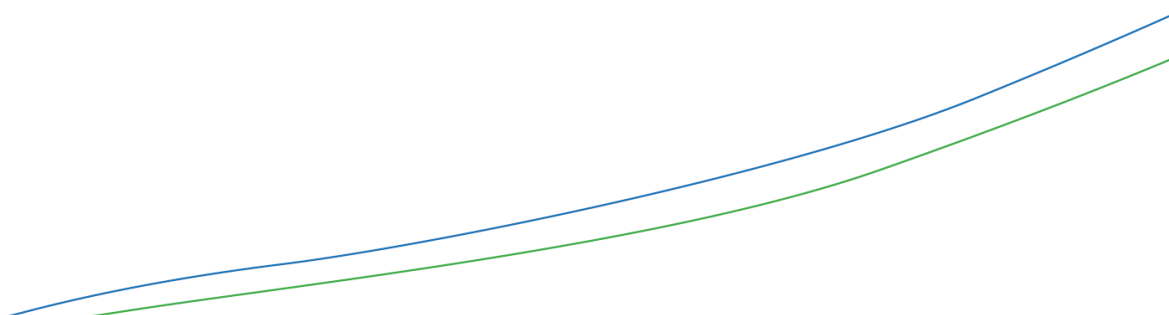




Journée de la Recherche 2018

Jeudi 15 Février 2018 à l'Amphithéâtre de l'Hôpital de Mercy

LIVRET DES COMMUNICATIONS



La journée de la recherche, organisée par le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, s'articule autour de conférences et de communications sur le thème de la recherche dans le domaine de la santé, dans et autour du CHR Metz-Thionville.

Elle a pour vocation de permettre aux professionnels médicaux, paramédicaux, chercheurs, travaillant dans le bassin de population de la Lorraine Nord sur des thématiques liées à la santé, de partager leurs expériences et de découvrir les travaux d'autres équipes.

L'édition 2018 met à l'honneur, sous forme de conférences invitées, deux partenariats emblématiques et féconds entre le CHR et les acteurs universitaires de la Lorraine Nord :

- Le partenariat avec Georgia Tech Lorraine, dans les domaines des nanotechnologies et des systèmes communicants. Plusieurs projets sont en développement dans ce cadre, notamment en ophtalmologie et en rééducation.
- Le partenariat avec le Centre Pierre Janet, dans le domaine de la psychothérapie et de la psychologie clinique. Plusieurs projets sont déjà en cours, en oncologie, étudiant notamment la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et les déterminants de la pratique d'activité physique.

Programme

- 8h30 Accueil des participants
Hall de l'amphithéâtre, niveau 2, hôpital de Mercy
- 9h15 Discours d'introduction
Mme Marie-Odile SAILLARD, Directrice Générale du CHR Metz-Thionville
Amphithéâtre
- 9h30 Conférence invitée : **Prise en charge psychothérapeutique des troubles anxio-dépressifs dans le cancer du sein**
Jérémy SILES, Psychologue doctorant, Centre Pierre Janet
Christine ROTONDA, Épidémiologiste, Chef du pôle Recherche, Centre Pierre Janet
Amphithéâtre
- 10h Pause – **Communications affichées**
Grande Salle FORUM, niveau 3
- 10h30 **Communications orales, session 1**
Amphithéâtre
Modérateurs :
Dr Raffaele LONGO, Chef du service Oncologie, Président du comité de la Recherche Clinique du CHR Metz-Thionville
Dr Pascale MONFORT, Pharmacie, Hôpital de Mercy
Dr Mathieu BECKER, Cardiologie, Hôpital de Mercy
O1.1 Hypokaliémie chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans une unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque : impact sur la morbi-mortalité.
Selin ATESLER, Cardiologie, Hôpital de Mercy
- 10h50 **O1.2 Etude HYPCOR : Efficacité de l'hypnose pour la prévention de l'anxiété au cours d'une coronarographie**
Charles GENTILHOMME, Service des urgences, Hôpital de Mercy
- 11h10 **O1.3 Allergies Alimentaires : enquête de connaissance des professionnels de la restauration à Metz et à Strasbourg**
Dr Sébastien LEFEVRE, Allergologie, Hôpital de Mercy
- 11h30 **O1.4 Connaissances des internes de médecine générale sur la prise en charge de l'anaphylaxie**
Dr Sébastien LEFEVRE, Allergologie, Hôpital de Mercy
- 11h40 **O1.5 Evaluation de la prise en charge de l'anaphylaxie dans les services d'urgence : étude multicentrique**
Dr Sébastien LEFEVRE, Allergologie, Hôpital de Mercy
- 12h **Pause repas**, buffet offert par le CHR Metz-Thionville
Grande Salle FORUM, niveau 3

- 14h **Conférence invitée : Les nouvelles révolutions technologiques et leurs applications pour la médecine du futur**
Pr Abdallah OUGAZZADEN, Directeur de Georgia Tech Lorraine, Co-Président de l'Institut Lafayette, Professeur au Georgia Institute of Technology
Amphithéâtre
- 14h30 **Pause – Communications affichées**
Grande Salle FORUM, niveau 3
- 15h **Communications orales, session 2**
Amphithéâtre
Modérateurs :
Dr Jean-Marc PERONE, Chef du service Ophtalmologie, Hôpital de Mercy
Dr Sébastien LEFEVRE, Service d'Allergologie, Hôpital de Mercy
- O2.1 Evolution de la tension intraoculaire après chirurgie de la cataracte, Etude ancillaire de l'essai clinique PERCEPOLIS**
Florian BLOCH, Service d'Ophtalmologie, hôpital de Mercy
- 15h10 **O2.2 Facteurs prédictifs de perte cellulaire endothéliale après phacoémulsification : étude ancillaire de PERCEPOLIS**
Soline LUC, Service d'Ophtalmologie, hôpital de Mercy
- 15h30 **O2.3 Tabagisme et kératocône: "Une relation pas si protectrice"**
George HAYEK, Service d'Ophtalmologie, hôpital de Mercy
- 15h50 **O2.4 Acuité visuelle après une greffe endothéliale : DSAEK vs UT-DSAEK**
Pauline ROLLAND, Service d'Ophtalmologie, hôpital de Mercy
- 16h10 **O2.5 Pour un projet d'inscription du pôle Femme-Mère-Enfant de Metz dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), Enquête observationnelle, descriptive, transversale monocentrique réalisée auprès de 70 patientes de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) de Metz de janvier à mai 2017**
Bénédicte BIANCHIN, Ecole de Sages-Femmes du CHR Metz-Thionville
- 16h30 **O2.6 Tolérance locale du paracétamol administré par voie sous-cutanée en soins palliatifs : étude observationnelle**
Dr Benoît LEHEUP, Service de Soins Palliatifs, CHR Metz-Thionville
- 16h50 **Remise des prix** des meilleures communications orales et écrites et Clôture de la journée
Dr Raffaele LONGO, Président du Comité de la Recherche Clinique, Chef du service d'oncologie Mercy, CHR Metz-Thionville
Amphithéâtre
- 17h15 **Fin de la journée**

