune, et d'estimer sa survie médiane comparée à celle des sujets présentant un CHC à un âge plus avancé.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, colligeant 33 patients porteurs de CHC diagnostiqués dans notre service d'hépato-gastroentérologie.

#### Résultats

Notre étude a permis d'individualiser 3 patients (9%) âgés de moins de 40 ans porteurs de CHC, dont un seul était connu cirrhotique. Révélation faite dans le cadre d'un dépistage organisé, ou devant des symptômes atypiques (douleurs abdominales, hépatite aigüe grave), confirmée par imagerie et histologie. Les patients avaient une moyenne d'âge de 26,3 ans (extrêmes entre 21 et 37 ans), et un sex-ratio de 2/1. Une infection virale B, une co-infection B-C avaient été retrouvées chez 2 patients. Le taux moyen d'alpha-foeto-proteines était de 160 ng/ml. L'IRM hépatique avait révélé un foie dysmorphique, siège de deux lésions du foie droit de 14 et 15 mm, classées LIRADS 5, sans envahissement vasculaire, une volumineuse masse de 66 mm, associée à une thrombose porte, et un CHC diffus avec thrombose porte

massive. L'évolution était fatale pour une patiente, et deux patients furent candidats à un traitement curatif (Résection-thermoablation). La survie moyenne selon Kaplan-Meier de nos patients était de 22,10 ± 2,48 mois, et celle des patients plus âgés était de 6,12 ± 1,09 mois.

#### Discussion

Notre série illustrent les particularités du CHC chez le sujet jeune rapportées par la littérature. La prévalence du CHC était inférieure à 10%, l'hépatite B chronique représentait le principal facteur de risque. Le profil tumoral était volontiers plus agressif, avec des formations volumineuses, infiltratives et effractions vasculaires. La présentation clinique symptomatique, un taux d'alpha foeto-proteines élevé, une fonction hépatique préservée avaient permis d'établir le diagnostic à un stade où un traitement potentiellement curateur pouvait être proposé. La survie moyenne des patients jeunes serait meilleure grâce à une réserve hépatique préservée et à des traitements plus agressifs (chirurgie, transplantation).

#### Conclusion

Le CHC, bien que rare chez le sujet jeune, doit être évoqué devant toute lésion hépatique suspecte, même en l'absence de cirrhose. Ces observations soulignent l'importance du dépistage ciblé chez les patients à risque (notamment porteurs du VHB) et rappellent la nécessité d'un diagnostic précoce afin d'améliorer le pronostic.

---

### Code abstract : A-37JI25JGAF-00081

#### CA25. Le C-score IRM: nouvelle approche de quantification de l'activité inflammatoire des MICI

S. Semar, S. Maked, M. Oularbi, Y. Benarous, R. Benyahia  
Service de Radiologie, CPMC

#### Objectifs

Présenter le C-score, ses principes et ses avantages par rapport aux scores précédemment validés, ainsi que les données actuelles concernant sa validation clinique.

#### Matériels et Méthodes

Analyse du C-score par des études comparatives avec les scores classiques (MaRIA, Clermont) et corrélation avec les indices endoscopiques et histologiques.

#### Résultats

Un C-score < 0,5 définit la cicatrisation transmurale, associée à une réduction significative du risque de progression des lésions (HR ajusté 0,15). Les réponses transmurales (TR25, TR50) sont prédictives de la rémission clinique sans corticoïdes à un an (OR 4,6 à 7). L'épaisseur pariétale apparaît comme le paramètre le plus sensible aux variations sous traitement.

#### Discussion

Le C-score repose sur un nombre réduit de paramètres IRM, principalement l'épaisseur pariétale, l'intensité du rehaussement mural et la présence d'ulcération. Ce score est en cours de validation et présente une bonne corrélation avec les scores endoscopiques et une fiabilité comparable au MaRIA, avec une meilleure reproductibilité pour l'analyse de l'activité inflammatoire.

#### Conclusion

Le C-score apparaît comme une avancée prometteuse dans la standardisation de l'analyse inflammatoire en entéro-IRM au cours des MICI, en combinant simplicité d'utilisation et robustesse diagnostique.

---

### Code abstract : A-37JI25JGAF-00086

#### CA26. Succession de Deux Cohortes de Tlemcen dans la Maladie de Crohn: Évolution des Pratiques et Place Centralisée de la Biothérapie dans la Stratégie Thérapeutique

**A. Etchiali, N. Attia, M. Hassaine, W. Benaouda, M. Taleb, Y. Mehamedi, A. Benzerjeb, A. Mahi, A. Belkhatir**  
Service de Gastro-Entérologie, CHU Tlemcen

#### Objectifs

La maladie de Crohn (MC) est une pathologie inflammatoire chronique dont la prise en charge a considérablement évolué avec l'avènement des biothérapies. L'Algérie, comme d'autres pays du Maghreb, a connu un retard dans l'accès à ces traitements. L'analyse successive de deux cohortes permet d'évaluer l'impact de leur intégration progressive. L'objectif de cette étude était de comparer les caractéristiques épidémiologiques et les stratégies thérapeutiques entre une cohorte historique (2011-2018) et une cohorte récente (2013-2024) centrée sur les biothérapies, afin de mettre en évidence l'évolution des pratiques et l'efficacité de ces traitements.

#### Matériels et Méthodes

Étude rétrospective comparative de deux cohortes monocentriques:

- Cohorte 1 (2011-2018): 174 patients, analyse descriptive du phénotype et de la prise en charge initiale.
- Cohorte 2 (2018- 2024): 191 patients sous biothérapie, analyse de l'efficacité, de la tolérance et des stratégies de switch.

#### Résultats

Cohorte 1 (n=174): Âge médian 31,5 ans. Prédominance masculine (sex-ratio 1,15). Taux de chirurgie: 19%. Taux de biothérapie: 20%. Cohorte 2 (n=191): Âge médian 40,56 ans. Prédominance masculine (sex-ratio 1,35). 48 patients avec fistule périanale. Taux de réponse global sous anti-TNF $\alpha$ : 80,6%. Taux d'échec primaire: 19,4%. Switch intra-classe efficace chez 94% des patients. Taux de chirurgie dans la sous-population sous biothérapie: significativement plus bas que dans la cohorte historique.

#### Discussion

Notre analyse de deux cohortes successives démontre une transition thérapeutique significative dans la prise en charge de la maladie de Crohn en Algérie, caractérisée par l'intégration progressive des biothérapies anti-TNF $\alpha$ . La réduction du recours à la chirurgie (19% dans la cohorte historique versus taux significativement plus bas sous biothérapie) et le taux de réponse global de 80,6% sous anti-TNF $\alpha$  alignent nos résultats avec les données internationales [1,3]. L'efficacité remarquable du switch intra-classe (94% de succès) dans notre cohorte conforte les stratégies thérapeutiques recommandées pour la gestion de l'échec secondaire [4,5]. La prédominance masculine persistante et le profil phénotypique restent stables, conformément aux données maghrébines [1,2]. Cependant, l'écart d'âge médian entre les cohortes (31,5 vs 40,56 ans) suggère soit un vieillissement de la population suivie, soit une évolution des modalités diagnostiques. La limitation principale réside dans l'accès encore restreint aux thérapies plus récentes (anti-intégrines, anti-IL12/23), reflétant les défis communs aux systèmes de santé de la région.

#### Conclusion

La succession de ces deux cohortes algériennes met en évidence la place de plus en plus centralisée de la biothérapie dans la stratégie thérapeutique de la MC. Son élargissement progressif a permis de réduire le recours à la chirurgie et d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients. Ces données placent pour un accès élargi et précoce à ces traitements dans le contexte algérien et maghrébin.

[1] Serghini. AJGI. 2011 [2] Lamine. AGB. 2015 [3] Hanauer. Lancet. 2002 [4] Sandborn. AJG. 2007 [5] Sandborn. CGH. 2011.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00088

CA27. Endoscopie à vif: qu'en pensent nos patients ?

**Y. Fradi, Z. Benzarti, Y. Hidous, B. Bouchabou, A. Nakhl, N. Hemdani, R. Ennaifer**

Hôpital régional de Zaghouan, Tunisie

#### Objectifs

Dans la majorité des hôpitaux publics en Tunisie, l'endoscopie digestive est réalisée sans recours à une anesthésie générale. Cela entraîne des variations dans la tolérance de l'examen selon les patients, affectant ainsi la possibilité de mener l'exploration de manière optimale. Le but de cette étude était d'évaluer la tolérance et l'acceptabilité de l'endoscopie sans anesthésie chez nos patients, tout en identifiant les facteurs influençant cette perception.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, incluant les patients ayant eu une endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) et/ou une coloscopie diagnostique au sein de l'unité d'endoscopie digestive de l'hôpital Mongi Slim, durant la période allant de juillet à septembre 2024. Ont été exclus de l'étude les patients ayant refusé de participer à l'étude ainsi que ceux pour lesquels l'exploration a été réalisée dans un contexte d'urgence.

#### Résultats

Soixante-six patients ont été inclus, parmi lesquels 40 femmes (60,6%), avec un sex-ratio femme/homme de 1,53. L'âge moyen des participants était de 55,12 ans, avec des âges extrêmes allant de 17 à 98 ans. Trente patients (45,5%) ont eu une EOGD, et 36 (54,5%) une coloscopie. L'EOGD était principalement réalisée pour des épigastralgias (50%, n=15), tandis que la coloscopie était majoritairement indiquée pour une constipation chronique (41,67%, n=15). Un tiers des patients (31,8%) n'avait reçu aucune explication préalable concernant le déroulement de l'examen. Plus de la moitié de nos patients (53%) avaient jugé l'examen supportable, tandis que 28,8% éprouvaient des difficultés à le compléter. Pour une minorité (18,2%), l'examen avait dû être interrompu. Près des trois quarts des patients (71,2%) avaient estimé l'expérience douloureuse (échelle visuelle analogique EVA 1), avec une EVA moyenne de 4,81/10. L'examen était considéré très laborieux, peu laborieux et sans difficulté par le médecin dans respectivement 21,2%, 24,2% et 54,6% des cas. Environ 62,1% (n=41) des patients auraient accepté de refaire une endoscopie digestive sans anesthésie si nécessaire, mais la majorité (72,7%) auraient préféré recourir à une anesthésie générale. En analyse univariée, le seul facteur significativement associé à une mauvaise tolérance était la difficulté de l'examen, jugée par l'opérateur ( $p<0,05$ ).

#### Discussion

La tolérance de l'endoscopie sans sédation dépend de multiples facteurs. Certains travaux comme ceux de Faulx, et al. soulignent que l'utilisation d'endoscopes ultramince améliore l'acceptabilité mais ne résout pas le problème de tolérance; notre résultat rejoint partiellement ces observations, en effet, un examen techniquement difficile prolonge la procédure et augmente l'inconfort ce qui corrobore les données d'une étude menée aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK) où 23% des explorations étaient incomplètes en raison d'un obstacle lésionnel ou du stress.

#### Conclusion

L'endoscopie digestive sans sédation semble bien tolérée par la majorité des patients. Cependant, pour améliorer les conditions de réalisation, l'utilisation systématique d'une sédation apparaît essentielle.

