



CONGRÈS COMMUN DE CHIRURGIE
VISCÉRALE & DIGESTIVE

16 au 19 sept 2025
CNIT - Paris

3cvc-lecongres.com

**LIVRE DES
RÉSUMÉS**



ACHBT
ASSOCIATION DE CHIRURGIE
HÉPATOBILIAIRE, PANCRÉATIQUE
ET TRANSPLANTATION



lasfce

Société Française de chirurgie Endoscopique



SFCP-CH
Société Française de Chirurgie Pédiatrique
Club Hépatite





TABLE DES MATIÈRES

COMMUNICATIONS ORALES

A. Chirurgie Colorectale	3
B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique.....	36
C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	62
D. Chirurgie Œsogastrique.....	69
E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique.....	79
F. Chirurgie Endocrinienne.....	90
G. Chirurgie Pariétale.....	104
H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé.....	108
I. Chirurgie du Péritoine.....	120

E-POSTERS

A. Chirurgie Colorectale.....	130
B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique.....	192
C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	266
D. Chirurgie Œsogastrique.....	283
E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique.....	295
F. Chirurgie Endocrinienne.....	317
G. Chirurgie Pariétale.....	336
H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé.....	353
I. Chirurgie du Péritoine.....	358

COMMUNICATIONS VIDEOS

A. Chirurgie Colorectale.....	365
B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique.....	367
C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	372
D. Chirurgie Œsogastrique.....	373
E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique.....	376
G. Chirurgie Pariétale.....	377
H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé.....	380



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00028-Prise en charge du volvulus sigmoïdien après colo-exsufflation : traitement conservateur ou chirurgie ? Résultats de l'étude VOLVUCOL.

Lucie AUDEGUY (1), Mattia STELLA (2), Damien DUPREZ (3), Astrid LAURENT (1), Fatah TIDANINI (1), Joey FOURNIER (1), Alison FOOTE (1), Bertrand TRILLING (1), Jean-Luc FAUCHERON (1) - (1)Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Grenoble, France, (2)Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, France, (3)Centre Hospitalier Annecy Genevois, Annecy, France

Conflits d'intérêts

Aucun des auteurs ne présente de conflit d'intérêt

Introduction

Le volvulus du côlon sigmoïde est **une** cause fréquente d'occlusion colique, principalement chez les patients âgés et comorbides. En l'absence de signe de gravité, la colo-exsufflation est le traitement de première intention. La prise en charge après succès de la colo-exsufflation reste débattue. Bien que les recommandations préconisent une résection sigmoïdienne systématique afin d'éviter la récurrence, certains patients bénéficient d'un traitement conservateur (colo-exsufflation seule).

Méthodes

L'étude rétrospective multicentrique VOLVUCOL a inclus tous les patients admis entre 2010 et 2021 pour un premier épisode de volvulus sigmoïdien dans trois centres hospitaliers de la région alpine. Le critère de jugement principal était la récurrence dans les trois mois suivant l'épisode initial. Les données de morbidité, mortalité et récurrence ont été analysées selon le type de prise en charge initiale.

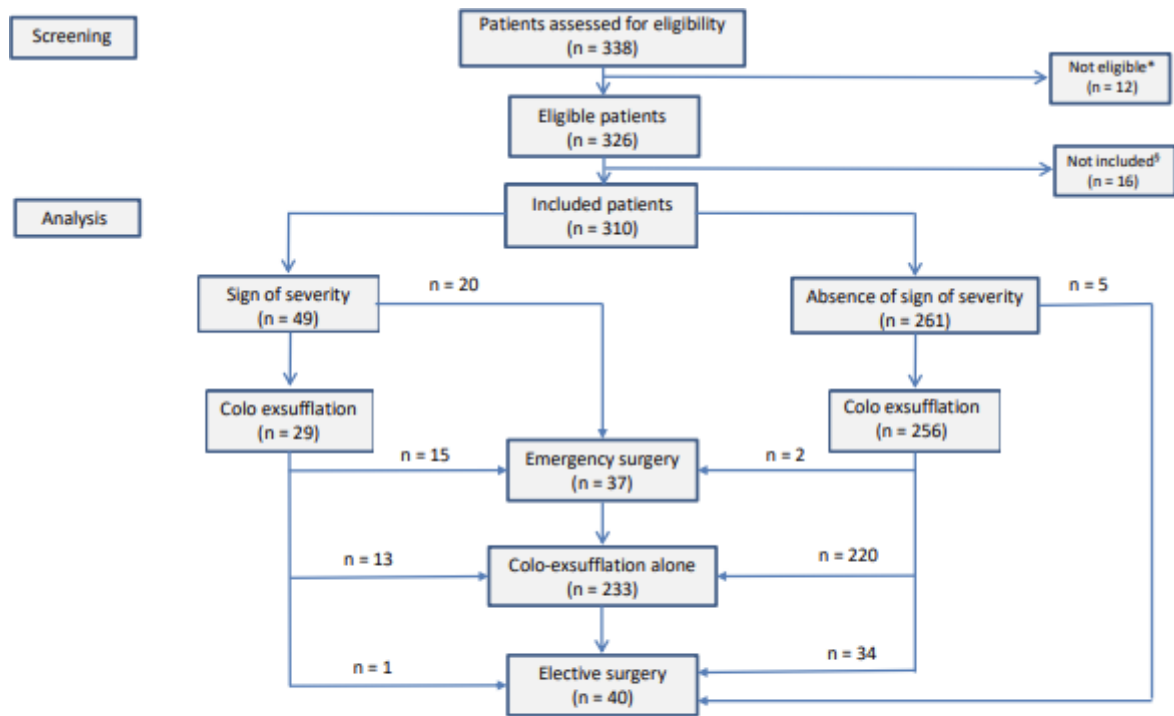
Résultats

Sur 310 patients (âge médian 79 ans), 23,6 % ont été opérés au décours de l'épisode index. Après colo-exsufflation seule, 22 % ont récidivé dans les 3 mois, contre 1,6 % après chirurgie différée. Aucune variable prédictive de récurrence précoce n'a été identifiée. La chirurgie différée lors d'un séjour programmé présentait une morbidité sévère moindre que celle réalisée en urgence (16 % vs 40 %). La mortalité à long terme était significativement augmentée après colo-exsufflation seule (OR = 2,02 ; p = 0,010).

Conclusion

Une sigmoïdectomie différée, idéalement lors d'un séjour dédié avec préhabilitation, devrait être systématiquement envisagée après un épisode de volvulus traité par colo-exsufflation.

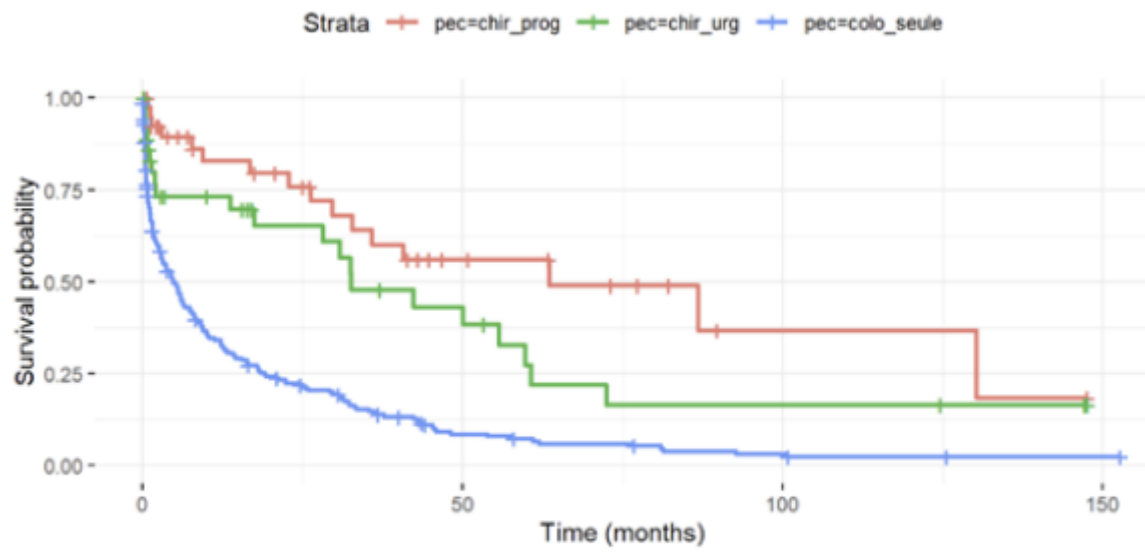
Figure 1 - Diagramme de flux



*Managed in another institution (n = 7); other volvulus (n = 5). §Symptomatic treatment (enemas, medications, diet, Faucher tube insertion etc.)

Figure 2 - Survie sans récurrence

Recurrence-free survival Curve



Recurrence-free survival Curve



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00035-Déjouer la Similarité : L'Intelligence Artificielle Affine le Diagnostic Radiologique de la Diverticulose Sigmoidienne

Asma SGHAIER (1) , Haifa BEN SLAMA (2), Mohamed Amine EL GHALI (1), Ayoub GUESMI (3), Amal LETAIEF (4), Sabri YOUSSEF (1) - (1)Faculté De Médecine De Sousse Service De Chirurgie Générale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (2)Ecole Nationale D'ingénieur Sousse, Sousse, Tunisie, (3)Faculté De Médecine De Sousse Service D'imagerie Médicale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (4)Faculté De Médecine De Sousse Service De Chirurgie Générale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous déclarons avoir aucun conflit d'intérêt en rapport à la réalisation de ce travail

Introduction

Le diagnostic des diverticuloses sigmoïdiennes (DS) représente un défi en raison de la similarité des symptômes avec d'autres affections. Cette recherche explore l'application de modèles d'apprentissage automatique (ML) avancés pour améliorer la discrimination diagnostique en analysant les images radiologiques et les données cliniques des patients. L'objectif principal est d'évaluer des modèles d'Intelligence artificielle (IA) performants pour une identification fiable de la DS.

Méthodes

Une étude était menée des données réelles incluant des images scanographiques et des données cliniques. Des réseaux neuronaux convolutifs (CNN) et liquides (LNN) étaient comparés pour analyser les images. Des algorithmes (SVM, KNN, forêt aléatoire, arbre de décision, XGBoost, Naive Bayes) étaient évalués pour les données cliniques. Les performances étaient mesurées par l'exactitude, la précision, le rappel et le score F1. L'augmentation de données avait amélioré la robustesse des modèles d'imagerie.

Résultats

L'analyse des images a démontré le potentiel des CNN pour identifier les caractéristiques radiologiques des DS, atteignant une bonne exactitude après optimisation. Les LNN ont montré des capacités prometteuses. Pour les données cliniques, les modèles arborescents (Random Forest et XGBoost) ont surpassé les autres avec des scores F1 élevés. L'intégration multimodale des caractéristiques d'imagerie (CNN) et cliniques est en évaluation.

Conclusion

Cette étude souligne le potentiel de l'IA, notamment les CNN pour l'imagerie et les modèles arborescents pour les données cliniques, dans l'amélioration du diagnostic de la DS. Les performances prometteuses des modèles d'imagerie et cliniques suggèrent l'intérêt d'une

approche intégrée. Les travaux futurs se concentreront sur l'optimisation multimodale et la validation externe en vue d'une application clinique.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00046-Mélanome anorectal : l'immunothérapie a-t-elle modifié le paradigme chirurgical et le pronostic oncologique ?

Maxime COLLARD (1), Djaouida BELKADI SADOUD (2), Leonor BENHAIM (1), Gorana TOMASIC (3), Caroline ROBERT (2), Isabelle SOURROUILLE (1) - (1)Service Chirurgie Digestive, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (2)Service De Dermato-Oncologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (3)Service D'anatomopathologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'immunothérapie a transformé le pronostic du mélanome cutané. Le mélanome anorectal, rare, se distingue par un pronostic sombre et un profil mutationnel spécifique. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'immunothérapie dans le traitement du mélanome anorectal.

Méthodes

Tous les patients traités pour mélanome anorectal entre 2004 et 2024 dans un centre de référence ont été inclus.

Résultats

Cinquante-deux patients (âge médian: 65ans ; 65% de femmes) ont été analysés. Dix-huit (35%) n'étaient pas éligibles à une chirurgie curative (15 métastatiques, 3 inopérables). Parmi les 34 patients opérables, un a présenté une réponse complète sous thérapie ciblée et n'a pas été opéré. Douze ont reçu une immunothérapie péri-opératoire (5 néoadjuvante, 5 adjuvante, 2 les deux). Après immunothérapie néoadjuvante, aucune régression tumorale n'a été observée (1 stabilité, 5 progressions locales, 1 progression métastatique). Trente-deux patients ont été opérés (22 amputations abdomino-périnéales, 10 exérèses locales), sans différence de survie globale (SG, $p=0,74$) ni de survie sans récurrence (SSR, $p=0,40$) selon le type de chirurgie. La SG était meilleure chez les patients opérables (45 vs 19 mois, $p=0,022$). Chez eux, l'immunothérapie péri-opératoire n'a pas modifié la SG (45 vs 46 mois, $p=0,97$) ni la SSR (31 vs 24 mois, $p=0,45$). Une toxicité immuno-induite est survenue chez 42% (5/12). En situation palliative, l'immunothérapie a induit une régression tumorale dans 26% des cas, avec une survie sans progression (médiane de 4mois contre 2mois sous chimiothérapie ($p=0,013$)).

Conclusion

L'immunothérapie péri-opératoire n'a pas amélioré le pronostic du mélanome anorectal. La résection chirurgicale reste la stratégie la plus efficace pour les patients opérables.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00064-Étude comparative des fistules post-opératoires Uréthro-rectales (FUR) précoce et tardive. Résultat d'une étude multicentrique Nationale.

Pauline JEANNOT (1), Roussel EDOUARD (2), Dutoit ALEXANDRE (3), Collard MAXIME (4), Niki CHRISTOU (3), Jeremy LEFEVRE (4), Amine SOUADKA (5), Arnaud ALVES (6), Antonio CASTALDI (7), Martin BERTRAND (7), Nicolas MICHOT (1), Benjamin FAIVRE D ARCIER (8), Franck BRUYERE (8), Jean-Jacques TUECH (2), Urs GIGER-PABST (9), Mehdi OUAISSI (1) - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepatobiliary And Liver Transplant, Trousseau Hospital, University Hospital Of Tours, Tours, France, (2)Department Of Digestive, Oncological Surgery, Dupuytren Hospital, Chu Rouen, Rouen, Rouen, France, (3)Department Of Digestive Surgery, Limoges Hospital, Limoges, France, (4)Department Of Digestive Surgery, Hôpital Saint-Antoine, Sorbonne Université, Paris, France, (5)Department Of Surgical Oncology, National Institute Of Oncology, University Mohammed V In Rabat, Rabat, Rabat, Maroc, (6)Department Of Digestive Surgery, University Of Caen Normandy, Anticipe, Inserm Unity Umr 1086, Caen, Caen, France, (7)Department Of Digestive Surgery, University Hospital Of Nîmes, Nîmes, France, (8)Urology Department, Hôpital Bretonneau Hospital, C.h.u De Tours, Tours, France, (9)Fliedner Fachhochschule, University Of Applied Sciences Düsseldorf, Dusseldorh, Allemagne

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La Prise en charge des Fistules uréthro-rectales (FUR) postopératoires est complexe et non standardisée. Le but de cette étude était de comparer les résultats à court et à long terme d'une prise en charge multidisciplinaire des FUR postopératoires précoce et tardive.

Méthodes

La FUR précoce (FURP) et la FUR tardive (FURT) étaient définies comme survenant <30 et ≥ 30 jours post opératoires respectivement. Toutes les données pré et post opératoire précoces et tardives ont été colligées.

Résultats

77 FUR traité chirurgicalement entre le 01/01/2010 et 01/06/2023 ont été colligés. Il y avait 37 FURP et 35 FURT. Le taux de prostatectomie totale était significativement supérieur dans le groupe FURP alors que les ATCD de chirurgie rectale et de radiothérapie était inférieure comparativement au FURT (97%vs40 %; 0 %vs31% ; et 5,4%vs 57%; p<0,0001 respectivement). Les taux de guérison étaient significativement supérieurs dans le groupe FURP après les traitements initiaux (44% contre 24%) et secondaires (57%vs4,5%). Après un suivi médian de 65 mois, le taux de guérison définitive était significativement supérieur dans le groupe FURP (83,7%vs24%; p<0,0001). Le taux de stomie digestive globale était de 30%, et était significativement plus faible le groupe FURP comparativement au FURT (13,5 %vs48,5 %; p=0,0017), tout comme le taux de dérivation urinaire (13,5%vs25,7% ; p=0,2404) respectivement.

Conclusion

30 % des patients avaient une colostomie définitive en fin de prise en charge, avec une proportion significativement plus élevée dans le groupe FURT. Les chirurgies répétées dans le groupe FURT se sont souvent soldées par des échecs.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00095-Prothèse biologique prophylactique pour la prévention des hernies para-stomiales : un essai contrôlé randomisé multicentrique

Charles SABBAGH (1) , François MAUVAIS (2), Jean-Jacques TUECH (3), Nicolas SIEMBIDA (1), Jerome LORIAU (4), Arnaud ALVES (4), Jean-Marc REGIMBEAU (1) - (1)Chu Amiens-Picardie, Amiens, France, (2)Ch Beauvais, Beauvais, France, (3)Chu Rouen, Rouen, France, (4)Hopital Saint Joseph, Paris, France

Conflits d'intérêts

Le laboratoire AbbVie a financé les prothèses mais n'a pas eu de droit de regard sur la conception de l'étude, le choix du critère de jugement principal, la constitution de l'eCRF, l'analyse des résultats.

Introduction

L'événement para-stomiale (EPS) reste l'une des complications les plus fréquentes après la réalisation d'une colostomie terminale. Le renforcement prophylactique par une prothèse au moment de la création de la stomie a été proposé pour réduire ce risque. Des prothèses synthétiques et biologiques sont disponibles, mais les preuves de haut niveau soutenant l'utilisation préventive des prothèses biologiques restent limitées. Cet essai contrôlé randomisé multicentrique visait à évaluer l'efficacité d'une prothèse biologique dans la prévention des EPS.

Méthodes

De 2014 à 2021, les patients nécessitant une colostomie terminale définitive ont été randomisés pour recevoir soit un renforcement par prothèse biologique, soit aucune prothèse lors de la création de la stomie. Le critère de jugement principal était le taux d'EPS à 6 mois (cliniquement/scanner). Les critères secondaires incluaient la morbidité à 1/6 mois, 1, 2 et 3 ans, le taux de HPS à 1, 2 et 3 ans ; la qualité de vie liée à la stomie. Au total, 98 patients devaient être inclus pour détecter une réduction du taux d'EPS de 40 % à 15 %.

Résultats

Soixante-dix-huit patients ont été inclus (39 dans chaque groupe). Les caractéristiques épidémiologiques étaient comparables. À 6 mois, une EPS a été observée chez 27 % des patients du groupe sans prothèse contre 15 % dans le groupe avec prothèse (OR : 0,47 ; IC 95 % : 0,13–1,49 ; p = 0,21 ; analyse en intention de traiter).

Conclusion

Le groupe avec prothèse biologique avait un taux d'EPS plus faible à 6 mois mais sans différence statistiquement significative.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00098-Étude comparative de la reconstruction pelvienne après amputation abdomino-périnéale par prothèse biologique vs fermeture primaire : résultats préliminaires de l'essai contrôlé randomisé prospectif multicentrique GRECCAR 9

Etienne BUSCAIL (1) , Quentin DENOST (2), Benjamin FERNANDEZ (3), Eddy COTTE (4), Zaher LAKKIS (5), Charles SABBAGH (6), Jean Jacques TUECH (7), Emile DUCHALAIS (8), Aurelien VENARA (9), Jeremie LEFEVRE (10), Bertrand TRILLING (11), Laura BEYER-BERJEAUD (12), Arnaud ALVES (13), Guillaume PIESEN (14), Adeline GERMAIN (15), Cecile DE CHAISEMARTIN (16), Mehrdad JAFARI (17), Simone MANFREDI (18), Cecilia CERIBELLI (19), Laurent GHOUTI (1), Jean Pierre DUFFAS (1), Antoine PHILIS (1), Sylvain KIRZIN (20), Valerie CANCES LAUWERS (1) - (1)Chu Toulouse, Toulouse, France, (2)Bordeaux Colorectal Institut, Bordeaux, France, (3)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (4)Chu Lyon, Lyon, France, (5)Chu Besançon, Besançon, France, (6)Chu Amiens, Amiens, France, (7)Chu Rouen, Rouen, France, (8)Chu Nantes, Nantes, France, (9)Chu Angers, Angers, France, (10)Aphp, Paris, France, (11)Chu Grenoble, Grenoble, France, (12)Aphm, Marseille, France, (13)Chu Caen, Caen, France, (14)Chu Lille, Lille, France, (15)Chu Nancy, Nancy, France, (16)Ipc, Marseille, France, (17)Centre Oscar Lambret, Lille, France, (18)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (19)Institut De Cancerologie De Lorraine, Nancy, France, (20)Clinique Croix Du Sud, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'amputations abdominopérinéale (AAP) entraîne un taux élevé de morbidité. La radiothérapie néoadjuvante augmente le taux complications périnéales. L'objectif de cette étude multicentrique était de comparer la fermeture périnéale par prothèse biologique (PB) à la fermeture périnéale primaire (FP) chez des patients atteints d'un cancer anorectal après AAP. Nous présentons les résultats de l'étude sur les données de cicatrisation périnéale à 6 mois.

Méthodes

GRECCAR9 était une étude contrôlée randomisée avec évaluation en double aveugle(score de southampton et CMH test.1, 3, 6, 9 et 12 mois) comparant la fermeture par PB à la fermeture FP (ratio 1 :1) après AAP. La randomisation a été stratifiée en fonction de la dose de radiothérapie(inférieure à 50 Gy/supérieure à 50 Gy).

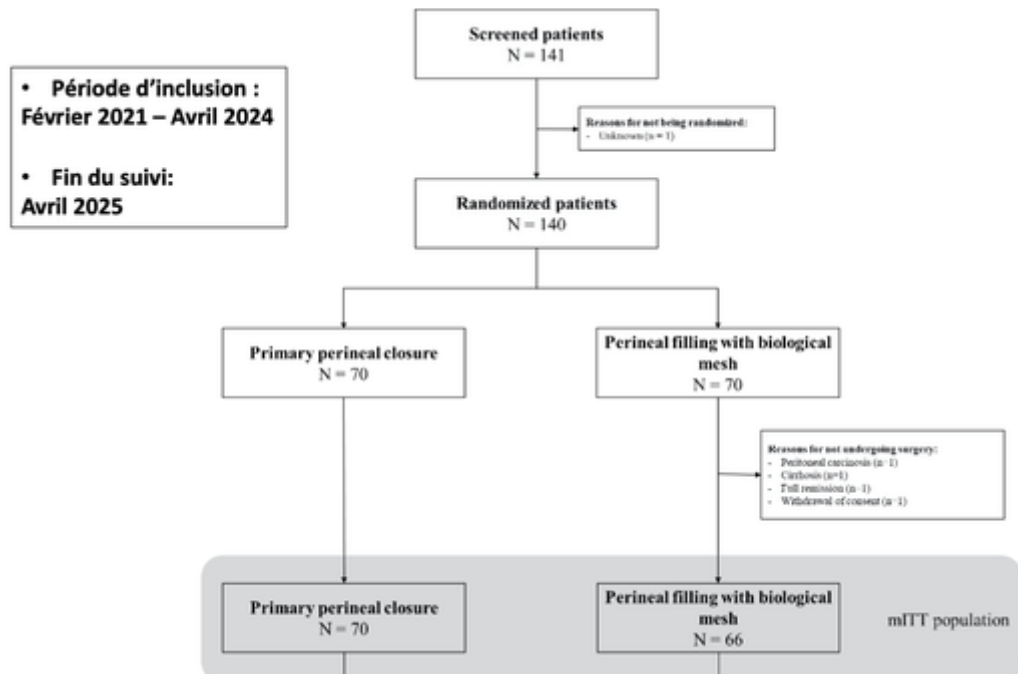
Résultats

140 patients ont été randomisés de février 2021 à avril 2024. Les données démographiques étaient comparables. Le taux de cicatrisation périnéale à 1,3 et 6 mois n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (FP = 46,4% vs PB= 39,3% p=0.257). Une tendance à l'amélioration de la cicatrisation a été observé dans le groupe PB chez les patients ayant reçu une radiothérapie supérieure à 50 Gy (CMH test: OR=1,25, IC 95 % : 0,23 à 6,86, p=0,157).

Conclusion

GRECCAR 9 est la première étude comparant la FP et la fermeture par PB après AAP suite à une radiothérapie longue et une radiothérapie haute dose. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes dans la cicatrisation périnéale. La fermeture par PB semble réduire les complications périnéales après une radiothérapie à haute dose.

diagramme de l'étude GRECCAR 9



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00110-Anastomose coloanale immédiate versus anastomose coloanale différée modifiée après proctectomie pour cancer : Etude prospective, contrôlée et randomisée.

Hani BENDIB (1) , Abdelkrim ANOU (2), Nabil DJELALI (1), Razika HACHLAF (1), Chemseddine CHEKMAN (1) - (1)Département De Chirurgie Oncologique, Clinique Debussy, Centre Pierre & Marie Curie, Université Des Sciences De La Santé, Alger, Algérie, (2)Service De Chirurgie Générale, Hôpital Universitaire Douera, Université Blida 1, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucuns

Introduction

L'anastomose coloanale différée (ACAD) est de plus en plus pratiquée chez les patients opérés d'un cancer du bas rectum en raison des résultats favorables récemment publiés. Une version modifiée de l'ACAD (ACADm) a été décrite et semble offrir un avantage en termes de morbidité. Le but de cette étude était de comparer les résultats postopératoires à 90 jours de l'anastomose coloanale immédiate (ACAI) avec iléostomie de dérivation versus ACADm.

Méthodes

A la Clinique Debussy du Centre Pierre & Marie Curie d'Alger, tous les patients ayant subi une exérèse totale du mésorectum pour cancer du bas ou moyen rectum entre Juin 2022 et Septembre 2024 ont été randomisés entre ACAI et ACADm. Le critère de jugement principal était le taux de fistules anastomotiques (FA) à 90 jours.

Résultats

Soixante-dix-sept patients, 45 hommes et 32 femmes, d'une moyenne d'âge de 58 ans ont été inclus et randomisés entre ACAI (39 patients) et ACADm (38 patients). Respectivement, Le taux de complications postopératoires sévères ainsi que le taux de FA à 90 jours étaient similaires entre les 2 groupes (26,5% vs. 18,4% ; $p = 0,57$), (17,6% vs. 35,1% ; $p = 0,11$). En analyse per-protocole, les patients du groupe ACAI avaient significativement plus de FA grade B et C comparé à ceux du groupe ACADm (8,8% vs. 2,1% ; $p = 0,009$).

Conclusion

L'ACADm, en diminuant le taux de FA graves, sans nécessité d'iléostomie de dérivation, constitue une alternative sûre à l'ACAI pour rétablir le circuit digestif après une proctectomie pour cancer.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00159-Impact oncologique de la chimiothérapie adjuvante après exérèse rectale pour cancer à l'ère du TNT : Résultats de deux essais randomisés contrôlés GRECCAR 4 et PRODIGE 23.

Quentin DENOST (1) , Philippe ROUANET (2), Jean-François BOSSET (3), Bernard LELONG (4), Christophe BORG (3), Pierre-Luc ETIENNE (5), Philippe MAINGON (6), Emmanuel RIO (7), Jean-Jacques TUECH (8), Stéphanie NOUGARET (2), Eva TERUEL (2), Sophie GOURGOU (2), Thierry CONROY (9) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Bordeaux, France, (2)Institut Régional Du Cancer De Montpellier, Montpellier, France, (3)Chu De Besançon, Besançon, France, (4)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France, (5)Cario, Hôpital Privé Des Côtes D'armor, Plérin, France, (6)Aphp,hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (7)Institut De Cancérologie De L'ouest-Site René Gauducheau, Saint-Herblain, France, (8)Chu De Rouen, Rouen, France, (9)Nstitut De Cancérologie De Lorraine, Nancy, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt.

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact oncologique de la chimiothérapie adjuvante (aCT+) dans le cancer du rectum dont l'indication reste controversée à l'ère du traitement néoadjuvant total (TNT).

Méthodes

Une analyse post hoc a été réalisée sur les sous-populations ypN+ et ypN0/cN+ des données groupées des essais GRECCAR4 et PRODIGE 23 (patients ayant reçu soit une radiochimiothérapie (CRT) soit un TNT d'induction). Les patients avec (aCT+) et sans CT adjuvante (aCT-) ont été comparés. Les critères d'évaluation étaient la survie sans maladie (DFS), la survie globale (OS) et la survie sans métastases à distance à 3 ans (DMFS), toutes ajustées sur score de propension.

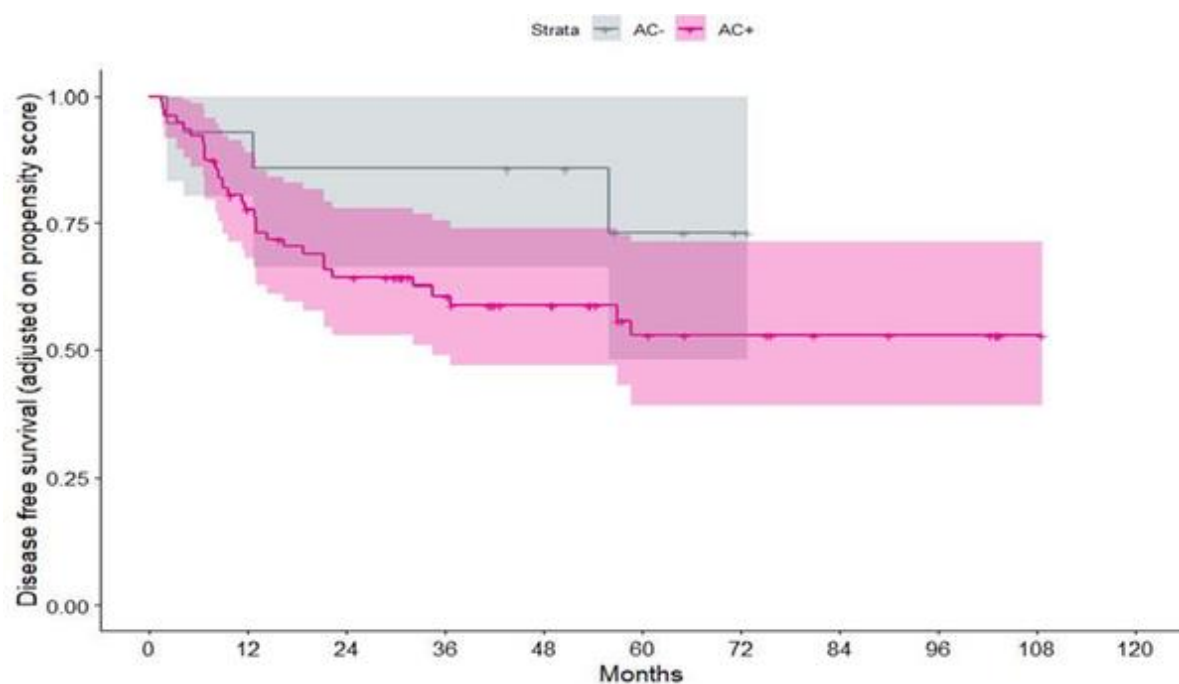
Résultats

Dans ces 2 essais randomisés, 489 patients ont été analysés avec un suivi médian de 70mois : 152 aCT- versus 337 aCT+. La DFS était de 77 %, significativement améliorée dans le groupe aCT+ pour ypN+ après CRT ($p<0,001$), mais pas après TNT ($p=0,96$). La DFS n'était pas améliorée dans le groupe aCT+ pour ypN0/cN+ ($p=0,77$) quel que soit le traitement néoadjuvant. De même, l'OS et la DMFS dans le groupe aCT+ étaient significativement meilleures pour les patients ypN+ après CRT, mais pas après TNT. Pour les ypN0/cN+, aucune différence n'a été observée quel que soit le traitement néoadjuvant

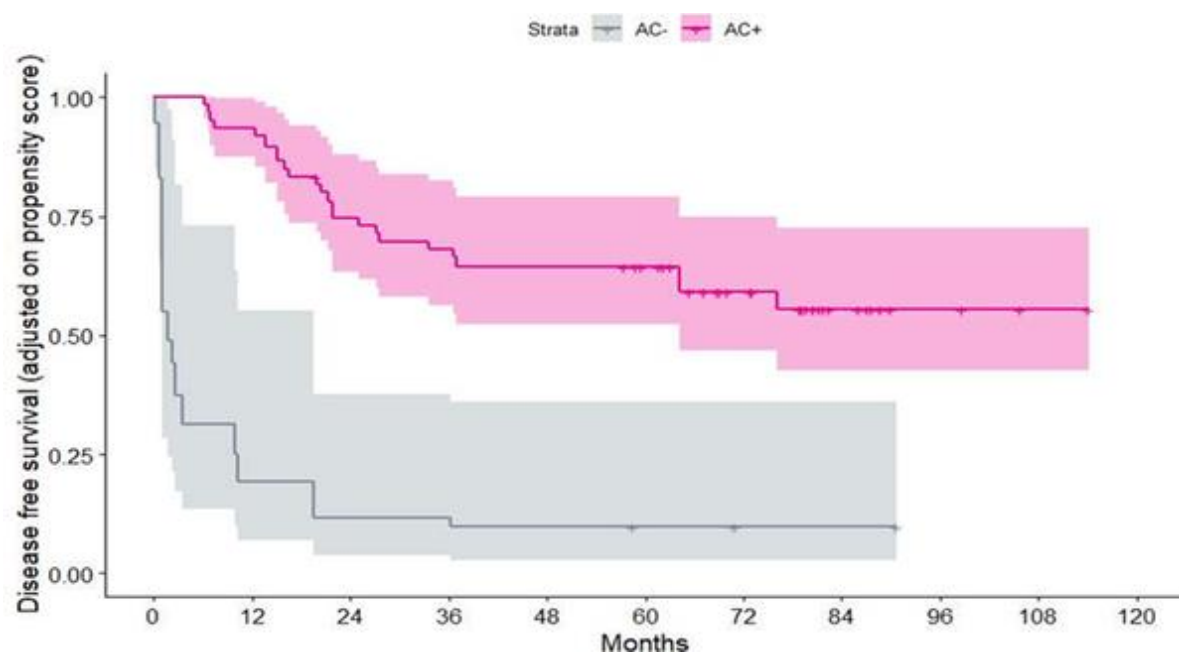
Conclusion

La chimiothérapie adjuvante améliore significativement la DFS, OS et la DMFS chez les patients ypN+ après CRT, mais n'a aucun impact après TNT. Ces résultats devraient éviter de surtraiter les patients en contexte adjuvant à l'ère du TNT.

Survie sans maladie après TNT chez les ypN+



Survie sans maladie après CRT chez les ypN+



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00163-Adénocarcinome mucineux colorectal : caractéristiques clinicopathologiques et modalités de dissémination

Andrius MESKAUSKAS (1) , Mohamed-Amine BANI (2), Isabelle SOURROUILLE (1), Leonor BENHAÏM (1), Elena FERNANDEZ-DE-SEVILLA (1), Michel DUCREUX (3), Maximiliano GELLI (1) - (1)Gustave Roussy : Service De Chirurgie Viscérale Oncologique, Villejuif, France, (2)Gustave Roussy : Service De Pathologie, Département De Biologie Et Pathologie Médicales, Villejuif, France, (3)Gustave Roussy : Service D'oncologie Digestive, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

Introduction

L'adénocarcinome mucineux (MAC : mucinous adenocarcinoma) est une entité histologiquement distincte de cancer colorectal (CRC), associée à un pronostic défavorable. Ce pronostic pouvant être attribué au stade plus avancé au diagnostic, la valeur pronostique indépendante de l'histologie mucineuse reste débattue. Récemment, des sphères tumorales à polarité inversée (TSIP) ont été décrites dans les MAC métastatiques, suggérant un marqueur potentiel d'agressivité.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique incluant 869 patients opérés d'un CRC entre 2000 et 2025, classés en adénocarcinome non spécifique (n=472), adénocarcinome avec composante mucineuse < 50% (n=88) et MAC (≥50 %, n=155). Une analyse clinico-biologique et de survie a été réalisée. La présence des TSIP a été évaluée dans un sous-groupe de tumeurs primitives (n=108) et des métastases (n=51) de MAC.

Résultats

Les MAC étaient plus souvent localisés à droite, de stade TNM plus avancé et métastatiques. Ils étaient plus fréquemment dMMR/MSI et porteurs de mutations KRAS et BRAF. Le phénotype mucineux était un facteur de risque de mortalité, persistant après ajustement au stade TNM (HR = 1,57 ; IC95 : 1,06-2,34). Les TSIP ont été détectées dans 80,6% des MAC, corrélées aux stades T, N et à la présence des métastases synchrones. La présence des TSIP était associée à un risque deux fois plus élevé de récurrence (35,6 vs 18,2%), sans atteindre la significativité.

Conclusion

Le MAC présente un tropisme péritonéal spécifique et un pronostic péjoratif. Les TSIP pourraient affiner la stratification du risque associé aux MAC et refléter une biologie tumorale agressive.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00182-Impact de la coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale sur la fonction sexuelle, l'état psychologique et la qualité de vie dans la rectocolite hémorragique : étude de cohorte prospective du groupe GETAID Chirurgie

Barbara NOIRET (1) , Eddy COTTE (2), Jérémie H LEFEVRE (3), Laura BEYER-BERJOT (4), Philippe ZERBIB (5), Antoine BROUQUET (6), Véronique DESFOURNEAUX (7), Jean-Pierre DUFFAS (8), Adeline GERMAIN (9), Zaher LAKKIS (10), Mehdi OUAISSI (11), Jean-Jacques TUECH (12), Cécile BRIGAND (13), Bertrand TRILLING (14), Justine ARQUILLIERE (2), Quentin DENOST (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Bordeaux, France, (2)Département De Chirurgie Digestive Et Oncologique-Hôpital Lyon Sud, Lyon, France, (3)Département De Chirurgie Colorectale, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, (4)Département De Chirurgie Digestive, Marseille, France, (5)Département De Chirurgie Digestive, Lille, France, (6)Département De Chirurgie Digestive Et Oncologique-Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France, (7)Département De Chirurgie Digestive, Rennes, France, (8)Département De Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (9)Département De Chirurgie Digestive, Nancy, France, (10)Département De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Besançon, France, (11)Département De Chirurgie Digestive, Endocrinienne Et Hépatobiliaire-Hôpital Trousseau, Tours, France, (12)Département De Chirurgie Digestive, Rouen, France, (13)Département De Chirurgie Digestive-Hôpital Hautepierre, Strasbourg, France, (14)Département De Chirurgie Digestive-Hôpital La Tronche, Grenoble, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale (CPT-AIA) est le traitement chirurgical standard des patients avec rectocolite hémorragique réfractaire. Si son impact sur la fonction intestinale est bien documenté, ses effets sur la fonction sexuelle restent controversés. Cette étude visait à évaluer l'évolution de la fonction sexuelle, l'état psychologique et la qualité de vie (QdV) après chirurgie.

Méthodes

Cette cohorte prospective multicentrique du groupe GETAID a inclus des patients avec CPT-AIA. La fonction sexuelle a été évaluée par l'IIEF-5 et FSFI. Les résultats psychologiques, la fatigue et QdV ont été évalués à l'aide du HADS, FSS, SIBDQ, recueillis en préopératoire, puis 6 à 12 mois postopératoires.