Communications orales

O1.1 Hypokaliémie chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans une unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque : impact sur la morbi-mortalité

ATESLER S, Service de cardiologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
ZANNAD N, Service de cardiologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Contexte. L'hypokaliémie est un trouble ionique fréquent dans la population des insuffisants cardiaques hospitalisés. Plusieurs effets délétères sur le plan cardio-vasculaire ont été montrés dans la littérature. Dans la plupart des études cliniques, l'hypokaliémie semble être un marqueur de mortalité des patients insuffisants cardiaques, reflétant notamment l'hyperactivation du système rénine angiotensine aldostérone, mais certains résultats restent discordants. L'objectif principal est de décrire l'impact de la survenue d'une hypokaliémie pendant un séjour hospitalier pour insuffisance cardiaque aiguë congestive sur la mortalité totale et les ré-hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois suivant l'hospitalisation.

Méthodes. Tous les patients consécutifs hospitalisés dans l'unité d'insuffisance cardiaque du CHR Mercy pour insuffisance cardiaque aiguë seront inclus jusqu'à obtention de l'effectif de 250 patients. Le critère d'évaluation principal est le critère composite de décès toute cause ou ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque dans les 3 mois après l'inclusion. Le suivi à 3 mois se fera par la consultation du dossier informatisé du CHR et par un appel téléphonique au patient (dossier déposé au CPP). Les patients seront répartis en 2 groupes selon la survenue ou non pendant l'hospitalisation d'une hypokaliémie (kaliémie < 3.5 mmol/l). Les taux de décès/ré-hospitalisation à 3 mois seront comparés entre les 2 groupes à l'aide d'un test exact de Fisher, puis en analyse multivariée par régression logistique, incluant l'ensemble des facteurs de confusion potentiels identifiés.

Résultats. 114 patients inclus ont pu être recontactés à 3 mois ; ils avaient un âge médian de 79 ans (intervalle interquartile : 72 - 86) et 52 (46%) étaient des femmes. Vingt-huit patients (25%) ont été réhospitalisés ou sont décédés dans les 3 mois suivant leur séjour. Au cours de leur hospitalisation, 63 patients (55%) ont eu au moins une kaliémie inférieure à 3,5 mmol/l, et 96 (84%) inférieure à 4 mmol/l ; 6 patients (5) ont présenté une hyperkaliémie (supérieure à 5,5 mmol/l).

Conclusion. Plus de la moitié des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ont présenté une hypokaliémie lors de leur séjour. Les analyses à venir sur cette cohorte permettront d'évaluer l'impact éventuel de l'hypokaliémie sur le risque de réhospitalisation ou décès, et les facteurs de risques de survenue de l'hypokaliémie.

O1.2 Etude HYPCOR : Efficacité de l'hypnose pour la prévention de l'anxiété au cours d'une coronarographie

GULER N, Service d'Accueil des Urgences, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

GENTILHOMME C, Service d'Accueil des Urgences, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

WEBER S, Service d'Accueil des Urgences, Hôpital de Mercy, CHR Metz-

Thionville

BAYARD J, Service de Cardiologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

KHALIFE J, Service de Cardiologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Contexte. La coronarographie est l'examen de référence pour le diagnostic des coronaropathies. Cet examen est source d'anxiété à cause de la gêne occasionnée par le geste mais également à cause du diagnostic et de ses conséquences. L'objectif de cette étude était de déterminer l'efficacité de l'hypnose sur l'anxiété du patient avant une coronarographie.

Méthodes. Nous avons randomisé 169 patients avec des indications non urgentes de coronarographie et sans antécédent de coronarographie. Les patients du groupe Hypnose ont bénéficié d'une séance d'hypnose avec des suggestions post hypnotiques d'autohypnose. Le critère de jugement principal était le niveau d'anxiété avant l'examen évalué par l'inventaire de Spielberger (STAI-Y A). Les critères secondaires étaient la consommation de midazolam, la tension artérielle, la fréquence cardiaque et la survenue de complications.

Résultats. Le score moyen d'anxiété avant le geste était de 47 +/- 8 dans le groupe hypnose et 49 +/- 9 dans le groupe contrôle (p=0,17). Du midazolam était prescrit pour 9 (11%) patients du groupe hypnose et 14 (17%) du groupe contrôle (p=0,27). La tension artérielle systolique avant le geste était en moyenne de 140 +/- 7 dans le groupe hypnose, et de 150 +/- 7 dans le groupe contrôle (p=0,01). Aucune survenue d'effet indésirable de l'hypnose et aucune différence statistiquement significative n'a été observé entre les 2 groupes pour la survenue des complications du geste.

Conclusion. Dans notre étude, l'impact de l'hypnose sur les scores d'anxiété s'est révélé plus faible qu'attendu, mais une réduction significative de la tension artérielle systolique a été observée spécifiquement avant le geste, ce qui suggère un impact positif de l'autohypnose.

01.3 Allergies Alimentaires : enquête de connaissance des professionnels de la restauration à Metz et à Strasbourg

LEFEVRE S, Unité d'allergologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

ABITAN L, Pôle de pathologie thoracique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

OTT M, Pôle de pathologie thoracique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

DE BLAY F, Pôle de pathologie thoracique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

Contexte. Les réactions anaphylactiques causées par des aliments consommés en dehors du domicile sont fréquentes. La prévention primaire est plus facilement mise en œuvre au domicile que lors de repas pris aux restaurants. Un décret d'avril 2015 dit INCO impose aux restaurateurs d'avoir un document écrit sur la présence d'allergène dans les plats proposés et d'être capable d'en informer le consommateur.

Objectif. Enquêter sur les connaissances du personnel du restaurant en matière d'allergies alimentaires.

Méthodes. Une enquête téléphonique par un questionnaire standardisé a été menée auprès des personnels de 100 restaurants dans les villes de Metz et de Strasbourg.

Résultats. 27 restaurants à Metz et 73 à Strasbourg ont été contactés.