---

Code abstract : A-37JI25JGAF-00089

CA28. Prévalence de la tuberculose latente chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

**A. Meddah, A. Lounici, H. Chetroub, N. Benzemarane, M. Ghediri, K. Saidani**

Service de gastro-entérologie, CHU Mohamed Seghir Nekkache, Alger

#### Objectifs

Évaluer l'efficacité du dépistage d'une tuberculose latente dans la pré-

vention de la réactivation tuberculeuse chez les patients atteints de MCI sous anti-TNF alpha dans un pays endémique.

#### **Matériels et Méthodes**

Tous les patients présentant une MCI sous anti-TNF alpha et suivis au service de gastro-entérologie de HCA depuis au moins 36 mois (août 2022 - août 2025) ont été colligés. Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillis rétrospectivement à partir des dossiers des patients.

#### **Résultats**

Nous avons colligé 13 patients avec un âge moyen de 35 ans [20–55 ans] et de sexe ratio (H/F) = 1,6 avec un suivi moyen de 9 mois [1–18 mois]. 11 patients avaient une maladie de Crohn (MC) et 02 patients avaient une rectocolite hémorragique (RCH). Pour la MC, le phénotype inflammatoire était noté dans 25% des cas, le phénotype fistulisant dans 55% des cas et le phénotype sténosant dans 20% des cas. Le traitement était à base d'infliximab dans 5% des cas et à base d'adalimumab dans 95% des cas, avec 7 patients sous anti-TNF en associations avec l'azathioprine. La notion de contagion tuberculeux n'a été retrouvée chez aucun patient. Des cures de corticoïdes ont été prescrites dans 15% des cas. Tous nos patients ont été vaccinés par le BCG à leur enfance. La radiographie de thorax était normale chez tous les patients. L>IDR à la tuberculine a été pratiquée chez tous les patients (100%). 02 patients avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie. Les résultats du dépistage ont révélé une infection tuberculeuse latente nécessitant la prescription d'une chimioprophylaxie chez 3 patients qui avaient un Quantifieron positif. Une réactivation tuberculeuse a été rapportée chez 4 patients dont 1 avait développé une miliaire tuberculeuse. Le délai moyen de réactivation tuberculeuse était d'une année après le début du traitement immunosupresseur [3–18 mois]. Ces malades présentaient une enquête tuberculeuse initialement négative et étaient tous sous anti-TNF au moment du diagnostic imposant leur arrêt.

#### **Discussion**

Le traitement par les anti-TNF est associé à un risque majoré de tuberculose active. De ce fait, le dépistage d'une infection latente est recommandé avant de débuter un traitement par anti-TNF. Il inclut un interrogatoire minutieux, une radiographie de thorax, une IDR à la tuberculine et un test de relargage de l'interféron gamma. La surveillance attentive des symptômes évocateurs de la tuberculose est impérative chez tous les patients sous anti-TNF au long cours avec une actualisation annuelle du bilan de dépistage. **Conclusion**

Un bilan tuberculeux pré-thérapeutique est obligatoire avant d'envisager un traitement anti-TNF, surtout en zone d'endémie tuberculeuse. La tuberculose active survient généralement au cours de la première année de traitement, ce qui incite à un suivi étroit des patients sous anti-TNF.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00090**

**CA29. Angiodysplasies digestives: étude rétrospective**

**A. Meddah**, N. Cheikh, A. Lounici, M. Ghediri, H. Chetroub, N. Rekab, N. Belloula, N. Kicili, A. Rehamnia, K. Saidani

Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Seghir Nekkache, Alger  
**Objectifs**

Évaluation du traitement des angiodysplasies digestives par coagulation par plasma argon.

#### **Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude multicentrique HCA et HMRU Constantine, rétrospective étalée entre août 2023 et septembre 2025, colligeant tous les patients présentant à l'examen endoscopique des lésions d'angiodysplasie et pris en charge à l'unité d'endoscopie digestive des deux centres.

#### **Résultats**

Nous avons colligé 48 patients; 36 hommes et 12 femmes avec un sex ratio H/ F=3. L'âge moyen des patients était de 69 ans [49–91 ans]. Les principales comorbidités étaient les suivantes: ATCDs de radiothérapie pour cancer du rectum, cancer de la prostate et cancer du col de l'utérus (n=11) une insuffisance rénale chronique (n=9), un rétrécissement aortique (n=6), une pathologie coronarienne (n=6). 12% étaient sous anticoagulants, 5,5% avaient une notion de prise d'aspirine et ou d'AINS. Les lésions d'angiodysplasie étaient également découvertes au décours d'une hémorragie digestive extériorisée (77%) et découvertes lors de l'exploration d'une anémie ferrapprise due à un saignement occulte (21%), de manière fortuite lors d'un examen endoscopique (03%). Tous les patients avaient bénéficié d'une exploration endoscopique complète du tube digestif. Les angiodysplasies étaient le plus souvent localisées dans le côlon (85%), principalement au niveau du caecum (24%) et du côlon ascendant (20%). Les autres localisations colorectales incluaient le côlon transverse (14%), le côlon descendant (22%) et le rectum (17%) et pancolique dans 3%. 12% des lésions étaient situées dans l'estomac et dans leodénum. et 2% grélique. 46 ont été traités par APC. 22 patients ont récidivé sur un suivi moyen de 12 mois. Tous ayant été traités avec succès. Sauf 4 patients dont les angiodysplasies étaient principalement situées dans l'intestin grêle, mis par la suite sous Octréotide. L'évolution au bout de 15 jours de traitement a été marquée par la persistance du saignement chez deux patients. Une angio TDM avec éventuelle embolisation a été demandée, mais n'a pas objectivé de saignement en cours, d'où l'indication de la thalidomide avec une évolution pour un seul patient et récidive pour un autre qui a subi par la suite une chirurgie couplée d'une endoscopie peropératoire pour aider à localiser la source du saignement avec résection de 30 cm de son iléon avec une bonne suite postopératoire.

#### **Discussion**

L'angiodysplasie digestive est la malformation vasculaire la plus fréquente du tube digestif. Le diagnostic et le traitement reposent essentiellement sur les techniques endoscopiques. Cependant, la stratégie de prise en charge des patients ayant une AI hémorragique doit aussi tenir compte des traitements médicamenteux, des techniques de radiologie interventionnelle et, plus rarement, de la chirurgie.

#### **Conclusion**

L'attitude consensuelle actuelle est la destruction des AIs hémorragiques par voie endoscopique. En cas d'échec, un traitement médicamenteux par analogues de la somatostatine peut être envisagé. De nouvelles molécules, les anti-angiogéniques (anti-VEGF), pourraient représenter dans le futur une alternative thérapeutique.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00091**

**CA30. Pratique de l'anesthésie en dehors du bloc opératoire: résultats d'une série de 160 endoscopies digestives**

**F. Ouanes**, S. Nedjari, R. Mokretar Kherroubi

Service de Gastro-Entérologie, CHU Beni-Messous, Alger

#### **Objectifs**

La majorité des procédures anesthésiques réalisées en dehors du bloc opératoire (AHBO) concernent les endoscopies digestives. Chaque année, environ deux millions d'endoscopies digestives sont effectuées avec l'assistance d'une équipe d'anesthésie. Des recommandations relatives à l'administration de propofol par des non-anesthésistes ont été publiées par les sociétés savantes, soulignant l'importance d'une pratique sécurisée.

#### **Matériels et Méthodes**

Nous avons mené une étude observationnelle incluant 160 patients programmés pour une endoscopie digestive. Les procédures concernaient des colonoscopies (29,3%), des fibroscopies œsogastroduo-

dénales (4%) et des examens combinés colonoscopie + fibroscopie (6,8%). La majorité des patients ont été pris en charge en ambulatoire (96,9%). Le protocole anesthésique reposait principalement sur une sédation par propofol-alfentanil (95,6%); le midazolam a été utilisé dans 4,4% des cas.

#### Résultats

L'incidence globale des évènements indésirables était de 1,2%, correspondant essentiellement à des complications mineures. L'association de morphiniques constituait le principal facteur de risque identifié.

#### Discussion

Nos résultats confirment que la pratique de l'anesthésie en dehors du bloc opératoire, dans le cadre des endoscopies digestives, est globalement sûre. L'incidence des complications observées, majoritairement bénignes, est comparable à celle rapportée dans la littérature internationale.

#### Conclusion

L'AHBO appliquée aux endoscopies digestives dans notre établissement s'avère être une pratique fiable, avec un profil de sécurité satisfaisant lorsque les protocoles et mesures de surveillance sont respectés.

un rôle majeur. La majorité de nos patients était des cultivateurs avec une forte probabilité d'exposition à l'aflatoxine qui est un agent toxique cancérogène. Le recours massif à la phytothérapie observé chez nos patients constitue une spécificité locale et pose la question de sa contribution éventuelle à l'aggravation des lésions hépatiques. Les manifestations cliniques observées, traduisant un diagnostic à un stade tardif, concordent avec la littérature africaine, où l'absence de dépistage systématique entraîne un retard diagnostique. L'altération de l'état général et l'ictère témoignent d'une atteinte hépatocellulaire sévère et d'une maladie évolutive. L'élévation de l'alphafœtoprotéine dans tous les cas renforce son intérêt, même si la littérature souligne qu'elle peut être normale dans 30 à 40% des CHC. La mortalité intrahospitalière élevée (45,46%) reflète l'absence de traitement curatif spécifique disponible localement.

#### Conclusion

Le carcinome hépatocellulaire demeure un problème majeur de santé publique au Niger. Une stratégie de prévention centrée sur la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage précoce et la mise en place d'un plateau technique adapté est indispensable pour améliorer le pronostic des patients.

---

#### Code Abstract : A-37JI25JGAF-00094

##### CA31. Facteurs associés à l'évolution du carcinome hépatocellulaire

R. Ali Cheick, F. Ousseini [2], A. Solij [3], A. Ali Harouna [4], N. Abdou [2]  
[1] Centre Hospitalier Régional de Niamey  
[2] Service d'Hépato-gastroentérologie, Hôpital National de Niamey  
[3] Service d'Hépato-gastroentérologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey  
[4] Centre Hospitalier Régional de Tillabéry.

#### Objectifs

Analyser les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, paracliniques et évolutives des patients présentant un carcinome hépatocellulaire.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée au service d'Hépato-gastroentérologie de l'Hôpital National de Niamey, du 1er février au 31 août 2024 (7 mois). Critères d'inclusion: patients hospitalisés avec diagnostic de CHC posé sur des critères cliniques, biologique (AFP 400 ng/ml) et morphologique (échographie évocatrice).

#### Résultats

Un total de 33 patients avec CHC ont été inclus. La tranche d'âge 30-60 ans est la plus touchée avec une prédominance masculine (sex-ratio 3,12). La majorité des patients étaient cultivateurs (40,63%) et recourraient à la phytothérapie (93,94%). Les signes cliniques dominants étaient: l'altération de l'état général (63,64%), la douleur abdominale (84,85%), l'ascite (100%), l'ictère (66,67%) et l'hépatomégalie (87,88%). Sur le plan biologique, l'alphafœtoprotéine était élevée chez 100% des patients avec une cytolysé (66,67%) et une insuffisance hépatocellulaire (36,37%). L'hépatite B était retrouvée dans 78,80% des cas, contre 3,03% pour l'hépatite C. Sur le plan morphologique, la moitié avait un foie multinodulaire à l'échographie. Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement symptomatique et d'un soutien psychologique. La mortalité intrahospitalière était de 45,46%.