Résultats

Parmi 332 patients ont inclus, 40% ont rempli les questionnaires. La fonction sexuelle masculine est restée stable, 50 % signalant une dysfonction érectile (DE) préopératoire, sans modification significative à 12 mois. Le score FSFI s'est amélioré significativement, notamment pour le désir ($p=0,002$) et l'excitation ($p=0,003$), bien que 59% aient encore des troubles sexuels à 12mois. Les scores HADs ont diminué ($p<0,001$), de même que la fatigue ($FSS \geq 4$: de 43 % à 25 %, $p=0.004$). La QdV s'est nettement améliorée, avec une réduction par trois du nombre de patients ayant une QdV altérée ($p<0,001$). La dépression était fortement associée à la DE ($OR = 14,46$, $p = 0,021$).

Conclusion

La CPT-AIA améliore de manière significative l'état psychologique, la fatigue et la QdV, mais des troubles persistants, notamment la dépression, justifient un accompagnement personnalisé en périopératoire.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00184-Utilisation prophylactique des alpha-bloquants pour prévenir la rétention urinaire postopératoire après exérèse totale du mésorectum pour cancer : étude prospective multicentrique du groupe GRECCAR

Barbara NOIRET (1) , Bertrand TRILLING (2), Philippe ROUANET (3), Eddy COTTE (4), Mehdi OUAISSI (5), Nathan MORENO-LOPEZ (6), Adeline GERMAIN (7), Simoné MANFREDELLI (8), Bertrand LELONG (9), Jean-Luc FAUCHERON (2), Hélène MEILLAT (9), Quentin DENOST (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Bordeaux, France, (2)Département De Chirurgie Digestive-Hôpital La Tronche, Grenoble, France, (3)Département De Chirurgie Digestive-Icm, Montpellier, France, (4)Département De Chirurgie Digestive Et Oncologique-Hôpital Lyon Sud, Lyon, France, (5)Département De Chirurgie Digestive-Hôpital Trousseau, Tours, France, (6)Département De Chirurgie Digestive, Dijon, France, (7)Département De Chirurgie Digestive, Nancy, France, (8)Département De Chirurgie Digestive-Hôpital Hautepierre, Strasbourg, France, (9)Département De Chirurgie Digestive Et Oncologique-Ipc, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le taux de re-sondage urinaire après exérèse totale du mésorectum (TME) pour cancer est de 13 %. Les alpha-bloquants, déjà utilisés en prophylactique dans d'autres procédures, pourraient faciliter la récupération des mictions post-opératoires après TME. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'Alfuzosine ou de la Silodosine sur le taux de resondage urinaire après TME.

Méthodes

Dans cette étude prospective multicentrique GRECCAR, des patients sans antécédents d'hyperplasie bénigne ou de cancer de prostate, opéré d'une TME, ont reçu soit de l'Alfuzosine (10 mg, 3 jours avant et après la chirurgie), soit de la Silodosine (8 mg de J0 à J4), et ont été comparés au bras témoin (sondage sans alpha-bloquants) de l'essai GRECCAR10. Le taux de resondage urinaire dans les 4 jours suivant la TME et la durée de séjour (DS) ont été évalués.

Résultats

Parmi 311 patients, 100 ont reçu le protocole Alfuzosine, 100 celui Silodosine et 111 étaient témoins. Le désondage était plus précoce avec l'Alfuzosine (J1[0-3]), Silodosine (J2[2-8], $p < 0,001$) et le bras témoin (J4[1-30], $p < 0,001$). Le taux de resondage urinaire était diminué avec l'Alfuzosine par rapport au bras témoin (5% vs. 13,5 %, $p = 0,035$), pas avec la Silodosine (8% vs. 13.5% $p = 0,199$). La DS était plus courte avec l'Alfuzosine (6 jours [2-60] vs. 10 jours [4-72], $p < 0.001$) et Silodosine (8 jours[5-40], $p < 0.001$).

Conclusion

L'Alfuzosine réduit significativement la rétention urinaire postopératoire, le taux de resondage urinaire et la DS après TME. Ce protocole devrait être intégré aux programmes de réhabilitation précoce après chirurgie rectale.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00195-L'injection de graisse autologue comparée à l'injection de cellules souches mésenchymateuses allogéniques dans le traitement des fistules anales complexes de maladie de Crohn (CHAZAM) : Une étude comparative prospective.

Cindy DANGER (1) , Alexandra POINAS (2), Juliette PODEVIN (1), Arnaud GIRARDOT (1), Pierre PERROT (3), Emilie DUCHALAIS (1) - (1)Chirurgie Viscérale, Chu De Nantes, Nantes, France, (2)Faculté De Médecine De Nantes, Nantes, France, (3)Chirurgie Plastique Et Reconstructrice, Chu De Nantes, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Pr Emilie DUCHALAIS : Animation de workshop avec Takeda

Introduction

L'objectif était de comparer l'efficacité de l'injection de graisse autologue (IGA) à l'injection de cellules souches mésenchymateuses allogéniques (Darvadstrocel) dans le traitement des fistules anales complexes de la maladie de Crohn (FCMC).

Méthodes

Des patients atteints de FCMC persistante après drainage et traitement anti-TNFα ont été prospectivement inclus. Chaque patient traité par injection de Darvadstrocel était programmé le même jour qu'un deuxième patient traité par IGA. En cas d'indisponibilité du Darvadstrocel, l'IGA pouvait être proposée aux deux patients. Le trajet était préparé et les orifices internes suturés avant injection. Le suivi minimal était de 6 mois. Le critère de jugement principal était la fermeture clinique du(des) orifice(s) secondaire(s) sans abcès ni réintervention. La cicatrisation radiologique était évaluée par IRM.

Résultats

De 2022 à 2024, 22 patients ont été traités : 10 par Darvadstrocel et 12 par IGA. L'âge médian était de 35 ans (IQR 30–41) et le délai médian depuis le diagnostic de fistule était de 28 mois (IQR 12–55). À 6 mois, la fermeture clinique était obtenue chez 30 % des patients CSMA et 50 % des patients IGA ($p=0,67$). La cicatrisation radiologique était plus fréquente après IGA (50 % vs 10 % ; $p=0,07$). À la fin d'un suivi médian de 17 mois (IQR 13–25), la cicatrisation clinique et radiologique était maintenue chez 5 des 6 patients du groupe IGA.

Conclusion

L'injection de graisse autologue semble plus efficace que le Darvadstrocel pour traiter les fistules complexes de la maladie de Crohn.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00265-Complications pariétales après chirurgie des colites inflammatoires : une cause de morbidité sous-estimée

Océane LELIÈVRE, Solafah ABDALLA, Aurélien AMIOT, Antoine MEYER, Franck CARBONNEL, Christophe PENNA, Stéphane BENOIST, Antoine BROUQUET - (1)Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

Conflits d'intérêts

Océane Lelièvre: pas de conflit Solafah Abdalla: pas de conflit Aurélien Amiot : orateur pour Abbvie, Janssen, Biocodex, Hospira, Ferring, Takeda, et MSD; consultant pour Abbvie, Hospira, Takeda, Gilead, aet Biocodex; membre du comité consultatif pour Gil

Introduction

La prise en charge chirurgicale des colites inflammatoires nécessite souvent plusieurs interventions et peuvent nécessiter la création de stomie. Peu de données existent concernant l'incidence, les facteurs de risque et la gestion des complications pariétales chez ces patients. Cette étude visait à évaluer l'incidence des complications pariétales et à identifier les facteurs de risque au terme d'une séquence chirurgicale complète.

Méthodes

Tous les patients opérés pour colite inflammatoire (RCH, crohn, indéterminée, médicamenteuse) entre mars 2010 et mai 2024 ont été inclus. Le critère de jugement principal était la survenue de complications pariétales (éventration médiane, péristomiale, sur orifice de stomie, prolapsus stomial). Les facteurs de risque ont été étudiés par analyse multivariée.

Résultats

Cent-neuf patients ont été inclus. Soixante-treize (67%) ont eu une anastomose iléo-anale, 23(21%) une iléo-rectale, et 13(12%) une colectomie totale avec iléostomie définitive. Le nombre moyen d'interventions par patient était de $2,7 \pm 0,96$. La stomie était temporaire chez 84(77%) patients, définitive chez 19(17%). Le suivi médian était de 44[21–91] mois. Vingt-cinq patients (23%) ont présenté une complication pariétale après un délai médian de 25[11–35] mois. Aucun des quatre patients ayant bénéficié d'une prothèse prophylactique lors de la fermeture de stomie n'a présenté de complication. Parmi les 20 réparations, 6(30%) ont récidivé, dont 3(15%) nécessitant une reprise. Un $IMC \geq 25$ ($OR=3,13$; $p=0,031$) et une stomie définitive ($OR=5,86$; $p=0,003$) étaient des facteurs de risque indépendants.

Conclusion

Un patient sur quatre développe une complication pariétale. La récurrence après réparation est fréquente. L'intérêt des prothèses prophylactiques doit être évalué.

Eventration sur ex-orifice et péristomiale (Face)



Eventration sur ex-orifice et péristomiale (Profil



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00297-Impact d'une stratégie ultra-restrictive dans la mise en place d'une iléostomie de protection en cas de chirurgie gynécologiques complexe associée à des résections digestives : modèles de l'endométrioses et des carcinoses ovariennes

Marie MEGALI (1), Antoine WATRELOT (2), Zied KEDOUS (2), Maxime POLO (1), Francois MITHIEUX (1), Pierre-Emmanuel BONNOT (1) - (1)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France, (2)Hopital Privé Natecia, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'endométriose et les carcinoses ovariennes nécessitent des chirurgies complexes associant péritonectomies et résections digestives impliquant des risque de fistules, de reprises et impactant les parcours de PMA/oncologiques d'où la mise en place courante d'iléostomie de protection si ouverture vaginale ou en cas de CHIP. Cette procédure n'a rien d'anodine pour un bénéfice discutable. Ce travail évalue l'impact d'une stratégie "ultra-restrictive" dans la mise en place d'une iléostomie chez ces patientes.

Méthodes

91 patientes opérées pour endométriose et 69 pour carcinose ovarienne avec au moins un geste digestif(shaving, résection discoïde/segmentaire) ont été incluses entre 01-2022 et 03-2025. 4 patientes avec carcinose ont eu une iléostomie de protection. La morbidité postopératoire a été analysée.

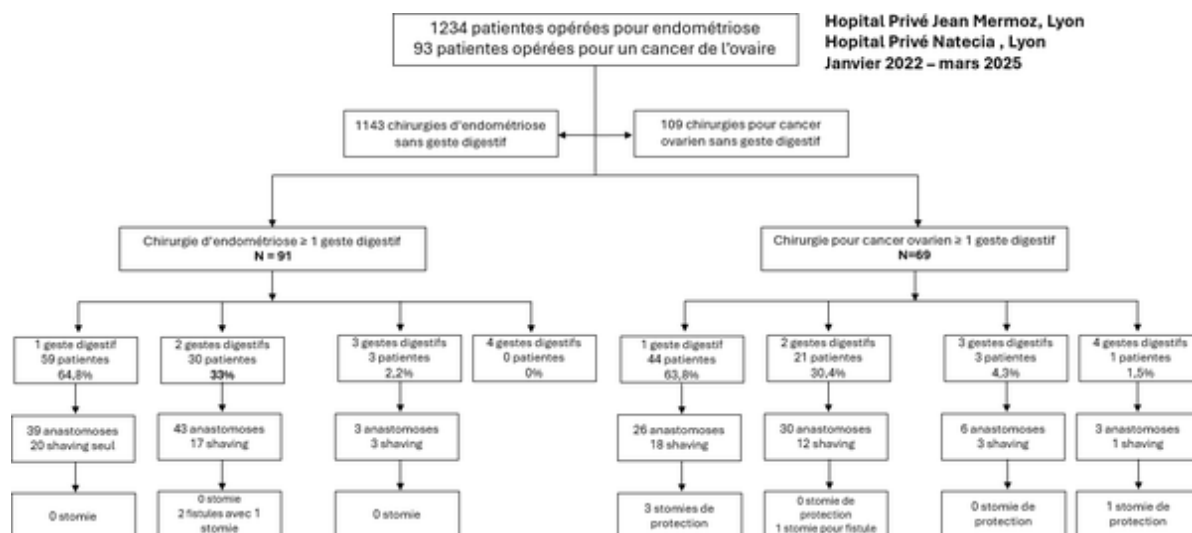
Résultats

224 gestes digestifs ont été réalisés (1.4 geste/patiente) avec un taux d'ouverture vaginale de 18.6% pour endométriose vs 81.16% si carcinose ($p < 0.001$). 25 (36%) des carcinoses ont bénéficié d'une CHIP. Les taux de complications grades 3-4 étaient de 8.12% (4.4% endométriose vs 13.04% carcinose, $p = 0.076$) dont 2 fistules (2.2%) et 3 reprises (3.3%) dans le bras endométriose contre 1 (1.45%) et 7 (10.14%) dans le bras carcinose ($p = 0.102$, $p = 0.73$). Aucune fistule recto-vaginale. Le taux de stomie total (protection+reprise) était de 3.75% (endométriose 1.1% vs 7.25% carcinose; $p = 0.108$) avec 1.1% réadmission à 3 mois vs 11.6%. Toutes les patientes ont repris la PMA et 98.2% leur chimiothérapie après un délai médian de 45j. Parmi les 4 stomies prophylactiques, on note 2 hyperdébits et 1 fistule grelue après fermeture.

Conclusion

Une stratégie ultra-restrictive de stomie de protection apparaît sûre et efficace après chirurgie d'endométriose ou de carcinose ovarienne en cas de résection digestive associée y compris si ouverture vaginale et/ou CHIP.

Flow Chart et principaux résultats



Flow chart

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00350-L'iléostomie de protection est-elle nécessaire lors de la proctectomie secondaire avec AIA ? Résultats de l'essai IDEAL

Laura BEYER-BERJOT (1), Eddy COTTE (2), Stéphane BENOIST (3), Antoine BROUQUET (3), Quentin DENOST (4), Zaher LAKKIS (5), Veronique DESFOURNEAUX-DENIS (6), Philippe ZERBIB (7), Adeline GERMAIN (8), Charles VANBRUGGHE (9), Mehdi OUAISSI (10), Stéphane BERDAH (1), Karine BAUMSTARCK (11), Jérémie H LEFÈVRE (12) - (1)Hôpital Nord-Aphm-Aix-Marseille Université, Marseille, France, (2)Hospices Civils De Lyon, Lyon, France, (3)Hôpital Bicêtre-Aphp, Kremlin Bicêtre, France, (4)Bordeaux Colorectal Institute, Clinique Tivoli, Bordeaux, France, (5)Chu Besançon, Besançon, France, (6)Chu Rennes, Rennes, France, (7)Chru Lille, Lille, France, (8)Chu Nancy, Nancy, France, (9)Hôpital Européen, Marseille, France, (10)Chu Tours, Tours, France, (11)Service De Santé Publique-Aix-Marseille Université, Marseille, France, (12)Hopital Saint Antoine-Aphp-Sorbonne Université, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt.

Introduction

Il n'existe pas de donnée probante de haut niveau de preuve soutenant l'utilisation systématique de l'iléostomie de protection (IP) dans les anastomoses iléo-anales (AIA).

Méthodes

Il s'agit d'un essai multicentrique, ouvert, randomisé, de supériorité (NCT03872271), soutenu par le GETAID Chirurgie, comparant la proctectomie secondaire + AIA avec ou sans IP chez des patients atteints de rectocolite hémorragique ou de colite indéterminée. Le critère de jugement principal était la morbidité globale postopératoire à 6 mois, incluant les complications liées à la fermeture de l'IP. Les critères de jugement secondaires comprenaient la morbidité détaillée à 6 mois (taux de fistule anastomotique, réintervention, réadmission), les résultats fonctionnels et la qualité de vie à 3 et 12 mois, l'analyse coût-utilité, et la morbidité globale à 12 mois. Le calcul d'effectifs initial était de 194 patients. Une analyse intermédiaire de sécurité portant sur le taux de fistule anastomotique était prévue à la moitié des inclusions.

Résultats

98 patients ont été inclus dans l'analyse de sécurité : 51 dans le groupe avec IP et 47 dans le groupe sans IP. Le taux de fistule anastomotique était significativement plus élevé dans le groupe sans IP (32 % vs. 13 %, $p=0,04$), bien que la morbidité globale à 6 mois ne diffère pas (74 % vs. 73 %, $p=0,86$). Les résultats complets seront présentés lors du 3CVD.

Conclusion

L'AIA sans IP est associée à un risque accru de fistule anastomotique. Devant les résultats de l'analyse de sécurité, l'essai IDEAL a été interrompu prématurément.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00373-Cancer après anastomose iléo-anale pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin: facteurs de risque et pronostic

Clotilde DUMAS (1) , Stéphane BERDAH (1), Mélanie SERRERO (2), Laura BEYER-BERJOT (1) - (1)Département De Chirurgie Viscérale & Digestive, Hôpital Nord-Aphm-Aix-Marseille Université, Marseille, France, (2)Service De Gastroentérologie, Hôpital Nord-Aphm-Aix-Marseille Université, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les facteurs de risque de néoplasie et de dysplasie de haut grade (NDHG) après anastomose iléo-anale (AIA) pour maladie inflammatoire (MICI) sont mal définis, et les stratégies de surveillance sont hétérogènes. Cette étude visait à évaluer les caractéristiques cliniques, l'histoire naturelle et les facteurs de risque (FDR) associés à la NDHG.

Méthodes

Nous avons mené une étude de cohorte longitudinale incluant toutes les AIA réalisées dans notre centre tertiaire entre 2000 et 2024. Tous les cas de NDHG ont été identifiés puis comparés avec l'ensemble de la cohorte et un sous-groupe de d'AIA d'indication bénigne (colite réfractaire ou colite aiguë grave (CAG)) sans NDHG ultérieure.

Résultats

Parmi les 157 patients inclus, 5 (3,2 %) ont développé une NDHG avec un délai médian de 7 ans après AIA. Une dysplasie ou un cancer initial constituait le principal facteur de risque de NDHG (13 % vs. 1,5 %, HR 9,65, $p=0,02$), avec une survie sans récurrence à 5 ans plus faible en cas de néoplasie initiale (84,2 % vs. 100 %, Log-Rank $p<0,01$). Après exclusion de 22 patients avec néoplasie initiale, les FDR identifiés de NDHG en régression univariée de Cox incluaient les complications médicales postopératoires (HR 11,18, $p<0,01$), les troubles fonctionnels à long terme (HR 17,62, $p=0,01$), la pancolite (HR 8,01, $p=0,02$) et la cholangite sclérosante primitive (HR 10,36, $p=0,04$).

Conclusion

La néoplasie initiale est le principal FDR de NDHG, mais tous les patients avec AIA pour MICI peuvent cependant être concernés. Ces résultats soulignent l'importance d'un suivi clinique et endoscopique structuré.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00483-Evaluation d'un flash préopératoire de corticoïdes en chirurgie digestive cancérologique: essai randomisé multicentrique, en double aveugle, contre placebo (CORTIFRENCH).

Pablo ORTEGA-DEBALLON (1) , Abderrahmane BOURREDJEM (2), Jean-Marc RÉGIMBEAU (3), Philippe ZERBIB (4), Olivier FACY (1), Guillaume PIESSEN (4), David ORRY (5), Alexandre DOUSSOT (6), Sophie DEGUELTE-LARDIÈRE (7), Guillaume PORTA-BONETE (8), Laura BEYER-BERJOT (9), Lilian SCHWARZ (10), Cyrille BUISSET (11), François MAUVAIS (12), Ugo MARCHESE (13), Ahmet AYAV (14), François-Régis SOUCHE (15), Baptiste BORRACCINO (16), Aurélien VENARA (17), Sébastien GAUJOURX (18), Guillaume PASSOT (19), Nelson TRELLES (20), Astrid HERRERO (15), Mathieu MESSENGER (21), Christophe TRESALLET (22), Alain VALVERDE (23), Isabelle FOURNEL (24), Stéphane BENOIST (25) - (1)Chu François Mitterrand, Dijon, France, (2)Université De Bourgogne, Dijon, France, (3)Chu Amiens, Amiens, France, (4)Chu Lille, Lille, France, (5)Clcc Georges-François Leclerc, Dijon, France, (6)Chu Besancon, Besancon, France, (7)Chu Reims, Reims, France, (8)Chu Toulouse, Toulouse, France, (9)Hôpital Nord-Aphm, Marseille, France, (10)Chu Rouen, Rouen, France, (11)Ch Metz, Metz, France, (12)Ch Beauvais, Beauvais, France, (13)Hôpital Cochin-Aphp, Paris, France, (14)Chu Nancy, Nancy, France, (15)Chu Montpellier, Montpellier, France, (16)Ch Auxerre, Auxerre, France, (17)Chu Angers, Angers, France, (18)Chu Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (19)Chu Lyon Sud, Lyon, France, (20)Ch René-Dubos, Cergy-Pontoise, France, (21)Ch Tourcoing, Tourcoing, France, (22)Hôpital Avicenne-Aphp, Bobigny, France, (23)Groupe Hospitalier Diaconesses-Croix Saint Simon, Paris, France, (24)Chu De Dijon, Dijon, France, (25)Hôpital Kremlin-Bicêtre, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'intensité de l'inflammation péri opératoire est liée à un risqué majoré d'infection du site opératoire, à une récupération plus difficile, et à une moindre survie cancérologique. Moduler la réponse inflammatoire après chirurgie pourrait prévenir des complications et améliorer la récupération des patients. L'essai CORTIFRENCH visait à évaluer l'impact d'une dose flash de corticoïdes à l'induction anesthésique chez les patients opérés d'un cancer digestif.

Méthodes

Il s'agit d'un essai randomisé, multicentrique, double-aveugle, contre placebo, incluant des patients opérés d'un cancer digestif hors urgence, hors cadre palliatif, et hors chirurgie purement hépatique. Les patients ont été randomisés entre une dose de 20 mg/kg de méthylprednisolone ou un placebo. Le critère de jugement principal était la survenue de complications graves à J30 (Clavien-Dindo $\geq$ 3). Les critères secondaires étaient la survenue d'infection du site opératoire, d'infection intra-abdominale, la morbidité globale, la durée de séjour et l'aspect esthétique des cicatrices.

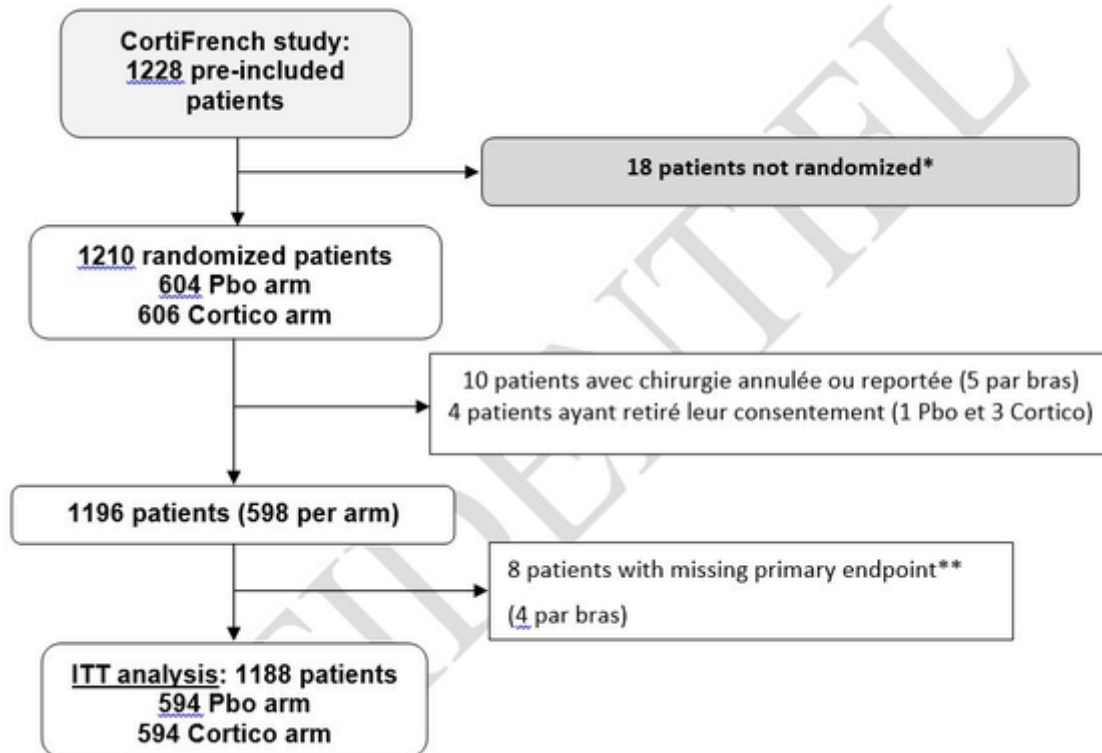
Résultats

Parmi 1228 patients éligibles, 1210 patients ont été randomisés dont 1196 patients analysés (598 par bras). Les complications graves n'étaient pas différentes entre les deux bras de traitement

(23% vs 20%, $p=0.16$). Il n'y avait pas non plus de différence en termes d'infection postopératoire (31% vs 30%, $p=0.75$), durée d'hospitalisation (13.21 vs 12.97 jours, $p=0.93$), ré interventions ou esthétique des cicatrices.

Conclusion

Une dose flash préopératoire de corticoïdes n'apporte pas de bénéfice sur les suites opératoires de la chirurgie pour cancer digestif.



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00501-Quel est l'impact de séances de gestion de stress en périopératoire sur le bien-être des patients lors de la prise en charge d'un cancer colorectal ? résultats d'une étude monocentrique prospective randomisée

Benoît ROMAIN (1), David LIU (1) , Marie JEANNEAU-DEGALLAIX (1), François SEVERAC (1), Odile ROHMER (2), Manfredelli SIMONE (3), Brigand CÉCILE (3), Guenot DOMINIQUE (4) - (1)Hôpitaux Universitaires De Strasbourg - Strasbourg (France), Strasbourg, France, (2)Inserm Umr1113 - Strasbourg (France), Strasbourg, France, (3)Hôpitaux Universitaires De Strasbourg, Strasbourg, France, (4)Inserm Umr1113, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Introduction

Améliorer la qualité de vie des patients pendant et après leur maladie est devenu un objectif majeur dans le domaine de la cancérologie. Le but de cette étude était d'analyser l'impact de séances de gestion de stress sur l'amélioration de la qualité de vie à la sortie de patients opérés d'un cancer colorectal.

Méthodes

Les patients opérés d'un cancer colorectal ont été randomisés entre un groupe sans et un groupe ayant bénéficié de séances de stress en périopératoire au sein d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie. Les critères ont été évalués à partir de questionnaires avant, pendant, et à la sortie d'hospitalisation. Le bien-être, le score de fatigue, la qualité de vie, la douleur et le sommeil ont été évalués. L'efficacité des séances de gestion de stress a été évaluée à la sortie, et la satisfaction des patients a été évaluée à 1 mois. La durée d'hospitalisation et les complications ont été comparées.

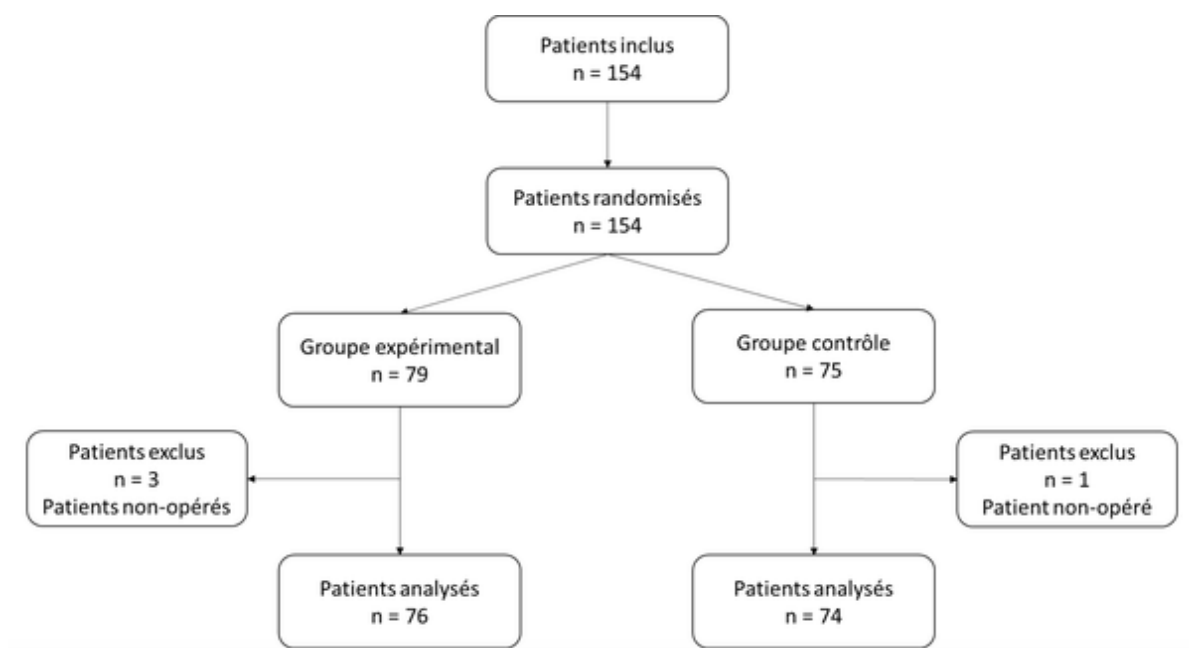
Résultats

154 patients ont été inclus, les deux groupes sont comparables. Les séances de gestion de stress n'avaient pas amélioré la qualité de vie des patients à la sortie. Le bien-être préopératoire était inversement corrélé au score de fatigue MFI ($p < 0.001$). La durée d'hospitalisation et les complications postopératoires n'étaient pas influencées par l'intervention.

Conclusion

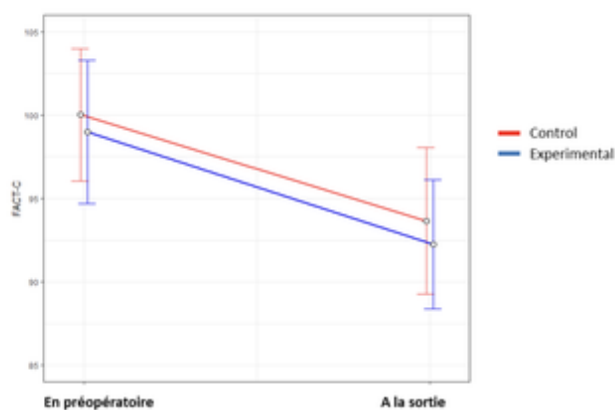
Les séances de gestion du stress en périopératoire d'un cancer colorectal n'ont pas permis de montrer un impact positif sur la qualité de vie à la sortie d'hospitalisation. De plus, la durée d'hospitalisation ou le taux de complications postopératoires n'ont pas été influencés par l'intervention.

Organigramme de l'étude CBIEN

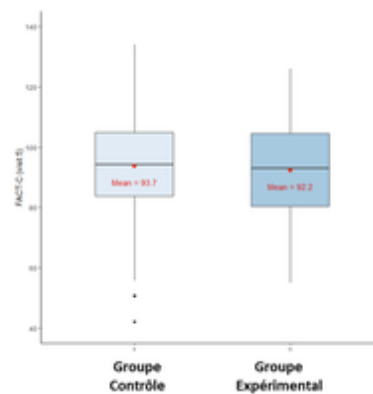


Évaluation de la qualité de vie

A.



B.



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00504-StomaCare: Impact sur la qualité de vie d'un suivi renforcé des patients stomisés par un prestataire de santé à domicile en sortie d'hospitalisation. Une étude multicentrique randomisée sur 350 patients.

Clément PASTIER (1) , Mehdi OUAISSI (2), Dewi VERNEREY (3), Eddy COTTE (4), Antoine BROUQUET (5), Mathieu ROUMIGUIÉ (6), Frédéric KANSO (7), Nam-Son VUONG (8), Patrick LEDAGUENEL (9), Emilie DUCHALAIS (10), Francois AUDENET (11), Léon MAGGIORI (12), Yann NEUZILLET (7), Véronique PHÉ (13), Morgan ROUPRET (14), Jérémie LEFEVRE (15) - (1)Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, (2)Chu Tours, Tours, France, (3)Inserm Umr 1098, Besancon, France, (4)Hôpital Lyon-Sud, Lyon, France, (5)Chu Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France, (6)Chu Toulouse, Toulouse, France, (7)Hopital Foch, Suresnes, France, (8)Clinique Saint-Augustin, Bordeaux, France, (9)Polyclinique Jean Villar, Bruges, Belgique, (10)Chu Nantes, Nantes, France, (11)Hegp, Paris, France, (12)Chu Saint-Louis, Paris, France, (13)Chu Tenon, Paris, France, (14)Chu Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (15)Chu Saint-Antoine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Cette étude a été financée par le promoteur FSK

Introduction

L'impact d'un suivi spécialisé en stomathérapie postopératoire reste inconnu pour les patients récemment stomisés.

Méthodes

Essai randomisé multicentrique (12 centres) comparant suivi renforcé (SR: appels et consultations de stomathérapie) au standard (SS). Le critère principal (CJP) était l'évolution du Stoma-QoL à 3 mois. La randomisation était stratifiée sur : centre, type de stomie, étiologie, sexe et le Stoma-Qol initial.

Résultats

Parmi 350 patients randomisés, 228 (âge $63,9 \pm 14,9$ ans ; 92,3% sans antécédent de stomie ; 70% pour cancer ; 38,3% stomies permanentes) ont été analysés à 3 mois (SR, n=114 ; SS, n=114). Les stomies comprenaient 38,3% d'iléostomies, 7,7% d'iléocolostomies, 24,5% de colostomies et 29,1% d'urostomies. 40% des patients n'avaient pas bénéficié de séance d'éducation thérapeutique préopératoire sans différence entre les groupes ($p=0,51$). 87% des centres disposaient d'infirmiers stomathérapeutes ($p=0,63$). La chirurgie était réalisée en urgence dans 25,4% ($p=1,00$). Il n'existait pas de différence significative sur le CJP (SR:+4,14 vs. SS:+6,77; $p=0,10$). Un bénéfice du SR était observé dans les pathologies bénignes (+6,69 vs. -0,53 ; $p=0,02$). Les patients du groupe SR contactaient moins fréquemment un stomathérapeute (44% vs. 56% ; $p=0,09$). En analyse multivariée, le sexe masculin ($p=0,01$) et le score initial ($p=0,01$) étaient associées à la détérioration de la QoL.

Conclusion

Le suivi renforcé en ville n'améliorait pas significativement la QoL à 3 mois dans cette population ayant, pour une majorité, une stomathérapeute présente à l'hôpital. Un bénéfice en cas de pathologie bénigne pourrait être observé.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00505-RESET (rectal surgical evaluation trial) : Etude Européenne prospective de cancer rectal à haut risque opératoire opéré par conservation sphinctérienne: résultats à deux ans.

Philippe ROUANET, Aurore MOUSSION, Sophie GOURGOU - (1)Icm, Montpellier, France

Conflits d'intérêts

Proctor pour Intuitive

Introduction

Évaluer l'impact à deux ans de la chirurgie ouverte (O), de la laparoscopie (L), de la chirurgie par robot (R) et de la chirurgie transanale (T).

Méthodes

Essai prospectif, observationnel, multicentrique européen. Les critères secondaires incluaient la qualité de vie, les fonctions digestives, urinaires et la sexualité à deux ans.

Résultats

1067 patients analysés : 58 O, 409 L, 463 R, 160 T. Les groupes R et T avaient des tumeurs plus basses, plus évoluées chez des patients plus souvent obèses. À deux ans, aucune différence n'a été observée en termes de survie globale (97 %, 96 %, 94 %, 98 %), de survie sans récurrence (57 %, 82 %, 79 %, 86 %), de contrôle local (88 %, 97 %, 96 %, 97 %) ou de taux sans métastases (75 %, 87 %, 87 %, 91 %). Parmi les techniques mini-invasives (MIT), l'état de santé global s'est amélioré à 75 % à deux ans, L'indice de fonction sexuelle féminine est resté supérieur à 15, le score IPSS (International Prostate Symptom Score) était inférieur à 8, et l'IIEF (indice international de fonction érectile) indiquait un dysfonctionnement modéré (11-15), sans différence significative entre L et R.

Conclusion

Les techniques mini-invasives montrent de meilleurs résultats que la chirurgie ouverte, avec des taux de contrôle local supérieurs à 90 % et une amélioration durable de la qualité de vie. Aucune différence significative n'a été observée en matière de fonction sexuelle entre L, R et T. Il est intéressant de comparer ces résultats avec l'essai chinois REAL.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00017-Dérivation temporaire de la veine porte pour la résection des tumeurs pancréatiques

Souhaylah ABDALLAH, Max DR.MED. HECKLER, Martin PROF. DR.MED. LOOS, Markus PROF. DR.MED. BÜCHLER - (1)Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Allemagne

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Introduction

La pancréatectomie pour cancer du pancréas avec atteinte de l'axe veineux mésoportal représente un défi technique majeur. Pour éviter une hémorragie massive ou une ischémie due à un clampage prolongé de la veine porte, une dérivation veineuse mésoportale ou mésocave a été proposée. Si une résection artérielle hépatique est nécessaire, la dérivation mésoportale semble préférable afin d'assurer un flux veineux portal et d'éviter une exclusion vasculaire du foie.

Méthodes

Tous les patients ayant subi une pancréatectomie avec dérivation veineuse ont été identifiés à partir d'une base de données prospective. Les caractéristiques des patients, les données périopératoires et les résultats postopératoires à court terme ont été analysés.

Résultats

Entre 2011 et 2024, 63 patients ont été opérés avec la mise en place temporaire d'une dérivation veineuse, dont 34 patients avec une dérivation mésoportale et 29 avec une dérivation mésocave. Des complications sévères (Clavien-Dindo >3a) sont survenues chez 16 des 63 patients (25,4 %). Aucun cas d'insuffisance hépatique postopératoire n'a été observé. La durée médiane de séjour en soins intensifs et à l'hôpital était respectivement de 2 jours et 21 jours. Le taux de mortalité à 90 jours était de 6,3 %. Aucune différence n'a été observée entre les shunts mésoportaux et mésocaves quant aux taux de complications, la durée médiane de séjour ou la mortalité à 90 jours.

Conclusion

Les shunts mésoportaux et mésocaves sont sûrs, avec des taux de morbidité et de mortalité postopératoires comparables. Le choix doit être guidé par l'anatomie, en particulier la nécessité d'une résection artérielle concomitante.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00045-Biembolisation portale (LVD) ou ALPPS dans le traitement des métastases hépatiques de cancer colorectal (CRLM) : comparaison des résultats oncologiques

Mehdi BOUBADDI (1) , Rami RHAIEM (2), Florian PECQUENARD (3), Emmanuel BUC (4), Fabrice MUSCARI (5), Safi DOKMAK (6), Mehdi EL AMRANI (3), Ahmet AYAV (7), Alexandre CHEBARO (3), Laurent SULPICE (8), René ADAM (9), Christophe LAURENT (1), Stéphanie TRUANT (3) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Chu De Reims, Reims, France, (3)Chu De Lilles, Lilles, France, (4)Chu De Clermont Ferrand, Clermont Ferrand, France, (5)Chu De Toulouse, Toulouse, France, (6)Hopital Beaujon-Aphp, Paris, France, (7)Chu De Nancy, Nancy, France, (8)Chu De Rennes, Rennes, France, (9)Hôpital Paul Brousse-Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les patients présentant des métastases hépatiques de cancer colorectal (CRLM) bilobaires peuvent bénéficier d'une résection hépatique en deux temps associée à une technique d'hypertrophie du futur foie restant (FLR). L'ALPPS et la biembolisation portale (LVD) sont les techniques les plus efficaces pour stimuler l'hypertrophie du FLR hépatique mais leur résultats oncologiques restent à déterminer.