Parmi les répondants, 56 étaient propriétaires, 4 gestionnaires, 28 serveurs et 12 chefs. 74 ont signalé une formation en matière d'hygiène alimentaire ; 13 ont signalé une formation spécifique en matière d'allergie alimentaire. 79 avaient entendu parlé du décret INCO et 69 l'appliquaient. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en fonction du type de restaurants, ni sur la connaissance du décret INCO. 87 pouvaient désigner trois allergènes alimentaires courants. 96 estimaient être confiant à très confiant pour proposer un repas sûr à un client allergique alimentaire. Cependant des questions « vrai/faux » sur 5 situations classiques ont révélé des erreurs fréquentes : 25 pensaient que le fait de boire de l'eau pour diluer l'allergène était utile pour réduire la réaction; 22 pensaient que consommer une petite quantité d'un allergène était sûr; 8 ignoraient qu'un allergie alimentaire pouvait entraîner le décès; 32 ont déclaré que la cuisson des aliments pouvaient empêcher la réaction allergique et 39 ont signalé l'élimination des allergènes d'un plat le rendrait sûr. Sur cette dernière question, il existe une différence statistiquement significative selon la ville (4% ont répondu vrai à Metz et 52% à Strasbourg). 28 ont exprimé leur intérêt pour une formation spécifique sur l'allergie alimentaire.

Conclusion. Ces résultats montrent qu'une majorité de restaurateurs ont conscience du risque allergique. Cependant, il persiste un certain nombre de méconnaissances. Les patients allergiques doivent être conscients de cela et adapter leur comportement en conséquence. Nos données mettent en évidence la nécessité d'une formation plus rigoureuse et plus accessible afin d'améliorer la prise en charge des patients.

O1.4 Connaissances des internes de médecine générale sur la prise en charge de l'anaphylaxie

LEFEVRE S, Unité d'allergologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
KLEIN R, Faculty of Medicine, Strasbourg

Contexte. L'anaphylaxie est une urgence clinique, et tous les professionnels de santé devraient savoir la reconnaître et connaître sa prise en charge. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale concernant le diagnostic et la prise en charge de l'anaphylaxie.

Méthodes. étude observationnelle, descriptive, sur 650 internes de médecine générale des facultés de Nancy et Strasbourg par le biais d'une enquête en ligne.

Résultats. Soixante-six internes ont répondu (taux de réponse 10,2%). Leur formation concernant l'anaphylaxie était considérée comme inadaptée par 62% des internes. Les recommandations sur le sujet étaient connues de 30% d'entre eux. Concernant le diagnostic, 2 internes sur 3 ne mentionnaient pas les signes digestifs et seuls 1 sur 3 reconnaissaient les signes respiratoires. Les traitements mentionnés étaient conformes aux recommandations pour les réactions de grade 1 et 3 (classification Ring et Messmer), mais pas ceux pour les réactions de grade 2 : des anti-histamines ou corticoïdes oraux étaient mentionnés au lieu de l'adrénaline intramusculaire. Concernant le suivi des patients, 94% des internes sollicitaient un allergologue. Ni l'ancienneté des internes, ni la réalisation du stage en cabinet de ville ne semblait influencer la connaissance des classifications et des symptômes. La gravité des symptômes de grade 2 était sous-estimée et les traitements n'étaient pas conformes aux recommandations internationales, avec une sous-utilisation de l'adrénaline. Des difficultés terminologiques dans la classification de Ring et Messmer,

comme les notions d'œdème de Quincke, de bronchospasme ou d'hypotension modérée, pouvaient contribuer aux erreurs diagnostiques.

Conclusion. Notre étude suggère que la formation des internes de médecine générale au diagnostic et à la prise en charge de l'anaphylaxie devrait être améliorée. La création récente d'une spécialité d'allergologie (DES) et le développement de formations continues doivent participer au renforcement des connaissances de cette pathologie.

O1.5 Evaluation de la prise en charge de l'anaphylaxie dans les services d'urgence : étude multicentrique

LEFEVRE S, Unité d'allergologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

KLEIN R, Faculty of Medicine, Strasbourg

MERTES P, Intensive Care and Anesthesiology Department, University Hospital Strasbourg, Strasbourg

Contexte. L'anaphylaxie est définie par l'EAACI comme une réaction d'hypersensibilité généralisée ou systémique, pouvant engager le pronostic vital. L'injection intramusculaire d'adrénaline est considérée comme le traitement de référence lorsque la gravité de la réaction est de grade 2 selon la classification de Ring et Messmer. Des études ont observé que ce traitement n'est utilisé que pour 15% des patients ayant présenté un choc anaphylactique.

Méthodes. L'objectif de cette étude était d'analyser les pratiques des médecins urgentistes concernant la prise en charge de l'anaphylaxie en Alsace et en Lorraine, par le biais d'une enquête en ligne.

Résultats. Le taux de réponse était de 18,3%. Sur les 44 urgentistes répondants, 50% étaient des femmes ; 84,1% connaissaient les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR). Les recommandations européennes ou américaines étaient moins connues. Pour évaluer la sévérité de l'anaphylaxie, 21 (48%) urgentistes utilisaient la classification de Ring et Messmer, et 5 (11%) la classification de Muller. La reconnaissance des symptômes était bonne, même pour les symptômes abdominaux : les douleurs abdominales ou vomissements étaient identifiés comme liés à l'anaphylaxie pour respectivement 35 (80%) et 28 (64%) urgentistes. Cependant la question était posée dans le contexte de l'anaphylaxie.

Concernant le traitement de première ligne des symptômes cutanés ou muqueux, 42 (95%) urgentistes préconisaient des anti-histamines oraux et 1 (2%) des anti-histamines intraveineux ou des corticoïdes. Pour les réactions de grade 2, 5 (11%) urgentistes préconisaient l'adrénaline intramusculaire, 4 (8%) l'adrénaline intraveineuse, 7 (16%) des anti-histamines et 8 (18%) des corticoïdes. Pour les réactions de grade 3, 6 (14%) urgentistes préconisaient l'adrénaline intramusculaire, 28 (64%) l'adrénaline intraveineuse, 3 (7%) des anti-histamines et 7 (16%) des corticoïdes. A la suite d'un épisode d'anaphylaxie, seul 1 (2%) urgentiste préconisait systématiquement un bilan d'allergie, 5 (11%) le préconisaient parfois, et 38 (86%) jamais.

Conclusion. Cette étude souligne les discordances entre les recommandations actuelles pour la prise en charge de l'anaphylaxie et les pratiques courantes des services d'urgences. Nos résultats mettent en lumière un besoin pour des programmes d'information spécifiques pour améliorer la prise en charge de l'anaphylaxie aux urgences.