#### Discussion

Notre étude confirme que le CHC au Niger survient chez des sujets jeunes comme rapporté dans d'autres pays africains et est lié à la forte prévalence de l'hépatite B. La prédominance masculine (sex-ratio 3,12) est également conforme aux données de la littérature qui rapportent un sex-ratio variant de 2 à 5 selon les régions. Cette disparité est attribuée à des facteurs hormonaux, comportementaux et environnementaux. Le facteur étiologique principal reste l'hépatite B chronique, contrairement aux pays occidentaux où l'hépatite C et l'alcool jouent

---

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00095

##### CA32. Aspects diagnostiques du carcinome hépatocellulaire

R. Ali Cheick [1], F. Ousseini [2], A. Solij [3], A. Ali Harouna [4], N. Abdou [2]  
[1] Centre Hospitalier Régional de Niamey  
[2] Service d'Hépato-gastroentérologie, Hôpital National de Niamey  
[3] Service d'Hépato-gastroentérologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey  
[4] Centre Hospitalier Régional de Tillabéry

#### Objectifs

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects diagnostiques du carcinome hépatocellulaire (CHC) à l'Hôpital National de Niamey (HNN).

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée du 1er juillet au 31 décembre 2023 soit 6 mois. Ont été inclus tous les patients hospitalisés à l'HNN au service d'Hépato-gastroentérologie pour un foie tumoral et ayant réalisé une échographie hépatique et/ou un dosage d'alpha-fœtoprotéine.

#### Résultats

Durant 6 mois, 303 patients ont été hospitalisés dont 122 supposés cirrhotiques. 47 patients ont été inclus. Le diagnostic de CHC a été posé chez tous, soit une fréquence de 15,51%. Celle-ci était de 33,61% parmi les patients supposés cirrhotiques contre 3,31% chez les non cirrhotiques. La tranche d'âge de 40-49 ans était la plus représentée avec 40,43%, et un sex ratio de 4,22. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient la douleur abdominale et l'altération de l'état général. L'infection par le virus de l'hépatite B était le facteur de risque le plus retrouvé avec 74,36%. L'alphafœtoprotéine était supérieure à 400 ng/ml chez 27 patients soit 60% sur les 45 ayant bénéficié de ce dernier. L'échographie abdominale réalisée chez 36 patients avaient conclu à un foie hétérogène multinodulaire sans précision de la taille ni du siège. Le traitement était d'emblée symptomatique. A la fin de l'étude, 28 patients étaient décédés (soit 59,57%).

#### Discussion

La fréquence hospitalière du CHC dans notre étude était de 15,51%. Ceci est dû au fait que le Niger est un pays de haute endémicité de l'hépatite B. Notre population d'étude était majoritairement masculine. Cette prédominance a été soulignée dans la plupart des études dans les pays à haut risque de CHC et pourrait s'expliquer en partie par les différences dans l'exposition aux agents cancérogènes comme le tabagisme, l'alcool et l'aflatoxine. La tranche d'âge de 40-49 ans était

la plus concernée. En Afrique subsaharienne, le portage chronique de VHB est de 5 à 20% et la contamination se fait précocement dans la vie. La prédominance de la phytothérapie dans notre étude s'explique par les considérations traditionnelles et son faible coût. L'échographie est l'examen d'imagerie réalisé en première intention en cas de suspicion clinique de carcinome hépatocellulaire. Le signe biologique essentiel du CHC est l'élévation de l'alphafoetoprotéine. Elle est normale en cas de CHC non sécrétant. Selon la littérature, une élévation supérieure à 400 ng/ml est fortement évocatrice. Dans notre étude, 28 décès ont été enregistré soit 59,57%. Cette mortalité importante témoigne du diagnostic tardif.

#### Conclusion

Le diagnostic du CHC est posé chez la quasi-totalité de nos patients à un stade avancé, rendant le diagnostic plus aisé. Une multidisciplinarité dans laquelle le radiologue joue un rôle très important pourrait nous permettre de prévenir cette situation désastreuse chez nos patients. Mots-clés: carcinome hépatocellulaire, Hôpital national, Niamey.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00100

#### CA33. Apport de l'endoscopie digestive dans l'étude de la prévalence et de la caractérisation moléculaire de *Helicobacter pylori*: expérience du CHU de Tlemcen

A. Etchiali, M. Dali-Sahi, B. Bekhoucha, N.S. Chiali, T. Salmi, N. Bab Hme, Y. Harek, N. Medjati-Dennouni  
Laboratoire de Chimie Analytique et Électrochimie, Équipe de Biologie Moléculaire et Analyse des Données, CHU Tlemcen

#### Objectifs

*Helicobacter pylori* représente un enjeu majeur de santé publique mondiale, avec une prévalence particulièrement élevée dans les pays en développement. Cette étude prospective évalue l'apport diagnostique de l'endoscopie digestive dans la caractérisation épidémiologique et moléculaire des souches circulantes dans la population de Tlemcen.

#### Matériels et Méthodes

Notre étude a inclus 95 patients consécutifs présentant des symptômes digestifs et ayant bénéficié d'une endoscopie digestive avec biopsies gastriques systématiques. Les prélèvements endoscopiques ont été analysés selon une approche multimodale combinant test rapide à l'uréase, examen histologique standard (coloration HES et Giemsa), amplification génique par PCR pour la détection des gènes de virulence VacA et CagA, et profil enzymatique par tests biochimiques standards.

#### Résultats

La prévalence globale de l'infection s'établissait à 61%. L'endoscopie digestive a permis d'identifier des lésions muqueuses caractéristiques, avec une prédominance de gastrite antéro-fundique (42% des cas) et d'ulcère bulbaire (28%), particulièrement fréquent chez les sujets jeunes et âgés. La caractérisation moléculaire a révélé une prédominance des souches VacA m1/CagA+ (60%), génotype associé à une virulence accrue. L'infection active était significativement associée à 80% des ulcères gastroduodénaux et 83% des duodénites. La performance diagnostique du test rapide à l'uréase s'est avérée modérée (sensibilité 55%, spécificité 70%), contrairement à l'examen histologique qui présentait une excellente spécificité (80%).

#### Discussion

Nos résultats confirment la haute prévalence de *H. pylori* dans notre population, conforme aux données régionales [1]. La dominance des souches CagA+ (60%) explique la forte incidence des manifestations cliniques sévères, corroborant les données de la littérature sur la relation génotype-phénotype [2]. La sensibilité modérée du test uréase observée dans notre contexte, comparativement aux données inter-

nationales [3], souligne l'importance cruciale d'une approche diagnostique combinée et adaptée aux particularités locales.

#### Conclusion

L'endoscopie digestive s'affirme comme un outil indispensable permettant à la fois le diagnostic lésionnel précis et la pratique des prélèvements biopsiques pour les analyses moléculaires avancées. La haute prévalence infectieuse et le profil de virulence des souches circulantes justifient pleinement la mise en place de stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées au contexte épidémiologique local.

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00102

#### CA34. Émergence des germes multirésistants dans les infections nosocomiales sur ascite: expérience du service d'hépatologie CHU Mustapha

L. Garah, L. Ghermit, L. Dahmen, N. Afredj, H. Belimi, S. Assas, I. Ouled Cheikh, R. Kerbouche, N. Guessab, N. Debzi  
Service d'hépatologie, CHU Mustapha, Alger

#### Objectifs

Analysier le profil clinique, microbiologique et évolutif des infections nosocomiales sur ascite, en mettant en évidence l'émergence des germes multirésistants.

#### Matériels et Méthodes

Étude descriptive, rétrospective, menée dans le service d'hépatologie du CHU Mustapha (Alger). Ont été inclus tous les patients ayant présenté une infection nosocomiale sur ascite entre janvier 2020 et août 2025. Les données cliniques, biologiques, microbiologiques et évolutives ont été collectées à partir des dossiers médicaux.

#### Résultats

24 patients ont été inclus. L'âge médian était de 62 ans (IQR 55–68) et 54% (n=13) étaient de sexe masculin. Un diabète était présent chez 50% (n=12). La cirrhose était avancée, avec 87% (n=21) classés Child-Pugh C et un score MELD médian de 21 (IQR 18–25). Une prophylaxie antibiotique antérieure avait été administrée chez 83% (n=20). Des antécédents d'hospitalisation dans les six mois précédant l'infection étaient notés chez 46% (n=11): deux pour AKI, quatre pour encéphalopathie hépatique et cinq pour infection d'ascite ayant reçu une antibiothérapie. De plus, 21% (n=5) avaient présenté une infection dans les six mois antérieurs, dont une infection urinaire et quatre infections d'ascite. Un antécédent d'AKI était retrouvé chez 4% (n=1). Sur le plan biologique, une AKI associée à l'infection nosocomiale sur ascite a été observée chez 21% (n=5). Sur le plan microbiologique, les germes isolés étaient: *Escherichia coli* 42% (n=10), *Klebsiella spp.* 21% (n=5), *Enterobacter* 8% (n=2) et plus rarement des cocci Gram positifs. Une infection à germes multirésistants concernait 21% (n=5): trois *Klebsiella* productrices de BLSE et deux *E. coli* résistants aux fluoroquinolones. Sur le plan thérapeutique, 100% (n=24) des patients ont été mis sous Tiénam et Ciprolon. Sur le plan évolutif, une réponse favorable au traitement a été observée chez 77% (n=17), tandis que 23% (n=5) ont présenté un échec thérapeutique correspondant au décès. Une récidive d'infection a été notée chez 15% (n=3). La mortalité hospitalière globale concernait 33% (n=8).

#### Discussion

Nos résultats confirment que les infections nosocomiales sur ascite surviennent dans un contexte de cirrhose avancée et sont dominées par des entérobactéries (*E. coli*, *Klebsiella spp.*). L'émergence des germes multirésistants (21% dans notre série) rejette les taux rapportés (20–35%), soulignant l'impact des hospitalisations répétées et de l'exposition aux antibiotiques. Une surveillance microbiologique locale et une adaptation des stratégies thérapeutiques sont indispensables.

#### Conclusion

Les infections nosocomiales sur ascite restent associées à une mor-

talité importante. L'émergence de germes multirésistants impose une prise en charge adaptée et des politiques strictes de prévention.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00104**

**CA35. Rupture du carcinome hépatocellulaire: étude descriptive et analytique à propos de 4 cas**

**S. Mahiou, H. Mahiou, A. Mitiche, H. Meriem, R. Osmane, M Aissaou, A. Boutaleb, H. Saoula**

Service de Gastro-enterologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger

**Objectifs**

Décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients pris en charge pour rupture de carcinome hépatocellulaire (CHC) et analyser les facteurs associés à cette complication.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique rétrospective incluant 4 patients hospitalisés pour rupture de CHC entre janvier 2020 et juin 2025. Les données recueillies concernaient l'âge, le sexe, les antécédents, le terrain hépatique, les caractéristiques tumorales, le mode de révélation, la prise en charge et l'évolution. Une analyse qualitative a été réalisée en comparant les patients décédés et survivants.