Méthodes

Les patients ayant bénéficié une LVD et/ou d'un ALPPS pour des CRLM dans huit centres français entre 2011 et 2022 ont été inclus. Le critère d'évaluation principal était la survie globale (OS) et sans récurrence (DFS) en intention de traiter. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient le taux de résécabilité finale et les complications postopératoires.

Résultats

Au total, 214 patients atteints de CRLM ont été inclus dans les huit centres ; 127 (59,3 %) ont eu un LVD et 87 (40,7 %) un ALPPS. Les taux de résécabilité étaient de 84,3 % (n = 107) dans le groupe LVD et de 98,9 % (n = 86) dans le groupe ALPPS. En ITT, l'OS à 5 ans étaient de 31 % dans le groupe LVD et de 26 % dans le groupe ALPPS (p = 0,31). La DFS à 5 ans étaient respectivement de 21 % et 19 % (p = 0,51).

Conclusion

La survie globale et sans récurrence ne différaient pas de manière significative entre le LVD et l'ALPPS avant une résection hépatique majeure pour CRLM dans cette étude qui est la plus grande série comparative entre la LVD et l'ALPPS dans ce contexte.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00051-Impact oncologique de la préservation splénique dans la prise en charge chirurgicale de l'adénocarcinome du pancréas caudal

Claire BENSLIMANE (1), Thibault DURIN (1), Rami RHALEM (2), Mehdi EL AMRANI (1), Stéphanie TRUANT (1) - (1)Achbt, Lille, France, (2)Achbt, Reims, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

La pancréatectomie gauche (PG) est le traitement chirurgical de référence pour l'adénocarcinome canalaire du pancréas gauche (PDAC). Bien que la spléno pancréatectomie caudale (SPC) soit privilégiée pour assurer l'exhaustivité oncologique, la PG avec préservation splénique (Warshaw) pourrait réduire la morbidité postopératoire sans compromettre la survie des malades. Cependant, la sécurité oncologique de la préservation splénique reste débattue.

Méthodes

Cette étude rétrospective a analysé 325 patients opérés d'une PG pour PDAC résécable dans 29 hôpitaux publics français entre 2014 et 2023. Les patients ont été répartis en deux groupes: SPC et Warshaw. Les caractéristiques initiales ont été équilibrées par une pondération par la probabilité inverse de traitement (IPTW). La survie globale (OS), la survie sans récurrence (DFS) et les complications postopératoires ont été comparées. Un modèle d'apprentissage automatique par Random Forest, associé à une sélection séquentielle arrière flottante (SBFS), a été utilisé pour identifier les facteurs prédictifs du choix chirurgical.

Résultats

Après ajustement par IPTW, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant la DFS ou l'OS. Le Warshaw était associé à une réduction du taux de complications postopératoires graves. Les facteurs influençant le choix chirurgical comprenaient l'âge, son poids, le score ASA, la localisation tumorale et la distance entre la tumeur et le hile splénique.

Conclusion

Le Warshaw est une alternative sûre sur le plan oncologique à la SPC pour des patients sélectionnés atteints de PDAC gauche. La préservation splénique réduit la morbidité postopératoire sans altérer les résultats oncologiques, soutenant ainsi une large utilisation dans les centres expérimentés.

Figure 1 - DFS and OS, before and after matching

Figure 1 – DFS and OS before (A, C) and after (B, D) matching

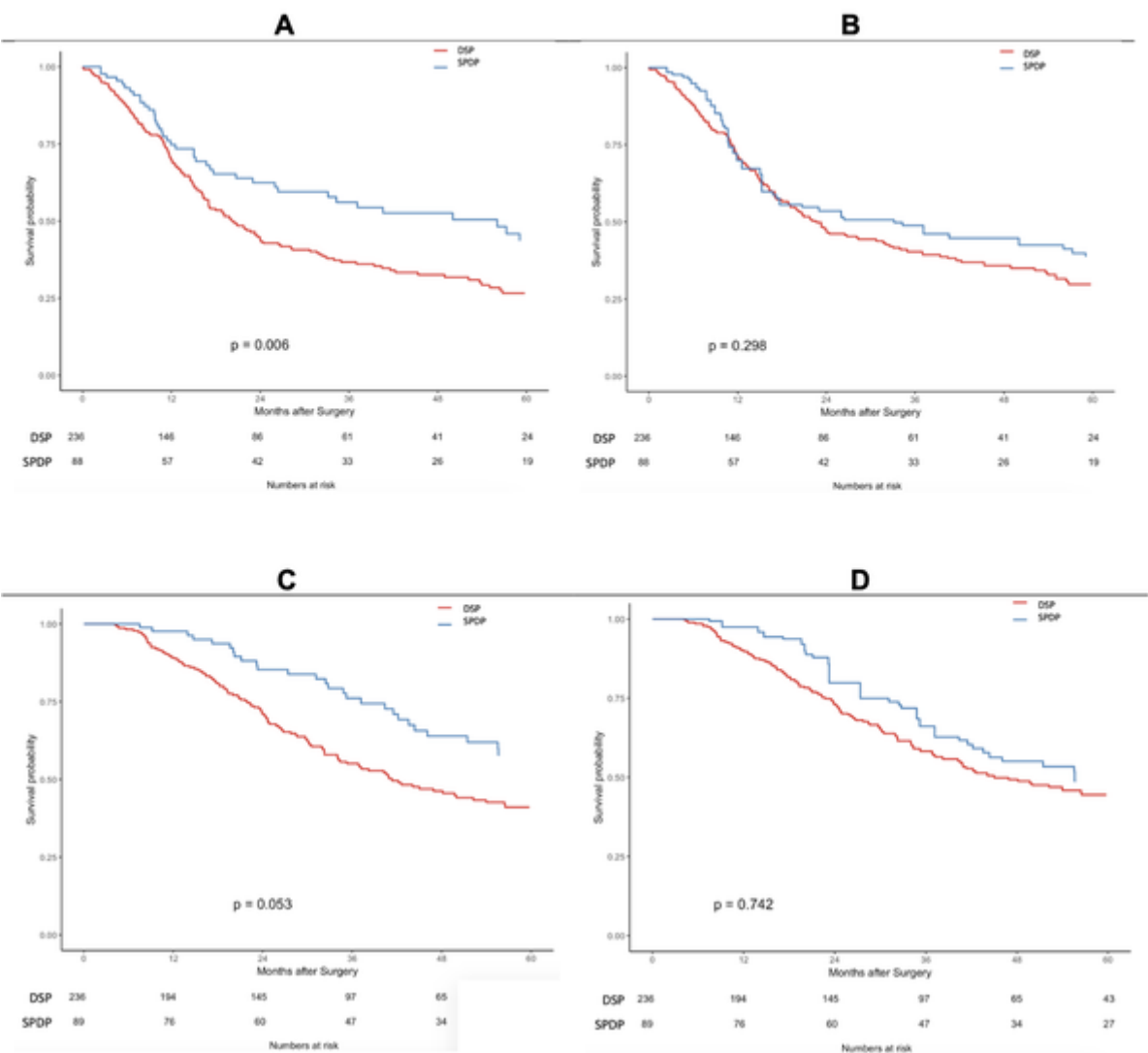
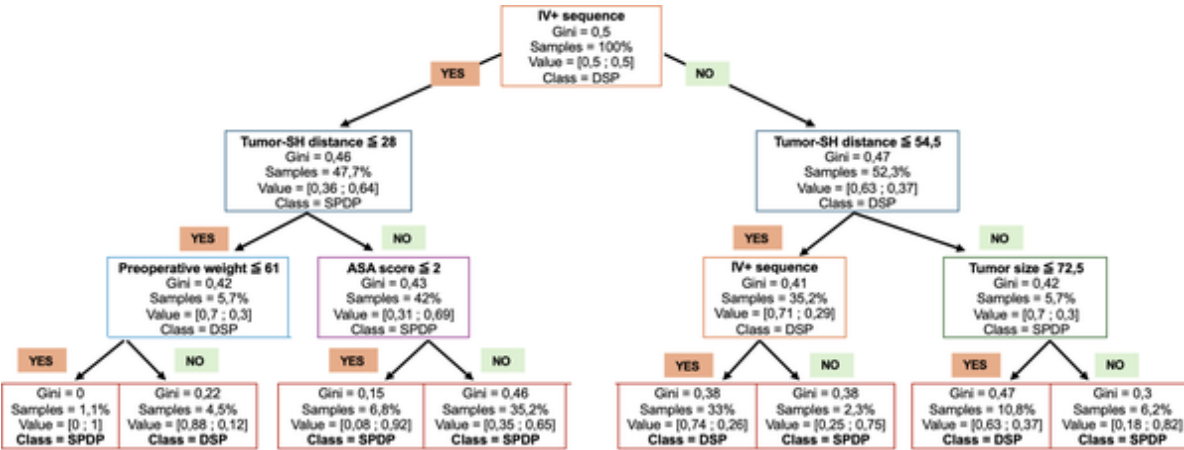


Figure 2 - Decision Tree



IV+ sequence : On CT-scan, when acquisitions with contrast injection are available

Figure 2 – Decision Tree

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00094-Impact de l'anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale sur l'incidence de la gastroparésie après duodénopancréatectomie céphalique : résultats de l'essai randomisé bicentrique IPAD (NCT04742166)

Laurent SULPICE (1) , Jonathan GARNIER (2), Mohamed Ali CHAOUCH (3), Chloe ROUSSEAU (4), Anais PALEN (2), Raffaele DE ROSA (3), Jacques EWALD (2), Aude MERDRIGNAC (3), Marie LIVIN (3), Yves PAGES (5), Edouard WASIELEWSKI (3), Bruno LAVIOLLE (4), Olivier TURRINI (2), Fabien ROBIN (3) - (1)Service Chirurgie Hépatobiliaire Et Digestive, Chu Rennes, Rennes, France, (2)Département De Chirurgie Oncologique, Ipc Marseille, Marseille, France, (3)Service Chirurgie Hépatobiliaire Et Digestive, Chu Rennes, Rennes, France, (4)Centre D'investigation Clinique, Chu Rennes, Rennes, France, (5)Département De Chirurgie Oncologique, Ipc Marseille, Marseilles, France

Conflits d'intérêts

Medtronic (Sulpice)

Introduction

La gastroparésie (DGE) est une complication fréquente après duodénopancréatectomie (DPC), impactant significativement la récupération fonctionnelle, la durée de séjour, la qualité de vie et le coût de l'hospitalisation. Le type d'anastomose gastro-jéjunale pourrait influencer son incidence. Des études rétrospectives récentes suggèrent une réduction de la DGE avec l'anastomose latéro-latérale (aLL) comparée à la termino-latérale (aTL). L'objectif était d'évaluer, dans un essai randomisé, l'effet de l'anastomose aLL versus aTL sur l'incidence de la DGE après DPC.

Méthodes

Essai contrôlé randomisé prospectif mené dans deux centres de référence. Cent cinquante-huit patients candidats à une DPC ont été randomisés en deux groupes : aLL (n = 79) et aTL (n = 79). Le critère principal était l'incidence de la DGE selon les critères de l'ISGPS. Les critères secondaires incluaient les complications postopératoires, la durée d'hospitalisation, l'état nutritionnel, la qualité de vie (GIQLI à J90), et la mortalité à 30 et 90 jours.

Résultats

L'incidence de la DGE ne différait pas significativement entre les groupes (aLL : 39,2 % ; aTL : 30,4 %, RR = 1,29 [0,84–1,99], p = 0,24). Aucune différence significative n'a été observée concernant les critères secondaires : complications, durée de séjour, réinterventions, mortalité, paramètres nutritionnels, ou qualité de vie à J90.

Conclusion

L'essai IPAD, premier essai randomisé comparant aLL et aTL après DPC, ne met pas en évidence de supériorité d'une technique par rapport à l'autre. Les deux approches sont sûres et peuvent être utilisées de manière équivalente en pratique courante.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00106-Étude nationale française des résultats à court et long terme des adénocarcinomes de l'intestin grêle traités curativement : étude SMART

Antoine ROUAULT (1), Ugo MARCHESE (2), Jonathan GARNIER (3), Yasmina RICHA (4), Sébastien GAUJOUX (5), Alain SAUVANET (6), Paul BOULARD (7), Fabrice MUSCARI (7), Fabien ROBIN (8), Laurent SULPICE (8), Pietro ADDEO (9), Philippe BACHELIER (9), Arthur MARICHEZ (10), Laurence CHICHE (10), Remi VEIRA DA SILVA (11), Olivier FACY (11), Nicolas REGENET (12), Lilian SCHWARZ (13), Clemence MOREL (6), Petru BUCUR (14), Arnaud ALVES (15), Gilda Serena DE FATICO (16), Johan GAGNIERE (17), David BIRNBAUM (18), Julie DEYRAT (19), Juliette YVART DEGARDIN (20), Alexandre DOUSSOT (21), Jean Marc REGIMBEAU (20), Gabriella PITTAU (19), Antonio SA CUNHA (19), Guillaume PIESSEN (1), Xavier LENNE (1), Anthony TURPIN (1), Jean Yves MABRUT (22), Stephanie TRUANT (1), Mehdi EL AMRANI (1) - (1)Chu Lille, Lille, France, (2)Hôpital Cochin-Aphp, Paris, France, (3)Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, (4)University College Cork, Cork, Irlande, (5)Hôpital Pitié Salpêtrière-Aphp, Paris, France, (6)Hôpital Beaujon-Aphp, Paris, France, (7)Chu Toulouse, Toulouse, France, (8)Chu Rennes, Rennes, France, (9)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (10)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (11)Chu Dijon, Dijon, France, (12)Chu Nantes, Nantes, France, (13)Chu Rouen, Rouen, France, (14)Chu Tours, Tours, France, (15)Chu Caen, Caen, France, (16)Chu Nice, Nice, France, (17)Chu Clermont Ferrand, Clermont Ferrand, France, (18)Hôpital Nord-Aphm, Marseille, France, (19)Hôpital Paul Brousse-Aphp, Paris, France, (20)Chu Amiens, Amiens, France, (21)Chu Besancon, Besancon, France, (22)Hôpital Croix Rousse-Hcl, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les adénocarcinomes duodénaux (DA) sont rares et hétérogènes, avec une prise en charge non consensuelle. Cette étude analyse les résultats chirurgicaux, oncologiques et définit l'approche chirurgicale optimale.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique menée dans 21 centres français entre 2015 et 2020. Tous les patients opérés pour un DA ont été inclus. Les données péri, per-opératoires ont été recueillies, et la survie analysée selon la méthode de Kaplan-Meier avec comparaison par test du log-rank.

Résultats

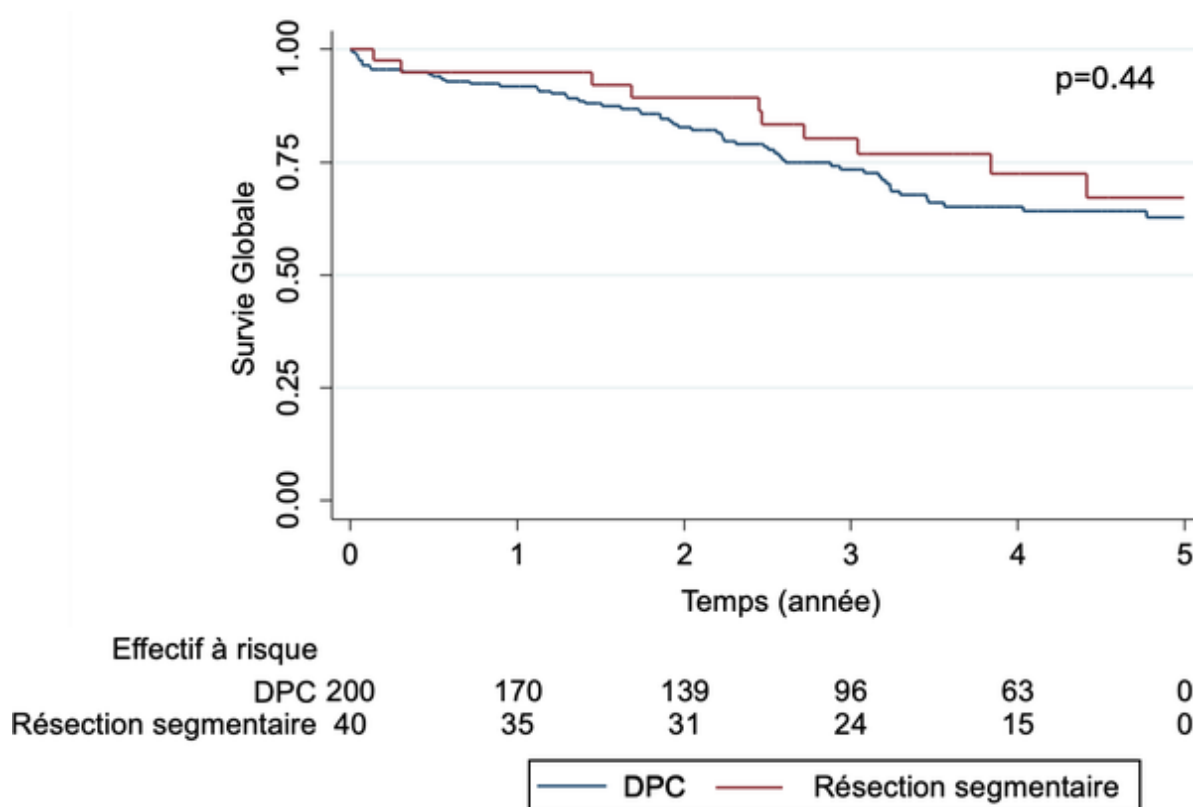
Sur 314 résections d'adénocarcinomes de l'intestin grêle analysées, 249 concernaient le duodénum et 65 le jéjunum ou l'iléon. La médiane de survie globale (SG) n'a pas été atteinte, sans différence significative selon la localisation. Parmi les patients atteints de DA, le taux de survie à 5 ans était de 62,5 % [54,7-69,3]. 205 DA ont eu une duodénopancréatectomie céphalique (DPC) et 44 une résection segmentaire. Les deux techniques présentaient une morbidité similaire : fistule pancréatique grade B-C (p=0,23), fistule biliaire (p=0,20), gastroparésie (p=0,40) et hémorragie (p=0,90), mortalité post-opératoire (p=0,62). La survie globale et la survie sans récurrence (SSR) étaient également similaires (Fig.1; Fig.2) avec un taux d'envahissement ganglionnaire supérieur du groupe DPC (p=0,01). Un taux significativement plus élevé de

chimiothérapie adjuvante était observé dans le groupe DPC ($p=0,001$). La taille tumorale ($p=0,003$), l'envahissement ganglionnaire ($p=0,001$) et une chimiothérapie adjuvante ≥ 6 cures ($p=0,03$) ont été identifiés comme facteurs pronostiques.

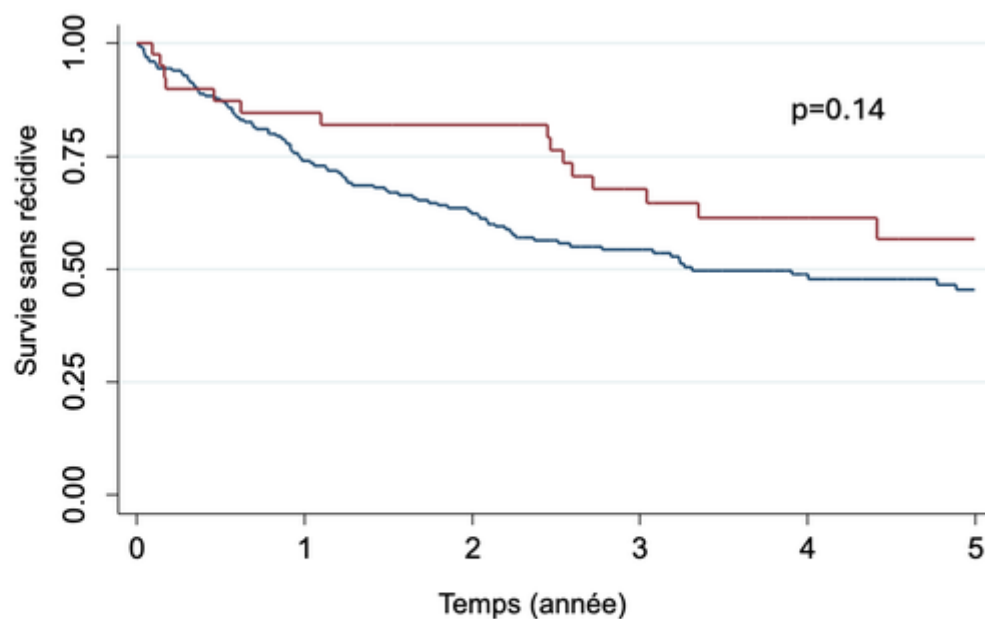
Conclusion

La DPC et la résection segmentaire entraînent une morbidité et une mortalité similaires. Toutefois, la DPC est associée à une chimiothérapie adjuvante plus fréquente, identifiée comme facteur protecteur.

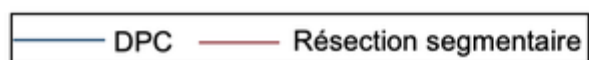
SG des DA à 5 ans selon la procédure



SSR des DA à 5 ans selon la procédure



Effectif à risque							
	DPC	200	137	107	76	50	0
Résection segmentaire	40	32	30	22	14	0	0



Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00132-Stratégie Short Cut coelioscopique pour les métastases hépatiques synchrones de cancer colique : une nouvelle alternative ?

Shahnaze AQIL (1) , Alexandra NASSAR (2), Antoine MARIANI (3), Nicolas CABRIT (4), Mehdi KAROUI (5), Olivier SCATTON (5) - (1)Interne, Paris, France, (2)Dj, Paris, France, (3)McU, Paris, France, (4)Cca, Paris, France, (5)Puph, Paris, France

Conflits d'intérêts

AUCUN

Introduction

Le ShortCut est une stratégie « reverse » écourtée visant à traiter les métastases puis leur primitif à une semaine d'intervalle par coelioscopie. Cette stratégie conférerait les avantages oncologiques d'une résection combinée (pour le délai de résection tumorale et la chimiothérapie adjuvante), et les avantages post-opératoires d'une stratégie reverse coelioscopique en limitant la morbidité.

Méthodes

Les patients ayant un ShortCut coelioscopique (2018-2024) ont été identifiés dans notre database prospective. Une comparaison à un sous-groupe de patients opérés par stratégie reverse classique avec intervalle long et par coelioscopie a été réalisée.

Résultats

Parmi 142 patients opérés selon une stratégie « reverse », 29 patients ont été opérés par coelioscopie pour les deux temps, dont 13 par Shortcut. Le délai médian entre les deux temps était de 9 jours (8-12). Sept patients (54%) ont eu une hépatectomie de grade IMM 2 ou 3, et 7 (54%) ont eu une colectomie gauche. Au total, trois patients ont eu une complication Clavien III (23%). La médiane de reprise de chimiothérapie était de 40 jours (32-49). Un patient n'a pas repris de chimiothérapie due à des complications. Dans le groupe reverse classique (n=16), le type de résection hépatique (p=0,321) ou la survenue de complications (p=0,171) était similaire. Dans le groupe ShortCut, 93% ont eu une chimiothérapie adjuvante du colon, contre 50% dans le groupe classique (p=0,023).

Conclusion

L'approche ShortCut combine les avantages des résections combinées et reverse, permettant la reprise d'une chimiothérapie adjuvante du colon dans la grande majorité des cas.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00140-Patients à haut risque anesthésique opérés pour des métastases hépatiques d'origine colorectale : quelle voie d'abord privilégier ? Une étude LiverMetSurvey

Imene BAIS (1) , Nicolas SIEMBIDA (1), Rene ADAM (2), Chetana LIM (3), Jean-Marc REGIMBEAU (4) - (1)Service De Chirurgie Digestive, Centre Hospitalo-Universitaire Upjv 7518 Sspc (simplification Des Patients Chirurgicaux Complexes), Unité De Recherche, Université De Picardie Jules Verne, Amiens, France, (2)Chb Hopital Paul Brousse, Villejuif, France, (3)Chirurgie Hpb Et Transplantation Hepatique Hopital Pitié-Salpêtrière Ur Upjv 7518 Sspc (simplification Des Patients Chirurgicaux Complexes), Unité De Recherche, Université De Picardie Jules Verne, Paris, France, (4)Service De Chirurgie Digestive, Centre Hospitalo-Universitaire. Ur Upjv 7518 Sspc (simplification Des Patients Chirurgicaux Complexes), Unité De Recherche, Université De Picardie Jules Verne, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

Les patients à haut risque anesthésique pourraient être ceux qui bénéficient le plus des avantages de la laparoscopie. Le but est de comparer les résultats entre la laparoscopie (Lap) et la laparotomie (Ouv) chez des patients à haut risque anesthésique opérés pour des métastases hépatiques d'origine colorectale.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique à partir de LiverMetSurvey. Les patients à haut risque anesthésique ont été définis comme ceux dont le score ASA est ≥ 3 .

Résultats

1205 patients avaient un score ASA ≥ 3 (groupe Lap, 399 vs. groupe Ouv, 806). La mortalité à 90 jours était comparable entre les 2 groupes (Lap :6.7% vs ; Ouv ; 9.8% ; $p=0.50$). La morbidité était supérieure (30.0% vs ; 23.1% ; $p=0.02$) et la durée de séjour plus longue (11 vs. 7 jours ; $p<0.001$) dans le groupe Ouv. Il n'y avait pas de différence en termes de survie globale ($p=0.26$) et survie sans récurrence ($p=0.23$) entre les 2 groupes. Après appariement selon le score de propension, le groupe LAP a montré une morbidité inférieure (22.4 vs. 26.3% ; $p=0.30$) et une durée de séjour plus courte (7 vs. 10 jours ; $p<0.001$) que le groupe Ouv.

Conclusion

Malgré une mortalité relativement élevée et une longue durée de séjour qui sont en dehors des benchmarks d'une résection hépatique, ces données sont en faveur de la laparoscopie pour les patients ASA 3-4, leur permettant un rétablissement précoce de leur autonomie et une reprise rapide de la chimiothérapie.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00141-Développement d'un modèle prédictif du risque de récurrence précoce après résection curative de tumeur neuroendocrine pancréatique non fonctionnelle (NF-PanNET) localisée: le concept de résécabilité biologique limite.

Guarneri GIOVANNI (1) , Stefano PARTELLI (1), Safi DOKMAK (2), Paola RANCOITA (3), Ino DE MARTINO (1), Lorenzo PROVINCIALI (1), Louis DE MESTIER (4), Mickael LESURTEL (2), Massimo FALCONI (1), Alain SAUVANET (2) - (1)Pancreatic Surgery, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italie, (2)Chirurgie Hépatique Et Pancréatique, Hopital Beaujon, Aphp, Clichy, France, (3)Centre Of Statistics, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italie, (4)Pancréatologie, Hopital Beaujon, Aphp, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

La chirurgie radicale est curative pour la plupart des NF-PanNET localisées, mais un sous-groupe de patients développe une récurrence précoce (RP), qui n'est actuellement prédite par aucun critère préopératoire. Cette étude voulait développer et valider un modèle préopératoire identifiant les patients à haut risque de RP après résection de NF-PanNET.

Méthodes

Etude rétrospective dans 3 centres experts. Les patients ayant eu une résection à visée curative pour NF-PanNET localisée ont été inclus, et les variables préopératoires clinico-pathologiques et d'imagerie analysées. La RP était définie comme une récurrence <24 mois. Un modèle de classification par arborescence était développé et ses performances évaluées par courbes ROC et sous la courbe (ASC).

Résultats

496 patients étaient analysés, dont 290 dans la cohorte de dérivation et 206 dans la cohorte de validation. Une RP survenait chez 55(11%) patients, dont 26(9%) dans la cohorte de dérivation et 29(14%) dans la cohorte de validation. La survie médiane sans maladie des patients avec RP était de 16 mois (IQR:10-20). Une thrombose veineuse splanchnique était le facteur prédictif de RP le plus fort (probabilité=71%). Parmi les patients sans thrombose veineuse, ceux avec un Ki-67 $\geq$ 5 % et une taille tumorale $\geq$ 3 cm avaient une probabilité de RP de 41 % avec adénopathie et de 19 % sans. Le modèle atteignait une ASC de 0,91 dans la cohorte de dérivation et de 0,84 dans la cohorte de validation

Conclusion

Ce modèle validé en externe identifie les NF-PanNET à haut risque de RP et introduit le concept de NF-PanNET de résécabilité biologique limite.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00145-Résection hépatique laparoscopique ou ouverte versus ablation par radiofréquence multibipolaire de carcinome hépatocellulaire (CHC) dans les critères de Milan, développé sur une fibrose sévère ou cirrhose

Christian HOBEIKA (1) , François CAUCHY (2), Agnès RODES (3), Ephrem SALAMÉ (4), Olivier SCATTON (5), Lilian SCHWARZ (6), Panteleimon PAPADOPOULOS (7), Arnaud HOCQUELET (8), Anne-Frédérique MANICHON (9), Christophe AUBÉ (10), Frederic OBERI (11), Angelo DELLA CORTE (3), Alain LUCIANI (12), Suzanne GAY (6), Mickaël LESURTEL (1), Chetana LIM (5), Pierre NAHON (13), Nathalie GANNE-CARRIÉ (13), Lorraine BLAISE (13), Olivier SOUBRANE (14), Olivier SUTTER (13), Raffaele BRUSTIA (12), Louise BARBIER (15), Alexis LAURENT (12), Olivier SEROR (13), Jean-Charles NAULT (13) - (1)Hôpital Beaujon, Ap-Hp, Clichy, France, (2)Hôpitaux Universitaires De Genève, Genève, Suisse, (3)Chu Hospices Civils De Lyon, Lyon, France, (4)Chu Tours, Tours, France, (5)Hôpital Pitié Salpêtrière, Ap-Hp, Paris, France, (6)Chu De Rouen, Rouen, France, (7)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (8)Lausanne University Hospital, Lausanne, Suisse, (9)Hôpital Croix Rousse, Lyon, France, (10)Chu Angers, Angers, France, (11)Chu Angers, Anger, France, (12)Hôpital Henri Mondor, Ap-Hp, Creteil, France, (13)Hôpital Avicenne, Ap-Hp, Bobigny, France, (14)Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France, (15)Auckland City Hospital, Auckland, Nouvelle-zélande

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Cette étude compare l'ablation par radiofréquence multibipolaire (mbpRFA) à la résection hépatique ouverte (OLR) ou laparoscopique (LLR) dans le traitement de première ligne du CHC in Milan sur foie F3 ou F4.

Méthodes

Étude de cohorte (9 centres, 2008-2016) incluant des patients, F3 ou F4, primo-traités par mbpRFA, OLR ou LLR pour un CHC in Milan. Appariements avec scores de propension incluant age, sexe, ASA; nombre, taille et localisation du(des) CHC(s), AFP ; étiologie, APRI, F3/F4 et hypertension portale cliniquement significative.

Résultats

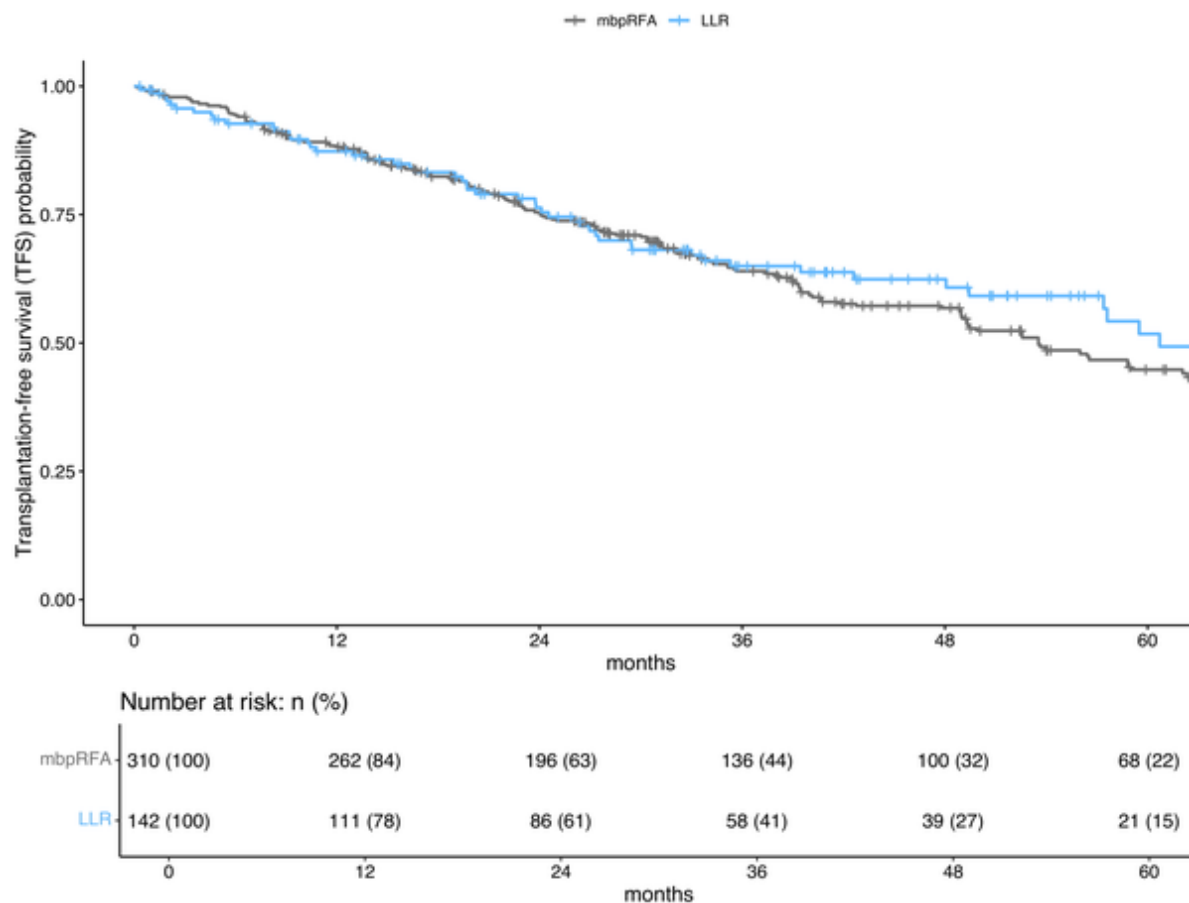
Sur 1040 patients inclus (âge médian : 64ans ; 82,9% d'hommes), 606 ont reçu une mbpRFA, 226 une LLR, et 168 une OLR. La majorité des CHCs étaient uniques (84,8%) et sur cirrhose F4 (89,2%). Après appariement (70 OLR vs. 170 mbpRFA), les malades OLR et mbpRFA présentaient des survies globales (SG) (HR=1,1[IC95%:0,7-1,7];p=0,853), sans transplantation (SST) (HR=0,7[IC95%:0,3-1,8];p=0,489) et sans récurrence (SSR) (HR=1,0, [CI95%:0,7-1,4]; p=0,968) similaires. Les malades OLR étaient associées à un surrisque de morbidité sévère (RR=2,58[IC95%:1,2-5,7];p=0,020) et de mortalité (RR=4,5[CI95%=1,2-17,6];p=0,030) à 90 jours. Après appariement (142 LLR vs. 310 mbpRFA), les patients LLR avaient une meilleure SG (HR=0,6[IC95%:0,4-0,9];p=0,010) et SSR (HR=0,7[CI95%=0,5-0,9];p=0,010) avec une SST similaire (HR=0,8[IC95%=0,6-1,1];p=0,152) et plus de morbidité sévère (RR=2,6[IC95%:1,2-

5,9]; $p=0,022$). L'avantage oncologique de LLR versus mbpRFA disparaissait lorsque les récurrences locales du bras mbpRFA étaient ignorées ($p=0,087$).

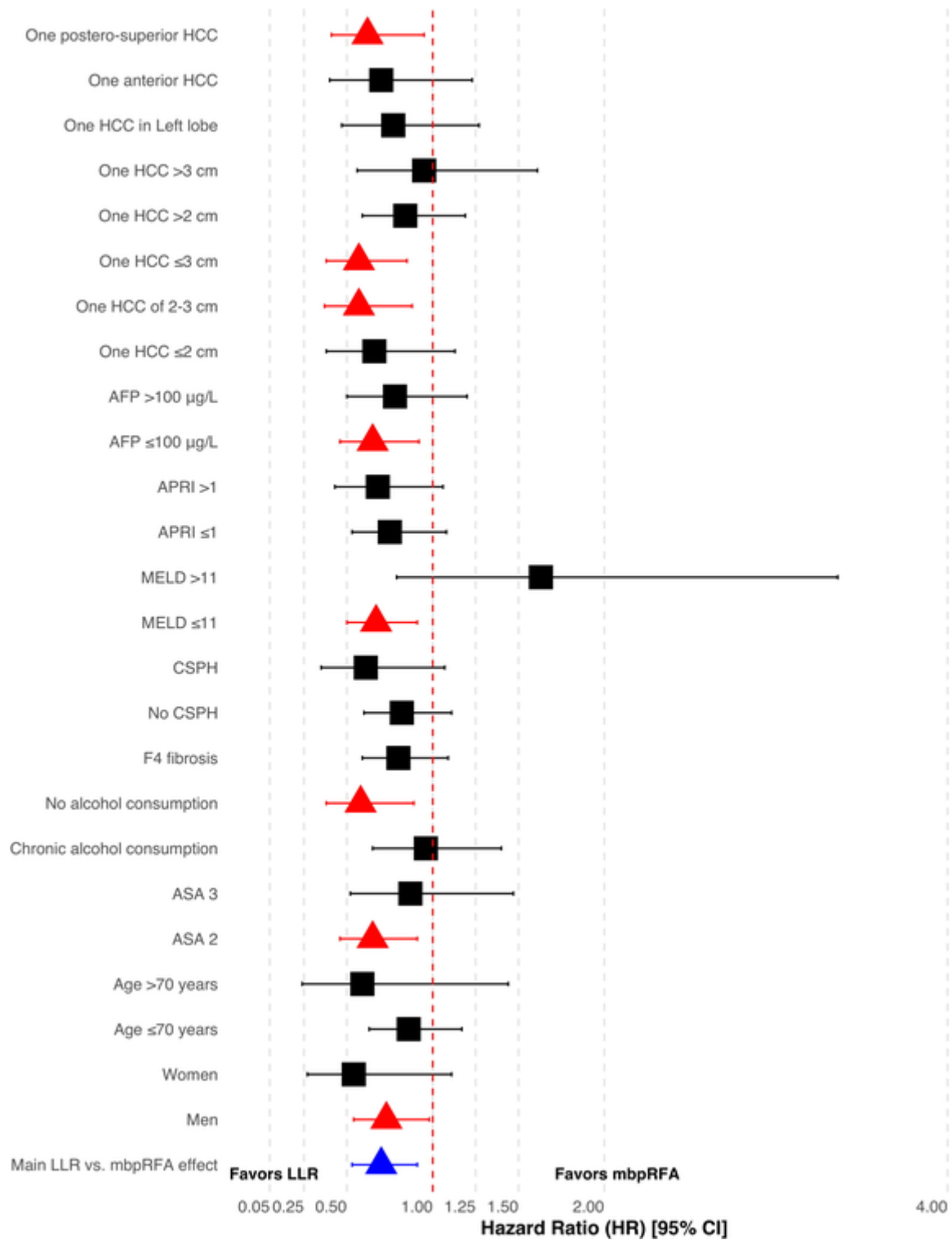
Conclusion

Les traitements mini-invasifs du CHC in Milan sont à privilégier dans un système de soins avec accès à la greffe; la LLR offre des résultats oncologiques optimaux mais la mbpRFA reste une alternative efficace associée à une faible morbidité.