O2.1 Evolution de la tension intraoculaire après chirurgie de la cataracte,

Etude ancillaire de l'essai clinique PERCEPOLIS

BLOCH F, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville
LHUILIER L, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
ZAIDI M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
LUC MS, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
VERMION JC, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
HAYEK G, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectif. L'essai PERCEPOLIS est une étude prospective, contrôlée et randomisée qui compare 2 méthodes chirurgicale de cataracte : cracking et luxation en termes de perte endothéliale post-opératoire. Dans ce report nous nous intéressons à la variation de la Tension Intra-Oculaire (TIO).

Méthodes. 241 yeux de patients étaient analysés, tous bénéficiant d'une chirurgie de cataracte avec une acuité inférieure à 0.2logMAR. La TIO était mesurée chez les patients en préop et à 3 mois postop. Tous les patients glaucomateux étaient exclus, et aucun n'a bénéficié de traitement antiglaucomateux en post-opératoire. Le critère de jugement principal était la variation du tonus post op à 3 mois par rapport au tonus pré op. Les critères de jugements secondaires étaient les facteurs associés aux variations de tonus pré-op et à 3 mois post-op comprenant la puissance de l'implant inférieure ou supérieure à 21D, l'âge, le sexe, la technique chirurgicale, le tonus pré-op, la dureté du noyau et le TPE.

Résultats. Les patients avec un TIO préop de 10-14mmHg baissent leur TIO postop de -1 ± 2 mmHg ($P < 0.001$), ceux avec un TIO de 15-19mmHg de -2 ± 2 mmHg ($P < 0.001$), ceux avec un TIO de 20-24mmHg de -4 ± 2 mmHg ($P < 0.001$), et ceux avec un TIO de 25-29mmHg de -9 ± 2 mmHg ($P < 0.001$). Pour une puissance d'implant inférieure ou supérieure à 21D, l'évolution du TIO à 3 mois est similaire : de -2 ± 3 mmHg ($P = 0.83$). En analyse multivariée la TIO postop à 3 mois est fortement abaissée par rapport à la TIO pré op ($P < 0.001$), les patients plus âgées semblent baisser davantage leur TIO post op par rapport aux sujets jeunes ($P = 0.02$), de même que les hommes ($-2,6 \pm 2,8$ mmHg) par rapport aux femmes ($-2,2 \pm 2,9$ mmHg) ($P = 0.05$). La technique chirurgicale ($P = 0.32$), la dureté du noyau ($P = 0.58$) et le TPE ($P = 0.46$) ne semblent pas avoir d'influence sur la variation de TIO à 3 mois post opératoire.

Conclusion. Nous constatons que tous les patients baissent leur TIO postop à 3 mois, et encore plus ceux qui ont un TIO préop élevé. Une étude randomisée à plus long terme serait intéressante afin de vérifier la persistance de la baisse tensionnelle et son incidence sur les potentiels futurs patients glaucomateux.

O2.2 Facteurs prédictifs de perte cellulaire endothéliale après phacoémulsification : étude ancillaire de PERCEPOLIS

LUC S, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectif. Identifier les facteurs prédictifs de PCE après phacoémulsification.

Méthodes. PERCEPOLIS est un essai clinique, en soin courant, prospectif, comparatif et randomisé en 2 groupes parallèles effectué de juin 2015 à

avril 2016. Il compare 2 techniques de référence dans la chirurgie de cataracte : la technique « divide and conquer » et la « sublaxation » et leur répercussion en termes de perte cellulaire endothéliale (PCE). Les patients inclus sont ceux opérés de cataracte avec une acuité visuelle inférieure à 0.2 logMAR. Nous avons exclus les patients souffrant de pathologie cornéenne et dont la DCE préopératoire est inférieure à 1500 c/mm². PERCEPOLIS 2 est une analyse secondaire, réalisée dans le but d'identifier plus précisément les facteurs prédictifs de la PCE. Le critère de jugement principal était la PCE. La densité cellulaire endothéliale (DCE) est mesurée en pré-opératoire et à 3 mois de l'opération par microscopie spéculaire non-contact (Nidek CEM530). Les données analysées lors de la chirurgie sont : la technique chirurgicale employée, le temps opératoire, la puissance d'ultrasons (US %), le temps d'ultrasons (TPA), le temps effectif de phacoémulsification (TPE).

Résultats. Notre étude a porté sur 234 yeux de 132 femmes et 102 hommes, l'âge moyen des patients était de 73,5+/- 10 ans. L'acuité visuelle moyenne était de 0,42 +/- 0,18 logMAR avant cataracte et 0,09 +/- 0,07 logMAR à 3 mois de l'intervention. A l'inclusion la DCE était de 2384 cell/mm². A M3 la PCE était de 13,14 +/- 14,9%. Une analyse bivariée des facteurs potentiellement associés à la PCE à M3 retrouvait un coefficient de corrélation à 0,28 (p<0,01) pour l'âge, 0,06 (p=0,38) pour l'épaisseur cornéenne, 0,13 (p=0,04) pour le temps opératoire, 0,23 (p<0,001) pour la puissance d'ultrasons, 0,24 (p<0,001) pour le TPA et 0,36 (p<0,001) pour le TPE. En analyse multivariée par contre le seul critère restant significatif était le TPE (p<0,001).

Conclusion. La chirurgie de la cataracte induit une perte en cellules endothéliales, estimée à 5 à 15%. L'étude des facteurs prédictifs de perte semble indispensable afin de pouvoir comprendre le mécanisme et traiter les patients. L'analyse fine des différents facteurs prédictifs éventuellement en corrélation avec la PCE finale fait ressortir de manière prépondérante le TPE comme facteur principal.

Conclusion : le TPE apparait comme le facteur prédictif le plus en corrélation avec la PCE finale. Il parait souhaitable de le faire apparaitre de manière systématique dans les comptes rendus opératoires.

O2.3 Tabagisme et kératocône: "Une relation pas si protectrice"

HAYEK G, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville
LUC MS, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
VERMION JC, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
LHUILIER L, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
BLOCH F, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
ZAIDI M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Contexte. Le kératocône correspond à une déformation de la cornée qui s'amincit progressivement, perd sa forme sphérique normale et prend une forme de cône irrégulier. Cette déformation, survenant souvent vers la fin de l'adolescence, engendre des troubles de la vision. Nous avons voulu étudier un lien possible entre l'apparition du kératocône (KC) et les habitudes tabagiques des patients.