**Résultats**

L'âge moyen était de 65 ans (48–83 ans), avec une prédominance masculine (3 hommes/1 femme). Tous les patients présentaient une cirrhose (étiologie virale ou NASH), classée Child-Pugh A dans 3 cas. Les tumeurs étaient volumineuses (62–120 mm), uniques dans 3 cas et multiples dans 1 cas. Trois patients avaient une hypertension portale. Un facteur déclenchant était identifié chez l'ensemble des patients (traumatisme minime, effort, toux ou chimioembolisation). La rupture s'est révélée par un tableau douloureux abdominal aigu, parfois associé à un état de choc hémorragique. Le traitement a reposé sur les mesures de réanimation; deux patients ont reçu des soins palliatifs. Aucun patient n'a bénéficié d'embolisation ni de chirurgie. L'évolution a été marquée par un décès précoce dans un cas, tandis que 3 patients ont survécu avec complications (hématome hépatique, décompensation ascitique).

**Discussion**

Nos résultats suggèrent que la taille tumorale importante (5 cm) et la présence d'un facteur déclenchant constituent les principaux éléments associés à la rupture du CHC. L'hypertension portale pourrait également jouer un rôle favorisant. Ces observations concordent avec les données de la littérature qui rapportent la taille, la localisation sous-capsulaire et les facteurs mécaniques ou iatrogènes comme déterminants majeurs de la rupture.

**Conclusion**

La rupture du CHC est une urgence dramatique au pronostic sombre. Notre étude souligne le rôle probable de la taille tumorale et des facteurs déclenchant dans sa survenue. Bien que limitée par le faible effectif, cette analyse concorde avec les données de la littérature et plaide pour une surveillance étroite des patients porteurs de tumeurs volumineuses ou à risque.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00111**

**CA36. Prise en charge de la maladie de Crohn fistulisante dans un service de médecine interne: à propos de 27 cas**

**R. Ihadadene, D. Saidoun, A. Zitouni, A. Azzoug, B. Stasaid, N. Oumnia, S. Taharoucht**

Service de Médecine Interne, EHS Salim Zemirli, Alger

**Objectifs**

Le but de ce travail était d'étudier l'aspect clinique, endoscopique, radiologique, thérapeutique et évolutif des fistules au cours de la maladie de Crohn.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une série de 27 patients porteurs de la maladie de Crohn fistulisante, suivis dans le service de médecine interne de l'EHS Zemirli, sur une durée de 07 ans (2018 à 2025). Chaque patient avait bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan biologique et un examen endoscopique et radiologique.

**Résultats**

Sur un total de 74 patients avec maladie de Crohn diagnostiquée, 27 patients présentaient une forme fistulisante (36%). L'âge moyen était de 37 ans [extrêmes 16 - 73 ans]. Une prédominance masculine a été notée chez 16 cas (59,25%) avec un sexe ratio H/F de 1,45. Huit patients étaient des tabagiques chroniques (29%). La localisation iléo-colique était prédominante dans 14 cas (52,8%), suivie de la localisation iléale dans 10 cas (37%), puis de la localisation colique dans 03 cas (11%). La topographie des fistules était variée, les fistules anopériénale étaient les plus fréquentes, retrouvées dans 14 cas (52%) dont 04 cas compliquées d'abcès, les fistules entéro-entérales étaient notées dans 12 cas (44,4%) avec une forte proportion d'abcès dans 10 cas, les autres localisations moins fréquentes étaient entéro-cutanées 5 cas (18,5%), et entéro-vésicale 1 cas (3,7%), une double localisation était notée dans 5 cas (18,5%). Dans cette série, 17 cas (63%) étaient associés à une sténose grélique.

**Discussion**

Sur le plan thérapeutique : parmi les patients atteints de fistules anopériénales 10 cas (71%) ont bénéficié d'emblée d'un drainage chirurgical par séton, parmi lesquelles, 8 cas (57,1%) ont reçu en postopératoire une combothérapie, seuls 2 cas (14%) ont été traités par immunosuppresseurs seuls, tandis que 4 cas (28,5%) ont été mis en première ligne sous combothérapie. Les cas de fistules entéro-cutanées et entéro-vésicale ont bénéficié dans 100% des cas d'un traitement chirurgical. Les cas de fistules entéro-entérales ont bénéficié dans 8 cas (66,6%) d'un traitement chirurgical (toutes ces fistules étaient complexes et compliquées d'abcès).

**Conclusion**

La maladie de Crohn fistulisante pose un problème de prise en charge médico-chirurgicale. Dans cette étude, on note que le traitement chirurgical reste finalement indiqué dans la majorité des cas de fistules crohniennes, suivi de combothérapie.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00119**

**CA37. Infections opportunistes sous anti-TNF $\alpha$  au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: un risque à ne pas négliger !**

**H. Gdoura, H. Mohamed Val, M. Moalla, F. Abdelaziz, H. Smeoui, L. Chtourou, M. Boudabous, L. Mnif, A. Amouri**

Service d'Hépatogastro-entérologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

**Objectifs**

Les anti-TNF $\alpha$  représentent une avancée thérapeutique dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'inhibition du TNF $\alpha$  induit une modulation de la réponse immunitaire qui s'accompagne d'une augmentation du risque infectieux, y compris les infections opportunistes (OI). Dans ce cadre s'intègre notre étude visant à déterminer la prévalence des OI en cas de MICI sous anti-TNF $\alpha$ , et à identifier les facteurs prédictifs correspondants.

**Matériels et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée entre 2008 et 2024 dans le service de gastroentérologie du CHU Hédi Chaker de Sfax. Tous les patients atteints de MICI traités par un agent anti-TNF $\alpha$  durant cette période ont été inclus. On a exclu les malades

ayant un déficit immunitaire congénital ou acquis, les transplantés d'organes et les malades ayant développé un cancer.

#### Résultats

Cent patients ont été inclus: 72 cas porteurs de maladie de Crohn et 28 cas porteurs de rectocolite hémorragique. L'âge moyen au diagnostic était de  $30,67 \pm 12,31$  ans, avec un sex-ratio H/F= 1,5. La durée médiane de traitement par anti-TNF $\alpha$  était de 24 mois (IQR: 8–48). Quatorze patients (14,7%) ont présenté une infection opportuniste, principalement dans la première année suivant l'instauration du traitement, répartis comme suit: 7 cas d'infection à CMV diagnostiqués sur PCR CMV, 2 cas de tuberculoses de localisation ganglionnaire dans un cas et pleurale dans l'autre cas, 2 cas de leishmaniose viscérale, 1 cas de zona, 1 cas d'infection à HSV et 2 cas de candidose urinaires. En analyse univariée, les facteurs significativement associés aux infections opportunistes étaient: le diabète (42,9% vs. 12,6%, p = 0,029), l'anémie (23% vs. 2,4%, p = 0,004), l'hypoalbuminémie (24,6% vs. 2,2%, p = 0,002), un délai plus court entre le diagnostic de la MICI et le début du traitement anti-TNF $\alpha$  (2 ans vs. 3 ans, p = 0,03). En analyse multivariée, seul le diabète a été retenu comme facteur prédictif d'IO sous anti-TNF $\alpha$ . Bien que les IO étaient plus fréquentes sous combotérapie que sous monothérapie (16,7% vs. 5,6%), l'écart n'était pas statistiquement significatif (p=0,461).

#### Discussion

Nos résultats sont plus élevés que la littérature avec l'étude la plus récente publiée en 2020: Lin, et al. ont trouvé 8,9% d'IO dans leurs séries. L'infection à CMV était la plus fréquente vu la réalisation du PCR CMV chez les malades porteurs de MICI en poussée. Il est alors important de chercher cette infection avant de conclure à un échec thérapeutique.

#### Conclusion

Un dépistage systématique des infections latentes et une surveillance clinique rigoureuse s'imposent avant et pendant le traitement afin de limiter les complications infectieuses. Des études sur de plus larges échelles sont nécessaires pour établir un protocole de surveillance et de dépistage des IO sous anti-TNF $\alpha$ .

---

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00120

#### CA38. Apport de la calprotectine fécale dans le suivi des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

I. Mostefai, R. Aberkane [1], CT. Ait Ali Yahia [1], F. Aggoune [2], S. Boullaraas [1], A. Boussahel [1], H. Ait Hamoudi [1], S. Hamza [1], F. Kateb [1], NA. Belhadj [1], H. Smaha [1], N. Ouali [1], N. Bradai [1], R. Rouabah [3], MI. Haouche [3], F. Fernini [4], R. Belbouab [4], H. Amroun [3], K. Belhocine [2], SS. Salah [1]

[1] Service de Gastro-entérologie, CHU Mustapha, Alger

#### Objectifs

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la CF dans le suivi de l'activité inflammatoire chez les patients atteints de MICI.

#### Matériels et Méthodes

Dans le cadre d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique, menée sur une période de 38 mois (mars 2022 - avril 2025), 167 patients ont été inclus au niveau du service d'Immunologie du CHU Mustapha. Parmi eux, 64% (n=108) étaient de sexe féminin et 36% (n=59) de sexe masculin, avec un sex ratio (H/F) de 0,54. L'âge moyen des patients était de 36,6 ans (08-80 ans). 145 patients (86,8%) étaient atteints de la maladie de Crohn, 9 (5,4%) de rectocolite hémorragique et 13 (7,8%) étaient en cours d'exploration diagnostique. Le dosage de la CF a été réalisé sur des échantillons de selles par la technique ELISA (kit EUROIMMUN® Calprotectine ELISA). Un résultat a été considéré comme positif à partir d'un seuil de 120 µg/g et comme douteux entre 50 et 120 µg/g.

#### Résultats

Dans notre série, les signes cliniques les plus fréquents étaient la diarrhée (61,7%) et les douleurs abdominales (44,9%) avec 24,6% des patients qui présentaient des lésions anopérinéales. 57 (34,2%) étaient sous Adalimumab et 51 (30,6%) étaient sous Infliximab. Le taux de CF était élevé chez 64,1% des patients (n=107) dont 33% (n=55) avec des taux très élevés (>600 µg/g), négatif (<50 µg/g) chez 25,1% (n=42) et douteux (50-120 µg/g) chez 10,8% (n=18). Les résultats des taux de CRP et de CF concordent chez 71,85% des cas.

#### Discussion

Nos résultats montrent une corrélation entre la positivité de la calprotectine fécale et l'activité endoscopique de la maladie chez 69,5% des patients, confirmant sa valeur comme biomarqueur non invasif fiable pour évaluer l'inflammation intestinale, en particulier dans le contexte des MICI. Des études récentes soulignent la supériorité de la CF sur les marqueurs systémiques comme la CRP ou la VS pour prédire l'activité endoscopique. Contrairement à la CRP, la CF reflète plus directement l'inflammation locale de la muqueuse intestinale, ce qui la rend particulièrement pertinente pour guider les décisions thérapeutiques et le suivi de l'évolution de la maladie. Elle permet ainsi de limiter les endoscopies inutiles et de détecter précocement les poussées subcliniques.

#### Conclusion

La CF constitue un marqueur non invasif utile pour le suivi des MICI. Sa positivité est significativement associée à l'activité de la maladie, renforçant son intérêt dans l'évaluation de l'inflammation intestinale en pratique courante.

---

#### Code abstract : A-37JI25JGAF-00121

#### CA39. Efficacité clinique à 1 an de la dilatation pneumatique dans le traitement de l'achalasie primitive

S. Saichi, S. Chaib, A. Aissat, M. Aissaoui, I. Ziane, A. Benrabia, A. Mitiche, L. Meziani, H. Meriem, R. Osmane, H. Mahiou, AF. Boutaleb, D. Hamidouche, M. Nakmouche, H. Saoula

Service de Gastro-enterologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, BEO, Alger

#### Objectifs

Evaluer les résultats cliniques de la dilatation pneumatique dans l'achalasie primitive.