Survie sans TH après matching LLR vs. mbpRFA



Analyses de sensibilité LLR vs. mbpRFA sur la SSR

B**Forest Plot for Recurrence-free survival**

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00241-Hépatectomies sous perfusion hypothermique du foie, analyse monocentrique de 110 cas

Noemie AMMAR-KHODJA, Marc-Antoine ALLARD, Daniel PIETRASZ, Antonio SA CUNHA, Gabriella PITTAU, Sophie LAROCHE, Nicolas GOLSE, Oriana CIACIO, Daniel CHERQUI, Eric VIBERT, René ADAM, Philippe ICHAI, Saliba FAOUZI, Chady SALLOUM, Daniel AZOULAY - (1)Centre Hépatobiliaire, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

Les grandes séries sur la résection hépatique sous perfusion hypothermique (LR-HypoT) sont rares, et aucune n'a analysé la futilité des résultats. L'objectif de cette étude est de proposer une stratégie chirurgicale pour guider le type d'exclusion vasculaire lors d'une LR-HypoT et d'analyser la futilité de cette dernière.

Méthodes

Analyse rétrospective monocentrique de 110 LR-HypoT consécutives réalisées entre 1997 et 2024 pour des tumeurs malignes (100 patients) ou bénignes (10 patients). Nous avons analysé la mortalité à 90 jours et la futilité du résultat (critère composite défini par le décès à 90 jours ou la récurrence tumorale précoce, c'est-à-dire dans les six mois suivant la chirurgie).

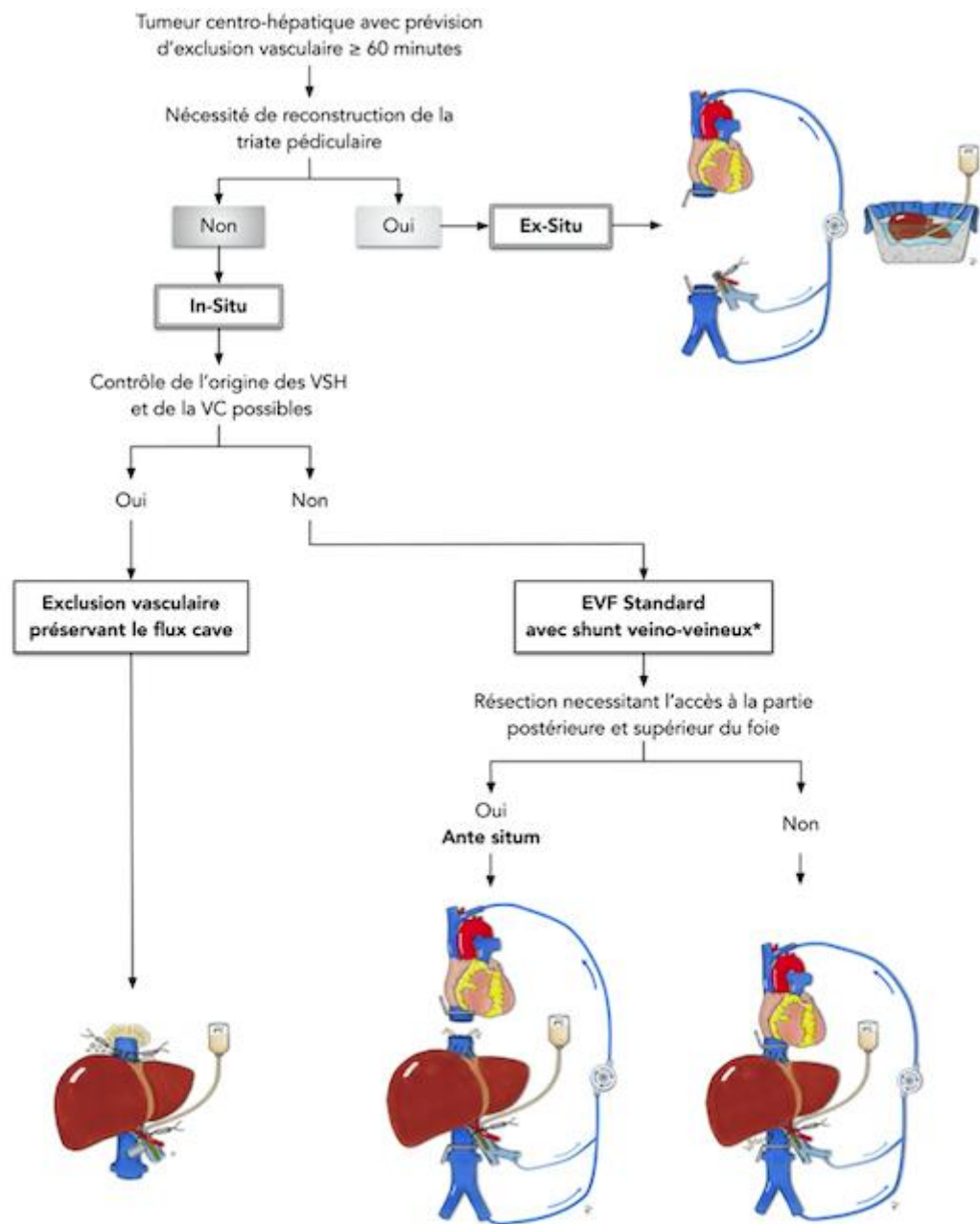
Résultats

Une LR-HypoT a été réalisée in situ chez 108 patients (98,2 %) et ex situ chez 2 patients (1,8 %). Le taux de mortalité à 90 jours était de 15,5 %. Chez les patients atteints de tumeurs malignes, une récurrence tumorale précoce et une futilité du traitement ont été observées chez respectivement 17,2 % et 30 % des patients. La survie à 5 ans pour l'ensemble de la population étudiée, les patients atteints de tumeurs malignes ou bénignes, était respectivement de 36,8 %, 30,0 % et 100 %. Les critères de transplantation hépatique n'étaient pas remplis par 92 % des patients. Nous proposons un algorithme décisionnel pour guider le type de résection en fonction de la localisation de la tumeur.

Conclusion

Chez les patients présentant des tumeurs malignes non résécables ou non transplantables, des résultats encourageants à long terme peuvent être obtenus chez un tiers des patients.

Stratégie de perfusion hypothermique du foie



*interne ou externe

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00252-Sténoses biliaires bénignes opérées mimant un cholangiocarcinome péri-hilaire – Résultats de l'étude multicentrique Mimicck

Marie ALAUX (1), Arthur MARICHEZ (2), Stylianos TZEDAKIS (3), Raffaele BRUSTIA (4), Daniele SOMMACALE (4), Rami RHAÏEM (5), Perrine ZIMMERMANN (5), Pietro ADDEO (6), Céline DANANAI (7), Sophie CHOPINET (8), Heithem JEDDOU (9), Bastien LE FLOC'H (9), Charlotte MAULAT (10), Frédéric BORIE (11), Pierre PEYRAFORT (12), Laurence CHICHE (2), Astrid HERRERO (1) - (1)Chu Montpellier, Montpellier, France, (2)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (3)Hopital Cochin Aphp, Paris, France, (4)Hopital Henri Mondor Aphp, Créteil, France, (5)Chu Reims, Reims, France, (6)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (7)Chu Lille, Lille, France, (8)Hopital La Timone-Aphm, Marseille, France, (9)Chu Rennes, Rennes, France, (10)Chu Toulouse, Toulouse, France, (11)Chu Nimes, Nimes, France, (12)Chu Tours, Tours, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La distinction préopératoire entre cholangiocarcinome péri-hilaire et sténose bénigne reste complexe, malgré l'utilisation accrue de cytologie/histologie. La cholangite à IgG4, cause de certaines lésions bénignes, se traite efficacement par corticothérapie. Cette étude évalue leur incidence et les facteurs prédictifs.

Méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective comparant les patients ayant bénéficié d'une hépatectomie majeure pour suspicion de cholangiocarcinome péri-hilaire. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs de risque.

Résultats

Au total, 570 patients issus de 12 centres ont été inclus, dont 34 (6 %) avec une lésion bénigne, incluant 6 cas (18%) de cholangite à IgG4. Le dosage préopératoire des IgG4 n'a été réalisé que chez 23 % d'entre eux. Les patients avec lésion bénigne présentaient un IMC plus élevé (26 vs 24, $p=0,027$) et une hypertension plus fréquente (68 % vs 37 %, $p<0,001$). Leur bilan hépatique était moins perturbé, avec une bilirubinémie plus basse avant et après drainage ($p<0,001$). La classification de Bismuth différait (lésions bénignes majoritairement IIIb, malignes IIIa, $p<0,001$). L'atteinte portale radiologique était moins fréquente (15 % vs 31 %, $p=0,054$). La morbidité sévère (Clavien-Dindo ≥ 3) était moindre (20 % vs 38 %, $p=0,043$), sans différence de mortalité à 90 jours (12 %).

Conclusion

Cette étude multicentrique révèle que 6 % des patients opérés pour suspicion de cholangiocarcinome présentaient une lésion bénigne, avec des caractéristiques cliniques et radiologiques spécifiques, ainsi qu'une mortalité non négligeable (12 %). Ces éléments

pourraient orienter la prise en charge préopératoire et limiter les chirurgies inutiles, notamment par la répétition d'examens diagnostiques, sans retarder celle-ci. Une attention particulière au dosage des IgG4 semble justifiée.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00291-La conversion de la duodénopancréatectomie céphalique robotique est plus morbide que la conversion laparoscopique : Analyse avec score de propension du registre E-MIPS

Thibaud BERTRAND (1) , Charlotte BAGGERMAN VAN HOUWENINGE (2), Bergthor BJORNSSON (3), Tullio PIARDI (4), Ulrich WELLNER (5), Peter VAN DEN BOEZEM (6), Claus FRISTRUP (7), Fabio AUSANIA (8), Svien Olav BRATLIE (9), Miha PETRIC (10), Uwe WITTEL (11), Geert ROEYEN (12), Mathieu D'HONDT (13), Izaak QUINTUS MOLENAAR (6), Rosa JORBA (14), Hjalmar VAN SANTVOORT (6), Marc G. BESSELINK (2), Safi DOKMAK (1), Mohammad ABU HILAL (15) - (1)Service De Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique Et Transplantation Hépatique, Hôpital Beaujon, Clichy, France, (2)Service De Chirurgie, Amsterdam Umc, Amsterdam, Pays-Bas, (3)Service De Chirurgie, Université De Linköping, Linköping, Suède, (4)Service De Chirurgie Hépatobiliaire, Pancréatique Et D'oncologie Digestive, Hôpital Robert Debré, Reims, France, (5)Service De Chirurgie, Hôpital Universitaire De Schleswig-Holstein, Lübeck, Allemagne, (6)Service De Chirurgie, Hôpital Universitaire St Antonius, Utrecht, Pays-Bas, (7)Service De Chirurgie, Hôpital Universitaire D'odense, Odense, Danemark, (8)Service De Chirurgie Hépatobiliaire Et Transplantation Hépatique, Hôpital De Barcelone, Barcelone, Espagne, (9)Service De Chirurgie, Hôpital Universitaire De Sahlgrenska, Gothenburg, Suède, (10)Service De Chirurgie Abdominale, Hôpital Universitaire De Ljubljana, Ljubljana, Slovénie, (11)Service De Chirurgie, Hôpital Universitaire De Freiburg, Freiburg, Allemagne, (12)Service De Chirurgie Hépatobiliaire, Endocrinienne, Et De Transplantation, Hôpital Universitaire Antwerp, Wilrijk, Belgique, (13)Service De Chirurgie Digestive, Hépatobiliaire Et Pancréatique, Hôpital De Groeninge, Kortrijk, Belgique, (14)Service De Chirurgie, Hopital Universitaire De Tarragona Joan Xxiii, Tarragona, Espagne, (15)Service De Chirurgie, Hopital Universitaire De Southampton, Southampton, Royaume-Uni

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

Si l'approche robotique des duodénopancréatectomies céphaliques (DPCr) réduit les taux de conversion par rapport à la laparoscopie (DPCL), les conversions restent un facteur majeur de morbidité. Leur impact selon l'approche mini-invasive reste mal défini.

Méthodes

Cohorte multicentrique rétrospective, internationale, issue du registre européen E-MIPS (2019–2024). Les patients ayant eu une conversion pendant DPCr ou DPCL ont été inclus. Un appariement par score de propension 1:1 a été réalisé selon l'âge, le sexe, l'IMC, le score ASA, les antécédents de pancréatite, l'atteinte vasculaire, les résections multiviscérales et pour tumeur maligne.

Résultats

Parmi 2201 DPC mini-invasives, 269 conversions (88/633 DPCL, 181/1568 DPCr) ont été identifiées. Après score de propension, les conversions DPCr étaient associées à une morbidité majeure plus élevée que les DPCL (49 % vs 31 % ; $p = 0,021$), notamment en conversion élective (47 % vs 30 % ; $p = 0,043$). Dans les centres à faible volume, la durée d'hospitalisation était prolongée (17 vs 11 jours ; $p = 0,035$) et le taux d'IDEAL outcome réduit (35 % vs 58 % ; $p = 0,041$).

En centres à haut volume, les fistules pancréatiques cliniquement significatives étaient plus fréquentes en DPCr (24 % vs 8 % ; $p = 0,019$). Les pertes sanguines en conversions de DPCr étaient toujours significativement plus importantes.

Conclusion

Bien que moins fréquentes (12% vs 14%), les conversions après DPCr sont associées à une morbidité plus importante qu'en DPCL. Ces résultats soulignent l'importance de protocoles de conversion structurés et de la formation des équipes en chirurgie robotique pancréatique.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00302-Traitement local des métastases chez des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas oligométastatique (AP-OM) contrôlées par chimiothérapie : étude rétrospective multicentrique

Sara ELKURDI (1), Victoria PACQUEMENT (1), Guillaume DELOCHE (1), Pauline PARENT (1), Anthony TURPIN (1), Pascal HAMMEL (2), Stéphanie TRUANT (1) - (1)Lille, Lille, France, (2)Paris, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

En cas d'AP métastatique, le traitement repose sur la chimiothérapie seule mais un traitement "local" est parfois discuté lorsque le nombre de métastases est limité. Cette étude visait à évaluer les résultats d'un tel traitement local sur la survie globale (SG) chez des patients opérés d'un AP et ayant une maladie oligométastatique.

Méthodes

Cette étude rétrospective multicentrique européenne, menée dans 30 centres, incluait des patients atteints d'un AP-OM, ayant été opérés à visée curative de la tumeur primitive pancréatique, et qui ont eu un traitement local de leurs métastases par chirurgie, radiothérapie ou thermoablation. Le critère de jugement principal était la SG (Kaplan-Meier)

Résultats

Cent-soixante-dix patients ont été inclus (âge médian : 64 ans (56,6-70,6) ; 91 femmes, 54%). La durée médiane de suivi était de 4,2 ans [3,3–5,6]. Au diagnostic, 107 patients (64%) avaient un AP localisé. Les métastases étaient métachrones chez 131 patients (79 %), et synchrones chez 34 patients (21%). Cent-quarante patients (84%) ont eu une chimiothérapie adjuvante. Les sites métastatiques concernaient le foie (n=80, 47 %), suivi des poumons (n=63, 37%). Un traitement local des métastases a été réalisé par chirurgie, radiothérapie, et/ou thermoablation chez 48%, 30%, 22% des patients, respectivement. La SG 4 ans depuis le diagnostic de la maladie métastatique était estimée à 38,8% (IC95% : 29,8–47,7).

Conclusion

Ces résultats suggèrent qu'une approche incluant des traitements locaux des AP-OM, peut être assortie d'une survie prolongée. Elle devrait être discutée dans des centres experts chez des patients très sélectionnés. Une étude prospective randomisée pour la valider paraît souhaitable.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00329-Spécificités des hépatectomies pour plaies de la voie biliaire après cholécystectomie : résultats à court et long terme d'une cohorte nationale française

Arthur MARICHEZ (1) , Heithem JEDDOU (2), Nicolas GOLSE (3), Pietro ADDEO (4), Emmanuel BOLESZLAWSKI (5), Mehdi BOUBADDI (1), Benjamin MENAHEM (6), Raffaele BRUSTIA (7), Charlotte MAULAT (8), Rami RHAEIM (9), Stylianos TZEDAKIS (10), Claire GOUMARD (11), Alexis LAURENT (7), Safi DOKMAK (12), Christophe LAURENT (1), Laurence CHICHE (1) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Chu De Rennes, Rennes, France, (3)Centre Hépato-Biliaire Henri Bismuth-Aphp, Villejuif, France, (4)Hôpital Hautepierre Chu De Strasbourg, Strasbourg, France, (5)Chu De Lille, Lille, France, (6)Chu De Caen, Caen, France, (7)Hôpital Henri Mondor-Aphp, Paris, France, (8)Chu De Toulouse, Toulouse, France, (9)Chu De Reims, Reims, France, (10)Hôpital Cochin-Aphp, Paris, France, (11)Hôpital Pitié-Salpêtrière-Aphp, Paris, France, (12)Hôpital Beaujon-Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Les plaies de la voie biliaire (PVB) après cholécystectomie sont une complication sévère pouvant nécessiter une réparation biliaire complexe. Selon l'étendue de la lésion biliaire et des lésions vasculaires associées, l'hépatectomie peut être envisagée. Les résultats de ces hépatectomies sont peu connus dans la littérature et cette étude tente les préciser, à court et long-terme.

Méthodes

Une étude rétrospective multicentrique a été menée dans 12 CHU Français impliqués dans l'ACHBT. Tous patients ayant eu une hépatectomie pour PVB ont été inclus sur 30 ans (1995-2024). Les segmentectomies IV ont été exclues.

Résultats

Parmi les 90 patients inclus, 67,8% d'hépatectomies droites ont été réalisées, une anastomose hépatico-jéjunale(HJ) était associée dans 71,1% des cas. 20% des hépatectomies étaient réalisées en urgence. Trois indications principales d'hépatectomies ont été identifiées(sepsis récidivant, nécrose, impossibilité de réparation). Le délai médian avant hépatectomie était de 21 mois post-PVB. Le taux de PVB majeures selon Strasberg était de 70%. La morbidité générale était de 73.3%, la morbidité sévère(MS) ($DC \geq III$) de 38,9% et la mortalité à 90j de 5,6%. Ce taux de mortalité était significativement supérieur dans les hépatectomies en urgence. Aux dernières nouvelles, 91,7% des patients avaient de bons résultats biliaires selon la classification fonctionnelle de Terblanche. La présence d'abcès hépatique, d'HJ associée et transfusion per-opératoire étaient des facteurs de risques de MS en multivariée.

Conclusion

L'hépatectomie reste une option rare dans le traitement des PVB mais elle est associée à une importante morbidité et mortalité post-opératoire. Elle doit être la dernière option d'une séquence thérapeutique, réalisée en centre expert HPB.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00369-De la formation autonome à la formalisation de la formation initiale en chirurgie hépato-biliaire robot-assistée

Florian PECQUENARD, Guillaume MILLET, Mehdi EL AMRANI, Stéphanie TRUANT - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Transplantation, Chu De Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Proctoring assuré par le Dr G. Millet pour Intuitive Surgical

Introduction

L'objectif de ce travail est de présenter la mise en place d'une formation à la chirurgie hépato-biliaire robot-assistée, du premier chirurgien à la diffusion de la technique lors de la phase de formation initiale des jeunes chirurgiens.

Méthodes

Cette étude narrative détaille l'implémentation d'un programme de chirurgie hépato-biliaire mini-invasive robot-assistée utilisant l'outil Da Vinci (Intuitive Surgical) dans le service de chirurgie digestive et transplantation du CHU de Lille. L'évolution en termes de difficulté des interventions réalisées, de la standardisation de la technique ainsi que la stratégie de formation des jeunes chirurgiens est explicitée.

Résultats

La difficulté des interventions robot-assistées réalisées au cours de l'auto-formation d'un chirurgien hépatique expert en procédures mini-invasives est rapide (procédures 1-15 : score d'IWATE moyen = 4.5 vs procédure 31-45 : score d'IWATE moyen = 7.1). L'expérience obtenue a permis une standardisation des procédures. Une installation du patient et un positionnement des trocarts uniques ont pu être identifiés. Les modalités de mobilisation et de parenchymotomie hépatiques ont été uniformisées. L'étape actuelle est la transmission des connaissances et techniques acquises aux jeunes chirurgiens hépato-biliaires sous la supervision de chirurgiens devenus experts. Des temps opératoires de difficulté croissante ont été définis et leur maîtrise est validée par compagnonnage à la manière de l'enseignement en laparotomie et coelioscopie.

Conclusion

L'expertise obtenue en chirurgie hépatique robot-assistée a permis par la standardisation d'intégrer cet outil dans la formation des jeunes chirurgiens sans réduire la complexité des gestes réalisés.

Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

3CVD00371-Affiner l'évaluation des résultats après pancréatectomie distale mini-invasive : Etude nationale des composites outcomes et modélisation prédictive.

Clément PASTIER (1), Marc-Anthony CHOUILLARD (2), Charles DE PONTAUD (2), Alexandra NASSAR (3), Safi DOKMAK (2), David FUKS (3), Sebastien GAUJOUX (1) - (1)Service De Chirurgie Hépatobiliaire, Pancréatique Et De Transplantation Hépatique, Ap-Hp, Hôpital De La Pitié-Salpêtrière, Paris, France, Paris, France, (2)Service De Chirurgie Hépatobiliaire Et De Transplantation Hépatique, Ap-Hp, Hôpital Beaujon, Université Paris Cité, Clichy, France, Clichy, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Pancréatique, Hépatobiliaire Et Endocrinienne, Ap-Hp, Hôpital Cochin, Paris, France, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Plusieurs critères composites ont été proposés pour évaluer la pancréatectomie distale, mais aucun dans une cohorte exclusivement mini-invasive (MIDP). Cette étude visait à rapporter leur prévalence, notamment celle du récent Ideal Outcome (IO), et à développer un modèle prédictif.

Méthodes

Étude rétrospective nationale française (2010–2021) sur les MIDP. Le Successful Ideal Outcome (SIO) était défini par l'absence de CR-POPF, réadmission, réopération/réintervention, mortalité et morbidité sévère, avec un séjour $\leq 75^{\text{e}}$ percentile (Optimal IO si $\leq 25^{\text{e}}$ percentile ou OIO). Les centres étaient classés par volume annuel. Les facteurs associés ont été identifiés par analyse multivariée avec sélection backward et un modèle prédictif a été développé (XGBoost, entraînement 60%, validation 20%, test 20% avec bootstrap n=1000).

Résultats

Cinquante-deux centres ont réalisé 2092 MIDP (13% robot), avec préservation splénique (Warshaw 28%, Kimura 26%) pour tumeurs neuroendocrines (30%) ou adénocarcinomes (24%). La mortalité était de 1.3 %, CR-POPF 19 %, PPH 6 %, conversion 16 %, réadmission 15 %. Le SIO (13 jours) concernait 59.6 % (n=1247) et l'OIO (7 jours) 28.1 % (n=588). Les absences de Composite Endpoint (78%) et PACE (77%) étaient plus fréquentes que le Textbook Outcome (68 %) ou l'Optimal Surgical Outcome (64%). Les prédicteurs d'OIO incluait : sexe masculin (OR=0.73), IMC ≥ 25 (OR=0.61), antécédent chirurgical (OR=0.76), TNE (OR=1.36), expertise >10 cas/an (OR=2.09) et splénectomie planifiée (OR=0.67). Les caractéristiques du modèle (44 variables) étaient : AUC 0.7224 [0.6671–0.7751], Sn 79.7%, Sp 58.1%, VPP 42.7%, VPN 87.9%.

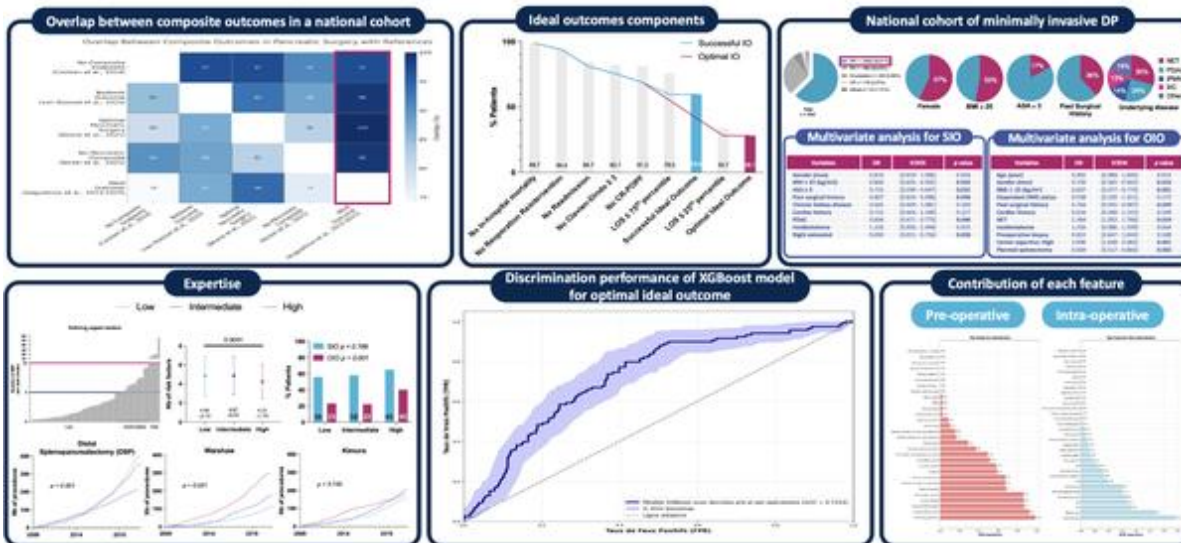
Conclusion

L'IO concernait 59.6%, l'OIO 28.1%. Le modèle XGBoost montre un fort potentiel pour prédire l'échec (VPN 88 %).

Refining Outcome Assessment After Minimally Invasive Distal Pancreatectomy: A National Evaluation of Composite Metrics and Predictive Modelling

Clément PASTIER^{1,2}, Marc-Arthur CHOUILLARD³, Charles DE PONTAUD¹, Alexandra NASSAR³, Safi DOKMAK², David FUKS³, Sébastien GAUJOUX¹

¹ Department of Hepato-Biliary and Pancreatic Surgery and Liver Transplantation, AP-HP, Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France
² Department of HPB Surgery and Liver Transplantation, AP-HP, Beaujon Hospital, University of Paris, Clamart, France
³ Department of Digestive, Pancreatic, Hepatobiliary and Endocrine Surgery, AP-HP, Cochin Hospital, Paris, France



Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

3CVD00081-Résultats à long-terme de la transplantation hépatique à partir de greffons issus de donneurs décédés après arrêt circulatoire (DDAC) - 10 ans d'expérience monocentrique

Emma MULET (1), Natacha BOULANGER (1), Kayvan MOHKAM (1), Agnes RODE (2), Jean Yves MABRUT (1), Guillaume ROSSIGNOL (3), Xavier MULLER (1) - (1)Hopital De La Croix Rousse, Service De Chirurgie Hépatobiliaire Et Pancréatique Et De Transplantation Hépatique, Lyon, France, (2)Hopital De La Croix Rousse, Hcl-Service De Radiologie, Lyon, France, (3)Hopital Femme Mère Enfant-Service De Chirurgie Pédiatrique Et De Transplantation Hépatique, Lyon, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

La transplantation hépatique à partir de DDAC (TH-DDAC) expose à un risque élevé de non-fonction primaire et de complications biliaires ischémiques notamment en cas de prélèvement super-rapide. Dans le protocole DDAC français, la circulation régionale normothermique (CRN) a permis une réduction de ces complications à court terme mais les résultats à long-terme notamment des sténoses biliaires ischémiques non anastomotiques (NAS) ne sont pas connus.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique (2015-2024) analysant les résultats à long terme (> 1 an) des TH-DDAC avec évaluation des NAS par cholangio-IRM systématique à 6 mois.

Résultats

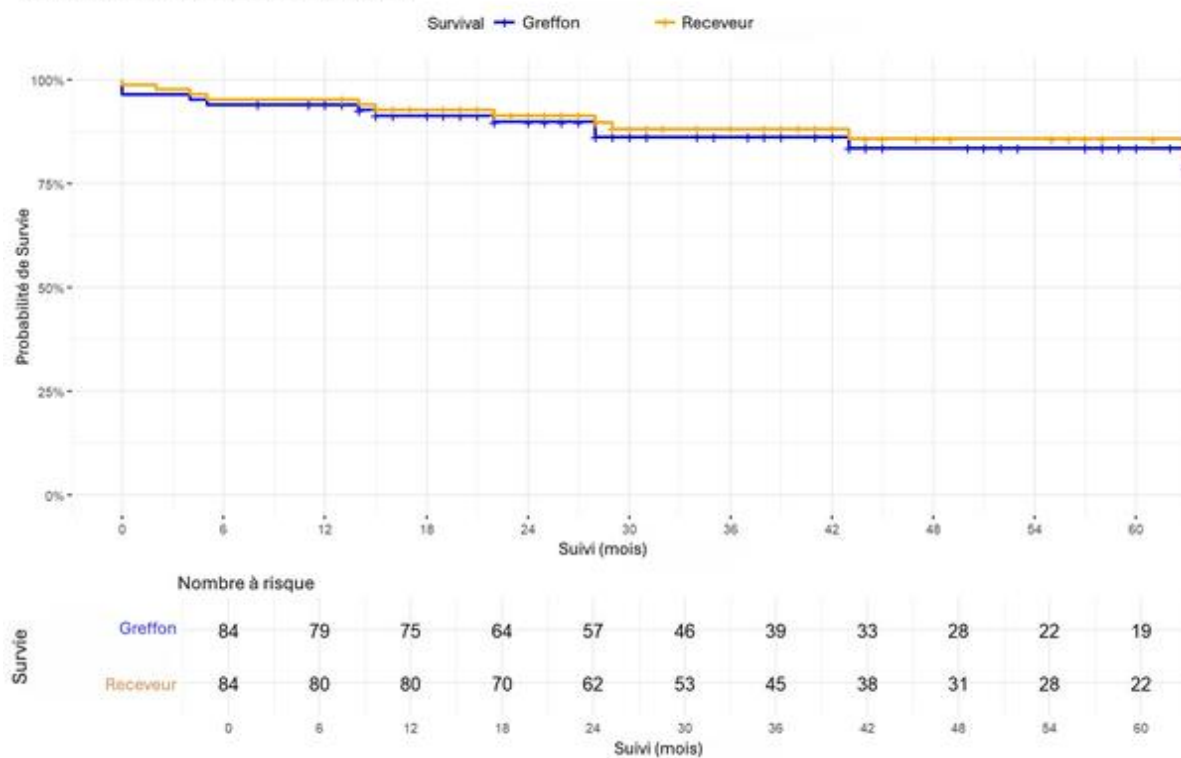
Entre 2015 et 2024, 84 TH-DDAC ont été réalisées. L'âge médian des donneurs était de 54 ans, la durée d'ischémie chaude fonctionnelle donneur de 24 min et la durée d'asystolie donneur de 18 min. La durée médiane de CRN était de 227 minutes avec une durée médiane d'ischémie froide statique de 305 mn. 15 % des greffons ont reçu une perfusion hypothermique oxygénée en fin de conservation froide statique. Après un suivi médian de 39 mois, la survie greffon et receveur à 1 et 5 ans était respectivement de 94/95,2% et 83,5/85,7%. Le taux de non-fonction primaire était de 2,4% et le taux de NAS était de 1,2% (n=1, asymptomatique) sans perte de greffon liée à des complications biliaires.

Conclusion

Dans ce protocole de DDAC-TH avec CRN, (1) les résultats à long terme sont dans le benchmark de la TH avec donneur en mort encéphalique et (2) le taux de complications biliaires NAS symptomatiques est nul.

Courbe de survie Greffon & Receveur

Courbe de Survie Greffon et Receveur



Caractéristiques donneur/greffon/receveur M3

Caractéristiques Donneur/Greffon/Receveur Maastricht 3	
	n=84
DONNEUR	
Age (années)	54 (44,63)
Sexe masculin	62 (74%)
IMC	23.9(21.9, 27.4)
Durée du séjour en soins continus/réa (j)	8(6,14)
Cause du décès (%)	
Vasculaire	14 (17%)
Anoxie	53 (63%)
Traumatique	17 (20%)
GREFFON	
Temps ischémie chaude total (min)	32(28,38)
Temps ischémie chaude fonctionnelle (min)	24(20,27)
Temps d'asystolie (min)	18(16,22)
durée CRN (min)	227 (204,239)
temps d'ischémie froide (min)	305(251,340)
HOPE	13 (15%)
durée de HOPE (min)	105 (70-125)
poids greffon (g)	1540 (1310,1800)
RECEVEUR	
caractéristiques générales receveur	
Age (années)	57 (50,61)
Sexe masculin (%)	61 (75%)
IMC	26.7 (23,30.2)
score MELD	13 (10,18)
TIPS	9 (11%)
Etiologies de transplantation	
CHC	45 (53.6%)
Alcool	50 (60%)
MASH	23 (27%)
Etiologies biliaires	7 (8.3%)
UK DCD Risk Score	
Faible risque [0-5] (%)	67 (79.8 %)
Haut risque [6-10]	17 (20.2 %)
Futile >10] (%)	0
Détails transplantation hépatique	
Ischémie chaude receveur (min)	37 (33,45)
transfusions sanguines per-opératoires	0(0,2)
Durée opératoire (min)	386 (334,438)
Complications et Résultats post Transplantation	
Non fonction primaire	2 (2.4%)
Re-transplantation	3 (3.6%)
Dialyse < 90 jour post TH pour IRA	6 (7.1%)
Complications biliaires symptomatique	25 (29.76%)
Sténose non anastomotique, asymptomatique	1 (1.3%)
Thrombose artère hépatique (%)	4 (4.8%)
Survie receveurs à 1 et 5 ans	95.2% - 85.7%
Survie greffons à 1 et 5 ans	94% - 83.5%
Médiane (Q1,Q3), CRN : Circulation Régionale Normothermique, CHC : Carcinome hépatocellulaire, HOPE : Hypothermic Oxygenated Perfusion, IMC : Indice de Masse Corporelle, IRA (Insuffisance Rénale Aigue), MASH : Metabolic dysfunction-associated stéatohépatitis, MELD : Model for End-stage Liver disease	

Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

3CVD00121-Facteurs prédictifs de Failure to Rescue (FTR) après transplantation hépatique chez l'adulte : une cohorte multicentrique de 1341 patients

Mehdi BOUBADDI (1) , Chetana LIM (2), Michel RAYAR (3), Lluís SECANELLA (4), Lazare SOMMIER (5), Eric SAVIER (2), Claire GOUWARD (2), Celia TURCO (6), Chady SALLOUM (7), Florence JEUNE (2), Geraldine ROUSSEAU (2), Emilio RAMOS (8), Fabiano PERDIGAO (2), Astrid HERRERO (5), Laura LLADO (8), Daniel AZOULAY (7), Olivier SCATTON (2) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Hôpital Pitié-Salpêtrière-Aphp, Paris, France, (3)Chu De Rennes, Rennes, France, (4)Hospital Universitari De Bellvitge, Barcelone, Espagne, (5)Chu De Montpellier, Montpellier, France, (6)Chu De Besançon, Besançon, France, (7)Hopital Paul Brousse-Aphp, Paris, France, (8)Hospital Universitari De Bellvitge, Barcelone, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Une transplantation hépatique (TH) complexe est associée à une morbi-mortalité élevée. La "Failure to Rescue" (FTR) est la principale cause de mortalité après une TH. L'impact de la difficulté technique sur la FTR n'a jamais été étudié.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les premières TH chez l'adulte dans 6 centres. Une TH difficile a été définie comme une greffe qui était associée à une transfusion de plusieurs culots globulaires et des durées d'ischémie froide et opératoire prolongées. La FTR a été définie par la mortalité survenant dans les 90 jours après une complication sévère (CCI > 26.2).

Résultats

La population étudiée comprenait 1341 patients. 15% des TH étaient considérées comme difficiles. 719 (13.3%) patients ont une complication sévère dont 10.7% (77/719) sont décédés (taux de FTR=10.7%). Une TH difficile était associée à des taux de morbidité globale (83.3% vs. 76.8%), de morbidité sévère (66.5% vs. 52.8%), de mortalité (9% vs 5.3%) et de FTR (13.5% vs. 9.9) significativement plus élevés ($p<0.05$) par rapport à ceux d'une TH considérée comme non difficile. En analyse multivariée, une TH difficile, le fait d'être hospitalisé en unité de soins intensifs ou réanimation et la dialyse rénale au moment de la TH étaient des facteurs indépendants de FTR.

Conclusion

Une transplantation difficile est associée à un risque plus élevé de FTR. Lorsqu'une TH est annoncée comme potentiellement difficile, l'organisation logistique et le choix du greffon sont des éléments sur lesquels nous pouvons intervenir pour améliorer les résultats.

Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

3CVD00151-La perfusion hypothermique oxygénée en cas d'appariements donneur-receveur à haut risque en transplantation hépatique Etude multicentrique HOPE-MATCH

Xavier MULLER (1) , Natacha BOULANGER (1), Pietro ADDEO (2), François FAITOT (2), Eliano BONACCORSI-RIANI (3), Maxime FOGUENNE (3), Astrid HERRERO (4), Cyprien TOUBERT (4), Jean Yves MABRUT (1), Kayvan MOHKAM (1), Guillaume ROSSIGNOL (1) - (1)Hcl, Lyon, France, (2)Chu, Strasbourg, France, (3)Saint Luc, Bruxelles, Belgique, (4)Chu, Montpellier, France

Conflits d'intérêts

Research Grant from IGL, Speaker fees for XVIVO, AFERETICA and Bridge to life

Introduction

La perfusion hypothermique oxygénée des greffons hépatiques à critères élargies (ECD) a été largement étudié pour des receveurs avec un MELD<20. Le bénéfice de HOPE en cas d'appariement donneur-receveur à haut risque reste à préciser.

Méthodes

Etude multicentrique cas-témoin (2017-2024) comparant HOPE à la conservation statique (CS) pour des greffons hépatique ECD (≥ 1 critère : âge>65ans, stéatose $\geq 20\%$, cytolyse>150) issus de donneurs en mort encéphalique implantés chez des receveurs MELD>25. La morbidité post-TH spécifique du greffon a été défini par la présence d'un des critères suivants : dialyse de novo, complications biliaires/artérielles, relaparotomies et dysfonction précoce/non fonction primaire.

