

## ***Ocréotide: pour les angiodysplasies digestives qui saignent?***

Dr Léon Finci, gastroentérologie et hépatologie

Les angiodysplasies sont de petits vaisseaux tortueux et dilatés, dépourvus de couche musculaire lisse, situés dans la muqueuse et sous-muqueuse gastro-intestinales.

Il s'agit de la malformation vasculaire la plus courante du tractus gastro-intestinal. Elle est une source fréquente d'hémorragies récidivantes de l'intestin grêle, en particulier dans la population âgée.

Epidémiologie:

- sexe ratio 1:1
- 4% des causes d'hémorragies digestives hautes
- 40 à 60% des hémorragies digestives occultes de l'intestin grêle
- Le plus souvent de multiples localisations
- Incidence augmente si: > 60 ans, von Willebrand, insuffisance rénale chronique, sténose aortique.

La clinique typique comprend une anémie récidivante nécessitant une supplémentation en fer et des transfusions à répétition, impactant la qualité de vie des patients, la mortalité et morbidité, ainsi que les coûts de la santé..

Le traitement de choix est une ablation endoscopique par laser argon, avec une efficacité limitée, avec un taux de récurrences très élevées (jusqu'à 45%).

L'ocréotide et le lanréotide sont des analogues de la somatostatine qui permettent une réduction du flux duodénal et splanchnique par vasoconstriction, ce qui réduit les saignements et l'angiogénèse et améliore l'agrégation plaquettaire.

Une [méta-analyse](#) suggère que l'ocréotide diminue le recours aux transfusions, mais les données possèdent de nombreux biais: études rétrospectives, faible effectifs, sans contrôle.

Les auteurs de celle-ci présentent l'article du jour, OCEAN, une étude randomisée, contrôlée et multicentrique, qui compare le standard de soins seul à l'ocréotide + soins.

Elle inclut des patients entre 2015 et 2021, avec une anémie due à des angiodysplasies connues et transfusion-dépendante et au moins un traitement endoscopique.

Inclusion:  $\geq 4$  culots GR ou de fer transfusé dans l'année, angiodysplasie du grêle, de l'estomac ou du côlon.

Exclusion: Cirrhose Child Pugh C, diabète non contrôlé, cholélithiase, grossesse, allaitement, pathologie hémorragique héréditaire, cause alternative d'hémorragie, cancer en cours de traitement, espérance de vie < 1 an.

Intervention: ocréotide longue action à 40mg/28 jours pendant 52 semaines

Critères de transfusion: persistance anémie malgré perfusions de fer, Hb < 80g/l, comorbidités ++ et Hb < 95g/l, anémie asymptomatique et Hémoglobine < 65g/l

Soins standard pour les deux groupes: endoscopie laser argon, stop anticoagulants, acide tranexamique. Les anti-angiogéniques (thalidomide, bevacizumab), ne sont pas autorisés.

Issue primaire: Différence moyenne du nombre de transfusions et perfusions de fer.

Statistiques: pour 80% de pouvoir de détection d'une différence de 2 unités transfusionnelles, il faut 28 patients par groupe, soit 31 avec 10% de perdus de vue.

79 patients sont évalués, 17 sont exclus, avec au final 62 sont randomisés en 1:1.

## Résultats

### Caractéristiques

Âge moyen de 70 ans, avec un meilleur compte plaquettaire dans le groupe ocréotide, avec >7 ans d'anémie dans le groupe ocréotide ou >5 ans dans le groupe contrôle.

La plupart des angiodysplasies sont situées au niveau de l'intestin grêle.

En moyenne 13 événements hémorragiques, 10 dans l'année pour le groupe ocréotide et 7 pour le groupe contrôle.

L'issue primaire montre 11 unités transfusées contre 21 dans le groupe contrôle, un résultat statistiquement significatif, qui s'observe dès les premières semaines de traitement, contrairement aux hypothèses qui supposaient une efficacité dépendante de la durée de traitement.

### Issues secondaires:

- diminution de 60% des transfusions groupe ocréotide vs 19% contrôle
- diminution non significative des endoscopies dans le groupe ocréotide
- Effets indésirables sévères:
  - 1 cholangite, 1 hypoglycémie avec perte de connaissance, évolution favorable chez deux patients arrêt du traitement.
  - 5 décès: 16% du groupe ocréotide vs 6% du contrôle  
→ 3 sans lien avec le traitement, 2 patients avaient stoppé le traitement plusieurs mois avant le décès, 1 hémorragie aiguë, 1 cause inconnue.

Conclusion des auteurs: 60% des patients ocréotide ont diminué leurs besoins transfusionnels de plus de 50%, avec une tendance de diminution des endoscopies.

## Discussion

La diminution des besoins transfusionnels est moins importante que dans la méta-analyse. L'ocréotide est plus sûr que la thalidomide (co-morbidités cardiaques), avec moins d'effets indésirables, et de risques de neuropathie axonale.

39% des réponses sont suboptimales, ce qui suggère un besoin de poursuite de l'endoscopie laser argon pour les lésions les plus volumineuses.

## Limites

- Patients et médecins informés du traitement pris
- 5 patients du groupe contrôle ont reçu de l'ocréotide au cours de l'année
- laser argon plus souvent utilisé dans le groupe contrôle : 45% vs 13%.

## Recommandations des auteurs

Ocréotide longue durée d'action recommandé si:

- Récidive hémorragique après endoscopie laser argon
- Persistance d'hémorragie après endoscopie laser argon
- Contres-indications, peut-être même temporaire, à l'endoscopie laser argon

Pour l'administration, il faut faire une demande à l'assurance. A faire avant si ambulatoire.



Compte-rendu de Valentine Borcic

[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)