#### Matériels et Méthodes

Nous rapportons les résultats d'une étude prospective monocentrique au sein du service de gastro-enterologie (CHU Bab El Oued) visant à évaluer l'efficacité de la dilatation pneumatique au ballonnet dans l'achalasie primitive, avec un suivi d'un an. Ont été inclus les patients présentant une achalasie primitive confirmée, avec un score d'Eckardt > 3, pris en charge entre janvier 2023 et septembre 2024. Tous ont bénéficié d'une dilatation pneumatique par ballonnet de 30 mm. Le suivi clinique a été assuré à 2 semaines, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois. En cas de persistance d'un score d'Eckardt > 3, une nouvelle séance de dilatation était programmée. L'efficacité du traitement a été définie par l'obtention d'une rémission clinique (score d'Eckardt < 3) sans recours à une POEM ni à une chirurgie au terme d'un an de suivi.

#### Résultats

Vingt-sept patients ont été inclus: âge moyen 51 ans, (17-79); avec un sex ratio = 0,42 (8 hommes et 19 femmes). Le score d'Eckardt initial moyen était de 7,26. Selon la classification de Chicago, 24 patients présentaient une achalasie de type I, 2 de type II et 1 de type III. Douze patients (44,4%) ont répondu après une seule séance de dilatation. Sept patients (25,9%) ont nécessité deux séances. Huit patients (29,6%) ont eu trois séances. Au total, à 1 an, 20 patients (74,1%) étaient en rémission clinique (score d'Eckardt < 3). Une patiente a été opérée et deux

ont bénéficié d'une POEM en raison de l'échec des dilatations. Aucune complication majeure n'a été rapportée.

#### Discussion

Notre étude prospective montre un taux de rémission clinique de 74% à 1 an après dilatation pneumatique par ballonnet de 30 mm, avec une sécurité satisfaisante. Ces résultats sont comparables aux grandes séries internationales qui rapportent des taux de succès variant entre 60 et 90% selon la stratégie de dilatation utilisée. Le taux de réponse après une seule séance (44%) apparaît légèrement inférieur à certaines cohortes utilisant des protocoles gradués (30–35–40 mm), ce qui souligne l'intérêt potentiel de cette approche. La place de la dilatation pneumatique demeure néanmoins centrale dans le traitement de l'achalasie primitive, notamment dans les contextes où l'accès à la POEM reste limité.

#### Conclusion

Dans notre expérience monocentrique, la dilatation pneumatique au ballonnet de 30 mm s'est révélée une méthode efficace et sûre dans le traitement de l'achalasie primitive, permettant d'obtenir une rémission clinique chez près des trois quarts de nos patients à 1 an.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00122**

**CA40. Gastrostomies endoscopiques percutanées: résultats d'une série de 10 patients sur 2 ans**

**S. Saichi**, A. Aissat, I. Ziane, A. Benrabia, M. Aissaoui, H. Saoula  
Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine Bab El Oued, Alger

#### Objectifs

La gastrostomie endoscopique percutanée (PEG), décrite en 1980 par Gauderer et Ponsky, est la méthode de référence pour assurer une nutrition entérale prolongée, définie chez l'adulte par une durée supérieure à 3 semaines, et 8 semaines chez l'enfant.

**Objectif:** Évaluer l'efficacité, la tolérance et les complications de la PEG dans notre centre.

#### Matériels et Méthodes

Étude prospective incluant tous les patients ayant bénéficié d'une PEG entre janvier 2024 et août 2025 (n = 10). Tous les patients ont reçu une antibioprophylaxie 30 minutes avant le geste. Les variables recueillies étaient: âge, sexe, indication (neurologique, oncologique, autres), technique utilisée (Pull vs Push), durée de la procédure, succès technique (pose effective), délai de mise en route de la nutrition entérale, durée d'hospitalisation, complications précoces (< 7 jours) et tardives (> 7 jours), ainsi que le suivi à 1, 3 et 6 mois. Critère principal: succès technique et nutritionnel. Critères secondaires: taux de complications, mortalité liée à la procédure, maintien du tube à 3 et 6 mois.

#### Résultats

Les 10 patients inclus (âge moyen: 52,4 ans; sex-ratio H/F:1,5) présentaient les indications suivantes: 7 cas neurologiques (3 AVC, 2 traumatismes crâniens, 1 anoxie cérébrale post-arrêt cardiorespiratoire, 1 syndrome de Guillain-Barré) et 3 cas oncologiques (néoplasies de la langue, du pharynx et des amygdales). La technique utilisée était le Pull dans 8 cas et le Push dans 2 cas. La durée moyenne de la procédure était de  $12,9 \pm 2,1$  minutes. Le succès technique a été obtenu dans 100% des cas (10/10). Concernant l'hospitalisation, 3 patients ont été gardés dans notre service (6 à 12 h) et les autres étaient déjà hospitalisés en réanimation. La nutrition entérale a été initiée entre 4 et 24 heures après la pose, précédée d'un test de perméabilité au sérum physiologique réalisé entre la 3ème et la 6ème heure. Les complications précoces comprenaient deux infections péristomales (résolues sous antibiothérapie) et une hémorragie mineure; aucune perforation n'a été observée. Un retrait prématuré du tube a été noté. Aucune mortalité liée à la procédure n'a été rapportée; un seul décès est surve-

nu, en rapport avec l'évolution de la néoplasie sous-jacente.

#### Discussion

Nos résultats confirment que la PEG est une technique efficace et sûre, avec un taux de succès technique élevé et des complications limitées, comparables aux données de la littérature. La prédominance des indications neurologiques reflète le profil habituel des patients candidats à une nutrition entérale prolongée. La principale limite de notre étude reste la taille réduite de l'échantillon.

#### Conclusion

Dans notre série, la PEG apparaît comme une technique efficace et sûre, caractérisée par un taux de succès technique élevé et une faible incidence de complications majeures.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00123**

**CA41. Éducation thérapeutique en maladie cœliaque: quelle place pour l'infirmier ?**

**G. Boudjadja**, M. Fissah, A. Rechach, F. Hamrour, M. Charifi, H. Chicha, B. Aissaoui, S. Djouhri, F. Menzou, I. Guettaf, A. Chibane.  
Service de Médecine interne, CHU Douéra, Alger

#### Objectifs

Décrire le rôle des infirmiers dans l'ETP adultes atteints de maladie cœliaque.

#### Matériels et Méthodes

Il s'agit d'étude descriptive transversale multicentrique, menée auprès de 40 infirmiers de santé publique des services de médecine interne du CHU Douera et de gastro-entérologie des CHU Mustapha et Bab El Oued. Les données ont été collectées via un questionnaire.

#### Résultats

La population enquêtée (n=40) est composée majoritairement de femmes (90%) et d'infirmiers exerçant en gastro-entérologie (53%). La plupart ont moins de 10 ans d'expérience professionnelle. Concernant leurs connaissances, 57% estiment avoir des connaissances suffisantes sur la maladie cœliaque, et 97% l'identifient comme une pathologie auto-immune liée au gluten. Le régime sans gluten est reconnu comme traitement principal par 98% des participants. Pour le diagnostic, 50% citent les anticorps antitransglutaminase et 47% la biopsie intestinale. Bien que 72% aient entendu parler de l'ETP, aucun n'a reçu de formation ni participé à la planification des séances. L'ETP est majoritairement réalisée de façon orale (79%) et durant les soins (81%). Les principaux freins identifiés sont le manque de formation (37%), de supports adaptés (28%) et de temps (25%). Par ailleurs, seuls 32% informent régulièrement les patients sur les carences nutritionnelles, et 45% cherchent à favoriser leur autonomie en évaluant leur compréhension. L'implication des proches reste limitée, et 85% des infirmiers estiment que leur rôle dans l'ETP n'est pas reconnu. Parmi les propositions d'amélioration figurent le développement de formations spécifiques (30%), la création de supports éducatifs (29%) et la mise à disposition de temps dédié (28%).

#### Discussion

Les résultats montrent que, malgré une bonne connaissance générale de la maladie cœliaque, les infirmiers restent peu impliqués dans l'ETP, faute de formation, de temps et de reconnaissance institutionnelle. Ces obstacles limitent leur capacité à accompagner efficacement les patients. Des études antérieures ont démontré qu'une formation ciblée améliore significativement les connaissances et la pratique clinique des professionnels. Ainsi, le renforcement des compétences infirmières en éducation thérapeutique apparaît essentiel pour optimiser la prise en charge des patients cœliaques.

#### Conclusion

Le rôle éducatif de l'infirmier auprès des patients cœliaques est essentiel mais reste peu valorisé. Une meilleure formation et une reconnaissan-

sance de cette fonction permettraient d'améliorer l'accompagnement et l'observance thérapeutique.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00124**

##### **CA42. Œsophagite nécrosante aiguë: une série de 05 cas**

**Douadi** [1], S. Cheraitia [1], R. Derguine [1], N. Benmaouche [1], F. Lounes [1], R. Ouldgougam [1], Amoumen [1], R. Aouameur [2], MEA. Boudjella [1]  
[1] Service de Medecine interne, Eph Bologhine, Alger

#### **Objectifs**

L'œsophagite nécrosante aiguë (acute necrotizing esophagitis, ANE, «black esophagus») est une affection rare et grave, caractérisée par une nécrose circonférentielle de la muqueuse œsophagienne. La majorité des données publiées proviennent de rapports isolés de cas, mais quelques petites séries ont été décrites. Nous rapportons une série rétrospective de cinq patients hospitalisés entre 2023 et 2024, afin de mieux caractériser le profil clinique, facteur pronostique, les modalités de prise en charge et les issues évolutives.

#### **Matériels et Méthodes**

Série rétrospective de cinq cas d'ANE diagnostiquée par endoscopie digestive haute entre 2023 et 2024. Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et évolutives ont été extraites des dossiers médicaux. Les variables analysées comprenaient l'âge, le sexe, les comorbidités, la présentation initiale, les résultats endoscopiques, les traitements administrés, l'évolution clinique et la survie.

#### **Résultats**

Il s'agit de cinq patients avec œsophagite nécrosante aiguë, dont l'âge moyen était de 62 ans [38-74 ans], avec un sex-ratio de 0,6. Les comorbidités majeures incluaient diabète et/ou hypertension artérielle (2/5), acidocétose diabétique (2/5), immunodépression (cirrhose auto-immune, tuberculeuse péritonéale), antécédents chirurgicaux majeurs (1/5). Il y avait une patiente sans ATCD. Les circonstances de découverte étaient dominées par des symptômes digestifs aigus: dysphagie (05/05), vomissements et hématémèse. Dans différents contexte: dénutrition (5/5), état de choc, sepsis, acidocétose, pancréatite aiguë et chirurgie récente. Les éléments biologiques montraient une anémie (02/05), Sd carentiel, syndrome infectieux. L'endoscopie révélait dans tous les cas une nécrose circonférentielle, étendue à tout l'œsophage, avec une transition nette à la jonction gastro-œsophagienne, associée à des ulcérations, dépôts noirâtres et parfois à des lésions duodénales ou gastriques. Le traitement reposait sur l'arrêt de l'alimentation orale, les inhibiteurs de la pompe à protons IV à forte dose, la correction des facteurs sous-jacents (réhydratation, insulinothérapie, antibiothérapie, antifongique, nutrition parentérale), et la prévention des complications thromboemboliques. L'évolution était variable: résolution endoscopique des lésions dans trois cas dont deux ont présenté une résolution clinique et endoscopique complète, décès (03/05) par défaillance multiviscérale liée au terrain sous-jacent. Pas de complications locales observées, pas de récidive chez les patients vivants.