Résultats

Ont été inclus 137 patients, dont 47 dans le groupe HOPE. 53% des receveurs étaient hospitalisés en réanimation (HOPE:51%, CS:54%, $p=0,7$) et 27% étaient intubés (HOPE:17%, CS :32%, $p=0,06$). Le score MELD médian des receveurs était de 33 (HOPE:31, CS:33, $p=0,20$). Dans le groupe HOPE, la morbidité post-TH spécifique du greffon à J90 était significativement diminuée (53% vs 79%, $p=0,01$) avec moins de reprises chirurgicales (24% vs 42%, $p=0,05$). Dans le groupe HOPE, la mortalité des greffons et des receveurs à J90 était non significativement diminuée (4%vs11%, $p=0,30$ et 4%vs10%, $p=0,30$ respectivement) mais comprise dans les benchmarks ($\leq 6\%$ et $\leq 4\%$ respectivement). La survie à 1 an des greffons (87,8%vs 73.5%, $p=0,13$) et des receveurs (90,2%vs 75,9%, $p=0,11$) étaient non significativement augmentées avec HOPE.

Conclusion

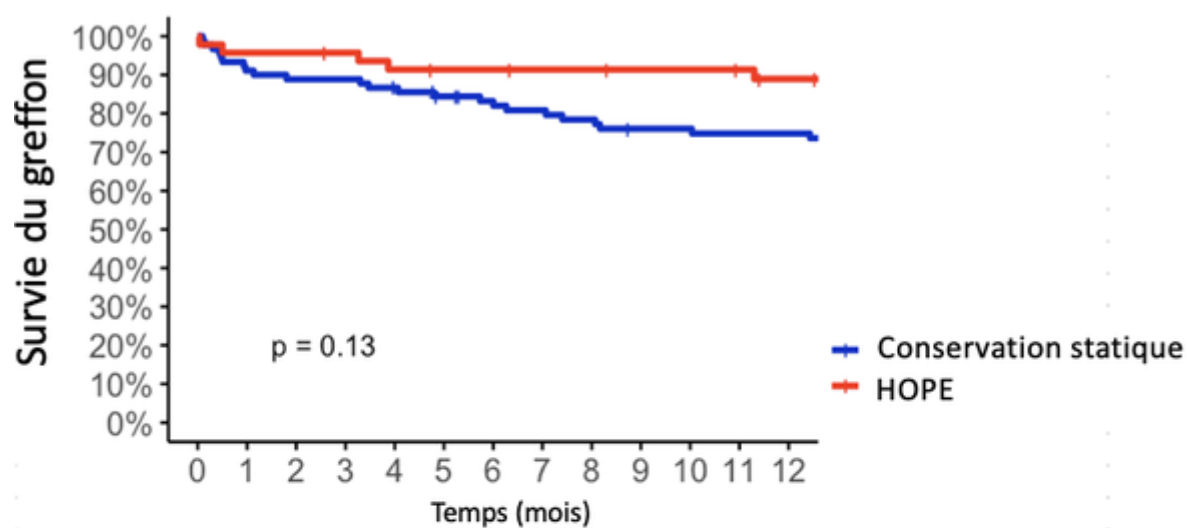
HOPE en cas d'appariement donneur-receveur à haut risque réduit la morbi-mortalité post-TH et permet d'atteindre les résultats benchmark en TH correspondant à un appariement optimal donneur-receveur.

Caractéristiques pré- et post-opératoire

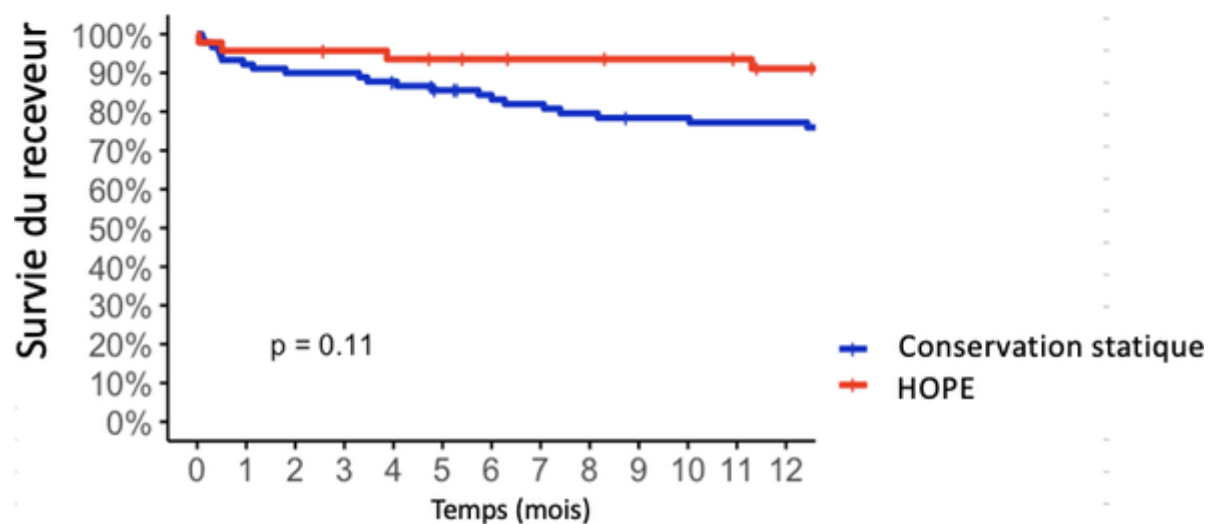
	Population générale (n=137)	Conservation statique (n=90)	HOPE (n=47)	p-value
Caractéristiques générales des receveurs				
Sexe				
Homme	89 (65%)	55 (61%)	34 (72%)	0.20
Age (années)	57 (50-63)	57 (51-63)	56 (49-62)	0.30
IMC (kg/m2)	25 (22.8-29.9)	24.7 (22.7-29.8)	25.9 (23-31.2)	0.30
Données manquantes	3	2	1	
Antécédent de chirurgie sus mésentérique	36 (26%)	24 (27%)	12 (26%)	0.90
Thrombose porte	17 (12%)	14 (16%)	3 (6.4%)	0.12
Hospitalisation en réanimation pré-TH	73 (53%)	49 (54%)	24 (51%)	0.70
Intubation	37 (27%)	29 (32%)	8 (17%)	0.06
Dialyse pré-TH	42 (31%)	26 (29%)	16 (34%)	0.50
A domicile pré TH	39 (28%)	24 (27%)	15 (32%)	0.50
Données manquantes		4 (4.4%)	0	
Indication de TH				NS
Cirrhose sur exogénose	79 (58%)	45 (50%)	34 (72%)	
Cirrhose dysmétabolique	15 (11%)	12 (13%)	3 (6.4%)	
Cirrhose mixte (exogénose + dysmétabolique)	8 (5.8%)	6 (6.7%)	2 (4.3%)	
Hépatite virale (VHB/VHC)	18 (13.1%)	13 (14.5%)	5 (10.6%)	
Néoplasie	17 (12%)	10 (11%)	7 (15%)	
Autres (AI, CBP, CSP)	14 (10.2%)	11 (12.1%)	3 (6.4%)	
Score MELD	33 (28-39)	33 (29-39)	31 (28-37)	0.20
MELD >30	81 (59%)	57 (63%)	24 (51%)	0.20
Caractéristiques générales des donneurs				
Age (années)	71 (63-75)	71 (64-75)	71 (62-75)	0.90
IMC (kg/m2)	25.9 (23-30)	25.6 (23.2-30)	26 (23-29)	> 0.90
Données manquantes	1	0	1	
Durée de séjour en réanimation (jours)	2 (1-4)	3 (2-4)	2 (1-4)	0.50
Donneur par mort encéphalique	137 (100%)	90 (100%)	47 (100%)	
Caractéristiques générales des greffons				
Durée de conservation statique	380 (330-435)	387 (334-445)	360 (307-399)	0.02
Traitement par HOPE			47 (100%)	
Durée de perfusion HOPE			172 (90-199)	
Durée de conservation totale	420 (365-510)	387 (334-445)	510 (436-580)	<0.001
Données per opératoire				
Durée opératoire (min)	393 (305-480)	400 (285-480)	372 (319-462)	0.90
Dialyse per opératoire	45 (33%)	32 (36%)	13 (28%)	0.40
Transfusion sanguine (nb CGR)	4 (3-6)	4 (2-6)	5 (3-7.5)	0.12
Données per opératoire				
Dialyse post opératoire	54 (40%)	40 (44%)	14 (30%)	0.11
Dialyse de novo	22 (16%)	18 (20%)	4 (8.5%)	0.08
Données manquantes	1	0	1 (2.1%)	
PNF	1 (0.7%)	0	1 (2.1%)	0.30
Complication biliaire	37 (27%)	22 (24%)	15 (32%)	0.30
Complication artérielle	19 (14%)	16 (18%)	3 (6.4%)	0.07
Thrombose porte	4 (2.9%)	2 (2.2%)	2 (4.3%)	0.60
Thrombose veineuse sus hépatique	1 (0.7%)	1 (1.1%)	0	> 0.90
Rejet aigu	26 (19%)	18 (20%)	8 (17%)	0.70
Ascite post opératoire	27 (20%)	17 (19%)	10 (21%)	0.80
Données manquantes	1	1	0	
Reprise chirurgicale <90 jours	40 (35%)	30 (42%)	10 (24%)	0.05
Données manquantes	24	19	5	
Retransplantation	3 (2.2%)	2 (2.2%)	1 (2.1%)	> 0.90
Morbidité spécifique du greffon (EAD, PNF, complication artérielle/biliaire, dialyse de novo, reprise chirurgicale <90 jours)	83 (69%)	59 (79%)	24 (53%)	0.01
Données manquantes	17	15	2	
EAD	25 (18%)	21 (23%)	4 (8.5%)	0.03
CCI global	57 (30-100)	54 (22-100)	62 (35-89)	0.90
CCI à 90 jours	47 (21-83)	46 (21-92)	51 (32-69)	0.80
Note: Les données sont exprimées sous forme n(%) ou médiane(Q1-Q3).				
Abbréviations : HOPE, hypothermic oxygenated perfusion/perfusion hypothermique oxygénée; IMC, indice de masse corporelle; TH, transplantation hépatique; VHB/VHC, virus de l'hépatite B ou C; AI, auto-immune; CBP, cirrhose biliaire primitive; CSP, cholangite sclérosante primitive; MELD, model of end stage liver disease; CGR, concentré de globule rouge; PNF, primary non function/non fonction primaire; EAD, early allograft dysfunction/dysfonction précoce du greffon; CCI, comprehensive complication index				

Courbe de survie greffon et receveur à 1 an

Survie du greffon à 1 an



Survie du receveur à 1 an



Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00288-Résultats et facteurs prédictifs de non-reconstruction après diversion oesophagienne dans un centre expert.

Oyekashopefoluwa ALAO (1), Boris CLERET (1), Alexandre BOURGEOIS (2), Fatima ARFAK (3), Guillaume PIESEN (1), Julie VEZIAN (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Hôpital Huriez, Chu Lille, Lille, France, (2)Service D'anesthésie-Réanimation Chirurgicale, Hôpital Huriez – Centre Hospitalier Universitaire De Lille, France, Lille, France, (3)Département De L'information Médicale, Maison Régionale De La Recherche Clinique, Centre Hospitalier Universitaire De Lille, France, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'œsophagectomie sans rétablissement(OSR) : diversion primaire(DP) ou secondaire(DS) est une procédure rare et complexe. Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques des patients ayant eu une diversion, le taux de reconstruction et les résultats associés dans un centre expert.

Méthodes

Étude rétrospective, monocentrique (CHU Lille) entre 01/2011 et 12/2023. Tous les patients ayant eu une OSR ont été identifiés à partir des codes CCAM et d'une base de données rétrospective.

Résultats

Sur 1224 œsophagectomies, 41 patients(3%) ont eu une diversion(15DP, 26DS). Le suivi médian post-diversion était de 11[3-43] mois. Les DP étaient réalisées pour cancer(n=9), perforation instrumentale(n=2), Boerhaave(n=2), corps étranger(n=1), et black-oesophagus(n=1). Les DS survenaient dans un contexte d'ischémie de plastie(n=14) ou de fistule anastomotique(n=12), principalement après Lewis-Santý (n=21). La durée d'hospitalisation était plus longue après DS (62 vs 21 jours, $p<0.001$). Après diversion, le taux de morbidité majeure ($CD\geq 3$) était de 78% et les taux de mortalité à 30, 90 jours et 12 mois étaient respectivement de 9.8%, 29.3% et 53.7%. La reconstruction digestive a été réalisée chez 23 patients (67% DP et 50% DS) dans un délai médian de 7[5-9] mois, par coloplasties(n=18) ou gastropplasties(n=5) rétrosternales. La morbidité majeure était de 83%, le taux de fistule anastomotique de 61%, et la mortalité à 90 jours de 13%. Les facteurs associés à la non-reconstruction étaient l'indication pour cancer ($p=0.027$) et les complications respiratoires après diversion ($p=0.025$).

Conclusion

L'OSR est associée à une morbi-mortalité élevée. La reconstruction, réalisée chez 1 patient sur 2, présente également des risques qui justifient une préhabilitation optimisée.

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00299-Évaluation de l'intérêt de prothèse résorbable dans la cure de hernie hiatale symptomatique et les facteurs de risques associés à la récurrence : une étude rétrospective comparative.

*Léa BERGON, Thibaud BERTRAND, Ahmad TARHINI, Tony EL SOUIEDY, Lara RIBEIRO, Simon MSIKA, Tigran POGHOSYAN
- (1)Hôpital Bichat, Paris, France*

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêts.

Introduction

La cure de hernie hiatale (HH) est un traitement efficace du reflux gastro-œsophagien symptomatique. L'utilisation de prothèse résorbable, proposée pour limiter la récurrence, reste controversée. Cette étude évalue son intérêt ainsi que les facteurs de risques associés à la récurrence.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique sur les patients opérés entre avril 2019 et février 2025 d'une cruroplastie associée à une valve anti-reflux (Toupet), sans versus avec l'utilisation de prothèse résorbable biosynthétique ou biologique. Les récurrences symptomatiques ont été évaluées par des explorations morphologiques (endoscopie, transit oeso-gastro-duodénal, scanner et pH-impédancemétrie) et consommation d'inhibiteurs de pompe à protons (IPP) au cours du suivi post-opératoire.

Résultats

Parmi 148 patients opérés : 32 sans prothèse (SP), 116 avec prothèse (AP). La durée opératoire était plus longue dans le groupe AP (245 minutes vs 209, $p=0,017$). La morbidité post-opératoire (3% [SP] vs 5% [AP], $p=0,629$) et le taux de réintervention (3% [SP] vs 3% [AP], $p=0,629$) étaient comparables. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative ni sur le taux de récurrence (16% [SP] versus 21% [AP], $p=0,319$), ni dans la consommation d'IPP (25% [SP] vs 21% [AP], $p=0,676$). En analyse multivariée, le nombre d'interventions (3 ou plus) sur la HH était significativement associé à la récurrence (Hazard ratio 4, IC 95% [1.3;13], $p = 0,014$).

Conclusion

L'utilisation de prothèse résorbable dans la prise en charge chirurgicale des HH ne paraît pas réduire le risque de récurrence dans cette étude. En revanche, les interventions de reprise apparaissent associées à un risque accru de récurrence.

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00314-Impact de l'obésité après œsophagectomie sur la morbi-mortalité post-opératoire: une cohorte nationale de 6276 patients.

Samuel DOS SANTOS, Alexandre CHALLINE, Maxime COLLARD, Najim CHAFAI, Francois PAYE, Yann PARC, Thibault VORON, Jérémie H LEFÈVRE - (1)Département De Chirurgie Digestive, Ap-Hp, Hôpital Saint Antoine, F-75012, Paris, France, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

L'obésité est un facteur de risque reconnu en chirurgie abdominale, augmentant la complexité technique et le risque de complications post-opératoires. Cette étude évalue l'impact de l'obésité après œsophagectomie pour cancer.

Méthodes

Une étude rétrospective a été menée de 2017 à 2022 à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Tous les patients opérés d'une œsophagectomie pour cancer ont été inclus. L'obésité a été classée en trois groupes : non-obèse, $IMC \leq 35 \text{ kg/m}^2$ (stade1) et $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ (stade2-3). La mortalité, la morbidité, les complications respiratoires et les fistules anastomotiques ont été analysées à 90 jours et ajustée sur le volume du centre notamment.

Résultats

6276 patients ont été opérés dans 239 centres sur la période. 25% des patients étaient opérés dans 183 centres à bas volume ($< 5/\text{an}$), 44% dans 47 centres à moyen volume (5-20) et 31% dans 9 centres à haut volume ($> 20/\text{an}$). La mortalité variait non significativement de selon les groupes (non-obèse=7,1%, stade1=5,5, stade2-3=7,6%, $p=0,47$). La morbidité globale (non-obèse=68 %, stade1=74 %, stade2-3=79%, $p<0,001$) et les complications respiratoires majeures (non-obèse=28 %, stade1=33 %, stade2-3=35%, $p=0,02$) étaient significativement plus fréquentes chez les patients obèses. Les taux fistules n'étaient pas différents (non-obèse=18 %, stade1=19 %, stade2-3=14%, $p=0,46$) En analyse multivariée, l'obésité était un facteur indépendant de morbidité (stade1 : OR=1,39 [1,08-1,91]; stade2-3 OR=1,88 [1,24-2,95]) et de complications respiratoires (stade1: OR=1,34 [1,05-1,70]; stade2-3: OR=1,61 [1,11-2,32]).

Conclusion

L'obésité est associée à une augmentation de la morbidité et des complications respiratoires après œsophagectomie, sans impact significatif sur la mortalité ni le risque de fistule anastomotique.

Résultats post-opératoires de la cohorte (n=6276)

	Non obèse n= 5815	IMC < 35 n=330	BMI ≥ 35 n= 131	P-value
Décès (%)	1716 (29.5)	77 (23.3)	38 (29.0)	0,0559
Décès à 30j (%)	212 (3.6)	14 (4.2)	7 (5.3)	0,4358
Décès à 90j(%)	415 (7.1)	18 (5.5)	10 (7.6)	0,4688
Morbidité (%)	3938 (67.7)	246 (74.5)	104 (79.4)	0,0008
Hémorragie (%)	460 (7.9)	27 (8.2)	10 (7.6)	0,9785
Complications pulmonaires majeures (%)	1630 (28.0)	109 (33.0)	48 (36.6)	0,0185
Fistule (%)	1067 (18.3)	64 (19.4)	19 (14.5)	0,4563
Endoscopie (%)	725 (12.5)	48 (14.5)	15 (11.5)	0,8926
Drainage thoracique(%)				
Percutanée	1127 (19.4)	45 (13.6)	25 (19.1)	0,0240
Chirurgicale	225 (3.9)	14 (4.2)	7 (5.3)	0,5707
Scanner (%)	4322 (74.3)	245 (74.2)	101 (77.1)	0,7707
Exclusion bipolaire (%)	129 (2.2)	8 (2.4)	2 (1.5)	0,8641
Reprise chirurgicale avec anastomose (%)	220 (3.8)	10 (3.0)	4 (3.1)	0,8781
Soins en réanimation, moyenne (écart-type)	7.34 (13.3)	8.45 (14.9)	9.82 (13.7)	0.0429
Utilisation amine vassopresseur en post- opératoire (%)	2111 (36.3)	128 (38.8)	56 (42.7)	0,2193
Utilisation d'haute pression ventilatoire en post- opératoire* (%)	1249 (21.5)	98 (29.7)	47 (35.9)	< 0,0001
Trachéotomie (%)	137 (2.4)	9 (2.7)	5 (3.8)	0,3993
Temps d'hospitalisation, moyenne en jours (écart-type)	23.5 (20.1)	25.2 (22.3)	27.6 (24.9)	0.0260
Soins de suite et de réadaptation (%)	1555 (26.7)	80 (24.2)	30 (22.9)	0,4083
Réhospitalisation à 90 jours (%)	3946 (67.9)	233 (70.6)	79 (60.3)	0,4222
* Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné par 24 heures				

Analyse multivariée des complications pulmonaires

Variable	Odds_Ratio	CI_Bas	CI_Haut	p_value
Obésité				
Non obèse				
IMC < 35	1.34	1.05	1.70	0.0182
IMC ≥ 35	1.61	1.11	2.32	0.0115
Age	1.00	1.00	1.01	0.2722
Sexe				
Homme				
Femme	0.82	0.71	0.96	0.0115
Dénutrition	1.35	1.20	1.51	< 0.001
Insuffisance respiratoire chronique	1.35	1.09	1.67	0.0054
Syndrome d'apnée du sommeil	0.91	0.67	1.22	0.5324
Pathologies rénales	1.17	0.74	1.83	0.4879
Diabètes	1.12	0.92	1.36	0.2375
Traitement néoadjuvant	0.74	0.64	0.86	< 0.001
Type de résection chirurgicale				
Lewis Santy				
Mc Keown	1.34	1.10	1.62	0.0029
Transhiatal	0.54	0.38	0.75	0.0003
Voie d'abord				
Ouverte				
Hybride	0.76	0.67	0.86	< 0.001
Mini-invasive	0.40	0.30	0.52	< 0.001
Volume d'oesophagectomie des centres				
< 5				
5 à 20	0.81	0.71	0.93	0.0024
>20	0.64	0.55	0.76	< 0.001
Saison				
Hiver				
Automne	0.90	0.76	1.06	0.1869
Printemps	0.99	0.84	1.16	0.8761
Été	1.04	0.89	1.22	0.5871
Période				
2017-2018				
2019-2020	1.10	0.96	1.26	0.1698
2021-2022	1.18	1.02	1.36	0.0223
Analyse multivariée: complication respiratoire majeure à 90 jours				

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00315-Gastrectomie totale mini-invasive pour cancer et son impact sur la morbidité postopératoire : étude nationale portant sur 11767 patients

Alexandre CHALLINE, Thibault VORON, Najim CHAFAI, Maxime COLLARD, Clotilde DEBOVE, Francois PAYE, Yann PARC, Jérémie H LEFÈVRE - (1)Service De Chirurgie Digestive, Ap-Hp, Hôpital Saint Antoine, F-75012, Paris, France, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Une étude Française avait rapporté des taux de morbidité plus élevés après gastrectomie totale par voie mini-invasive (GTMI). Cette étude vise à évaluer l'évolution de cette voie d'abord et de son impact sur la morbidité à court et long terme.

Méthodes

Les patients opérés d'une gastrectomie totale pour cancer dans un centre réalisant plus de 5 gastrectomies par an étaient identifiés dans le PMSI (2013–2022). Les patients étaient répartis en quatre groupes selon la voie d'abord (Mini-invasif / laparotomie) et la période (avant / après 2018). Les complications à court et à long terme ont été étudiées sans et avec ajustement.

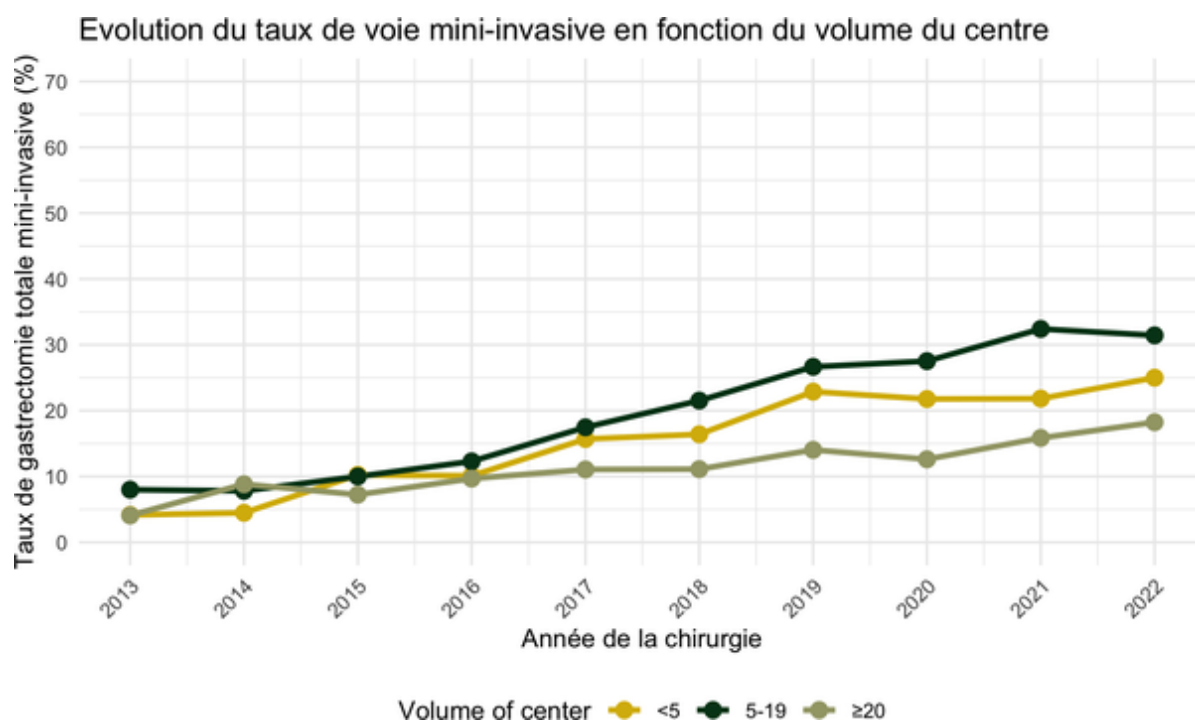
Résultats

Un total de 11767 patients était inclus, 29%, 53% et 18% traités respectivement dans des centres à faible volume (<5cas/an), à volume moyen (5–19cas/an), et à haut volume (≥ 20 cas/an). L'adoption des GTMI a augmenté avec le temps (2013=6%, 2018=19%, 2022=27%, $p<0,001$) (Figure). La cohorte comprenait 8351 patients après exclusion. Les taux de morbi-mortalité à 90 jours et la durée d'hospitalisation étaient significativement diminués dans le groupe GTMI ≥ 2018 (Tableau). Après ajustement, la GTMI ne montrait pas de réduction significative des complications sévères ou de la morbidité mais une diminution de la durée d'hospitalisation. A long terme, le taux de sténose anastomotique était plus important après voie mini-invasive (GTMI=8%, GTLAP=3 %, $p<0,001$).

Conclusion

Cette étude nationale met en évidence les bénéfices de la courbe d'apprentissage liée à la GTMI, avec une diminution de la morbidité et de la mortalité au fil du temps. Cependant, le risque persistant de sténose anastomotique demeure préoccupant.

Evolution des voies d'abord des GT



Complications après GT selon les groupes

Variables	GTLAP<2018 (n=3875)	GTMI<2018 (n=457)	GTLAP≥2018 (n=3060)	GTMI≥2018 (n=959)	p-value
Décès à 90 jours	299 (7.7)	28 (6.1)	173 (5.7)	36 (3.8)	<0.001
Morbidité à 90 jours	1811 (46.7)	207 (45.3)	1528 (49.9)	412 (43.0)	<0.001
Score <u>Clavien Dindo</u>	0-2	2,805 (72.4)	324 (70.9)	2,259 (73.8)	<0.001
	5	299 (7.7)	28 (6.1)	173 (5.7)	
	3	415 (10.7)	54 (11.8)	364 (11.9)	
	4	356 (9.2)	51 (11.2)	264 (8.6)	
Complication sévère	1070 (27.6)	133 (29.1)	801 (26.2)	232 (24.2)	0.09
Infection site opératoire	999 (25.8)	131 (28.7)	843 (27.5)	221 (23.0)	0.02
Complication respiratoire	990 (25.5)	120 (26.3)	804 (26.3)	233 (24.3)	0.65
Complication respiratoire sévère	419 (10.8)	50 (10.9)	306 (10.0)	87 (9.1)	0.37
Durée de séjour (Mediane IQR)	16 [12, 24]	14 [11, 22]	15 [11, 22]	12 [9, 18]	<0.001

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00349-Espérance de vie des pacemakers gastriques dans la gastroparésie sévère réfractaire

Ioanna MAROUDA (1) , Guillaume GOURCEROL (2), Benoit COFFIN (1), Sarah BENHALIMA (3), Emmanuel HUET (2), Robert CAIAZZO (3), David MOSZKOWICZ (1) - (1)Hopital Louis Mourier, Colombes, France, (2)Chu Rouen, Rouen, France, (3)Hopital Huriez, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La Stimulation Electrique Gastrique (SEG) par pacemaker fait partie des traitements de la gastroparésie (GP) sévère réfractaire aux traitements médicamenteux et endoscopiques. Son efficacité reste variable avec perte d'efficacité et complications nécessitant l'explantation ou d'autres interventions. L'histoire naturelle de ces échecs est méconnue.

Méthodes

Cohorte rétrospective tricentrique sur 218 patients de 40+/-15 ans, 72% de femmes, ayant reçu une SEG (2001-2024). Objectif principal: évaluer l'échec de SEG, défini par l'explantation pour inefficacité ou complications et/ou le recours à un traitement endoscopique ou chirurgical complémentaire et/ou le décès et d'identifier les facteurs prédictifs associés. Un modèle de Cox était utilisé pour comparer le risque d'échec en fonction de l'étiologie.

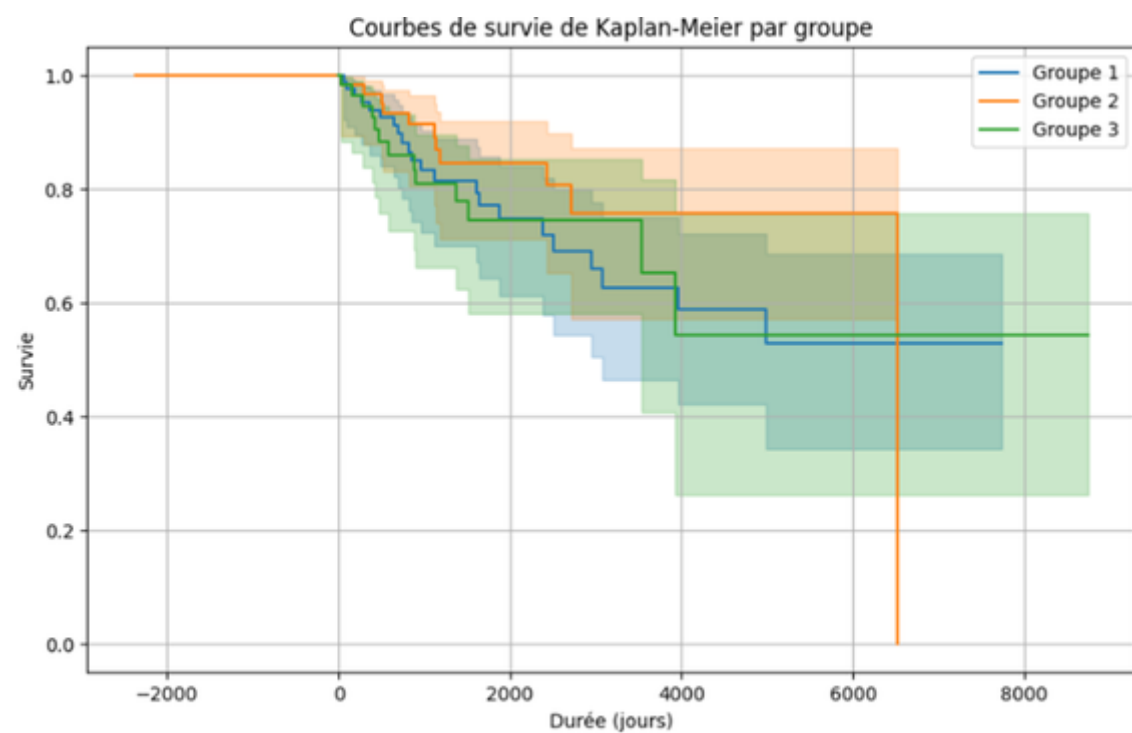
Résultats

Un échec était diagnostiqué chez 40% des patients présentant une GP idiopathique (36/91), 33% des diabétiques (22/67) et 21% des autres causes, notamment postopératoire (22/60; NS). Au cours du suivi (7,4 ans; 1,7-13), l'ablation du PM a été réalisée chez 21% de la population (45/218), soit chez 21 (23%), 11 (16%) et 13 (22%) des 3 groupes, respectivement (NS). Au total, 55 patients (15%) ont eu un traitement endoscopique complémentaire, un G-POEM chez 30 patients (14%) et une dilatation pylorique chez 13 patients (6%); 21 (10 %) un bypass en Y. Les diabétiques présentaient un risque d'explantation de 35 % (HR=0,65; 95%CI=[0,32;1,35]; p=0,25). Les 2 autres groupes avaient un risque similaire (HR=1; 95%CI=[0,50;1,98]; p=0,99; Fig). Au total, 20 décès observés (9%), dont 15% des diabétiques (NS).

Conclusion

Près de 40% des patients ayant une GP sont en échec de SEG, avec une surmortalité significative.

Modèle de Cox pour le risque d'explantation



Test log-rank (Groupe 1 vs 2) - p-value : 0.23345093083517937
Test log-rank (Groupe 1 vs 3) - p-value : 0.9659734580421776
Test log-rank (Groupe 2 vs 3) - p-value : 0.346583636208866

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00363-Morbi-mortalité de la jéjunostomie d'alimentation en pré-habilitation des cancers œso-gastriques et impact sur la prise en charge thérapeutique

Lucia PAIANO, Lucie RIMLINGER, Florian SECKLER, Blandine SIMEU, Guillaume SAUVINET, Aurelien VILLEMEN, David LIU, Cécile BRIGAND, Benoit ROMAIN - (1)Chirurgie Digestive, Hôpital De Hautepierre, Hôpitaux Universitaires De Strasbourg, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Introduction

La jéjunostomie d'alimentation est un outil utile mais controversé en préhabilitation avant chirurgie majeure oncologique œsogastrique. Les données sur les complications liées à ce geste restent limitées. Notre étude vise à évaluer la morbi-mortalité liée à cette procédure ainsi que son impact sur la prise en charge des patients

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, incluant les patients ayant bénéficié d'une jéjunostomie posée lors de la coelioscopie exploratrice dans le cadre du bilan d'extension d'un cancer œsogastrique nécessitant une chimiothérapie pré-opératoire.

Résultats

Entre 2020 et 2024, 152 patients ont bénéficié d'une jéjunostomie, réalisée dans 94,9% des cas par voie coelioscopique, avec un taux de conversion en laparotomie de 5,9%. Le taux global de complications était à 19,7%, dont 6,6% graves (Dindo-Clavien $\geq$ IIIa). La mortalité a été de 1,3%. Ni le Charlson Comorbidity Index($p=0,23$), ni la conversion($p=0,39$) ne se sont associés aux complications graves. Deux groupes de patients ont été définis selon la présence (10) ou l'absence (142) de complications graves. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3 jours [2;4], sans différence significative($p=0,06$). Le délai médian d'accès à la chimiothérapie a été de 30 jours [20;39], sans impact lié à la gravité (43 vs 30 jours, $p = 0,12$). La durée opératoire moyenne a été de 102 minutes [85;125], similaire entre groupes ($p=0,39$).

Conclusion

La jéjunostomie systématique en préopératoire apparaît réalisable avec une morbi-mortalité faible et inférieure aux peu de données de la littérature, sans compromettre l'accès à la chimiothérapie, ce qui renforce sa légitimité en pratique dans un service expérimenté et spécialisé.

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00061-Cure de Hernie Hiatale comparée au Bypass Gastrique en Y pour la prise en charge du Reflux Gastro-Oesophagien résistant au traitement médicamenteux par IPP dans les suites d'une Sleeve Gastrectomie : Une étude comparative

Charles CAPUT, Léonard LAURENT, Lara RIBEIRO, Lionel REBIBO, Boris HANSEL, Simon MSIKA, Tigran POGHOSYAN - (1)Bichat, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La sleeve gastrectomie est la procédure bariatrique la plus fréquente mais favorise le reflux gastro-œsophagien. Pour le RGO résistant aux IPPs, plusieurs chirurgies de révision telles que le bypass gastrique en Y (RYGB) et la cure de hernie hiatale (HHR) sont possibles. Le RYGB est une procédure courante mais plus complexe que la HHR dans un contexte de chirurgie révisionnelle. Cette étude compare l'efficacité et la sécurité du RYGB et de la HHR dans la prise en charge du RGO résistant aux IPP après SG.

Méthodes

Cette étude rétrospective a inclus 79 patients ayant subi une chirurgie de révision pour un RGO résistant aux IPP après SG entre novembre 2018 et février 2024. 59 patients ont eu un RYGB et 20 patients une HHR. Les symptômes du RGO, l'utilisation des IPPs et les complications ont été analysés.

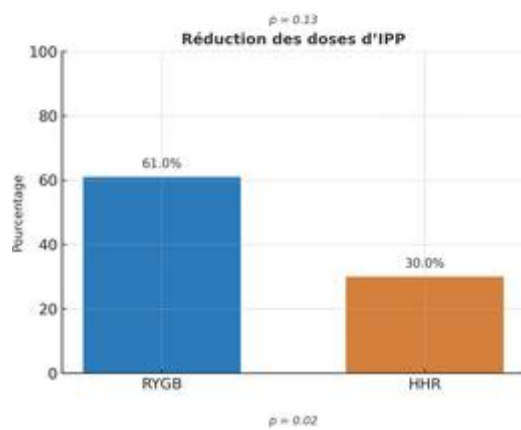
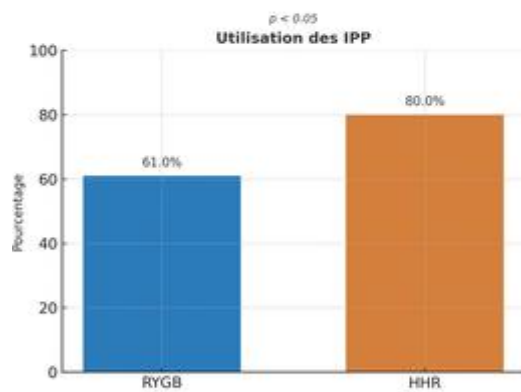
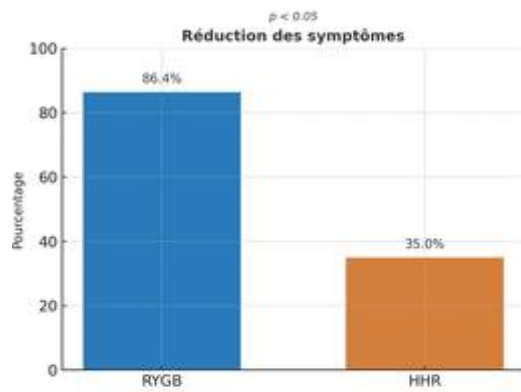
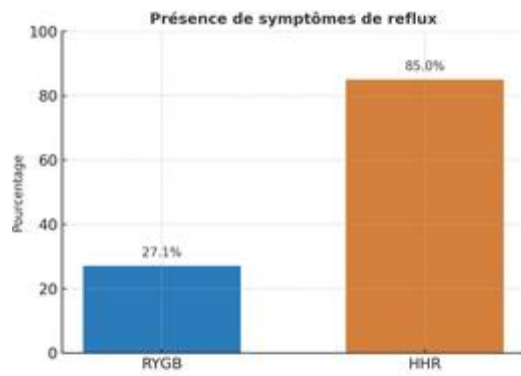
Résultats

Le RYGB a significativement réduit les symptômes du RGO (86,4 % vs 35 % ; OR = 11,84 ; IC 95 % : 3,78–41,17 ; $p < 0,05$) et la posologie des IPP (61 % vs 30 % ; OR = 3,65 ; IC 95 % : 1,27–11,60 ; $p < 0,05$). Les complications majeures précoces (5,08 %) et tardives (11,86 %) étaient plus fréquentes après RYGB, sans différence significative. Huit patients HHR (40 %) ont nécessité une conversion en RYGB.