Méthodes. Nous avons mené un sondage téléphonique auprès de 80 patients atteints de KC qui ont été traités de mars 2016 à septembre 2017

par cross-linking accélérée (A CXL) au sein de notre service. Sur les 80 personnes que nous avons appelées, 62 ont répondu. Nos questions portaient sur les antécédents familiaux, les antécédents allergiques et les habitudes tabagiques. Les résultats ont été confrontés à ceux de la population générale par standardisation indirecte sur l'âge et le sexe selon l'enquête INPES «Baromètre Santé 2010» (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé).

Résultats. Au total, 62 patients avec KC ont été analysés, 41 étaient des hommes et 21 des femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic de KC était de 22 ans (+/- 5) et de 23 ans (+/- 6) au moment de l'A CXL. Sur les 62 patients, 22 (35%) ont déclaré avoir des allergies; 6 (10%) avaient des antécédents familiaux de KC. Les fumeurs quotidiens représentaient 19%, les fumeurs occasionnels 8%, les ex-fumeurs 21% et les non-fumeurs 52%.

Les taux observés (patients atteints de KC) et attendus (population générale) des fumeurs quotidiens étaient respectivement de 19% et 39% au moment de l'enquête, 24% et 35% au moment du traitement par A CXL et surtout 31% et 35% au moment du diagnostic.

Conclusion. Certaines études ont rapporté que les sous-produits de la cigarette pouvaient rendre la cornée plus rigide par le biais suggéré d'un CXL « naturel » de fibres de collagène, d'où un effet protecteur pour le KC. D'autres au contraire ont rapporté que la cigarette ne provoquait pas de changements significatifs dans la biomécanique de la cornée.

Nos données ne semblent pas suggérer un effet protecteur significatif sur l'apparition du KC. Une cohorte prospective serait nécessaire pour déterminer si la diminution observée du tabagisme entre le diagnostic et le traitement par CXL est liée ou non à l'évolution du KC.

O2.4 Acuité visuelle après une greffe endothéliale : DSAEK vs UT-DSAEK

ROLLAND P, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

DA COSTA M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

DUBROUX C, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

LHUILLIER L, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

ZAIDI M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectifs. Etudier la corrélation entre la taille du greffon et l'acuité visuelle, 6mois après une greffe de cornée de type DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) ou UT (ultra thin)-DSAEK.

Méthodes. Dans cette étude observationnelle prospective, nous avons inclus 111 patients ayant été opérés d'une DSAEK dans notre service entre février 2012 et juin 2017. Deux groupes ont été analysés : respectivement, UT-DSAEK avec greffon à 6mois d'épaisseur inférieure à 100µm (groupe 1) ou DSAEK avec greffon d'épaisseur supérieure à 100µm (groupe 2). Toutes les chirurgies ont été pratiquées par le même chirurgien et selon le même protocole. Les pachymétries à 6mois ont été mesurées avec le même appareil (OCT NIDEK RS 3000). Notre critère de jugement principal était l'acuité visuelle post opératoire en logmar à 6 mois.

Résultats. Notre étude concerne 74 femmes (67%) et 27 hommes (33%) d'âge moyen de 76ans (+/-11). Le groupe 1 est composé de 51 patients

(46%) et le groupe 2 de 60 patients (54%). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le sexe, l'âge et l'acuité visuelle préopératoire. L'acuité visuelle préopératoire est en moyenne de 1,31 logmar(+/-0,48) et l'acuité visuelle à 6 mois est en moyenne de 0,76 logmar (+/-0,54). On retrouve une corrélation entre l'acuité visuelle à 6 mois et l'épaisseur du greffon ($r= 0.24$; $p=0,01$). Il existe aussi une forte corrélation entre acuité visuelle préopératoire et post opératoire ($p<0.001$). L'analyse multivariée montre que les greffons d'épaisseur inférieure à 100 μm ont une meilleure acuité visuelle à 6 mois indépendamment de l'acuité visuelle pré opératoire : différence de 0,19 logmar après ajustement sur l'acuité visuelle pré opératoire, l'âge et le sexe ($p=0,04$).

Conclusion. Les patients ayant bénéficié d'une UT-DSAEEK ont une meilleure acuité visuelle à 6mois post opératoire, indépendamment de l'acuité visuelle pré opératoire. Ceux ayant une meilleure acuité visuelle pré opératoire ont également une meilleure acuité visuelle à 6mois.

O2.5 Pour un projet d'inscription du pôle Femme-Mère-Enfant de Metz dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), Enquête observationnelle, descriptive, transversale monocentrique réalisée auprès de 70 patientes de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) de Metz de janvier à mai 2017

BIANCHIN B, Ecole de sages-femmes, CHR Metz-Thionville, Metz

Contexte. L'IHAB est un label destiné aux professionnels de périnatalité. Il est attribué aux maternités soutenant l'allaitement maternel, l'accompagnement des familles et l'établissement du lien mère-enfant dès la naissance. Il fédère l'équipe soignante autour d'un projet commun et correspond à une démarche qualité soutenue par les grandes instances mondiales et nationales. Le label est décerné aux établissements qui respectent trois principes fondamentaux et 12 recommandations. Quelles sont les pratiques en vigueur à l'HFME correspondant aux recommandations IHAB ? Notre objectif était de rechercher les informations reçues par les patientes sur l'allaitement maternel, les rythmes du nouveau-né dès le début de grossesse et d'évaluer la promotion de l'allaitement maternel, l'accueil des familles et l'accompagnement de la mise en place du lien mère-enfant et des parents vers l'autonomie.

Méthodes. Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, analytique, transversale monocentrique au sein de l'HFME de Metz du 16 janvier au 2 mai 2017. Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens directs. Nous avons interrogé 70 patientes. Les patientes incluses étaient allaitantes, avaient accouché à terme et étaient hospitalisées à l'HFME sans séparation de leur enfant.

Résultats. 89% des patientes avaient bénéficié du peau à peau en salle de naissances. 83% des nouveau-nés nés par césariennes ont pu profiter du peau à peau avec leur second parent à la naissance. 94% des patientes ont été informées des signes d'une tétée efficace et 96% étaient conscientes du caractère à « la demande » de l'allaitement maternel. 31% des patientes n'avaient jamais été informées des risques liés à l'utilisation de la tétine pour l'établissement de l'allaitement maternel. 37% des sondées n'avaient jamais été informées de l'existence d'association de soutien. Le résultat sur le critère principal montrait que les patientes n'étaient pas systématiquement informées conformément aux recommandations IHAB.

Conclusion. Cette étude montre que 9 recommandations IHAB ne sont pas respectées. L'information et la sensibilisation systématiques des femmes enceintes et des accouchées sont des perspectives d'amélioration

proposées.