#### **Discussion**

L'ANE rare survient sur terrain fragile (dénutrition+), révélée par symptômes digestifs aigus (dysphagie). Le pronostic dépend surtout des comorbidités et de la pathologie sous-jacente, plus que des lésions œsophagiennes. Notre série renforce la notion que l'ANE n'est pas une maladie primitive de l'œsophage, mais plutôt un marqueur de gravité systémique.

#### **Conclusion**

L'ANE survient le plus souvent dans un contexte de dénutrition, défaillance systémique et d'infection sévère. Le diagnostic repose sur l'endoscopie. Le pronostic est déterminé essentiellement par la gravité des comorbidités et de la maladie intercurrente, plutôt que par les

lésions œsophagiennes elles-mêmes. Une reconnaissance précoce et une prise en charge des facteurs précipitants sont essentielles, soulignant l'importance d'une stratégie multidisciplinaire.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00126**

##### **CA43. Facteurs associés à la survenue de carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques**

**H. Elchaabani**, A. Khsiba, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, M. Medhioub, L. Hamzaoui  
Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Taher Maamouri, Nabeul, Tunis

#### **Objectifs**

Rechercher des facteurs associés à la survenue du carcinome hépatocellulaire (CHC) chez les patients cirrhotiques.

#### **Matériels et Méthodes**

Etude rétrospective, monocentrique, transversale, menée sur une période de 10 ans entre 2015 et 2025, réalisée au sein du service de Gastroentérologie de Nabeul, incluant tous les patients suivis pour une cirrhose. 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.

#### **Résultats**

Quatre-vingt-dix-sept patients cirrhotiques ont été inclus dans cette étude, dont quarante-trois patients (44,3%) présentant un CHC (G1), et cinquante-quatre patients (55,7%) n'ayant pas développé un CHC (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 (sex 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 2ème 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 associée 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 la cirrhose, il était plus fréquent chez les patients dont le suivi remontait à plus de 5 ans ( $P = 0,03$ ). Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les deux groupes concernant l'âge, les complications liées à la cirrhose (hémorragie, ascite...), et les différents paramètres biologiques recherchés (taux de protidé dans l'ascite, taux d'albumine, bilan hépatique...). Quant aux antécédents familiaux de CHC, ils étaient présents chez 8% des patients de G1 mais sans différence statistique entre les deux groupes.

#### **Discussion**

Le CHC est la tumeur hépatique primitive la plus fréquente. La cirrhose représente le facteur de risque le plus important. Cependant, et comme il a été mentionné dans la littérature, d'autres facteurs existent majorant le risque chez ce type de patients, notamment, le sexe masculin, l'ancienneté et le stade avancé de l'hépatopathie, l'étiologie virale et alcoolique, et le syndrome métabolique.

#### **Conclusion**

Outre la cirrhose elle-même, notre étude a montré l'existence des facteurs surajoutés de CHC chez le cirrhotique, indiquant l'importance d'un suivi régulier chez cette catégorie des patients.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00128**

**CA44. Place de la chirurgie radicale dans la prise en charge des lésions anopérinéales sévères sur maladie de Crohn: expérience d'un centre**  
**MF. Guerni, L. Khelifi, H. Chatter, S.L. Mousli, M. Mokhbi, F. El Meten-nani, K. Boughezala, N. Sid Idris**

Service de Chirurgie générale, EPH Birtraria, Alger

**Objectifs**

Analyser les résultats postopératoires et l'impact sur la qualité de vie des patients traités par stomie de dérivation ou amputation anopérinéale dans le cadre de lésions anopérinéales sévères de la maladie de Crohn.

**Matériels et Méthodes**

Analyse monocentrique rétrospective incluant des patients opérés à l'EPH de Djilali Belkhenchir Ex – Birtraria pour lésions anopérinéales sévères sur maladie de Crohn dont le geste était une stomie de dérivation ou une amputation anopérinéale.

**Résultats**

Quinze patients ont été inclus. Les données démographiques et préopératoires ont été analysées: type de maladie périnéale, phénotype selon la classification de Montréal, localisation lumineuse, présence de manifestations extra-digestives, instauration d'un traitement de fond (biothérapie ou autre), drainage par séton et nombre de sétons en place. Les complications postopératoires et la qualité de vie ont également été évaluées.

**Discussion**

Les lésions anopérinéales sévères de la maladie de Crohn restent un défi thérapeutique majeur. Malgré l'apport des biothérapies, une proportion de patients nécessite encore une chirurgie radicale. Nos résultats confirment que, chez des patients sélectionnés, la stomie de dérivation ou l'amputation anopérinéale permettent une amélioration de la qualité de vie. Ces gestes doivent être envisagés précocement dans des centres experts afin d'optimiser le pronostic fonctionnel et psychologique.

**Conclusion**

La chirurgie radicale, représentée par la stomie de dérivation ou l'amputation anopérinéale, conserve une place de dernier recours à l'ère des biothérapies. Une indication adaptée, posée au bon moment et chez le bon patient, peut aboutir à une amélioration significative de la qualité de vie.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00130**

**CA45. Profil épidémiologique, clinique, et paraclinique de la tuberculose péritonéale dans un centre tunisien**

**H. Elchaabani, M. Yakoubi, G. Gharbi, A. Ben Mohamed, M. Mahmoudi, A. Khsiba, M. Medhioub, L. Hamzaoui**

Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Taher Maamouri, Na-beul, Tunis

**Objectifs**

Décrire le profil épidémiologique, clinique et paraclinique de la tuberculose péritonéale dans un centre tunisien.

**Matériels et Méthodes**

Étude rétrospective, monocentrique, descriptive, menée sur une période de 10 ans entre 2015 et 2025, réalisée au sein de notre service. Tous les patients diagnostiqués d'une tuberculose péritonéale confirmée à l'histologie ont été inclus. Les données recueillies sont celles relatives aux caractéristiques démographiques (âge, sexe), aux signes cliniques révélateurs, aux résultats du bilan biologique et de la ponction exploratrice d'ascite. Les données de l'imagerie en coupe ainsi que les constatations peropératoires à la coelioscopie diagnostique ont été

également notées.

**Résultats**

Trente-huit patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 41 ans (extrêmes: 12-72 ans). Une prédominance féminine a été notée avec un sex ratio F/H de 3,6. Outre l'ascite, les signes cliniques révélateurs étaient la fièvre et les sueurs nocturnes dans 60,5% des cas. Des douleurs abdominales et des troubles de transit ont été observés dans 44,7% des cas. L'altération de l'état général a été rapportée dans 37,8% des cas. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été noté dans 42,1% des cas. Concernant la ponction exploratrice d'ascite, l'aspect du liquide était clair dans 95,7% des cas, avec un taux de protide moyen à 54 g (extrêmes: 37-63 g/l). Pour la cytologie, le liquide d'ascite était riche en cellules mononucléées avec une prédominance lymphocytaire dans 92,8% des cas. A l'imagerie, les signes radiologiques les plus observés en dehors de l'ascite étaient l'épaississement nodulaire des feuillets péritonéaux (57,8%) et les ADP intra et rétropéritonéales (39,4%). A la coelioscopie diagnostique, les signes macroscopiques les plus fréquemment retrouvés étaient les nodules du péritoine et du grand épiploon (77,9%) et les adhérences péritonéales (31,5%). En peropératoire, l'aspect macroscopique était typique de tuberculose péritonéale dans 90% des cas. Après confirmation histologique de la tuberculose péritonéale, un traitement antituberculeux a été instauré avec une bonne évolution clinico-biologique et radiologique chez 97,4% des patients. Un patient avait nécessité la prolongation de la durée du traitement en raison de la persistance des anomalies radiologiques au contrôle scanographique.

**Discussion**

La tuberculose péritonéale est une localisation rare de la maladie. Elle occupe le quatrième rang des localisations extra-pulmonaires. Principalement observée chez les personnes jeunes des pays endémiques. Elle est de diagnostic souvent difficile, car les caractéristiques cliniques et paracliniques manquent de spécificité, imposant le recours à des moyens diagnostiques invasifs, à savoir la coelioscopie diagnostique.

**Conclusion**

La tuberculose péritonéale est un problème de santé publique dans les pays endémiques, de diagnostic souvent difficile en raison de son polymorphisme clinique et paraclinique, et s'intègre le plus souvent dans le cadre du bilan étiologique d'une ascite exsudative.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00131**

**CA46. Effets immunologiques des anti-TNF: solution miracle ou arme à double tranchant ?**

**H. Gdoura [1], S. Attia [1], Z. Gassara [2], M. Moalla [1], F. Hammami [3], H. Smeoui [1], L. Chtourou [1], M. Boudabous [1], L. Mnif [1], H. Fourati [2], H. Turki [3], A. Amouri [1]**

[1] Service d'Hépato-gastroentérologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
**Objectifs**

Les anti-TNF modulent profondément la réponse immunitaire, entraînant une majoration du risque infectieux et d'effets paradoxaux, définis comme l'apparition ou l'aggravation de pathologies habituellement améliorées par les anti-TNF. L'objectif de notre étude est d'étudier l'effet immunologique des anti-TNF.

**Matériels et Méthodes**

Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers de 5 malades. Cette étude a été menée entre 3 services du CHU Hedi Chaker Sfax (services de gastroentérologie, de dermatologie et de rhumatologie) incluant des patients sous anti-TNF ayant présenté des effets immunologiques indésirables.

**Résultats**

Cinq malades ont été colligés, 2 femmes et 3 hommes avec un âge moyen de 40,6 ans, répartis comme suit: 1 cas de rectocolite hémor-

ragique, 1 cas de maladie de Crohn iléocolique avec atteinte ano-péri-néale, 1 cas de psoriasis vulgaire, 1 cas de rhumatisme psoriasique et 1 cas de polyarthrite rhumatoïde. La plupart étaient naïfs d'anti-TNF à l'exception d'un seul cas ayant reçu auparavant l'Infliximab, Etanercept et l'ADA. Les effets paradoxaux observés incluaient un psoriasis induit (40%), une thrombopénie auto-immune (2 cas) et une kératite immunitaire (1 cas). Le bilan immunologie n'a été pratiqué que chez 3 malades: négatifs dans deux cas avec AAN >1/160 dans le cas de thrombopénie (malade porteur de RCH). Les anti-TNF impliqués étaient l'Infliximab et l'ADA pour les dermatoses paradoxaux et les cytopénies induites, et le certolizumab pour l'ulcère cornéen avec un délai moyen d'apparition des symptômes de 13,7 mois avec des extrêmes allant de 2 semaines à 2 ans et 7 mois. La majorité des patients étaient sous schémas thérapeutiques classiques, sauf un seul cas qui était sous infliximab doublement optimisé ayant développé un psoriasis paradoxal. L'imputabilité était confirmée par enquête de pharmacovigilance pour les cas de thrombopénie induite après une enquête étiologique exhaustive éliminant une origine virale ou hématologique, et par le contexte clinique pour les autres cas: modification des lésions psoriasiques (pustuleuses, nouvelles zones atteintes), chronologie d'apparition, examen dermatologique spécialisé et évolution après arrêt du traitement pour le cas de psoriasis paradoxal. L'arrêt de l'anti-TNF a conduit à une régression spontanée dans 80% des cas sans corticothérapie. Une réintroduction des anti-TNF a été préconisée dans 3 cas, un switch vers infliximab dans un cas, et un switch vers Golinumab dans un cas.