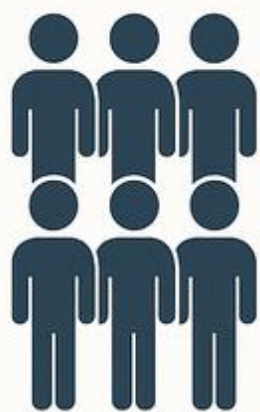
Conclusion

Le RYGB est plus efficace que la HHR pour le traitement du RGO post-SG résistant aux IPP, malgré une morbidité plus élevée. Le taux de conversion élevé dans le groupe HHR souligne les limites de cette technique.

Résultats RGO



Groupe HHR, 40% de conversion en RYGB



**Groupe
HHR**

40 %
de conversion



RYGB
pour persistance
du RGO

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00093-Symptômes inexpliqués après chirurgie bariatrique : bénéfices et limites de la scintigraphie intestinale

Sarah EL KURDI, Olivier MULLER, Clio BAILLET, Julien BRANCHE, Cedric CIRENEI, Jean-Michel WATTIER, Gregory BAUD, Helene VERKINDT, Naima OUKHOUYA DAOUD, Vincent CLOTHILDE, Franck-Olivier BRELEUR, Mathilde GOBERT, Camille MARCINIAK, Francois PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chru Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

La douleur abdominale chronique et l'intolérance alimentaire touchent 30 % des patients après chirurgie bariatrique (CB) et peuvent se confronter à l'absence d'anomalies au bilan étiologique. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'intérêt de la scintigraphie intestinale (SI) dans l'identification d'anomalies anatomiques responsables de ces symptômes.

Méthodes

Notre étude rétrospective concernait les patients opérés d'une CB ayant eu une SI entre janvier 2022 et décembre 2023. La SI consistait en l'ingestion d'un traceur solide (Tc99m dans du blanc d'œuf cuit) et liquide (DTPA-In111) avec une acquisition sur deux périodes d'une heure. Les patients présentaient des douleurs et/ou une intolérance alimentaire invalidantes, persistant après décontamination digestive, régularisation du transit et prise en charge en médecine de la douleur et avaient un bilan d'imagerie et endoscopique négatif.

Résultats

Treize patients (12 antécédents de gastric bypass en Y, 1 antécédent de sleeve gastrectomy) ont été inclus. Trois patients présentaient des douleurs, 4 une intolérance alimentaire, et 6 une association des deux. Un patient présentait une SI normale avec amélioration des symptômes après intensification du traitement médical. Douze patients présentaient une anomalie de la SI menant à un traitement chirurgical. Après chirurgie, 7 patients avaient une rémission complète des symptômes, 3 une rémission partielle, et 2 une absence d'amélioration. Six patients nécessitaient une nutrition entérale et/ou parentérale préopératoire qui a pu être sevrée en postopératoire pour 3 patients.

Conclusion

Après CB, la scintigraphie intestinale peut orienter la prise en charge des douleurs chroniques et intolérances alimentaires face à un bilan initial négatif.

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00096-Evaluation de la chirurgie bariatrique : Etude de morbi-mortalité nationale sur 15 ans

Olivier MULLER, Camille MARCINIAK, Xavier LENNE, Vincent CHOURAKI, Gregory BAUD, Franck-Olivier BRELEUR, Mathilde GOBERT, Mickael CHETBOUN, Helene VERKINDT, Amelie BRUANDET, Didier THEIS, Francois PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt

Introduction

La chirurgie bariatrique permet une perte de poids durable et la rémission des comorbidités de l'obésité. L'essor des alternatives pharmaceutiques constitue un nouveau défi, invitant à réévaluer les pratiques et à améliorer les résultats. Le but de l'étude était d'analyser l'évolution de la morbi-mortalité de cette chirurgie sur les 15 dernières années.

Méthodes

Cette étude de cohorte rétrospective nationale analysait les résultats de la chirurgie bariatrique tirés des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information entre 2009 et 2023. Les critères d'évaluation étaient la mortalité à 90 jours, la cause des décès, les complications Clavien-Dindo $\geq$ III et les différences de morbi-mortalité selon les types d'hôpitaux.

Résultats

563 878 interventions furent réalisées comprenant 60% de sleeve gastrectomies et 30% de gastric bypass avec une mortalité globale respectivement de 0,06 et 0,12% en diminution au fil du temps (respectivement 0,02% et 0,11%). La mortalité à 90 jours était de 0,08%, principalement liée à des complications infectieuses (35,5%). 1,9% des patients ont nécessité une réintervention (Clavien-Dindo $\geq$ III) dont 95,3% ont eu lieu dans des centres à haut volume (>30 cas/an), avec une mortalité moindre (0,07%) que dans ceux à faible volume (0,16%; $p<0,001$;OR=2,4). 56,9% des patients décédés avaient été traités entièrement hors des Centres de Chirurgie de l'Obésité (CSO), tandis que 28,8 % ont d'abord été traités hors CSO avant d'y être adressés.

Conclusion

L'amélioration initiale de la mortalité stagne. La standardisation des pratiques, la consolidation des centres de référence et la création d'un registre de mortalité et des complications sévères pourrait améliorer la qualité des interventions bariatriques.

Evolution du nombre d'interventions au cours du te

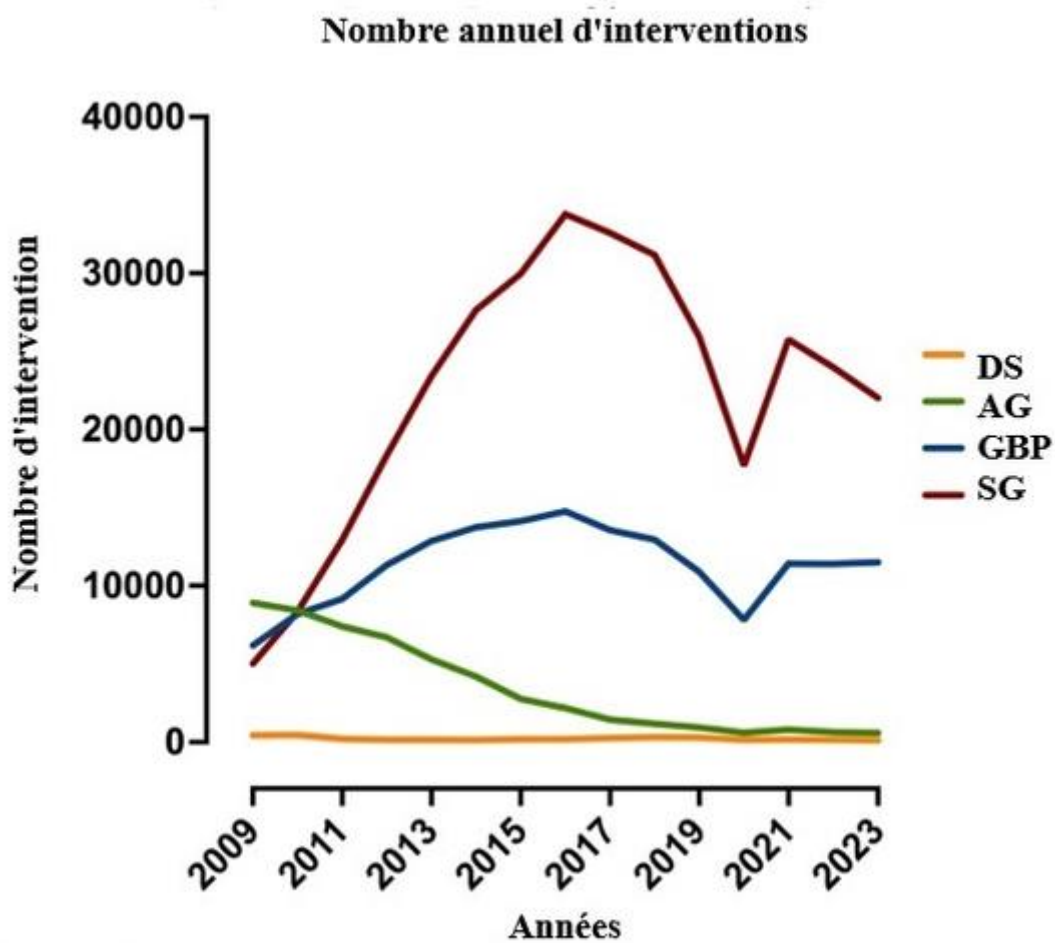


Figure 1. Evolution du nombre d'interventions au cours du temps. DS: duodenal switch, AG: Anneau gastrique, GBP: gastric bypass, SG: sleeve gastrectomy.

Evolution du taux de mortalité annuelle en fonctio

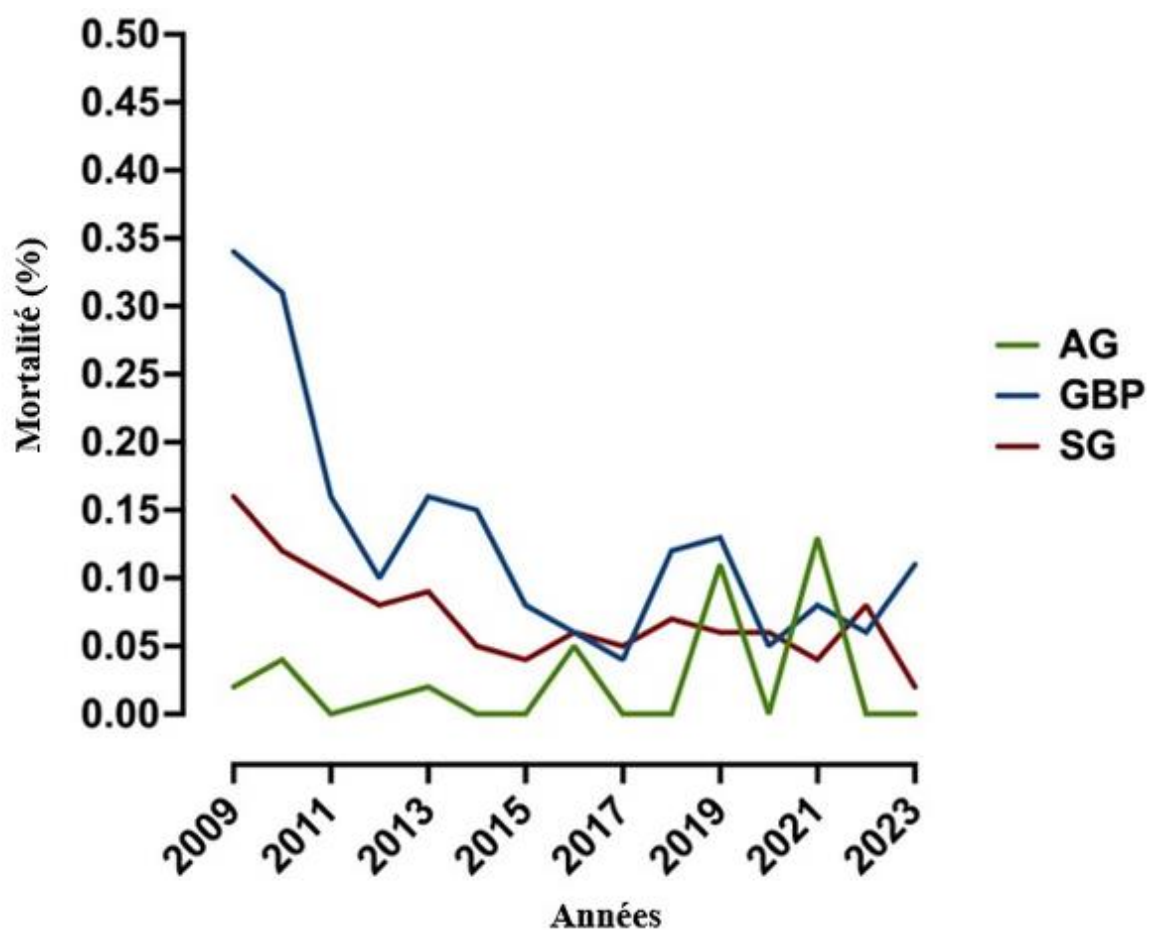


Figure 2. Evolution du taux de mortalité annuelle en fonction de l'intervention au cours du temps. AG: Anneau gastrique, GBP: gastric bypass, SG: sleeve gastrectomy.

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00133-Nissen-sleeve gastrectomie : impact à un an sur le reflux gastro-œsophagien et morbidité postopératoire en comparaison de la sleeve gastrectomie – résultats d'une étude nationale multicentrique

Samuel FREY (1) , Andrea LAZZATI (2), Marie DE MONTRICHARD (3), Adel ABOU-MRAD (4), Laurent ARNALSTEEN (5), Jacques BOUSQUET (6), Alexandre CORTES (7), Thibaut COSTE (8), Thomas GAUTIER (9), Litavan KHAMPHOMMALA (10), Christophe MAUCOUR (11), Sébastien MURCIA (12), Ludwig PASQUIER (13), Fabien STENARD (14), Geraud TUYERAS (15), Jean-Charles VIGNAL (16), Matthieu WARGNY (1), Claire BLANCHARD (1) - (1)Chu Nantes, Nantes, France, (2)Hôpital Avicenne, Paris, France, (3)Hôpital Avicenne, Nantes, France, (4)Centre Hospitalier Régional Et Universitaire D'orléans, Orléans, France, (5)Hôpital Privé La Louvière, Lille, Lille, France, (6)Hôpital Privé La Chataigneraie, Baumont, France, (7)Grand Hôpital De L'est Francilien, Jossigny, France, (8)Polyclinique Ste Thérèse, Sete, France, (9)Clinique St Jean, Montpellier, France, (10)Saint Gregoire, Rennes, France, (11)Clinique Saint Ame, Lambres Lez Douai, France, (12)Pole De Sante Du Villeneuveois, Villeneuve-Sur-Lot, France, (13)Clinique De L'atlantique, Puilboreau, France, (14)Clinique Des Cèdres, Echirrolles, France, (15)Chu Toulouse Rangueil, Toulouse, France, (16)Clinique Chirurgicale Du Libournais, Libourne, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La sleeve gastrectomie (SG) est fréquemment associée à un reflux gastro-œsophagien (RGO) de novo ou aggravé. La Nissen-SG, combinant une fundoplicature antireflux à la SG, a été proposée pour en réduire l'incidence. Aucune large étude multicentrique n'a évalué ses résultats postopératoires. L'objectif était d'évaluer la morbidité précoce de la Nissen-SG en comparaison de la SG et son impact sur le RGO.

Méthodes

Cette étude multicentrique rétrospective incluait les patients opérés d'une Nissen-SG dans 14 centres français (2020-2024). Les données concernant le RGO ont été extraites à partir des dossiers médicaux. Les patients ont été appariés par score de propension (ratio 1:3) avec des patients SG opérés dans les mêmes centres sur la même période. Les complications sévères <30 jours (Clavien-Dindo $\geq 3b$) ont été identifiées via le PMSI.

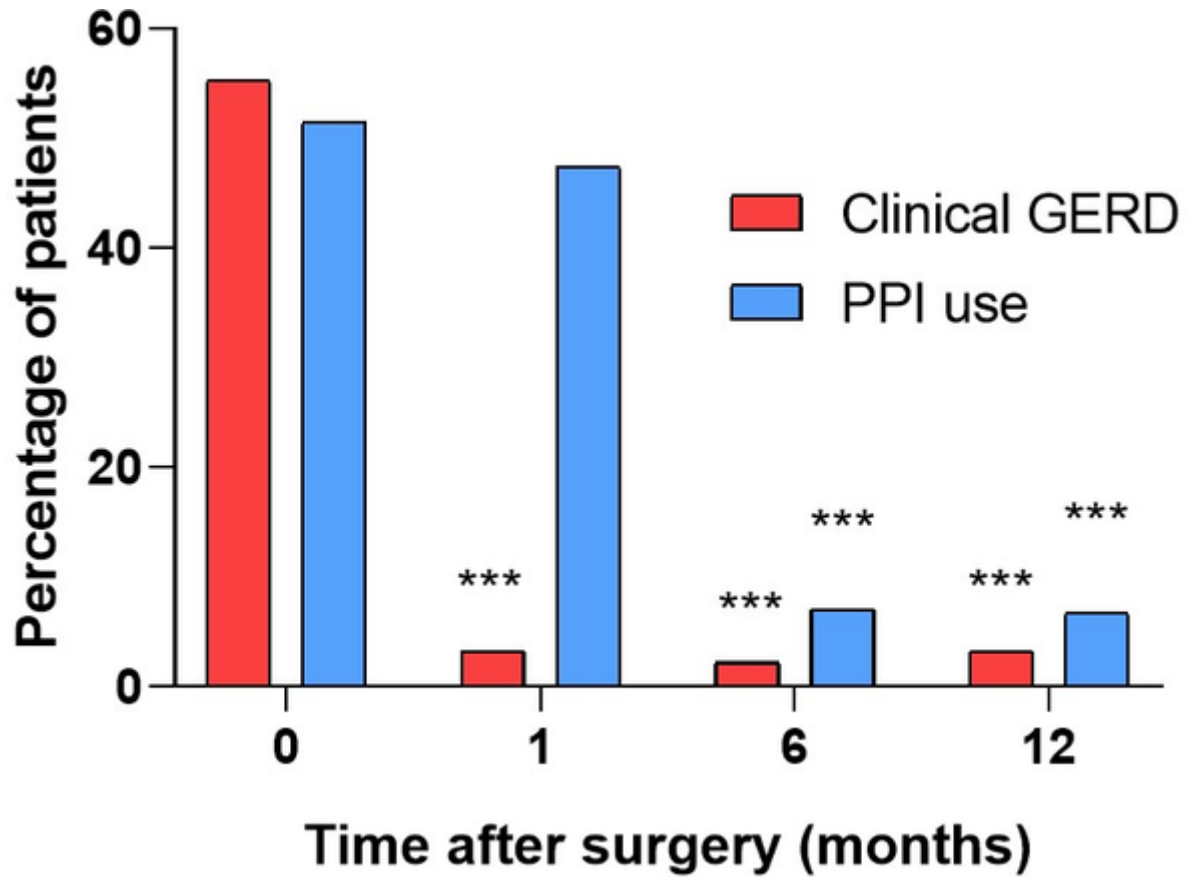
Résultats

Au total, 358 patients ont été inclus (âge moyen $50,0 \pm 14,0$ ans, 86,6% de femmes). Avant la chirurgie, 55,3% présentaient un RGO clinique. Ce nombre diminuait significativement à 1, 6 et 12 mois (3,2, 2,2 et 3,3%, respectivement, $p < 0,001$), ainsi que la prise d'IPP. 1074 patients SG ont été appariés. Les complications sévères étaient plus fréquentes après Nissen-SG (8,9 vs 4,3%, $p = 0,001$), notamment péritonites (3,9 vs 1,8%, $p = 0,033$) et sténoses (2,0 vs 0,1%, $p < 0,001$). En analyse multivariée, la Nissen-SG était associée aux complications sévères (OR 2,26 ; IC95%, 1,51–3,28).

Conclusion

La Nissen-SG constitue une alternative efficace à la SG concernant le taux de RGO post-opératoire. Néanmoins son taux élevé de complications appelle à la prudence.

Taux de reflux et de prise d'IPP après N-sleeve



Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00237-Comment je convertie un bypass en oméga en y au robot

Adriana TORCIVIA - (1)Pitié Salpêtrière, Paris, France

Conflits d'intérêts

Proctor pour Intuitive

Introduction

Selon des estimations issues du registre de la SOFFCO (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité), le bypass en oméga représentait environ 20% des bypass effectués en France avant 2019 (environ 2600 interventions par an). En septembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a déconseillé l'utilisation du bypass en oméga avec une anse de 200 cm ou plus, en raison de données insuffisantes sur son efficacité et de risques accrus de complications graves, telles que des carences nutritionnelles sévères et des reflux biliaires. Depuis cette décision, le recours à cette technique a fortement diminué en France. Néanmoins, les centres de recours de chirurgie bariatrique sont régulièrement confrontés à des reprises chirurgicales pour complications liées à cette technique.

Méthodes

Nous présentons trois possibles techniques de conversion de bypass en oméga en Roux-en-y, notamment: 1) La Technique à 1 anastomose; 2) la technique à 2 anastomoses; 3) la technique à 3 anastomoses. Les trois techniques sont comparées entre elles, toutes les trois effectuées en chirurgie coelioscopique robot assistée et illustrées par des vidéos.

Résultats

Les principaux motif de conversion de bypass en oméga en Y sont: 1) Reflux biliaire, qui peut entraîner œsophagite, douleurs, toux chronique, voire un risque potentiel de cancer œsophagien à long terme. 2) Carences nutritionnelles sévères, surtout en vitamines liposolubles (A, D, E, K) et en protéines, souvent liées à une longueur d'anse trop importante (>200 cm), ce qui réduit l'absorption; 3) Ulcères anastomotiques; 4) Diarrhées chroniques et malabsorption; 5) Perte de poids excessive. Le robot est un outil précieux pour la chirurgie bariatrique de révision.

Conclusion

Le bypass en oméga a démontré être une technique efficace en terme de perte de poids et de rémission des comorbidités, au prix de certaines complications (notamment pour la technique avec anse biliaire de 200 cm), qui nécessitent dans certains cas une conversion en bypass en y. Le robot est un outil précieux dans la chirurgie bariatrique de révision.

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00289-Hypoglycémie après chirurgie bariatrique : comparaison des profils glycémiques après Roux-en-Y gastric bypass et bipartition du transit

Agathe RÉMOND, Camille MARCINIAK, Marie-Line DERNONCOURT, Mathilde GOBERT, Franck-Olivier BRELEUR, Naima OUKHOUYA DAOUD, Helene VERKINDT, Francois PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt

Introduction

Le gastric bypass (RYGB) améliore l'équilibre glycémique mais peut entraîner des symptômes invalidants liés aux hypoglycémies. La bipartition du transit (BPT) permettrait aussi une perte de poids et une diminution des comorbidités tout en diminuant les variations glycémiques postprandiales de part la persistance du passage duodénal. L'objectif de l'étude était de comparer les profils glycémiques post prandiaux après RYGB et BPT.

Méthodes

Cette étude prospective comparait des patients appariés opérés d'un RYGB et d'une BPT ayant accepté d'ingérer un repas standardisé sucré, au CHU de Lille. L'évaluation métabolique était réalisée en préopératoire et à 3 mois postopératoire avec dosages de la glycémie, de l'insulinémie et du D-xylose sérique. Un bilan nutritionnel et vitaminique était réalisé à 6 mois postopératoire.

Résultats

Seize patients (8 opérées pour chaque chirurgie) ont été inclus. La glycémie à jeun médiane postopératoire était comparable entre les groupes à 0,82g/L dans le groupe RYGB ($p=0,777$) et à 0,84g/L dans le groupe BPT. Les glycémies postprandiales et l'absorption postopératoire du D-Xylose étaient significativement diminuées dans le groupe BPT (respectivement $p=0,003$ et $p<0,001$). Le pic de sécrétion d'insuline postprandiale était significativement augmentée dans le groupe RYGB ($p=0,018$). Le bilan nutritionnel sous supplémentation à 6 mois était comparable entre les deux groupes avec une vitamine B12 significativement plus élevée dans le groupe BPT ($p=0,030$).

Conclusion

La BPT permet une perte de poids comparable au RGB, tout en limitant les variations glycémiques et insulinémiques postprandiales et ainsi pourrait permettre de limiter les symptômes liés à l'hypoglycémie.

Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00021-Facteur de risque de la chirurgie en urgence des néoplasies neuroendocrine du grêle : étude bicentrique en centres de haut volume

Jules DURTETTE GUZYLACK (1) , Sophie DEGUELTE (1), Reza KIAMANESH (1), Maxime RONOT (2), Louis DE MESTIER (2)
- (1)Chu Reims, Reims, France, (2)Hôpital Beaujon, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Les néoplasies neuroendocrines de l'intestin grêle (NNEIG) peuvent entraîner des complications mettant en jeu le pronostic vital, par la fibrose mésentérique ou les métastases. Notre objectif était d'identifier des facteurs permettant d'identifier les patients à risque de chirurgie en urgence (CEU), sur l'imagerie initiale au diagnostic.

Méthodes

Nous avons inclus des patients avec NNEIG de 2022 à 2021 dans 2 centres à haut volume Français, métastatiques ou non, opérés ou non. L'association entre les facteurs et la CEU fut étudiée par analyse univariée et régression logistique.

Résultats

Nous avons inclus 167 patients parmi 474. Les groupes étaient similaires sauf pour la présence de symptômes au diagnostic (p-value 0.01). 21 patients avaient eu une CEU, 146 n'ont pas eu de CEU. En univarié nous avons trouvé une différence significative pour la présence de tout contact vasculaire et présence d'un contact vasculaire >180° (p-value <0.04). En multivarié, le contact vasculaire >180° était un facteur indépendant de CEU (p-value 0.02).

Conclusion

Nous avons mis en évidence des facteurs de risque liés à la CEU dans les NNEIG, ce qui pourrait orienter les patients vers une chirurgie élective précoce en centre expert avant la survenue d'une complication. Notre étude est une des premières se focalisant sur le lien entre critères d'imagerie et CEU dans les NNEIG.

Analyse bivariée et multivariée

	Univariate analysis				<i>p</i> -value	Multivariate analysis		
	Emergency Surgery Status					OR	95% IC	<i>p</i> -value
	NES		ES					
	N	(%/IQR)	N	(%/IQR)				
<i>Imaging parameters</i>								
Visible LNM	73	(50)	10	(48)	0.78			
Visible MM	80	(55)	15	(71)	0.39			
MM diameter (mm)	17	(0-28)	14	(0-37)	0.59*	0.99	0.9-1.02	0.69
LNM diameter (mm)	0	(0-10)	0	(0-2.4)	0.3			
MM ≥ 17 mm	63	(43)	12	(57)	0.51			
MM ≥ 24 mm	44	(30)	10	(48)	0.27			
MM ≥ 30 mm	24	(16)	7	(37)	0.17			
Any vessel contact	50	(34)	15	(71)	0.034*	1.63	0.3-6.82	0.49
Vessel contact >180°	22	(15)	10	(48)	0.002*	3.93	1.1-3.16	0.02
LNM stage (0, 2 vs 3, 4)	25	(17)	7	(37)	0.2			

Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00089-Complication biliaire liée à la tumeur primitive dans les TNE pancréatiques : un évènement plus fréquent qu'attendu

Elena FERNANDEZ DE SEVILLA, George UJLAKI, Sophie MOOG, Livia LAMARTINA, Desiree DEANDREIS, Julien HADOUX, Thomas PUDLARZ, Yves MENU, Michel DUCREUX, Eric BAUDIN, Matthieu FARON - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêts

Introduction

Les tumeurs neuroendocrines de la tête du pancréas (TNEp) peuvent entraîner des complications locales, notamment biliaires. Au stade métastatique, la chirurgie n'est généralement pas indiquée. Cette étude évalue le risque de complications biliaires (CB) liées à la tumeur primitive (TP) et leur influence sur la survie chez les patients présentant des métastases hépatiques synchrones (MHS).

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique incluant les patients diagnostiqués de TNEp avec MHS (1987-2023).

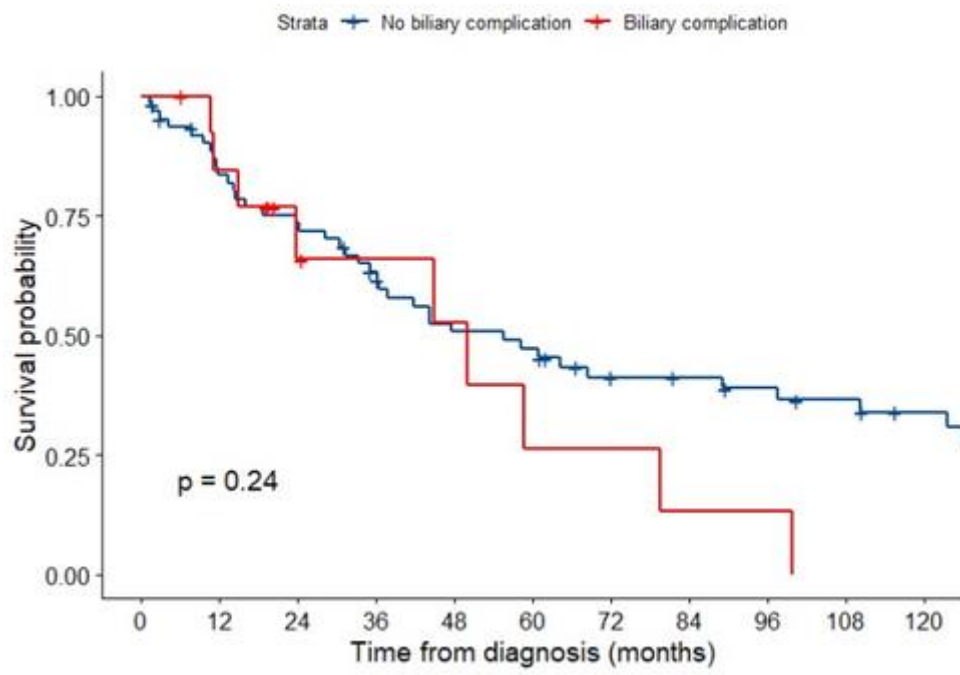
Résultats

Parmi les 85 patients atteints de TNEp avec des MHS, 59% étaient des hommes avec un âge médian de 55 ans. La plupart des tumeurs étaient de grade I-II (72 %) et non fonctionnelles (83%), avec une taille moyenne de 39 mm. La tumeur primitive n'a pas été réséquée chez 71% des patients. Un traitement par chimiothérapie a été administré à 80 % des patients, 24% ont reçu une thérapie ciblée et 16% des analogues de la somatostatine. Après 171 mois de suivi médian, 18% des patients ont présenté une CB, principalement traitée par endoscopie (80%), la chirurgie n'ayant été nécessaire que dans 1 seul cas. Le grade et la taille tumorale n'étaient pas des facteurs de risque significatifs pour la CB. La survie globale était comparable entre les patients avec ou sans CB (50 vs 55 mois ; $p = 0,24$).

Conclusion

Les CB liées à la tumeur primitive, avec une incidence proche de 20% mais sans impact sur la survie, ne justifient pas la chirurgie de la TP chez les TNEp avec MHS, au profit de traitements moins invasifs comme l'endoscopie.

Complication biliaire et survie



Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00103-Cancer thyroïdien et immunité: quelle valeur pronostique pour les index inflammatoires sanguins ?

Gregorio SCERRINO (1), Salvatore SORRENTI (2), Eleonora LORI (2), Giuseppina MELFA (1), Giuseppina ORLANDO (1), Giuseppa GRACEFFA (3) - (1)Unit Of Endocrine Surgery, Department Of Surgical Oncological And Oral Sciences, Policlinico "p. Giaccone", University Of Palermo, Palermo, Italie, (2)Department Of Surgery, Sapienza University, Rome, Italie, (3)Unit Of Oncology Surgery, Department Of Surgical Oncological And Oral Sciences, Policlinico "p. Giaccone", University Of Palermo, Palermo, Italie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Introduction

L'inflammation joue un rôle central dans de nombreux microenvironnements tumoraux. Cette étude vise à évaluer la pertinence des index immuno-inflammatoires sanguins dans le cadre du cancer thyroïdien (CT).

Méthodes

Une analyse rétrospective a été menée sur 157 patients atteints de CT et 40 porteurs de nodules bénins. Les rapports neutrophiles/lymphocytes (RNL), plaquettes/lymphocytes (RPL), lymphocytes/monocytes (RLM) ainsi que l'indice inflammatoire systémique (SII = plaquettes × neutrophiles / lymphocytes) ont été comparés entre les groupes à l'aide de tests de χ^2 , de Fisher et de Student. Un appariement par 1:1 propensity score a été effectué concernant l'âge, le sexe et la taille tumorale. Une analyse multivariée post-appariement a inclus le sexe, l'âge, la présence de métastases ganglionnaires centrales (MGC) et l'indice SII. Les index significatifs ont ensuite été analysés par courbe ROC pour déterminer les seuils discriminants.

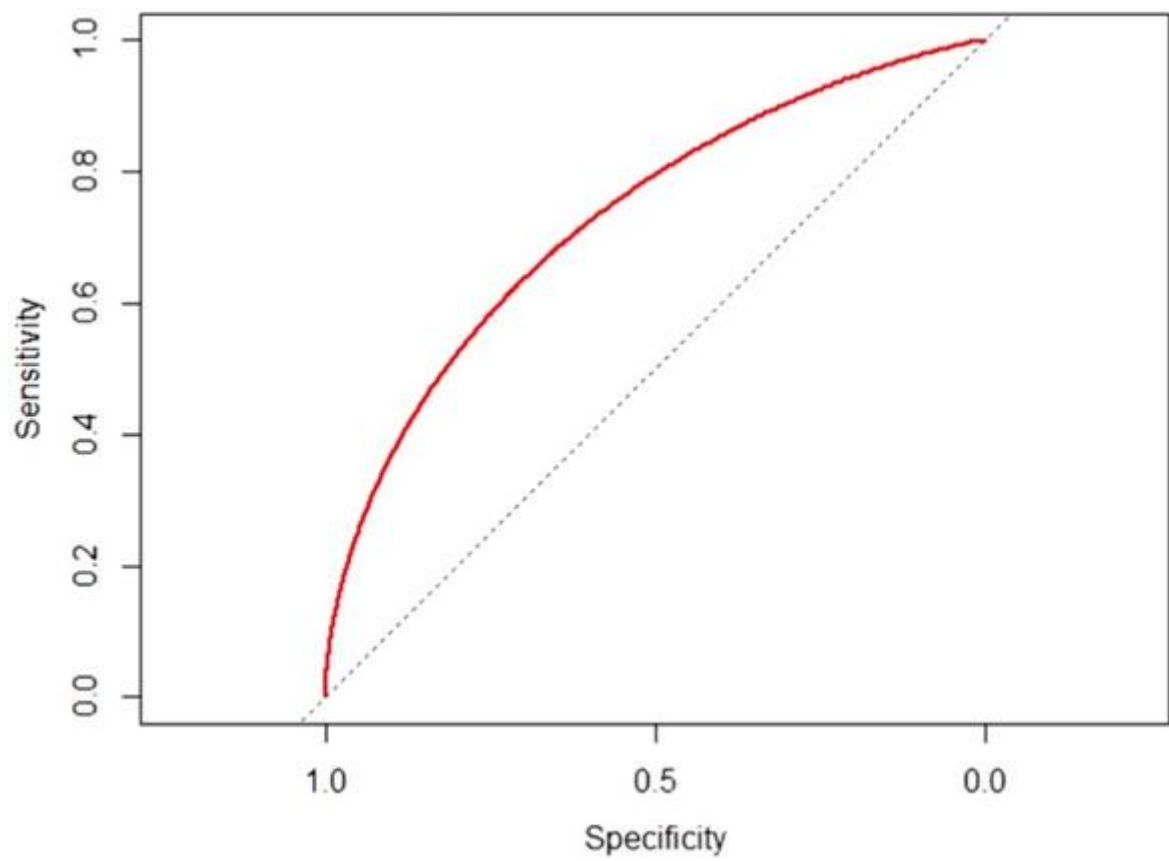
Résultats

Le SII s'est révélé significativement associé à la malignité dans les analyses univariée et multivariée ($p = 0,0202$). Le seuil ROC optimal pour le SII était de 465,71 (spécificité = 58 % [IC95 : 43–73] ; sensibilité = 80 % [IC95 : 68–93]). La valeur médiane du SII passait de 522,8 à 654,8 pour les tumeurs ≤ 1 cm versus >1 cm ($p = 0,016$), et de 530,7 à 1121,7 en l'absence ou présence de MGC ($p = 0,011$).

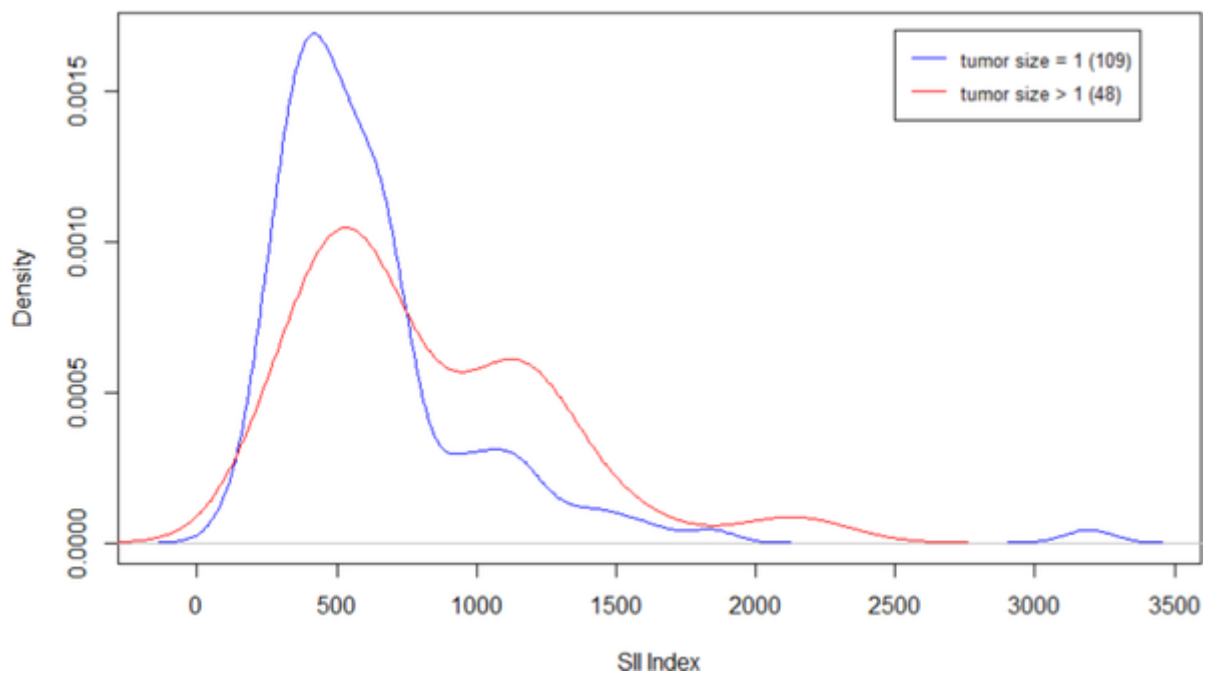
Conclusion

L'indice SII s'est avéré un très bon prédicteur de malignité. Il pourrait constituer un marqueur biologique accessible pour prédire, en même temps, le volume tumoral et l'atteinte ganglionnaire centrale dans le CT.

Courbe ROC: indice SII et prédiction de malignité



Graphique de densité SII index-taille tumorale



Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00128-La mesure de la densité minérale osseuse à l'avant-bras est essentielle dans le bilan initial des hyperparathyroïdies primaires : résultats d'une étude rétrospective de 400 patients

Samuel FREY, Matthieu WARGNY, Cécile CAILLARD, Pascale GUILLLOT, Maelle LEBRAS, Bertrand CARIOU, Claire BLANCHARD, Eric MIRALLIE, Mélanie LOISON - (1)Chu Nantes, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Absence de conflits d'intérêts pour l'ensemble des auteurs sus-cités.

Introduction

Les dernières recommandations françaises sur la prise en charge de l'hyperparathyroïdie primaire (HPTP) définissent l'ostéoporose comme une indication de prise en charge chirurgicale. Une mesure de la densité osseuse (DMO) au rachis lombaire, au col fémoral, à la hanche totale et au tiers proximal du radius est recommandée. Cependant, la mesure à l'avant-bras est souvent omise. L'objectif de cette étude était d'évaluer la proportion de patients HPTP présentant une ostéoporose uniquement sur le tiers proximal du radius, et l'évolution de la DMO à un an de la chirurgie.