O2.6 Tolérance locale du paracétamol administré par voie sous-cutanée en soins palliatifs : étude observationnelle

LEHEUP BF, Service de soins palliatifs, hôpital d'Hayange, CHR Metz Thionville

DUCOUSSO S, Service de soins palliatifs, hôpital d'Hayange, CHR Metz Thionville

Contexte. La voie sous-cutanée est largement utilisée en soins palliatifs ou en gériatrie. De nombreuses molécules sont administrées par cette voie, comme le paracétamol. Cependant, aucune recommandation ne vient fonder cette pratique et, en l'absence de publication, on ne connaît rien de la tolérance locale chez les patients en soins palliatifs. Objectif : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la tolérance locale du paracétamol lorsqu'il est utilisé à visée antalgique ou antipyrétique par voie sous-cutanée chez les patients hospitalisés en Unité de Soins Palliatifs. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs favorisant l'apparition des événements indésirables locaux.

Méthodes. Etude observationnelle prospective multicentrique NCT02884609. Participants : Etude réalisée auprès de 160 patients hospitalisés dans les Unités de Soins Palliatifs de trois centres hospitaliers en France métropolitaine de 2014 à 2017.

Résultats. Sur les 160 patients, 44 (28%) ont présenté au moins un effet indésirable local non grave (29 un œdème, 5 un érythème, 15 une douleur, 2 un hématome, 1 un prurit et 2 une chaleur locale). Aucun effet indésirable grave n'a été observé. Les facteurs associés à la survenue des événements indésirables locaux étaient le jeune âge, l'administration au niveau des bras et du thorax, et un nombre élevé d'administrations quotidiennes.

Conclusion. Notre étude, la première à avoir été réalisée sur ce sujet, a montré que le paracétamol administré par voie sous-cutanée chez des patients en soins palliatifs était bien toléré localement.

Communications affichées

E1 **Intérêt des Scratch Tests pour le diagnostic d'une dermite allergique de contact au Dermabond®**

LEFEVRE S, Unité d'allergologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
VALOIS A, Département de dermatologie, Service de Santé des Armées, Toulon
TRUCHETET F, Service de dermatologie, Hôpital de Bel-Air, CHR Metz-Thionville

Contexte. Les colles à usage cutané telles que Dermabond® (Ethicon GmbH, Norderstedt, Germany) sont une alternative aux sutures.

Méthodes. Nous rapportons deux cas d'allergie de contact au Dermabond® avec patch tests négatifs mais scratch tests positifs.

Résultats. Deux patients, de 30 et 28 ans, sans terrain atopique, ont présenté un eczéma pruritique localisé autour de la plaie, 24h après une chirurgie. Trois mois plus tard, des patch-tests ont été réalisés avec la batterie européenne standard, une batterie acrylate et du Dermabond® non dilué. Les patchs étaient appliqués sur la partie supérieure du dos des patients durant deux jours. Des scratch tests ont aussi été réalisés avec du Dermabond®, un mélange (1:1) Dermabond® et povidone iodée (1% aq.) et un mélange Dermabond® et chlorexidine (0,2% aq.) pour reproduire les conditions d'utilisation. La povidone iodée et la chlorexidine étaient également testées seules dans les mêmes concentrations. La lecture des tests a été réalisée à J2 et J3. Afin d'éliminer un rôle éventuel de l'irritation, nous avons réalisés ces tests chez 10 volontaires sains. Les patch tests étaient négatifs pour les deux patients. Pour le premier patient, le scratch test avec le mélange Dermabond® et chlorexidine était positif, les autres scratch tests négatifs. Pour le second patient, les scratch tests étaient positifs pour le Dermabond® seul, le Dermabond® avec chlorexidine et le Dermabond® avec povidone iodée. Tous les scratchs tests étaient négatifs chez les 10 volontaires sains.

Conclusion. Malgré l'utilisation fréquente de Dermabond®, peu de réactions allergiques ont été décrites. Dans la plupart des cas, les patch-tests ou même des tests ouverts étaient suffisants pour montrer une sensibilisation. Si les patch-tests sont négatifs, des scratch tests peuvent être utilisés pour montrer la sensibilisation. Nous pouvons supposer que ce franchissement de la barrière cutanée, qui mime une application sur une plaie à suturer, permet la pénétration de quantités plus importantes de l'haptène, responsable de la réaction clinique. Mais il est aussi possible que la réaction soit causée par la création d'un nouvel haptène par interaction entre deux molécules. L'absence de réaction cutanée chez les 10 volontaires sains a confirmé l'absence d'irritation dans ces scratch-tests.

E2 **Chercher plus loin que la chimiothérapie : un cas d'anaphylaxie au Mesna**

LEFEVRE S, Unité d'allergologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
WITWERT B, Service de neurologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Contexte. Des études ont montré que le cyclophosphamide est le traitement de choix pour la sclérose en plaque évolutive. Le sodium 2-mercaptoethane sulfonate (mesna) est un adjuvant au cyclophosphamide largement utilisé

pour la prévention des cystites hémorragiques. Des réactions cutanées et des angio-oedèmes liés au mesna ont été décrits.

Méthodes. Nous rapportons ici le cas d'un patient de 76 ans, sans terrain atopique, qui a présenté deux épisodes d'anaphylaxie durant la 26ème perfusion de cyclophosphamide et mesna pour sa sclérose en plaque.

Résultats. Environ 10 minutes après le début de la perfusion, il a présenté une éruption d'urticaire et une hypotension. La perfusion a été arrêtée et un antihistaminique H1 lui a été administré. Les symptômes ont disparu en 15 minutes.

Des prick-tests cutanés ont été réalisés 3 mois plus tard, avec cyclophosphamide et mesna. De l'histamine et de la codéine ont été utilisés comme contrôle positifs. Les prick tests se sont révélés positifs pour le mesna à une concentration de 1 mg/ml (10-2) et négatifs pour le cyclophosphamide à concentration de 10 mg/ml (10-3). Les contrôles étaient positifs pour l'histamine (7mm) et la codéine (5mm).

Conclusion. Nous rapportons un cas d'anaphylaxie au mesna avec prick test positif. Les médecins doivent savoir que cette molécule peut entraîner des réactions anaphylactiques. Cette observation souligne également la nécessité de réaliser un bilan d'allergie avec toutes les molécules potentiellement impliquées.