#### **Discussion**

Les effets indésirables immunologiques restent méconnus et nécessitent une prise en charge adéquate pour éviter toute complication. On ne disposait pas de bilan immunologique de contrôle dans notre série.

#### **Conclusion**

Les effets paradoxaux des anti-TNF, probablement liés à un effet de classe, sont variables mais rares. Malgré un faible effectif limitant l'exhaustivité, cette étude met en évidence leurs caractères souvent réversibles et gérables. Un suivi clinique et biologique rigoureux est essentiel pour dépister ces manifestations.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00135**

#### **CA47. Drainage biliaire endoscopique des tumeurs du pancréas par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique: résultat d'un centre tunisien**

**C. Louati, M. Medhioub, M. Yakoubi, G. Gharbi, M. Mahmoudi, A. Ben mohamed, A. Khsiba, L. Hamzaoui**

Service de Gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

#### **Objectifs**

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 ischémique 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.

#### **Matériels et Méthodes**

Etude rétrospective incluant les patients admis dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri pour drainage

par CPRE d'une tumeur du pancréas sur une période de 4 ans (2022-2025). Le cathétérisme difficile selon l'ESGE est défini 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, avec un âge moyen de 66,8 ans (38-84 ans) et une prédominance masculine (63%, sex-ratio H/F = 1,75). La localisation tumorale était céphalique dans 88% des cas, avec une taille moyenne de 39,4 mm. Les principales indications de drainage étaient la préparation à une chimiothérapie (27,3%), une duodénopancréatectomie céphalique avec hyperbilirubinémie >150 µmol/L (22,7%) et une angiocholite aiguë (27,3%). Un envahissement duodénal franchissable a été retrouvé chez 3 patients et une infiltration papillaire chez 8 patients (18%). Le taux de succès du cathétérisme biliaire était de 100%. Toutefois, un cathétérisme difficile a été observé chez 18 patients (40%). La fistulotomie infundibulaire a été nécessaire dans 38% des cas. La longueur moyenne de la sténose de la VBP était de 42,8 mm. Une prothèse biliaire plastique (10 Fr, 7 cm) a été mise en place chez tous les patients avec succès. Les complications liées à la procédure ont concerné 5 patients (11,4%): deux saignements sans instabilité, deux angiocholites post-CPRE et une pancréatite aiguë modérée. L'analyse bivariée a montré une corrélation significative entre la difficulté de cathétérisme et la taille tumorale ainsi que l'envahissement papillaire ( $p = 0,03$  et  $0,042$ ). Une taille tumorale > 45 mm a été identifiée comme seuil prédictif de difficulté technique.

#### **Discussion**

Une taille tumorale > 45 mm a été identifiée comme seuil prédictif de difficulté technique.

#### **Conclusion**

La CPRE constitue une option thérapeutique efficace et globalement sûre pour le drainage biliaire dans les cancers pancréatiques compliqués d'ictère.

#### **Code abstract : A-37JI25JGAF-00136**

#### **CA48. Profil épidémiologique du cancer gastrique: expérience du service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued**

**H. Meriem, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A. Mehira, A. Bouchareb, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula**

Service de Gastro-entérologie, CHU Bab El Oued, Alger

#### **Objectifs**

Décrire et analyser les caractéristiques épidémiologiques du cancer gastrique.

#### **Matériels et Méthodes**

C'est une étude prospective, descriptive, analytique et monocentrique, menée au service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued. Nous avons inclus tous les patients ayant un cancer gastrique de diagnostic certain dont le dossier a été discuté en RCP d'oncologie digestive dans la période juin 2022-juillet 2025. Nous avons établi une fiche pour chaque patient incluant les paramètres suivants: données démographiques, antécédents personnels et familiaux, mode de révélation, type et siège de la tumeur, décision thérapeutique et évolution.

#### **Résultats**

Cette série comporte 26 patients, (sex-ratio de 1,3) avec une légère prédominance féminine, la tranche d'âge varie entre 43 ans et 88 ans avec un âge moyen de 62 ans. 42,3% (11) des patients avaient moins de 60 ans. 65% de l'ensemble de ces néoplasies ont été révélés par un syndrome douloureux épigastrique et un amaigrissement était noté chez tous les patients. 19 tumeurs (73%) siégeaient au niveau de la jonction antro-fundique avec un aspect ulcéro-bourgeonnant dans la majorité des cas. Sur le plan histologique, il s'agit d'un adénocar-

cinome dans 84,6% des cas, d'une GIST dans 7,7% des cas et d'une TNE dans 7,7% des cas. Ces tumeurs ont été découvertes à un stade métastatique chez 10 patients (38,4%) avec des métastases essentiellement péritonéales. Un traitement curatif n'était proposé que chez 10 patients (38,4%), 9 tumeurs ont été opérées et une tumeur a été réséquée par voie endoscopique. L'évolution durant cette période était marquée par la survenue de 11 décès soit un taux de mortalité de 42%.

#### Conclusion

Dans notre série le cancer de l'estomac touche une population jeune et est responsable d'une mortalité importante.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00137**

**CA49. Drainage biliaire endoscopique dans les sténoses biliaires malignes péri-hilaires Une étude rétrospective de 53 patients: Indications, techniques et résultats**

**A. Rehamnia, B. Bellal, I. Yekhlef, H. Bouhouche, N. Torch, R. Mabizari**  
Service de Gastro-entérologie, HMRUC Constantine

#### Objectifs

Évaluer l'efficacité du drainage endoscopique dans les sténoses malignes péri-hilaires.

#### Matériels et Méthodes

C'est une étude rétrospective de 53 patients présentant un syndrome de cholestase icterique sur une sténose biliaire hilaire maligne ayant bénéficié d'un drainage endoscopique par CPRE entre janvier 2023 et juin 2024 (18 mois). Sont inclus tous les patients ayant bénéficié d'un drainage endoscopique dans le cadre préopératoire (pour les patients potentiellement opérables) ou dans le cadre palliatif. Sont exclus de l'étude tous les cas de sténose d'allure bénigne (CSP, cholangite à IgG4, sténose fibreuse postopératoire...). L'évaluation et le suivi de nos patients s'étaient sur une période de 06 mois après drainage.

#### Résultats

L'âge moyen des patients était de 64,7 ans, avec une prédominance féminine (sex ratio = 0,67). La cause la plus fréquente de la sténose était le cholangiocarcinome péri-hilaire (71,7%). Seulement six patients potentiellement opérables avaient un drainage préopératoire pour un taux de bilirubine au-delà de 150 mg/l; le reste des patients avaient une indication palliative. 83% de nos malades avaient bénéficié d'un drainage en ambulatoire. Le cathétérisme de la VBP était obtenu chez 94,3% des patients. Après une cannulation biliaire, le fil guide bilaire utilisé (0,025 ou 0,035 inch) ne passait pas à travers la sténose chez cinq patients, même après plusieurs tentatives (en deux séances au maximum espacées d'une semaine), la corticothérapie n'a pas été évaluée dans ce cas. Chez les 45 patients où le fil guide dépassait totalement la sténose, le coulissage d'une prothèse biliaire en plastique de 7fr était facilement réalisé chez 42 patients et chez les trois patients restants, le coulissage d'un deuxième, voire un troisième fil guide biliaire, avait facilité le passage de la prothèse biliaire. Chez tous les patients drainés, le drainage était unilateral avec une prothèse en plastique, et aucun malade n'avait bénéficié d'un drainage métallique (non disponible chez nous). Les complications à court terme étaient observées dans 7,5% des cas. L'évolution clinico-biologique entre S2 et S4 après drainage était favorable dans 86,7% des cas, et un succès technique sans succès clinique était obtenu chez 11,1% des patients.

#### Discussion

Le CPH est la cause la plus fréquente des sténoses hilaires malignes, Le drainage biliaire par CPRE est quasiment toujours nécessaire en contexte palliatif et souvent en situation curative chez les patients potentiellement opérables, avec de très bons résultats. En cas de tumeur résécable, le drainage endoscopique expose parfois au risque infectieux et une augmentation de la morbidité postopératoire nécessite une discussion des dossiers en RCP.

#### Conclusion

Un drainage biliaire précoce par CPRE est souvent la clé du succès. La corticothérapie semble avoir un effet bénéfique en cas d'échec, mais elle n'a pas été évaluée dans notre étude.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00140**

**CA 50. Rôle du gastro-entérologue dans le diagnostic et la prise en charge des ampullomes vatériens: à propos d'une série de 13 cas**

**H. Meriem, A. Mehira, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A. Bouchareb, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula**

Service de Gastro-entérologie, CHU Bab El Oued, Alger

#### Objectifs

Décrire et analyser les caractéristiques épidémiologiques des ampullomes vatériens et le rôle du gastro-entérologue dans leur prise en charge.

#### Matériels et Méthodes

Etude prospective, descriptive, analytique et monocentrique, menée au service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued. Nous avons inclus tous les patients ayant un ampulome vatérien de diagnostic certain dont le dossier a été discuté en RCP d'oncologie digestive dans la période juin 2022-juillet 2025. Nous avons établi une fiche pour chaque patient incluant les paramètres suivants: données démographiques, antécédents personnels et familiaux, mode de révélation, type tumeur, décision thérapeutique et évolution.

#### Résultats

Cette série comportait 13 patients majoritairement de sexe masculin, la tranche d'âge variait entre 48 ans et 74 ans avec un âge moyen de 62,69 ans. 11 tumeurs (84,61%) ont été révélées par une angiocholite aiguë ayant nécessité un drainage endoscopique à notre niveau et la mise en place d'une prothèse biliaire avec une bonne évolution clinique et biologique. Les deux autres tumeurs (15,3 %) ont été découvertes dans le cadre de la surveillance endoscopique chez des patients porteurs de polyposé adénomateuse familiale. L'analyse des biopsies endoscopiques a permis de confirmer la nature adénomateuse de ces tumeurs chez tous les patients. Ces néoplasies ont été diagnostiquées à un stade localisé chez 84,5% des patients. Une chirurgie curative a été réalisé chez 10 patients (76,9%): 09 cas de duodéno-pancréatectomie céphalique et un cas d'ampulectomie chirurgicale. Le taux de mortalité dans cette série était de 30,7%.

#### Discussion

Le gastro-entérologue joue un rôle important dans le diagnostic des ampullomes vatériens mais aussi dans leur prise en charge, notamment en cas d'angiocholite aiguë. Un diagnostic précoce de ces tumeurs permet de les réséquer par voie endoscopique et donc d'améliorer la morbi-mortalité souvent liée à la chirurgie.