Méthodes

Cette étude rétrospective incluait les patients opérés pour une HPTP au CHU de Nantes entre 2016 et 2024. Ceux pour lesquels la DMO était manquante au col fémoral et/ou au rachis ont été exclus. L'ostéodensitométrie était réalisée avant et 12 mois après chirurgie.

Résultats

Parmi 400 patients inclus (âge moyen 63.3 ± 12.3 ans, 80.5% de femmes), 185 (46,2%) avaient une mesure au tiers proximal du radius, parmi lesquels 21 (11,4%, IC95% 7.2 à 16.8%) présentaient une ostéoporose à l'avant-bras uniquement. Chez ces patients, la DMO moyenne augmentait significativement au rachis lombaire ($+0,06 \text{ g/cm}^2$ [IC95% 0,02 ; 0,09]) et à la hanche totale ($+0,03 \text{ g/cm}^2$ [0,00 ; 0,06]) un an après l'intervention, de manière comparable aux patients ostéoporotiques aux autres sites.

Conclusion

La mesure systématique de la DMO à l'avant-bras permet d'identifier 11,4% des patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge chirurgicale. Ces résultats soutiennent les recommandations actuelles d'une mesure systématique aux 4 sites.

Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00253-Facteurs prédictifs d'hypoparathyroïdie définitive après thyroïdectomie totale

Charles DEMORY, Mathilde GOBERT, Gregory BAUD, Olivier MULLER, Mikael CHETBOUN, Camille MARCINIAK, Robert CAIAZZO, Oyekashopefoluwa ALAO, François PATTOU - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'hypoparathyroïdie permanente est une complication rare mais grave, souvent liée à des lésions des glandes parathyroïdes lors de chirurgies cervicales. Elle se manifeste par une hypocalcémie persistante, un faible taux de PTH et une hyperphosphatémie. Les symptômes incluent fatigue, crampes musculaires et néphrocalcinose. Sa définition et sa prévalence varient, mais des facteurs de risque comme les chirurgies thyroïdiennes lourdes en augmentent l'incidence. Identifier les facteurs prédictifs chez les patients ayant présenté une hypocalcémie après thyroïdectomie totale est essentiel, pour cibler ceux nécessitant une surveillance accrue.

Méthodes

Recueil de données rétrospectif incluant 2110 patients ayant subi une thyroïdectomie totale à l'Hôpital Universitaire de Lille entre février 2014 et juin 2021. L'hypoparathyroïdie permanente était définie par la nécessité d'une supplémentation en calcium/vitamine D pour maintenir une calcémie normale six mois après l'opération, associée à des taux de PTH bas ou inappropriés.

Résultats

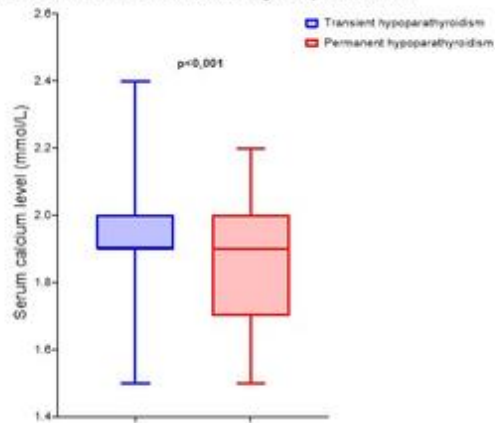
Sur 2110 patients, 296 ont présenté une hypocalcémie postopératoire et 36 (1,7 %) ont développé une hypoparathyroïdie permanente. En analyse multivariée, les taux de calcium et de PTH un mois après l'opération, et les symptômes cliniques d'hypocalcémie à un mois, étaient significativement associés au risque d'hypoparathyroïdie permanente (OR = 0,79 [0,71;0,86], OR = 0,91 [0,87;0,95] et OR = 6,67 [2,46;19,13] respectivement). Le modèle de régression a montré une bonne capacité prédictive avec une AUC de 0,94.

Conclusion

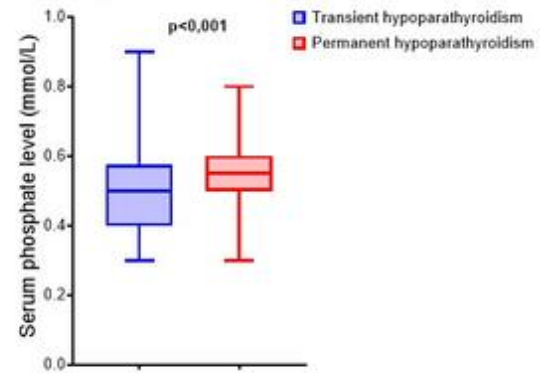
Les taux de PTH, les taux de calcium et la présence de symptômes cliniques d'hypocalcémie un mois après l'opération sont associés au risque d'hypoparathyroïdie permanente chez les patients ayant présenté une hypocalcémie après une thyroïdectomie totale.

Taux post-opératoires précoces

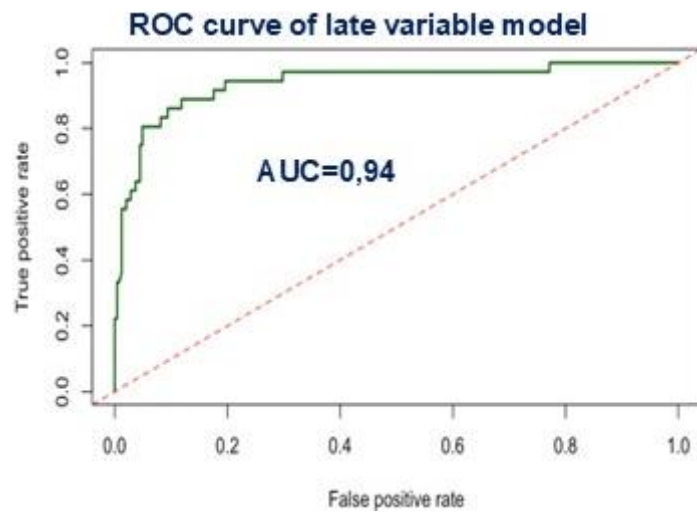
Serum nadir calcium level during hospitalization



Serum peak phosphate level during hospitalization



Aire sous la courbe du modèle multivarié



Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00286-Impact de la Normalization Précoce de la Gastrinémie à jeun sur les Résultats à Long Terme après Traitement Chirurgical du Gastrinome

Sara ELKURDI, Mikaël CHETBOUN, Julien BRANCHE, Romain GERARD, Gregory BAUD, Mathilde GOBERT, Camille MARCINIAK, Robert CAIAZZO, François PATTOU - (1)Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Chez les patients atteints de syndrome de Zollinger-Ellison (ZES), la normalisation postopératoire de la gastrinémie à jeun après chirurgie à visée curative du gastrinome pourrait constituer un facteur de rémission de la maladie à long terme. Cette étude vise à évaluer l'association entre la normalisation biologique postopératoire du taux de gastrine et la survie globale à 20 ans.

Méthodes

Cette étude de cohorte rétrospective monocentrique a inclus l'ensemble des patients adultes opérés d'un gastrinome histologiquement confirmé au CHU de Lille entre 1985 et 2024. Les critères d'inclusion comprenaient un diagnostic clinique, biologique et radiologique de ZES, une chirurgie à visée curative. Le facteur d'exposition principal était la normalisation de la gastrinémie à jeun (≤ 120 pg/mL) dans le mois postopératoire. Le critère de jugement principal était la survie globale à 20 ans, estimée selon Kaplan-Meier.

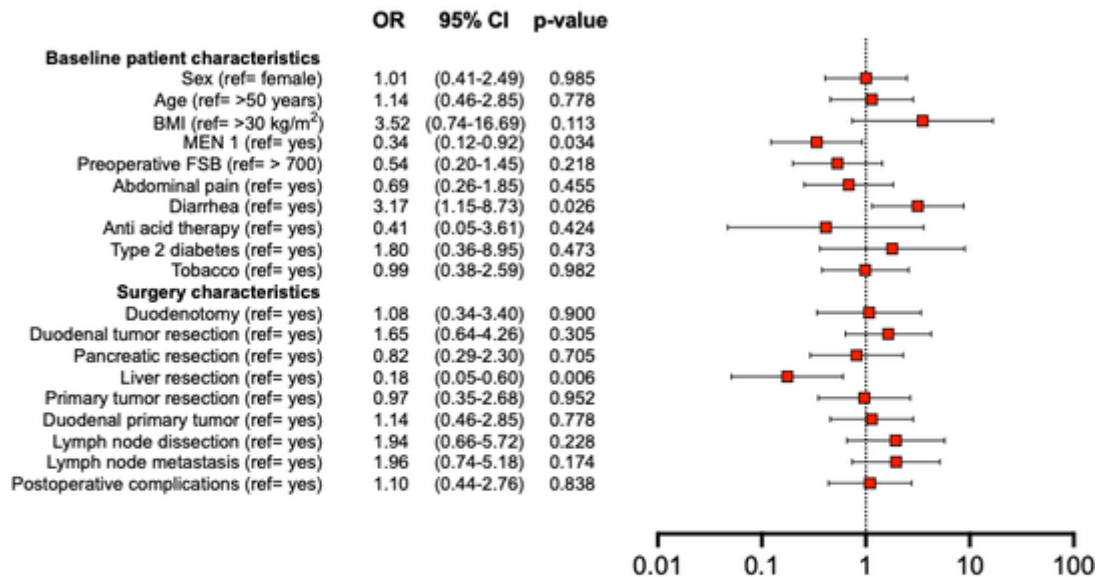
Résultats

Parmi les 95 patients inclus (âge médian 55 ans ; 46 % de femmes), 69 (73 %) ont présenté une normalisation du taux de gastrine dans le mois suivant l'intervention. La survie à 20 ans était significativement plus élevée dans ce groupe (59 %, IC95 44-72) comparée aux patients n'ayant pas atteint de normalisation de la gastrinémie (17 %, IC95 3-42); HR ajusté 0,30 (IC 95 % ; 0,14-0,63 ; $p = 0,0016$).

Conclusion

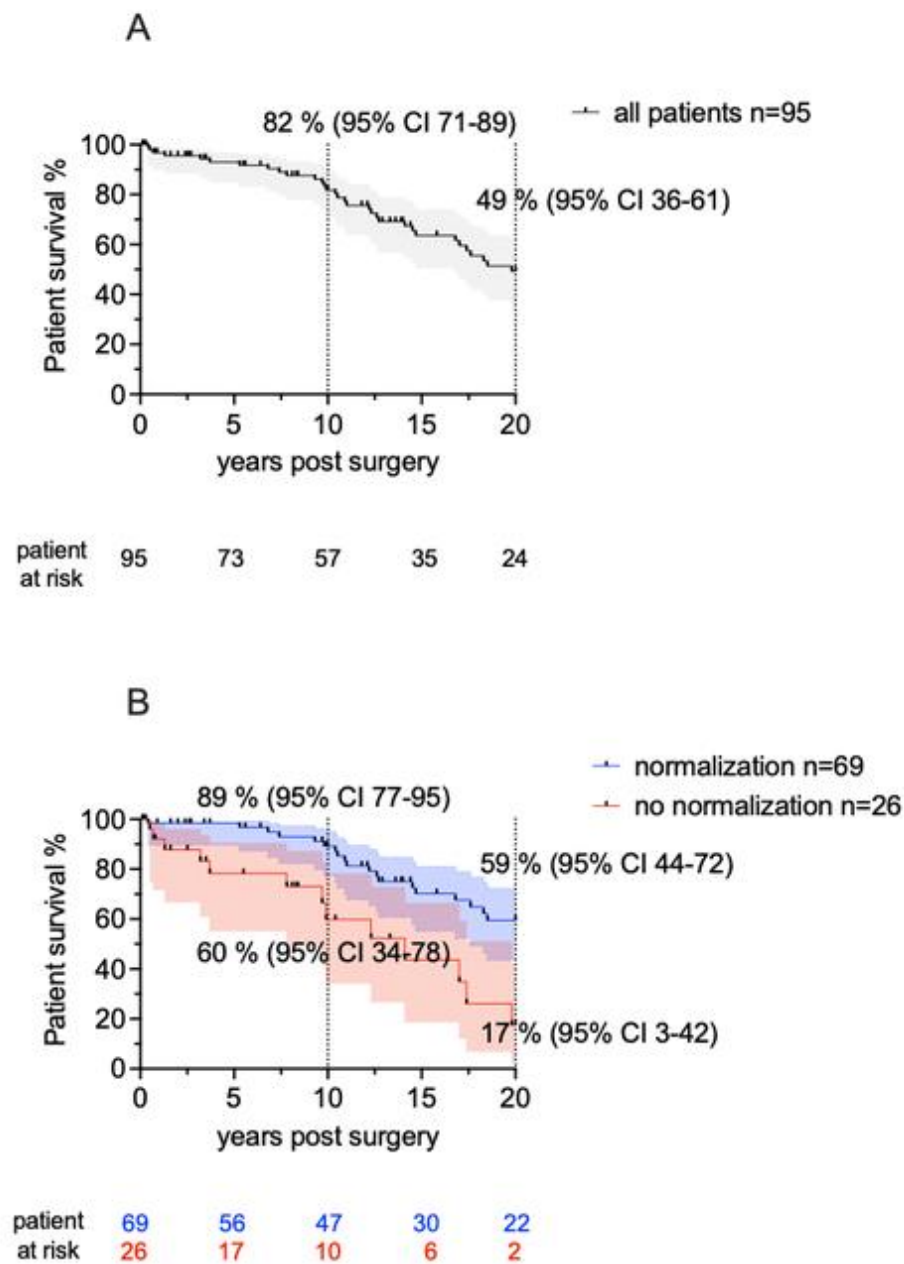
La normalisation postopératoire précoce de la gastrinémie pourrait représenter un marqueur pronostique fiable de survie à long terme après résection curative du gastrinome.

Figure 4: Univariate analysis of factors related to early postoperative biochemical normalization.



Forest plot illustrates the results of univariate logistic regression analysis for factors associated with normalization of FSG (defined as FSG $\leq$ 120 μ g/mL within 30 days post-surgery). Variables included clinical, biological, imaging, and surgical parameters. Odds ratios (OR) with corresponding 95% confidence intervals and p-values are displayed for each variable on a log 10 scale to facilitate interpretation of effect sizes across multiple variables.

Figure 3: Overall survival of the whole cohort and according to postoperative normalization of FSG status



Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

3CVD00311-Goitre thyroïdien plongeant : quand réaliser une manubriotomie sternale ou non ?

Francois ANSART, Naël KHALIL, Gaëlle GODIRIS-PETIT, Séverine NOULLET, Nathalie CHEREAU, Sébastien GAUJOUX, Fabrice MENEGAUX - (1)Service De Chirurgie Digestive, Pancréatique Et Endocrine Chu Pitié-Salpêtrière, Aphp, Paris Sorbonne Université, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les goitres thyroïdiens plongeants constituent de 5 à 15 % des indications de thyroïdectomies. Dans certains cas, doit être associée à la cervicotomie, une manubriotomie sternale, pour l'exérèse du prolongement médiastinal. L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les facteurs prédictifs puis d'élaborer un score de prédiction.

Méthodes

Étude rétrospective comparative incluant des patients ayant eu ou non une cervico-manubriotomie pour goitre thyroïdien plongeant entre 2011 et 2024 dans un centre de référence. Les résultats ont été comparés entre les deux groupes appariés sur le poids de la thyroïde.

Résultats

Les patients ayant eu une sternotomie étaient majoritairement des hommes (58%) de 64,6 ans (+/-12,9). Après appariement, les facteurs prédictifs de sternotomie étaient : la présence d'un nodule ectopique (OR = 10 ; IC95% : 1,1-90 ; p = 0,04), un goitre plongeant au-delà de la crosse aortique (OR = 18 ; IC95% : 3,8-84 ; p = 0,0002), et une distance sommet du manubrium-distalité thyroïdienne > 9 cm (OR = 23 ; IC95% : 4-134 ; p = 0,004). Un score prédictif de sternotomie (PSL Sterno Score) a pondéré chaque facteur prédictif (nodule ectopique 1 point, et goitre sous la crosse aortique ou distance manubrium distalité thyroïdienne 2 points). Avec un PSL Sterno Score supérieur ou égal à 4, la VPP était de 94%.

Conclusion

La présence d'un PSL Sterno Score (en cours de construction) supérieur ou égal à 4, rend très probable la réalisation d'une manubriotomie en complément de la cervicotomie pour l'exérèse complète de la glande.

Facteurs prédictifs de manubriotomie sternale

	Cervicotomie avec Sternotomie	Cervicotomie seule	Odss Ratio	p value
Hyperthyroïdie	3	1	3,5 (0,3-37)	0,29
Antécédent chirurgie cervicale	6	0	18 (0,94-344)	0,054
Nodule ectopique	7	1	10 (1,10-90)	0,04
Sous crosse aorte	17	4	18 (3,8-84)	0,0002
Sablier	2	0	5,5 (0,24-122)	0,28
L sternum distalité thyroïde (mm)	98	51		
≥ 90 mm	15	2	23 (4-134)	0,004

Calcul de l'efficacité du PSL Sterno Score

Nodule ectopique: 1 point Goitre sous la crosse de l'aorte: 2 points Longueur sternum distalité thyroïde > 90 mm: 2 points		
	Cervicotomie avec Sternotomie	Cervicotomie seule
Score ≥4	15	1
Score <3	4	18
VPP = 94% VPN = 81% Se = 78% Sp = 95%		

Communication orale

G. Chirurgie Pariétale

3CVD00002-Moins de douleur et de sensation de corps étranger après cure d'évnturation médiane avec une prothèse partiellement résorbable: étude comparative à une prothèse non résorbable

Hessa ALSUWAIDAN (1) , François ANSART (1), Mégane HOMA (2), Alya BELLEMIN (1), David MOSZKOWICZ (1) - (1)Louis-Mourier, Colombes, France, (2)Cousin Surgery, Wervicq-Sud, France

Conflits d'intérêts

David Moszkowicz: workshop et symposia avec Cousin surgery Mégane Homa: employée de Cousin Surgery (scientific and clinical referent) Cette étude a été réalisée sur la bases de données cliniques recueillies et analysées par des investigateurs indépendants

Introduction

L'objectif était de comparer la morbidité et la douleur post-opératoires après cure d'évnturation avec pose de prothèses partiellement ou non résorbables.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique comparative de cures d'évnturations médianes avec prothèse partiellement résorbable de polypropylène avec acide Poly-L-Lactique (PP/PLLA) (n=47) ou prothèse non résorbable de polyester (PET) (n=108). Le critère principal était le taux de morbidité postopératoire Dindo-grade-II ou plus, dans les 90 jours postopératoires. Les critères secondaires étaient les taux de récurrence précoce, les types et taux de complications, la douleur chronique et l'évaluation à long terme de la qualité de vie à l'aide de questionnaires patients.

Résultats

Les deux groupes étaient comparables sur (i) les caractéristiques démographiques : âge (60 ± 12 , $p=0.19$); sexe masculin (43.9%, $p=0.38$), IMC $28.9 \pm 4.7 \text{ kg/m}^2$ ($p=0.99$) ; (ii) les caractéristiques des évnturations : localisation médiane (76.8%, $p=0.65$), grade de risque infectieux selon VHWG I (34.2%, $p=0.73$) et II (63.8%, $p=0.73$) ; (iii) la technique chirurgicale, par laparotomie (98.1%, $p=0.25$) avec site d'implantation rétromusculaire de la prothèse (89%, $p=0.54$). La morbidité postopératoire était comparable dans les deux groupes (10.3%, $p=0.93$), sans différence significative des taux d'ISO (14.2%, $p=0.87$) et de récurrence précoce (0.6%, $p=0.13$). Les sensations de corps étranger étaient moins fréquentes dans le groupe PLLA/PP (4.8%). Dans un modèle de prédiction, le risque de douleur chronique sévère était significativement plus élevé dans le groupe PET (21.6% vs 3.9%, $p=0.023$).

Conclusion

Dans ces populations homogènes opérées de façon standardisées seulement d'hernies incisionnelles, les deux types des prothèses présentaient une sécurité comparable. Cependant, les bénéfices observés et prédits avec la prothèse PLLA/PP pourraient être corrélés à sa nature partiellement résorbable.

Communication orale

G. Chirurgie Pariétale

3CVD00338-Soins de paroi versus Implantation de BIOprothèse dans les éventrations (SIMBIOSE). Essai prospectif randomisé national multicentrique de phase III.

Boris CLERET DE LANGAVANT (1), Thibault VORON (2), Fanette DENIES (1), Coralie DELETTREZ (1), Julien LABREUCHE (1), Haitham KHALIL (3), Sophie DEGUELTE (4), Jean-Marc REGIMBEAU (5), Philippe ZERBIB (1), Vincent DUBUISSON (6), Olivier GLEHEN (7), Fabrice MENEGAUX (8), Frédérique Sophie PESCHAUD (9), Mircea CHIRICA (10), Nicolas PIRRO (11), Jean-Yves MABRUT (12), Emilie LERMITE (13), Pierre MATHIEU (14), Eric MIRALLIÉ (15), Caroline GRONNIER (6), Christophe TRESALLET (16), François PATTOU (1), Martin BERTRAND (17), Muriel MATHONNET (18), Denis PEZET (19), Laurent SULPICE (20), Pablo ORTEGA-DEBALLON (21), Benoît DERVAUX (1), Guillaume PIESSEN (1) - (1)Chu Lille, Lille, France, (2)Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, (3)Chu Rouen, Rouen, France, (4)Chu Reims, Reims, France, (5)Chu Amiens, Amiens, France, (6)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (7)Hôpital Lyon Sud, Lyon, France, (8)Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (9)Hôpital Ambroise Paré, Paris, France, (10)Chu Grenoble, Grenoble, France, (11)Hôpital De La Timone, Marseille, France, (12)Hôpital De La Croix-Rousse, Lyon, France, (13)Chu Angers, Angers, France, (14)Chu Besancon, Besancon, France, (15)Chu Nantes, Nantes, France, (16)Hôpital Avicenne, Paris, France, (17)Chu Nîmes, Nîmes, France, (18)Chu Limoges, Limoges, France, (19)Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (20)Chu Rennes, Rennes, France, (21)Chu Dijon, Dijon, France

Conflits d'intérêts

/

Introduction

Les éventrations infectées de grade IV (classification VHWG) posent un double défi : maîtriser l'infection et traiter le défaut pariétal. Les soins locaux seuls sont longs, coûteux, et souvent suivis de récidives. L'implantation de bioprothèses reste controversée. L'étude SIMBIOSE a évalué l'efficacité des bioprothèses par rapport aux soins conventionnels sans prothèse.

Méthodes

Essai multicentrique, prospectif, randomisé (1:1), en simple aveugle, mené dans 24 centres français entre 05/2012 et 01/2016. Les patients présentant une éventration infectée étaient randomisés en préopératoire pour recevoir soit une bioprothèse, soit des soins conventionnels sans bioprothèse. Le critère principal était la morbidité globale à 6 mois. Les critères secondaires incluaient la qualité de vie et l'évaluation médico-économique à 3 ans.

Résultats

110 patients (63 ± 12 ans, 60% de femmes) ont été inclus. La taille médiane des éventrations était de $8 [4-15] \times 6 [3-10]$ cm. 53% avaient un abcès pariétal, 20% une fistule digestive, et 68% une prothèse non résorbable en place. 53 patients ont reçu une bioprothèse. À 6 mois, la morbidité était significativement réduite dans le groupe bioprothèse (17,3% vs 34,7%, $RR=0.50$, $IC95\%$: 0.24 to 1.02, $p=0.046$), sans différence significative de taux cumulé de complications durant les 6 premiers mois de suivi (4.60 vs 5.26 complications / 100 personnes-mois, $RR = 0.87$, $IC95\%$: 0.64 to 1.19, $p=0.39$).

Conclusion

L'utilisation de bioprothèses dans les éventrations infectées semble réduire la morbidité à 6 mois sans réduction du taux de complications cumulé. Les analyses complémentaires seront présentées lors du congrès.

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00014-Leçons tirées de l'expérience chirurgicale de l'hôpital de campagne ESCRIM à Mayotte « Emergency Medical Team-2 » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Francois ANSART (1) , Philippen AGOPIAN (2), Romain KEDZIEREWICZ (3), Olivier YAVARI (3), David ANDRIAMAHAKAJY (4), Sorin ZAVOIANU (4), Mosbah KAMOUNDJI (4), Harizo RASOLOFONIRINA (4), Christopher LAPLACE (4), Sébastien MIREK (5), Anne DAOUDAL (6), Gautier BUZENCAI (7), Bérengère SAUZAT (8), Didier POURRET (9), Catherine ARVIEUX (10), Isabelle ARNAUD (2), Sébastien GAUJOUX (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive, Pancréatique Et Endocrine Chu Pitié-Salpêtrière, Aphp, Paris Sorbonne Université, Paris, France, (2)Sdis Du Gard, Nîmes, France, (3)Uiisc7-Unité D'instruction Et D'intervention De La Sécurité Civile N° 7, Brignoles, France, (4)Department Of General Surgery, Centre Hospitalier De Mamoudzou,, Mamoudzou, France, (5)Department Of Anesthesiology, Hôpital De Beaune, Beaune, France, (6)Department Of Vascular Surgery, Clinique Mutualiste De La Porte De L'orient, Lorient, France, (7)Department Of Anesthesiology, Chu De Nîmes, Nîmes, France, (8)Department Of Orthopedic Surgery, Chu De Nîmes, Nîmes, France, (9)Direction Générale De La Sécurité Civile Et De La Gestion Des Crises (dgscgc), Paris, France, (10)Digestive And Emergency Surgery, Uga-Université Grenoble Alpes, Grenoble, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts

Introduction

Le 14 décembre 2024, le cyclone Chido a frappé Mayotte avec des vents dépassant les 200 km/h, entraînant de nombreuses victimes et d'importants dégâts. Ce travail étudie le déploiement et l'activité chirurgicale de l'EMT-2 ESCRIM, l'hôpital de campagne de la Sécurité Civile, dans la ville principale de l'île, Mamoudzou.

Méthodes

Analyse menée à partir des dossiers médicaux des patients, de recherches Internet (ARS, bulletin spéciaux), de l'activité du Centre Hospitalier de Mayotte et d'entretien, afin d'étudier le déploiement et l'activité chirurgicale de l'EMT-2.

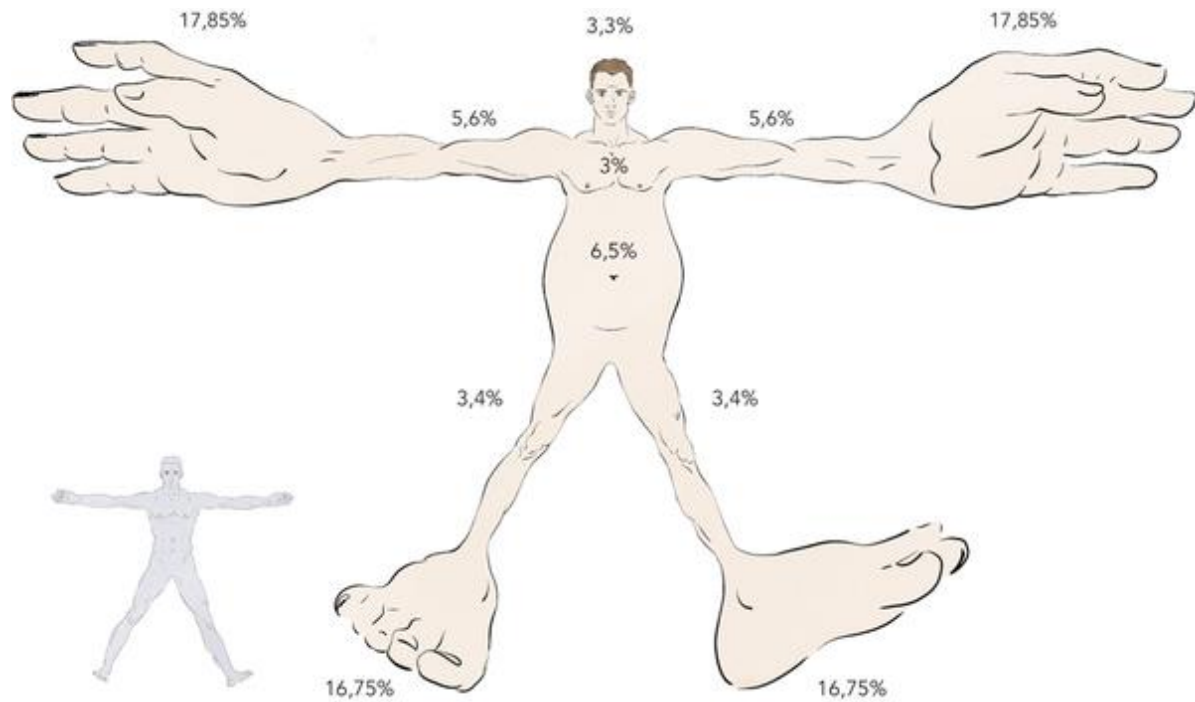
Résultats

En 37 jours de mission, 268 actes chirurgicaux ont été réalisés sur 205 patients, entraînant une augmentation significative de l'activité chirurgicale de l'île par rapport à la même période de l'année précédente ($p=0.013$). Après un afflux initial très important de victime, une large gamme d'interventions chirurgicales d'urgence ont été pratiquées, intervention souvent courte, dite majeur selon l'OMS (anesthésie/hospitalisation), sous anesthésie générale (74%) principalement pour des indications septiques (97 %) principalement aux membres. Les traitements comprenaient majoritairement des débridements, irrigations et cicatrisations dirigées (76 %), les amputations étant rares (3 %). Le taux de réopération a dépassé 10 %, représentant jusqu'à un tiers de l'activité chirurgicale quotidienne en fin de mission.

Conclusion

Le déploiement d'un EMT-2 peut considérablement renforcer la capacité opératoire d'un territoire. L'équipe doit être préparée à une large gamme d'actes chirurgicaux d'urgence et à un taux élevé de réintervention, nécessitant une planification des flux et une coordination avec les structures locales en fin de mission.

Homuncule chirurgical illustrant les zones opérées



Détails des procédures chirurgicales

#	Procédures chirurgicales	n	Chirurgie majeure/mineure	% (n)	Type de chirurgie	% (n)
1	Cicatrisation dirigée d'abcès abdominopelvien	9	Majeure	3% (10)	Chirurgie digestive	4,4% (14)
2	Thérapie par pression négative d'abcès abdominopelvien	3	Mineure	1,4% (4)		
3	Cure d'hernie inguinale	1				
4	Appendicectomie	1				
5	Cicatrisation dirigée d'abcès axillaire	20	Majeure	10% (27)	Chirurgie générale	15,6% (42)
6	Cicatrisation dirigée d'abcès de la tête ou du cou	3				
7	Cicatrisation dirigée d'abcès du sein	7				
8	Cicatrisation dirigée d'abcès du dos	2				
9	Cicatrisation dirigée d'abcès testiculaire	1	Mineure	5,6% (15)		
10	Cicatrisation dirigée d'abcès de cicatrice de césarienne	2				
11	Extraction d'un corps étranger de l'oreille	3				
12	Excision d'un lipome du dos	1				
13	Suture directe d'une plaie de la tête ou du cou	2				
14	Suture directe d'une plaie du dos	1				
15	Suture directe d'une plaie de main	12	Majeure	1,4% (4)	Chirurgie de la main	35,7% (96)
16	Cicatrisation dirigée d'une plaie de main	79				
17	Thérapie par pression négative pour une plaie ou un abcès de la main	2	Mineure	34,3% (92)		
18	Amputation transphalangienne	2				
19	Autre	1				
20	Réduction orthopédique d'une fracture de l'humérus	1	Majeure	0,7% (2)	Chirurgie traumatologique	0,7% (2)
21	Suture d'une rupture de tendon d'Achilles	1				
22	Suture directe d'une plaie du pied	9	Majeure	14,6% (39)	Chirurgie septique	42,2% (113)
23	Cicatrisation dirigée d'un abcès du pied	87				
24	Thérapie par pression négative d'une plaie ou d'un abcès du pied	8				
25	Amputation transtibiale	2	Mineure	27,6% (74)		
26	Amputation transmétatarsienne	4				
27	Amputation transphalangienne	2				
28	Autre	1				
29	Suture d'une plaie latérale de l'artère radiale	1	Majeure	1,4% (1)	Autre chirurgie	1,4% (1)

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00100-Intervention de Hartmann par laparoscopie : une bonne option pour la péritonite diverticulaire généralisée ? Etude comparative avec score de propension sur base de données nationale (AFC)

Thomas HUSSON (1) , Charles SABBAGH (2), Antoine CAZELLES (1), Gilles MANCEAU (1), Mehdi KAROUI (1), Arnaud ALVES (2), Antoine MARIANI (1) - (1)Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France, (2)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie laparoscopique se développe en situation d'urgence, mais son rôle dans la péritonite diverticulaire généralisée reste débattu. L'objectif de ce travail était de comparer l'intervention de Hartmann laparoscopique (HL) au traitement de référence : résection-anastomose iléo-protégée par laparotomie (RA).

Méthodes

Cette étude rétrospective repose sur une cohorte nationale multicentrique de l'AFC, incluant 7 053 patients opérés pour diverticulose colique. Nous avons inclus les chirurgies d'urgence avec péritonite généralisée (Hinchey III-IV) traités par HL ou RA. Les résultats postopératoires, ainsi que la survie sans stomie, ont été comparés après appariement par score de propension.

Résultats

Au total, 285 patients répondaient aux critères d'inclusion (138 HL, 147 RA). Après appariement, 101 patients ont été inclus dans chaque groupe. La diverticulite était classée Hinchey IV chez 30% des patients. Les résultats postopératoires précoces étaient comparables : morbidité à 90j (53% vs 50%, NS), complications sévères (27% vs 26%, NS), mortalité (5% vs 3%, NS), hospitalisation (12j vs 10j, NS). Dans le groupe HL, le taux de rétablissement était plus faible (70% vs 88%, $p = 0,002$) avec un délai plus long (144j vs 113j, $p = 0,068$). La survie sans stomie à 2 ans était significativement meilleure dans le groupe RA (88 % vs 70 % ; log-rank $p < 0,0001$).

Conclusion

Bien que les résultats précoces soient comparables, la résection-anastomose iléo-protégée reste la stratégie à privilégier dans la péritonite diverticulaire, permettant une meilleure survie sans stomie.

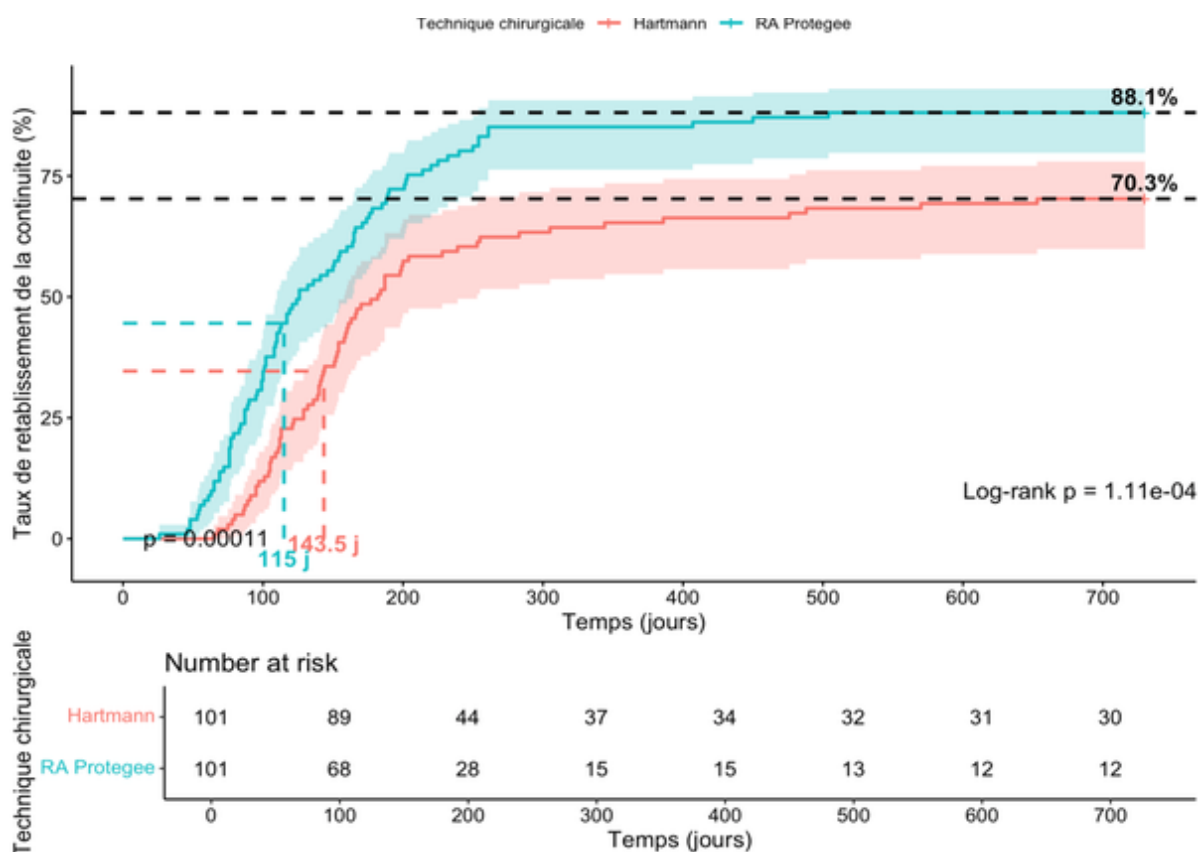
Caractéristiques des patients après appariement

Résultats appariés – caractéristiques initiales

	Hartmann Coelio N = 101	Résection anastomose laparo protégée N = 101	p-value ²
Indication			
Poussée compliquée	99 (98%)	99 (98%)	>0.9
Autres (immunoD, hémorragie)	0 (0%)	1 (1.0%)	>0.9
Délai de l'intervention			
Le jour même	98 (97%)	96 (95%)	0.6
Dans les 24 heures	0 (0%)	2 (2.0%)	>0.9
Après 24 heures	1 (1.0%)	1 (1.0%)	>0.9
Localisation de la diverticulite			
Côlon droit	1 (1.0%)	1 (1.0%)	>0.9
Sigmoïde	100 (99%)	100 (99%)	>0.9
Score de Hinchey			
Hinchey 3	70 (69%)	72 (71%)	0.9
Hinchey 4	31 (31%)	29 (29%)	0.9
Occlusion associée	6 (5.9%)	6 (5.9%)	>0.9
Hémorragie associée	1 (1.0%)	0 (0%)	0.5
Arrêt des anticoagulants associé	8 (7.9%)	6 (5.9%)	0.8
Fistule associée	2 (2.0%)	4 (4.0%)	0.7

Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Courbe de survie sans stomie (patients appariés)



Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00126-État des Lieux des Docteurs Juniors en Chirurgie Viscérale et Digestive: Quels Facteurs Influencent leur Satisfaction ?