E3 **État des lieux des connaissances des sages-femmes concernant l'administration des ocytociques en salle de naissances sur des parturientes présentant un utérus cicatriciel. Évaluation des pratiques professionnelles à propos de 17 sages-femmes travaillant au CHR Metz-Thionville de Novembre à Décembre 2016**

MANGEONJEAN F, Ecole de sages-femmes, CHR Metz-Thionville, Metz

BERNARD L, Ecole de sages-femmes, CHR Metz-Thionville, Metz

COLLIN P, Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital de Bel Air, CHR Metz-Thionville

Contexte. Bien que l'utérus unicatriciel présente une certaine fragilité, dans la majorité des cas, une tentative d'accouchement voie basse peut être autorisée. Peu d'études s'intéressent à l'impact du débit d'ocytocine sur le déroulement du travail. Quelles sont les habitudes des sages-femmes quant à l'utilisation de l'ocytocine dans la prise en charge des parturientes présentant un utérus unicatriciel ?

Méthodes. Le but de l'étude était d'interroger toutes les sages-femmes travaillant ou ayant travaillé en salle de naissances au CHR Metz-Thionville à l'aide d'un questionnaire semi-directif anonyme. L'objectif principal était d'améliorer les pratiques professionnelles des sages-femmes quant à l'utilisation de l'ocytocine sur les parturientes présentant un utérus unicatriciel. L'étude s'est déroulée du 15 Novembre au 20 Décembre 2016.

Résultats. 13 % des sages-femmes du CHR Metz-Thionville (17 sur les 127 interrogées) ont répondu au questionnaire. Quatorze d'entre elles (82 %) exerçaient en salle de naissances lors de la diffusion du questionnaire. 100 % des sages-femmes ayant répondu affirment pratiquer des accouchements voie basse chez les patientes présentant un antécédent de césarienne. 53 % d'entre elles disent ne pas avoir d'« habitudes de service » quant à l'administration d'ocytocine. Les débits maximaux administrés par les sages-femmes sont très hétérogènes et vont de 12 à 18 mUI/min (70 à 110 mL/h). 53 % des sages-femmes ne dépassent pas la dose de 15 mUI/min (90 mL/h) chez les parturientes présentant un utérus unicatriciel. 53% des sages-femmes répondent qu'elles initient le débit de base du syntocinon à

environ 1,7 mUI/min pour les parturientes ayant un antécédent d'utérus cicatriciel contrairement à un débit de base compris entre 2 et 2,5MUI/min pour une parturiente sans antécédent.

Conclusion. La sage-femme a conscience de la fragilité utérine liée à la cicatrice de la césarienne antérieure. Lors de l'administration d'ocytocine à ce type de patientes, la sage-femme l'initie à un débit plus faible et se fixe un seuil maximal moindre que pour les autres parturientes. Du fait de cet antécédent, la parturiente n'est plus considérée comme patiente présentant une grossesse physiologique, l'avis de l'obstétricien est alors nécessaire. C'est pourquoi l'élaboration de futures recommandations nécessite la collaboration des deux collègues.

E4 **Impact de la technique de chirurgie de la cataracte sur la Perte Cellulaire Endothéliale (PCE) : Analyse en sous-groupes selon la dureté du noyau**

VERMION JC, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

HAYEK G, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

BLOCH F, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

LUC MS, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

ZAIDI M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

LHULLIER L, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

OUAMARA N, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Contexte. Toute chirurgie de la cataracte par phacoémulsification engendre une perte de cellules endothéliales cornéennes. Dans cette étude, l'objectif est de comparer la PCE induite par deux techniques chirurgicales de la cataracte, la technique endo-capsulaire de référence Divide&Conquer (D&C) à une technique supra-capsulaire moins décrite subluxation (Sub), en fonction de la dureté des noyaux.

Méthodes. L'étude PERCEPOLIS était un essai clinique randomisé, en soin courant, comparatif, en deux groupes parallèles, effectué de juin 2015 à Avril 2016. Cette étude ancillaire, analysée en supériorité, comparait les deux techniques selon la dureté des noyaux cristalliniens, classés en 3 sous-groupes, de mous N1 à dur N3, classés lors de la première consultation avant randomisation. Les comptages spéculaires pré et post opératoire étaient réalisés par microscopie spéculaire non contact (Nidek CEM-530). Le critère de jugement principal était la PCE post opératoire à 3 mois et à 12 mois. Les critères de jugement secondaires étaient le temps opératoire et la survenue de complications.

Résultats. L'analyse portait sur 285 yeux. Les sous-groupes de noyaux incluait respectivement (Sub vs D&C): N1 (27 vs 21), N2 (71 vs 71), N3 (43 vs 52) patients. Les populations de chaque groupe ne montraient aucune différence d'âge ou de sexe. Le critère de jugement principal, Perte Cellulaire Endothéliale à un an ne montrait pas de supériorité dans aucun sous-groupe : Sous-groupe N1: -8% (\pm 7) Sub vs -13% (\pm 16) D&C (p=0.25), ni dans le Sous-groupe N2: -15% (\pm 14) Sub vs -10% (\pm 10) D&C (p=0.44), ou le Sous-groupe N3: -16% (\pm 12) Sub vs -14% (\pm 15) D&C (p=0.74). La Technique (Sub) permettait de réduire significativement le temps opératoire (min:s) dans chaque sous-groupe avec N1 : 4:53 (\pm 0:40) Sub vs 5:52 (\pm 0:43) D&C p<0.001 and Subgroup N2 : 5:00(\pm 1:02) Sub vs 6:31(\pm 2:42) D&C

($p < 0.001$) et N3 : 6:00 ($\pm 1:27$) Sub vs 6:28 ($\pm 1:39$) D&C ($p = 0.01$).

Conclusion. Cette étude ancillaire ne permet pas d'établir la supériorité de la Technique Subluxation concernant la Perte Cellulaire Endothéliale Cornéenne à 3 mois et 12 mois, et cela, quelle que soit la dureté du noyau cristallinien. Toutefois, nos résultats semblent montrer une supériorité franche de la Technique Subluxation sur la réduction du temps opératoire, et ce d'autant plus que les cristallins sont mous ou intermédiaires.

E5 **Phacoco-émulsification : sublaxation versus « Divide and Conquer » chez les opérateurs débutants**

LAKEHAL Y, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville
HAYEK G, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
LUC MS, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
VERMION JC, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville
OUAMARA N, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville
PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectif. comparer deux techniques en chirurgie de cataracte chez des opérateurs débutants : la sublaxation cristallinienne versus le divide and conquer.