#### Conclusion

Dans notre série, l'endoscopie digestive avait permis de confirmer le diagnostic des ampullomes vatériens et de participer à leur prise en charge thérapeutique.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00141**

**CA51. Tumeurs stromales gastro-intestinales: à propos d'une série de 06 cas**

**H. Meriem, A. Bouchareb, M. Aissaoui, I. Ziane, Y. Aissat, H. Mahiou, A. Mehira, AF. Boutaleb, R. Osmane, A. Mitiche, D. Hamidouche, S. Saichi, A. Benrabia, M. Nakmouche, H. Saoula**

Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, BEO, Alger

**Objectifs**

Décrire et analyser les caractéristiques épidémiologiques des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST).

**Matériels et Méthodes**

Etude prospective, descriptive, analytique et monocentrique, menée au service de gastro-entérologie du CHU Bab El Oued. Nous avons inclus tous les patients ayant une tumeur stromale gastro-intestinale dont le dossier a été discuté en RCP d'oncologie digestive dans la période juin 2022-juillet 2025. Nous avons établi une fiche pour chaque patient incluant les paramètres suivants: données démographiques, antécédents personnels et familiaux, mode de révélation, siège de la tumeur, décision thérapeutique et évolution.

**Résultats**

Nous avons colligé 06 cas de GIST avec un sex-ratio de 2 et un âge moyen de 56 ans. La douleur abdominale et l'hémorragie digestive étaient les symptômes les plus fréquents (83% des patients). L'aspect endoscopique était celui d'une masse sous-muqueuse chez tous les patients. Le siège était grêlique chez 05 patients (83%) et gastrique chez 01 patient (17%). La preuve histologique était nécessaire en préopératoire chez un seul patient. Ces tumeurs ont été découvertes à un stade non métastatique chez tous les patients et 05 patients ont bénéficié d'une résection chirurgicale. Le risque de récidive chez les patients opérés était modéré chez 03 patients (50%), élevé chez un patient et faible chez un autre. Un traitement adjuvant par Imatinib était nécessaire chez 04 patients (66,6%). Aucun cas de récidive n'a été noté dans notre série.

**Discussion**

Bien que rares, les GIST sont les sarcomes digestifs les plus fréquents. Leur prise en charge est bien codifiée et leur pronostic dépend essentiellement du risque de récidive.

**Conclusion**

Dans notre série, l'évolution des patients atteints de GIST était favorable grâce à un diagnostic précoce et à la prévention de la récidive chez les patients à risque modéré ou élevé.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00142****CA52. Profil épidémiologique des hémorragies digestives hautes chez l'insuffisant rénal chronique**

**R. Mehira**, I. Ziane, Y. Aissat, A. Mitiche, A. Benrabia, S. Saichi, R. Meriem, D. Hamidouche, R. Osmane, M. Aissaoui, H. Mahiou, AF. Boutaleb, M. Nakmouche, H. Saoula.

Service de gastro-entérologie, CHU Mohamed Lamine debaghine, BEO, Alger

**Objectifs**

Décrire les aspects épidémiologiques, endoscopiques et évolutifs des hémorragies digestives hautes chez les insuffisants rénaux chroniques.

**Matériels et Méthodes**

Etude prospective monocentrique descriptive, incluant l'ensemble des patients insuffisants rénaux chroniques admis pour hémorragie digestive haute aux urgences médicales du CHU Bab El Oued entre janvier 2023 et août 2025 et ayant bénéficié d'une endoscopie œso-gastro-duodénale. Nous avons établi une fiche pour chaque patient avec des données démographiques, le mode d'extériorisation de l'hémorragie digestive, les constantes hémodynamiques, les examens biologiques, le score de Glasgow Blatchford, les données de l'endoscopie digestive haute et les modalités de prise en charge et évolutives. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel SPSS 23.0.

**Résultats**

Sur 281 patients admis pour hémorragie digestive haute, 49 souffraient d'une IRC soit 17% avec un âge moyen de  $69 \pm 14,166$  ans et un sex ratio de 1,04. Un antécédent de syndrome d'HTP était noté dans

7,5% des cas, une cardiopathie ischémique dans 42,9% des cas, une insuffisance cardiaque dans 30,6% des cas. 44,9% étaient diabétiques, 36,8% étaient sous anti-coagulants et 28,6% sous anti-agrégeants plaquettaires. Le méléna était le mode principal d'extériorisation (57,1%), suivi de l'hématémèse (34,7%) et de l'hématochécie massive (8,2%). Le score moyen de Glasgow Blatchford était à  $13,4 \pm 3,24$ . La FOGD avait retrouvé des stigmates de saignement récent dans 41,5% des cas. L'hémorragie digestive était attribuée à des ulcères gastroduodénaux (40%), une œsophagite ulcérée (17,5%), une gastrite érosive (7,5%), des angiodynplasies (7,5%), un saignement variqueux (9,5%) et un néoplasie (7,5%). Aucune cause haute n'était objectivée dans 18,4% des cas, une coloscopie était réalisée chez 16,3% des patients retrouvant des lésions d'angiodynplasies (12,2%). 75,5% des patients ont nécessité une transfusion sanguine, pour les lésions du tractus digestif haut, un geste endoscopique a été effectué chez 18,4% des patients, 14,3% étaient traités par coagulation au plasma d'argan, 7,1% par LVO, 2,4% par encollage biologique des varices gastriques et 2,4% ont été adressés en chirurgie. 4,8% des patients ont présenté une récidive hémorragique durant l'hospitalisation, avec un taux de mortalité de 2,4%.

**Discussion**

Dans notre série, le nombre des insuffisants rénaux était relativement élevé par rapport à la littérature<sup>[1]</sup> en raison d'un biais de recrutement. Le méléna est le principal mode d'extériorisation, ce qui correspond aux données rapportées dans d'autres études<sup>[1]</sup>.

**Conclusion**

Dans notre série, l'hémorragie digestive haute de l'insuffisant renal chronique prédomine chez le sujet âgé. Les ulcères gastroduodénaux et les angiodynplasies digestives représentent les principales étiologies.

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00144****CA53. Les indications chirurgicales au cours de la RCH (expérience du service de gastro-entérologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine de BEO)**

**A. Mitiche**, Ziane, Y. Aissat, A. Benrabia, S. Saichi, R. Meriem, D. Hamidouche, R. Osmane, M. Aissaoui, H. Mahiou, AF. Boutaleb, M. Nakmouche, H. Saoula.

Service de Gastro-entérologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine, BEO, Alger

**Objectifs**

Introduction: La rectocolite ulcéro-hémorragique fait partie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Elle touche exclusivement le côlon et le rectum, nécessitant d'abord un TRT médical suspensif à base d'aminosalicylés, corticoïdes et immuno modulateurs, la chirurgie étant un traitement de dernier recours après échec au TRT médical ou bien en cas de complications. Objectifs: Déterminer la prévalence du recours à la chirurgie, les principales indications et la morbi-mortalité postopératoire des patients hospitalisés pour RCH.

**Matériels et Méthodes**

Etude rétrospective monocentrique par analyse statistique sur dossiers des patients hospitalisés pour RCH au sein du Service de gastro-entérologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine, ayant nécessité un traitement chirurgical de la rectocolite entre 2010 et 2025, avec établissement d'une fiche des données démographiques et des caractéristiques de la RCH pour chaque patient.

**Résultats**

L'indication opératoire fut posée chez 57/512 patients hospitalisés pour RCH entre 2010 et 2025, d'abord pour la colite aiguë grave après échec au TRT médical qui constitue l'indication majeur (2/3 des cas), les deux autres indications étant, respectivement, la dégénérescence et l'échec au TRT médical des formes chroniques actives. Dans notre

série, les formes pancoliques et chroniques actives étaient plus exposées au risque de colectomie quelle que soit l'indication opératoire. Selon la durée de l'évolution de la maladie, les maladies plus anciennes sont généralement opérées pour la dégénérescence tandis que les formes récentes sont plutôt opérées pour une CAG après échec au TRT médical d'urgence. Dans cette situation, la durée moyenne entre J1 d'hospitalisation et la décision chirurgicale était de 12,8 j (6 – 21 j). Cette longue durée constitue un FDR majeur de morbi-mortalité postopératoire à court terme. La mortalité globale postopératoire était de 14% pour toutes indications confondues, et elle était plus marquée pour les patients opérés pour une CAG. Le type de chirurgie initiale ainsi que le rétablissement de la continuité dépendent de l'indication et de l'état général du patient.

#### Conclusion

Le recours à la chirurgie au cours de la RCH est nettement restreint par rapport à la maladie de Crohn. A l'heure actuelle, il existe trois indications principales: CAG, RCH réfractaire, et dégénérescence maligne. Bien qu'elle soit considérée comme un traitement radical, la colectomie expose au risque non négligeable de morbité et d'altération de la qualité de vie des patients, particulièrement ceux qui sont opérés dans le cadre de l'urgence.

---

**Code abstract : A-37JI25JGAF-00145**

**CA54. Drainage biliaire guidé par EUS dans la prise en charge de l'obstruction biliaire maligne: expérience et courbe d'apprentissage.**

K. Amalou, H. Chetroub, F. Bouaouina, F. Belghanem, M. Medkour, N. Benboudiaf, K. Saidani, S. Gassem

Service de Gastroentérologie, HCA Mohammed Seghir Nekkache, Alger

#### Objectifs

Introduction: La gastrostomie hépatique guidée par échographie en-

doscopique (EUS-HGS) avec pose d'une endoprothèse transmurale est de plus en plus utilisée pour le drainage bilaire chez les patients présentant une papille inaccessible ou lorsque la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique échoue ou est impossible. Des progrès techniques et de procédure ont été réalisés dans la pratique de l'EUS-HGS. Objectifs et méthodes: La présente étude visait à déterminer si l'expérience croissante acquise dans la pratique actuelle a modifié les résultats pour les patients au fil du temps. Nous avons analysé rétrospectivement les données de patients atteints d'une obstruction bilaire maligne traités par EUS-HGS entre 2023 et 2025 dans notre centre.

#### Matériels et Méthodes - Résultats

Au total, 53 patients ont été inclus (34 hommes; âge moyen 68,2 ans). Un succès clinique a été obtenu chez 91% des patients ayant fait l'objet d'un suivi de 30 jours (49), et le taux de morbidité et de mortalité liées à la procédure après un mois était respectivement de 20% et 7%. La courbe d'apprentissage cumulative (CUSUM) suggère une légère amélioration du taux de complications précoces au cours de la deuxième phase d'apprentissage (23% contre 32%; P = 0,14; y compris les décès toutes causes confondues). La durée de l'intervention et les événements indésirables ont été plus courts après 24 cas, et se sont stabilisés à 30 cas d'EUS-HGS, respectivement. L'occlusion récurrente du stent bilaire est la principale cause de réintervention endoscopique (7/53; 13,2%).

#### Discussion - Conclusion

Le taux de complications liées à l'intervention après une EUS-HGS s'est amélioré au fil du temps. Cependant, le taux de morbidité global reste élevé, ce qui souligne l'importance d'une expertise dédiée, d'une sélection appropriée des patients et d'une discussion multidisciplinaire. D'après notre analyse de la courbe d'apprentissage, plus de 30 cas pourraient être nécessaires pour atteindre la phase de plateau pour une EUS-HGS réussie.





ORGANE OFFICIEL DE LA  
**SAHGEED**

الجمعية الجزائرية لأمراض الجهاز الهضمي والتنظير الهضمي

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ALGERIAN SOCIETY OF HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGY AND DIGESTIVE ENDOSCOPY