Méthodes. Etude mono centrique, prospective, en analyse multivariée, incluant 228 yeux de 228 patients opérés de cataracte entre janvier 2015 et novembre 2017. Les critères d'inclusion étaient : cataracte sénile de moyenne importance (grade N2C2), opérée sous anesthésie topique, avec une puissance d'implant de 21 dioptries ($\pm 3D$). Les jeunes opérateurs étaient tous des internes d'ophtalmologie en formation. Un recueil des paramètres techniques per-opératoires a été réalisé : puissance d'ultrasons US (%), temps d'utilisation d'ultrasons TPA (s), temps effectif de phacoémulsification TPE(s) et temps opératoire (min). La douleur ressentie en per-opératoire cotée de 0 à 6, ainsi que le taux de rupture capsulaire postérieure ont été recueillis. Deux groupes ont été comparés selon la méthode de chirurgie : sublaxation (groupe 1) et divide and conquer (groupe 2).

Résultats. Le groupe 1 était constitué de 123 patients et le groupe 2 de 107 patients. L'âge moyen était de 77 ± 8 ans dans le groupe 1 et de 79 ± 6 ans dans le groupe 2. Il y avait 77 hommes (63%) dans le groupe 1 et 73 hommes (68%) dans le groupe 2. La puissance US moyenne était de 11.0 ± 3.6 dans le groupe 1 versus 9.4 ± 4.0 dans le groupe 2 ($p = 0.002$). Le TPA moyen était de 79 ± 34.2 s dans le groupe 1 versus 84.7 ± 28.6 s dans le groupe 2 ($p = 0.200$). Le TPE moyen était de 9.2 ± 5.8 dans le groupe 1 versus 8.6 ± 5.2 dans le groupe 2 ($p = 0.001$). Le temps opératoire était de 14 ± 3 min dans le groupe 1 versus 17 ± 3 min dans le groupe 2 ($p < 0.001$). Il y a eu 5 ruptures capsulaires dans le groupe 1, contre 9 dans le groupe 2 ($p = 0.25$). Le score moyen de douleur ressentie était de 1.9 ± 1.2 dans le groupe 1, et de 2.3 ± 1.3 dans le groupe 2 ($p = 0.05$).

Conclusion. la technique de sublaxation cristallinienne en chirurgie de cataracte chez les opérateurs débutants est associée à l'utilisation d'une quantité plus importante d'ultrasons, mais s'accompagne d'un temps opératoire plus court, d'une douleur ressentie moins importante pour le patient, sans majoration du taux de rupture capsulaire postérieure.

E6 Etude des facteurs prédictifs d'échec de greffe de cornée de type DMEK (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty)

DUBROUX C, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

GOETZ C, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

LHULLIER L, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

ZAIDI M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

DA COSTA M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

ROLLAND P, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

OUAMARA N, Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville

PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectifs. L'objectif principal est d'étudier les facteurs prédictifs d'échec des DMEK.

Méthodes. Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et monocentrique, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une DMEK dans le service de mars 2014 à novembre 2017. Les indications opératoires étaient principalement les dystrophies de Fuchs et les kératopathies bulleuses. Les critères recueillis étaient : l'âge des donneurs et receveurs, le sexe, la densité cellulaire endothéliale (DCE) des greffons, le temps opératoire, la réalisation combinée ou non d'une phacoémulsification (triple procédure) et enfin le marquage ou non de la face stromale du greffon. Le critère de jugement principal était la survenue d'un échec, aboutissant à la réalisation d'une seconde greffe de type reDMEK ou DSAEK.

Résultats. 73 yeux de 56 patients ont été inclus. 48 femmes (66%) et 18 hommes (34%). L'âge moyen des receveurs était de 73 +/-10 ans, celui des donneurs de 75 +/- 13 ans. Le temps opératoire était de 36 +/- 10 minutes. Le nombre de triple procédure était de 18 (25%). 18 greffons (25%) ont été marqués. Il y a eu 17 échecs (33%). En analyse bivariée ou multivariée, les résultats sur le critère de jugement principal n'étaient pas statistiquement significatifs pour tous les critères étudiés (âge, sexe, DCE, triple procédure et marquage du greffon). Le marquage stromal du greffon était néanmoins associé à 83% de succès, contre seulement 74% pour les greffons non marqués mais cette différence restait non significative, du fait du faible effectif.

Conclusion. Cette étude ne permet pas de mettre en évidence de facteurs prédictifs d'échec de greffe de cornée de type DMEK. Une étude multicentrique à plus grande échelle serait peut-être nécessaire.

E7 Kératométrie et rebullage dans les greffes de cornée type DMEK

DA COSTA M, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

PERONE JM, Service d'Ophtalmologie, Hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville

Objectifs. Nous avons réalisé cette étude afin d'évaluer l'influence de la courbure de la cornée des patients sur la fixation du greffon lors des greffes de cornée type DMEK.

Méthodes. Il s'agit d'une étude prospective observationnelle à partir des données recencées sur l'ensemble des greffes de cornée type DMEK réalisées entre mars 2014 et novembre 2017 au sein du CHR de Metz. Nous avons mesuré la courbure de la cornée de l'oeil concerné avant chaque intervention à l'aide d'un kératomètre automatique (type Visionix). La valeur moyenne de kératométrie dans la population générale est de 43,5 dioptries, une valeur inférieure correspondant à une cornée plus plate et une valeur supérieure à une cornée plus courbe. Nous avons ensuite constitué deux groupes, le premier dans lequel un rebullage a été nécessaire (groupe 1) et le deuxième dans lequel les patients n'ont pas eu besoin de rebullage dans les suites opératoires (groupe 2).

Résultats. Nous avons étudié 74 interventions concernant 57 patients. La moyenne d'âge était de 73+10 ans et la population était composée de 67% de femmes. La valeur moyenne de kératométrie était de 43+2 dioptries. Un rebullage a été nécessaire dans 56% des cas et un deuxième rebullage dans 21% des cas. Dans le groupe 1, l'âge moyen était de 74+9 ans et il y avait 68% de femmes et dans le groupe 2, l'âge moyen était de 72+11 ans avec 66% de femmes. La valeur moyenne de kératométrie était de 43+2 dioptries dans le premier groupe et de 44+2 dioptries dans le deuxième groupe avec $p=0,21$ en analyse bivariée et $p=0.58$ en analyse multivariée, ajustée sur l'âge et le sexe.

Conclusions. Nous avons réalisé cette étude afin de voir si des facteurs dépendant des patients pouvaient avoir un impact sur l'adhésion des greffons lors des DMEK, notamment en ce qui concerne la courbure de la cornée. Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans cette étude mais il serait intéressant de mener une étude à plus grande échelle afin de pouvoir le confirmer.