Florian MARTINET-KOSINSKI (1), Perrine ZIMMERMANN (2), Fabrice MUSCARI (3), Lazare SOMMIER (4), Sébastien FREY (5) - (1)Service De Chirurgie Digestive Hépato-Bilio-Pancréatique Et Transplantation, Clermont-Ferrand, France, (2)Service De Chirurgie Générale, Digestive Et Endocrinienne, Reims, France, (3)Service De Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique Et Transplantation, Toulouse, France, (4)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Biliaire, Montpellier, France, (5)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Nice, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun financement à déclarer. Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention spécifique de la part d'organismes de financement des secteurs public, commercial ou à but non lucratif. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Depuis la réforme du troisième cycle de 2017, la phase de consolidation, correspondant à la mise en place du statut de Docteur Junior (DJ), permet une mise en responsabilité progressive. L'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux de cette phase de consolidation et d'évaluer les critères de satisfaction des DJ.

Méthodes

Une enquête nationale prospective de 64 questions sur le rôle des DJ a été menée entre juillet et novembre 2024 auprès des DJ français en chirurgie viscérale et digestive. L'enquête comprenait des questions sur l'organisation de cette phase, les conditions de mise en autonomie, l'auto-évaluation de la progression, et l'état mental, dont le Test de Wart permettant d'évaluer l'addiction au travail. Une analyse statistique a été portée selon que l'interne se considérait satisfait (S+) ou non (S-) de sa formation.

Résultats

Le taux de réponse à l'enquête a été de 41,9 % (n=90). Parmi les participants ayant répondu à notre questionnaire, 80% (n=72) s'estiment « satisfait » de cette phase. En analyse multivariée, les facteurs de risques de non-satisfaction sont : l'absence de consultation personnelle (OR=139 [1.9;10209], p=0.02), d'autonomisation au bloc opératoire (OR=51 [2.46;1069], p=0.01) et de compagnonnage (OR=9.74 [1.06;88], p=0.04). Une addiction au travail quel que soit la sévérité était présente parmi 61% (n=55) des DJ.

Conclusion

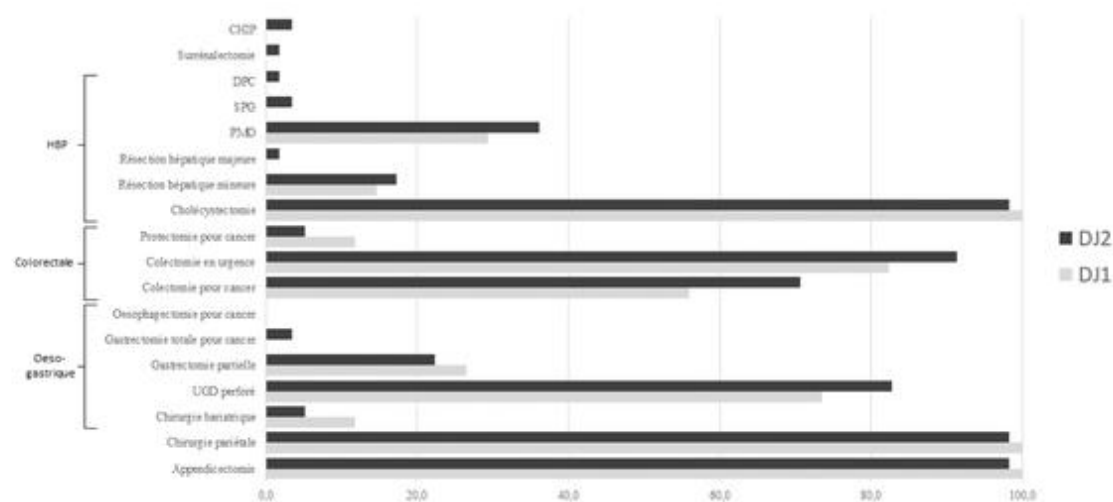
Cette enquête montre une bonne satisfaction de l'occupation du poste de Docteurs Juniors en chirurgie viscérale et digestive en France et donne des pistes de travail pour des améliorations dans chaque service.

Tableau 1 Résultats du sondage comparant en analyse univariée et multivariée le groupe de DJ satisfait (S+) et non satisfait (S-).

Variables	Population totale n = 90	Analyse univariée			Analyse multivariée		
		S+ n = 72 (80%)	S- n = 18 (20%)	p-value	OR	IC95	p-value
Caractéristiques démographiques et organisationnelles							
Genre, masculin	49 (54)	43 (59)	6 (33)	0.04	1.96	0.25-14.00	0.50
Age, moyenne (SD)	30.0 (0.16)	30.2 (0.15)	30.9 (0.55)	0.20			
1/2 journée universitaire respectée	10 (11)	9 (13)	1 (6)	0.40			
Accès à une formation théorique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.00			
Master 2 obtenu avant la phase 3	23 (25)	19 (26)	4 (22)	0.40			
Année hors-CHU imposée	32 (35)	28 (39)	4 (22)	0.10			
Année inter-CHU réalisée durant la phase 3	17 (19)	11 (15)	6 (33)	0.08	0.79	0.06-9.00	0.80
Fonction principale identique aux CCA							
DJ en 1 ^{ère} année	48 (53)	41 (57)	7 (38)	0.10			
DJ en 2 ^{ème} année	49 (56)	39 (50)	10 (71)	<0.01	0.5	0.03-11.00	0.70
Temps de travail hebdomadaire, heures, moyenne (SD)	70.7 (1.19)	71 (1.38)	70 (2.25)	0.70			
Conditions de mise en autonomie							
Absence de mise en autonomie							
Consultations	7 (8)	1 (1)	6 (33)	<0.01	139	1.90-10209	0.02
Blocs opératoires	26 (30)	16 (22)	10 (55)	<0.01	0.03	0.10-11.00	0.9
Gardes/astreintes	4 (5)	3 (4)	1 (6)	0.60			
Délai de mise en autonomie, mois, moyenne (SD)							
Consultations	4.5 (0.5)	4.3 (0.5)	5.5 (1.6)	0.20			
Blocs opératoires	5.1 (0.7)	5.0 (0.7)	5.7 (2.3)	0.70			
Gardes/astreintes	6.8 (0.6)	6.3 (0.6)	8.4 (1.4)	0.10			
Séniors disponibles et prévus au besoin							
En consultation ou au bloc opératoire	87 (96)	70 (97)	17 (94)	0.40			
En garde/astreinte	72 (86)	57 (86)	15 (88)	0.60			
Caractéristiques effectives de progression							
Autonomie globale pour les indications	28 (31)	20 (27)	8 (44)	0.10			
Autonomie globale pour les interventions	78 (86)	71 (99)	14 (77)	<0.01	51	2.46-1069	0.01
Sensation de accompagnement	70 (78)	60 (83)	10 (55)	0.01	9.74	1.06-88	0.04
Nombre d'interventions réalisées par an				0.10			
< 150	56 (62)	40 (47)	15 (83)				
150-300	25 (28)	23 (30)	3 (17)				
> 300	9 (10)	9 (13)	0 (0)				
Conflit ou ambiguïté statutaire							
Co-internes	44 (48)	31 (43)	13 (72)	0.02	0.8	0.07-8.00	0.80
Assistants – Chefs de clinique de l'équipe	25 (28)	15 (21)	10 (55)	<0.01	0.67	0.08-6.00	0.70
Séniors titulaires de l'équipe	42 (46)	27 (37)	15 (83)	<0.01	0.19	0.01-0.30	0.20
Séniors titulaires d'autres spécialités	47 (52)	37 (51)	10 (55)	0.70			
État mentale							
Sensation d'assurance	85 (94)	71 (98)	14 (77)	<0.01	0.96	0.01-147.00	0.90
Sensation de sécurité	88 (98)	71 (99)	17 (94)	0.30			
Sensation de surcharge de travail	12 (13)	9 (12)	3 (17)	0.40			
Sensation d'amélioration de la santé mentale	69 (81)	57 (85)	12 (66)	0.07			

Les résultats sont exprimés en % (n) sans indication contraire. DJ, Docteur Junior ; IC95, Intervalle de confiance à 95% ; OR, Odds ratio ; S+, satisfait ; S-, non satisfait

Figure 1 Interventions réalisées durant la phase de consolidation



Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00164-Quelle est la réalité des inclusions dans une étude de type RHU à grande échelle ? Etude de faisabilité des inclusions de la POPulation RAUC (Réhabilitation Augmentée des Urgences Chirurgicales digestives), réalisée par les IDEs (POPRAUC).

Annabelle CAHON (1), Emiline PREVOST-MARCHANDISE (1), Emilie CHIVE (1), Gilles DEQUEN (2), Emilien ARNAUD (1), Stephane BAR (1), Rauc EQUIPE RHU (1), Jean-Marc REGIMBEAU (1) - (1)Chu Amiens Picardie, Amiens, France, (2)Université De Picardie Jules Verne, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le RHU RAUC vise à adopter un nouveau modèle de prise en charge des urgences chirurgicales digestives incluant l'organisationnel, la e-santé, l'IA et la RAAC. La première étude RAUCAMIENS (nécessitant 1500 patients sur 22 mois), évaluera l'efficacité de RAUC sur le taux de réadmission à J30 post opératoire. L'objectif de cette étude de faisabilité est d'évaluer la réalité des inclusions dans RAUCAMIENS et l'acceptation de la e-santé par les patients.

Méthodes

Etude de faisabilité, rétrospective, prospective, monocentrique du 1er décembre 2024 au 9 mai 2025, chez les patients incluables dans RAUCAMIENS (urgence pour chirurgie digestive première) hors urgence vitale, reprise chirurgicale. L'objectif principal était d'évaluer l'acceptation à RAUCAMIENS. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'acceptation des dispositifs de e-santé, puis en fonction de l'âge, et les motifs de non adhésion.

Résultats

533 patients ont été opérés sur 5 mois dont 50 % incluables parmi lesquels, 66% étaient interrogés. Parmi eux, 90 % patients ont accepté l'étude, dont 54 % ont accepté le casque de réalité virtuelle, 89 % la CRP au doigt, 85 % le patch connecté, 77 % une application de suivi. Les motifs de refus étaient non intéressés (33 %), incompréhension (28 %), non adeptes aux technologies (17 %), pas d'internet/portable (11 %), suivi médical déjà suffisant (11 %). La catégorie 26-50 ans était plus réceptive à l'utilisation du casque (35 %, $p = 0.003$) et à l'application de suivi (37 %, $p < 0.001$).

Conclusion

Cette étude permet d'anticiper les difficultés d'inclusion de RAUC et d'acceptation des dispositifs de e-santé non envisagées.

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00211-Le Bonheur est Dans le Bloc ? Facteurs Associés à une Expérience Positive des Internes de Chirurgie Digestive au Bloc Opératoire : étude prospective multicentrique

Thomas HUSSON (1), Pauline THIBODOT (1), Clara MAURIAL (1), Pierre CATTAN (2), Daniel CHERQUI (1), Mehdi KAROUI (3), Ugo MARCHESE (4), Daniel PIETRASZ (1) - (1)Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France, (2)Hôpital Saint Louis, Paris, France, (3)Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France, (4)Hôpital Cochin, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'expérience vécue au bloc opératoire par l'interne de chirurgie est déterminante pour sa formation et sa progression. Afin de cerner les déterminants d'une expérience positive vécue par l'interne, nous avons mené une étude prospective multicentrique s'appuyant sur un logbook dédié.

Méthodes

Étude observationnelle prospective dans cinq services de chirurgie digestive de l'AP-HP. Les internes complétaient après chaque intervention un logbook électronique anonymisé, recueillant des caractéristiques objectives (intervention, statut de l'opérateur, rôle, geste réalisé...) et subjectives (encadrement, ambiance, estime de soi...), liées à l'acte chirurgical. Les données ont été analysées de manière descriptive, puis par régression logistique multivariée.

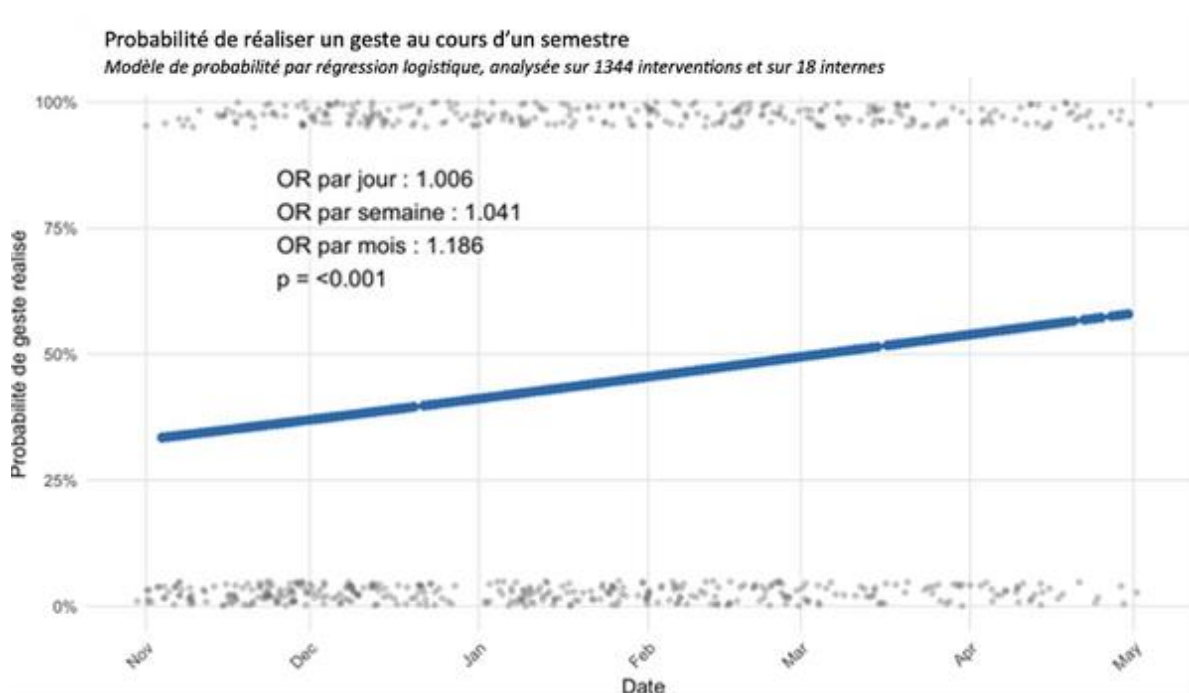
Résultats

Ont été colligées 1855 interventions par 25 internes participants. Un geste était réalisé par l'interne dans 42% des interventions, plus fréquemment en garde qu'en programmé (56%vs.38%; $p<0,001$). Le taux était plus faible pour les internes phase socle (33%vs.45%; $p=0,023$), mais cette différence disparaissait en garde. La probabilité de réaliser un geste augmentait au fil du semestre (Spearman $<0,001$). L'estime de soi s'améliorait principalement en cas de geste ($p<0,001$). En analyse multivariée, les facteurs associés à une expérience positive étaient une pédagogie élevée (OR=16,0) et la réalisation d'un geste (OR=4,9), quel qu'il soit (OR=1,5; $p=0,3$). Ce n'était pas le cas pour l'ancienneté de l'interne, le statut du senior ou le caractère urgent de l'intervention.

Conclusion

La réalisation d'un geste, même simple, et la qualité de l'encadrement sont deux facteurs associés au ressenti d'une expérience positive par des internes en chirurgie digestive au bloc opératoire et doivent être pris en compte pour guider les actions nécessaires à l'amélioration de leur formation.

Modélisation de la probabilité de geste



Analyse multivariée

	OR	95% CI	p-value
Geste réalisé	4.92	3.18, 7.78	<0.001
Type de geste (« gros » vs paroi)	1.46	0.75, 2.73	0.3
Intervention urgente (en garde)	1.24	0.88, 1.79	0.3
Pédagogie élevée (score 4-5 vs 1-2)	16.0	4.52, 102	<0.001
Rang boss (CCA vs autres)	1.29	0.85, 1.95	0.2
Ancienneté interne (3^e / 4^e année vs 1^{ère} année)	0.94	0.55, 1.58	0.8

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio
 p-value obtained by multivariable logistic regression

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00333-Place de la tomodensitométrie et confrontation radio-chirurgicale dans le bilan lésionnel des plaies abdominales par arme blanche

Nada ESSID, Aymen MABROUK, Yasser KAROUI, Mohamed MAATOUK, Sirine EL HENI, Ilief BEN JEMAA, Mounir BEN MOUSSA - (1)Hôpital Charles Nicolle De Tunis, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

La place de la tomodensitométrie dans les algorithmes décisionnels face à une plaie abdominale par arme blanche (PAAB) est encore controversée. L'objectif de notre étude était d'évaluer les performances du scanner dans la détection de la nécessité d'une chirurgie chez les patients victimes d'une PAAB.

Méthodes

Nous avons inclus rétrospectivement tous cas de PAAB opérées, ayant bénéficié d'une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne ou abdomino-pelvienne initiale, de janvier 2014 à décembre 2023. Nous avons étudié l'apport du scanner dans la prise en charge de ces patients en corrélant les données tomodensitométriques aux constatations péroopératoires.

Résultats

90 cas ont été colligés. Les constatations scannographiques et péroopératoires présentaient des taux de concordance estimés à 99% pour l'effraction péritonéale et à 93% pour les lésions des organes pleins. Le scanner était très sensible dans la détection des lésions pariétales (100%) et des épanchements intra-abdominaux (95,1%). Par contre, il était beaucoup moins performant pour les lésions vasculaires et les saignements actifs (60%), les lésions intestino-mésentériques (30%) et diaphragmatiques (46%). Le point fort incontestable de la tomodensitométrie était son excellente spécificité dans la détection de toutes les lésions abdominales sans exception, variant de 82 à 100%. La sensibilité et la spécificité du scanner dans la détection de la nécessité d'une chirurgie ont été estimées à 78,5 et 50% respectivement, avec une valeur prédictive positive de 84,6%.

Conclusion

La tomodensitométrie est performante dans l'établissement du bilan lésionnel et dans la détection de la nécessité d'une chirurgie chez les patients victimes d'une PAAB. Cependant, une surveillance clinique reste nécessaire en cas d'imagerie normale.

	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
Lésions pariétales	100	97,1	91,3	100
Saignement actif pariétal	85,7	100	100	97,4
Effraction péritonéale	98,7	100	100	87,5
Epanchement intra-abdominal	95,1	82,1	92,1	88,4
Pas de lésion / Exploration blanche	60	98,6	92,3	89,6
Lésions vasculaires	60	97,6	60	97,6
Saignement actif intra-abdominal	58,8	97,2	83,3	91,1
Lésions des organes pleins	89,2	95,1	89,2	95,1
Lésions hépatiques	88,8	98,6	94,1	97,2
Lésions biliaires	50	100	100	98,8
Lésions pancréatiques	100	98,8	66,7	100
Lésions spléniques	85,7	98,7	85,7	98,7
Lésions rénales	100	100	100	100
Lésions intestino-mésentériques	27,3	93,5	77,9	72,8
Lésions mésentériques	30	98,6	85,7	83,1
Lésions des organes creux	30,7	92,1	75	63,5
Lésions gastriques	18,75	98,6	75	84,8
Lésions duodénales	66, 7	100	100	98,8
Lésions du grêle	27, 8	98,6	83,3	84,5
Lésions du colon	25	95,1	33,3	92,8
Lésions diaphragmatique	46,1	97,4	75	91,4

VPP : Valeur prédictive positive VPN : Valeur prédictive négative

Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00044-Assistance d'une intelligence artificielle pour le diagnostic la détection, et la prise de décision des carcinomes péritonéaux d'origines colorectales. Une étude du réseau BIG-RENAPE.

Frédéric DUMONT - (1)Ico, Saint-Herblain, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Une IA de détection des métastases péritonéales colorectales (MPc) développée à partir d'une base de données de vidéo-laparoscopies détecte et délimite les nodules malins sur vidéos. Le but de l'étude était d'évaluer l'assistance de cette IA sur le diagnostic, la détection et la prise de décision humaine sur vidéos de MPc.

Méthodes

Trente quatre courtes vidéos de nodules ou régions avec lésions péritonéales de patients avec MPc, à histologie connue, ont été sélectionnés aléatoirement pour un questionnaire envoyé à des chirurgiens digestifs réalisant de la cancérologie. Les répondants, étaient spécialistes du péritoine (n=25; RENAPE) ou pas (n=44; non RENAPE). Le diagnostic (+/- malin), la stratégie (+/- biopsie ou +/- exérèse selon la spécialisation péritonéale) et le nombre de MP étaient demandés sans et avec analyse IA.

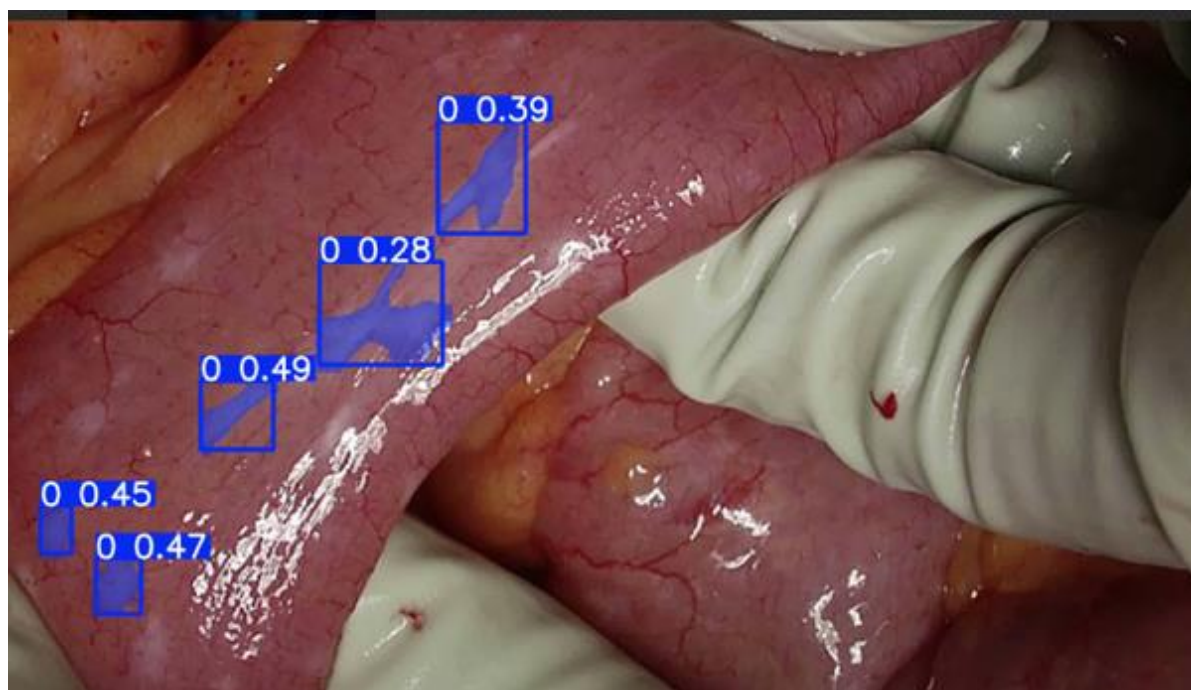
Résultats

L'exactitude diagnostique humaine des nodules péritonéaux était modérée, avant et après IA et respectivement de 63 et 61% (p=0.26) pour le groupe non RENAPE et 70 et 71% (p=0.34) pour le groupe RENAPE. L'IA améliorait non significativement le taux de décisions correctes (67 vs 70%, p=0.12) dans le groupe non RENAPE et significativement dans le groupe RENAPE (65% vs 69%, p=0.03). Les performances de détection exhaustives des nodules de MP étaient modérées avec des corrélations Spearman médianes variant entre 0.72 et 0.83 pour les 2 groupes de chirurgiens, avec ou sans IA.

Conclusion

Les performances humaines d'analyse du péritoine sont modérées et une assistance est nécessaire. L'IA aide favorablement aux prises de décisions mais nécessite d'être améliorée.

Exemple de détection de lésions péritonéale par IA



Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00258-Résultats de l'utilisation de prothèses biologiques pour la reconstruction de la paroi abdominale au cours de la chirurgie de cytoréduction : Une étude de cohorte monocentrique.

Dahbia DJELIL (1), Zeida CHARLES (2), Savier ERIC (2), Malgras BRICE (3), Pocard MARC (1) - (1)Inserm Cnrs Upc Nabi, Paris, France, (2)Ap-Hp Pitié Salpêtrière, Paris, France, (3)Hopital D'instruction Des Armées Bégin, Saint Mandé, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

La reconstruction de la paroi abdominale au cours d'une chirurgie de cytoréduction (CRS) est difficile. Les prothèses biologiques (PB) offrent une alternative, mais les données à long terme restent rares. Cette étude rapporte les résultats d'une technique de pontage utilisant des PB sans reconstruction par lambeau.

Méthodes

Cohorte monocentrique longitudinale de patients ayant eu une CRS avec reconstruction de la paroi abdominale à l'aide de PB.

Résultats

Entre 2012 et 2024, 19 patients ont eu l'implantation de PB au cours d'une CRS, dont 6 avec une CHIP: colorectal (57%) ou pseudomyxome péritonéal (21%). L'IMC moyen était de 27,9 kg/m². Durée moyenne de l'opération de 333 minutes. Drainage postopératoire dans 73 %, de 6,5 jours. Trois explantations postopératoires de PB: 2 péritonite (fistule anastomotique et CHIP) et 1 occlusion (PB mal placée). À 6 mois, l'intégration de la PB dans 82 % des cas et 2 sepsis prolongés sur PB résiduelle. A 2 ans, aucun ensemencement tumoral de la PB, y compris en cas de récurrence péritonéale, pas de gêne majeure et qualité de vie normale chez les patients mais aucune restauration vraie de paroi, perciste uen déhiscence couverte d'un néopéritoine.

Conclusion

La reconstruction de la paroi abdominale au cours de la CRS, y compris avec une CHIP, est faisable sans augmenter les risques oncologiques. L'explantation de la prothèse doit être envisagée en cas de sepsis pour prévenir l'infection chronique. Malgré l'absence de restauration de l'intégrité de la paroi abdominale, la tolérance clinique reste bonne lors du suivi à long terme.

Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00260-Pas de détection d'ADN tumoral circulant (ctDNA) porteur de mutations KRAS dans une cohorte de patients atteints de métastases péritonéales d'un cancer du côlon.

Marc POCARD (1) , Jérôme Alexandre DENIS (2), Alexandru SOARE (3), Ronan LEGRAND (4), Dahbia DJELIL (1), Brice MALGRAS (1) - (1)Cnrs Umr 8175, Inserm Umr-S 1334, Nabi, Paris, France, (2)Aphp Uf Oncobiologie Cellulaire Et Moléculaire - Paris (France), Paris, France, (3)Aphp Service Chirurgie Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Aphp Uf Oncobiologie Cellulaire Et Moléculaire, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

L'ADN tumoral circulant (ctDNA) est un outil prometteur de diagnostic et de suivi du cancer colorectal (CCR). Cependant, les premières études sur les métastases péritonéales (MP) du CCR sont décevantes, la détection de ctDNA étant rare. Pour déterminer si cela reflète une limitation de la sensibilité de détection ou une véritable absence ctDNA, nous avons utilisé une technologies de détection du ctDNA la plus sensibles disponible, sur la mutation KRAS.

Méthodes

Etude longitudinale prospective impliquant des patients ayant une chirurgie cytoréductive (CRS) combinée à une CHIP pour CCR muté KRAS avec des métastases péritonéales isolées. L'ADNct a été analysé à l'aide du système QX200™ Droplet Digital™ PCR - kit de dépistage Bio-Rad KRAS G12/G13 cible sept mutations KRAS spécifiques (G12A, G12C, G12D, G12R, G12S, G12V et G13D) et sondes fluorescentes marquées.

Résultats

16 patients consécutifs (10 femmes; âge moyen 61 ans) sont inclus. Carcinose synchrone 68 %. 12 patients ont reçu une chimiothérapie préopératoire. PCI moyen = 14 (de 0 à 39). CRS, (CC-0) pour 68 % et CHIP. La quantification de ctADN a montré une concentration moyenne de 2,48 ng/μL (intervalle 0,3-6,9), mais un seul patient avait un ctDNA mutant KRAS détectable et avait une métastases hépatique découverte au bloc. Evolution, 6 sont sans maladie, 4 une récurrence hépatique et 5 une récurrence péritonéale.

Conclusion

Avec une plateforme de PCR numérique très sensible, nous avons confirmé que les métastases péritonéales isolées de CCR, même en présence de la tumeur primaire, ne produisent pas de ctDNA mutant KRAS détectable.

Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00266-Interest of Adjuvant chemotherapy after cytoreduction for colorectal carcinomatosis: propensity score analysis on a BIG-RENAPE cohort of 1196 patients.

Jade FAWAZ (1) , Frédéric DUMONT (2), Jean-Baptiste BACHET (3), Olivier GLEHEN (4), Clarisse EVENO (5), Brice MALGRAS (1), Marc POCARD (3), Group BIG-RENAPE (3) - (1)Hia Bégin, Saint-Mandé, France, (2)Ico, Nantes, France, (3)Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Chu Lyon Sud, Oullins, France, (5)Chu Claude Huriez, Lille, France

Conflits d'intérêts

Les co-auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Introduction

Treatment of peritoneal metastases from colorectal cancer (pmCRC) includes cytoreductive surgery (CRS), eventually with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) sometimes with adjuvant systemic chemotherapy (SC) in selected patients. Considering lack of clear guidelines, this study was designed to analyze the role of adjuvant SC after CRS+/-HIPEC.

Méthodes

Data from 20 BIGRENAPE French expert centers were collected. Clinicopathological variables and SC use were correlated with overall survival (OS), disease-free survival (DFS) and peritoneal-free survival (PFS) after propensity-score (PS) weighting to reduce confounding factors. PS is based on clinical variables including; Age, ASA score, neoadjuvant chemo, PCI, CC0-1, pT status, Rectum primary, signet ring cell, histologic response, morbidity, length of stay.

Résultats

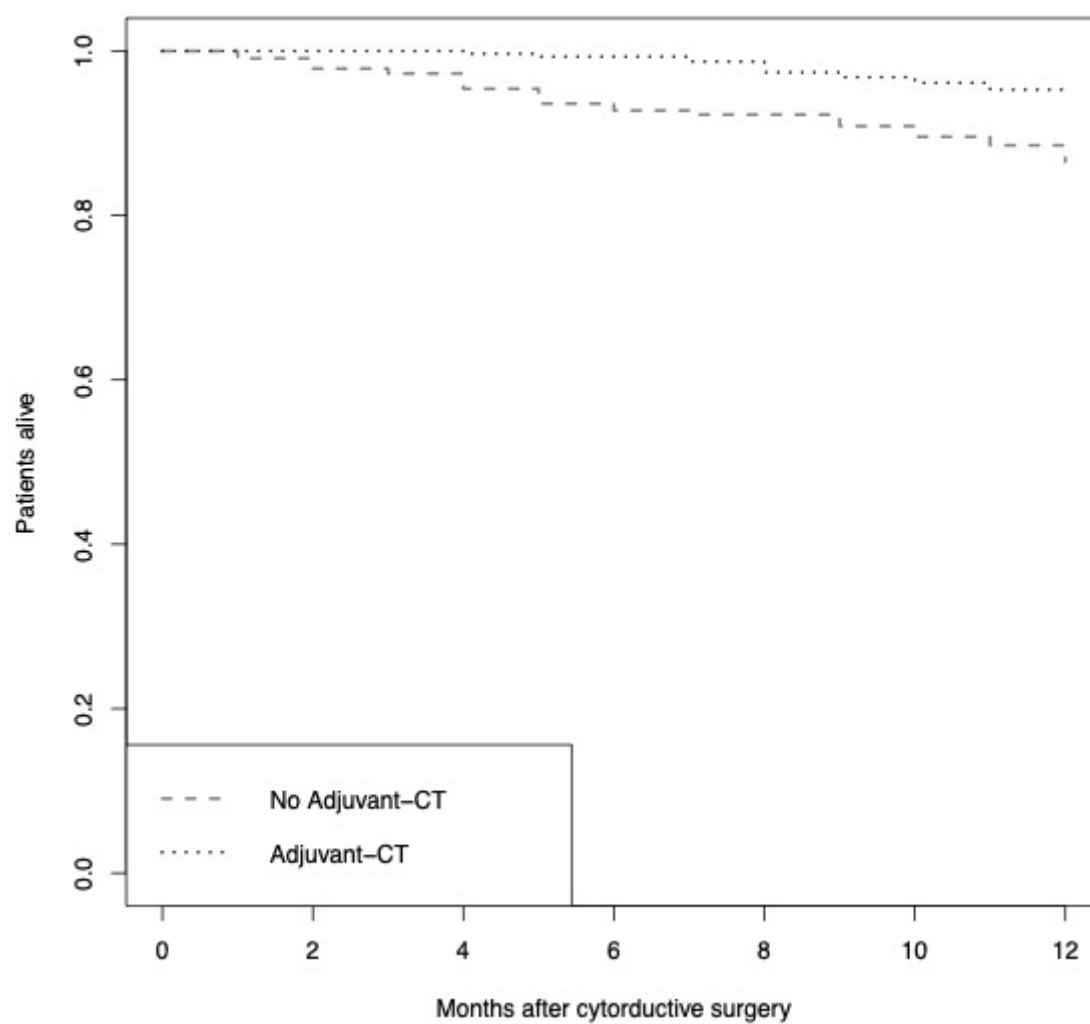
A total of 1196 patients treated with CRS+/-HIPEC were included in the propensity-score weighting. Of the total patients, 87.9% (n=1051) patients received neo-adjuvant SC before CRS and 74.4% patients (n=890) received adjuvant SC. Adjuvant-SC was preferentially administered to patients receiving neo-adjuvant SC (p=0.001) with no major complications (p<0.001) and with a short hospital stay (p<0.001). After PS weighting, there were statistical differences at 1- (p<0.001) and 3-years OS (p<0.001). There was also statistical difference at 1-year (p=0.006) but not at 3-years DFS (p=0.8). There was no statistical difference at 1 and 3-years PFS. For patients with complete response at histological analysis after CRS+/-HIPEC, there was statistical difference at 1-years OS (p<0.001) and DFS (p=0.01).

Conclusion

Patients with PM from CRC treated with CRS+/-HIPEC should receive adjuvant SC when general condition allows it, more in case of complete histologic response.

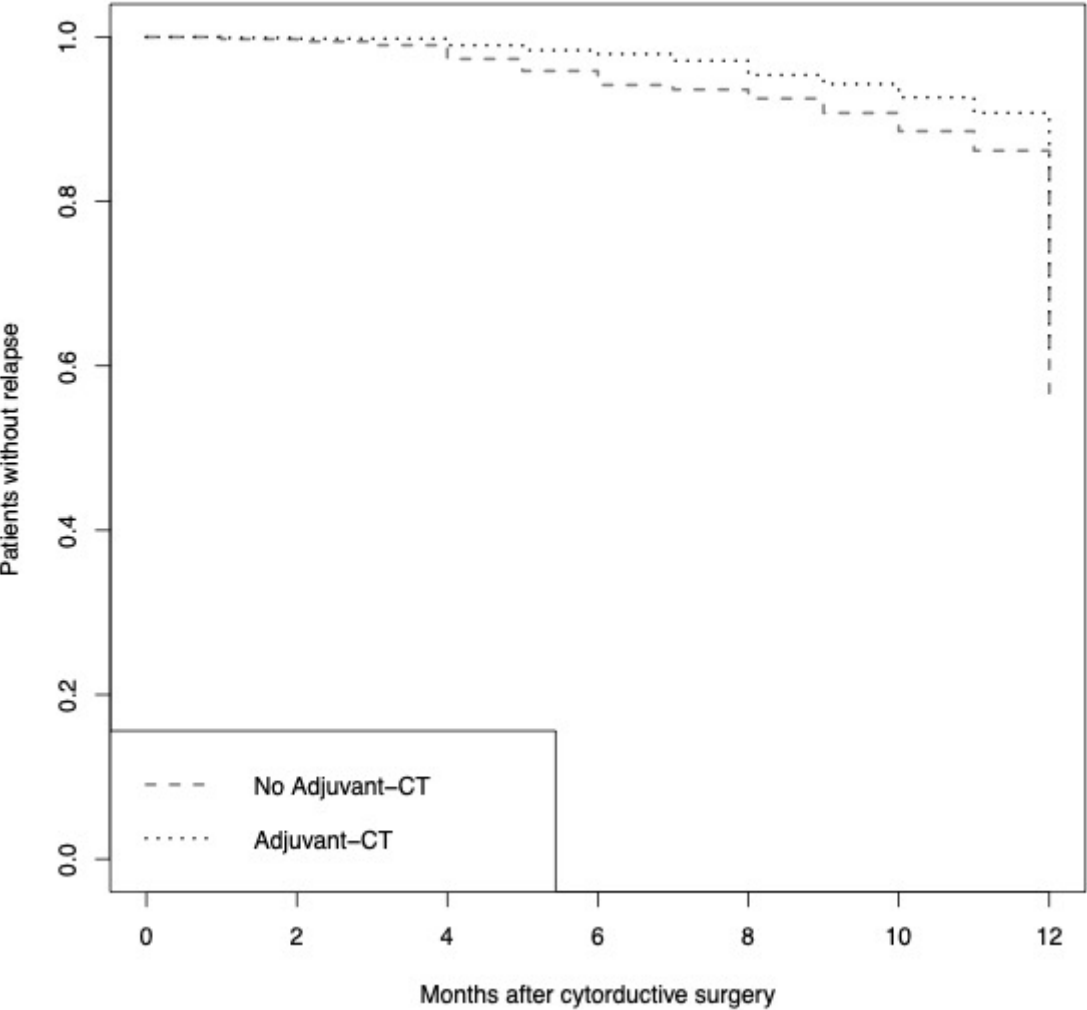
OS probability at 1 year

Courbe de survie à 1 an selon la réalisation d'une chimiothérapie adjuvante



DFS probability at 1 year

Courbe de survie sans récidive à 1 an selon la réalisation d'une chimiothérapie adjuva



Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00316-Implémentation d'un programme de cytoréduction +/- CHIP pour carcinose ovarienne en structure libérale à l'aune des nouvelles autorisations en chirurgie cancérologique

Pierre-Emmanuel BONNOT (1) , Maxime POLO (1), Olfa DERBEL (2), Dominique BEAL-ARDISSON (2), Simon DUCOULOMBIER (3), Karima NESSAH-BOUSQUET (3), Francois MITHIEUX (1) - (1)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France, (2)Institut De Cancérologie Jean Mermoz, Lyon, France, (3)Gynécologie Mermoz, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La complexité de la prise en charge médico-chirurgicale des carcinoses ovariennes et l'extension des indications de CHIP a incité les Sociétés Savantes et les Pouvoirs Publiques à émettre des recommandations et à durcir les conditions d'autorisation afin d'orienter les patients en Centres Experts pour les cancers ovariens. Ce travail expose la mise en place d'un programme de cytoréduction+/-CHIP pour carcinose ovarienne dans le cadre d'un exercice libéral.

Méthodes

111 nouvelles patientes avec tumeur ovarienne maligne ont été adressées en consultation de chirurgie(3chirurgiens "cytoréducteurs")dans notre Centre de 01-2022 à 03-2025 dont 15 stades I-II avec staging simples. Parmi les stades III-IV, 10 ont été définitivement CI à la chirurgie(4 comorbidités majeures,2 stades 4 hépatiques vrais,2 irrésécabilités formelles après chimiothérapies,2 refus). Les données per-opératoires et post-opératoires des patientes de stade III-IV ont été étudiées.

Résultats

Toutes les chirurgies étaient cc-0/cc-1 après une durée moyenne de 228min(70-540).79.9% des patientes étaient en prise en charge initiale:42% opérée en upfronf(PCI moyen 6.9(1-27),CC-0:95,5%) et 56.2% en intervallaire(PCI moyen:14(2-32),CC-0:81.25%) et 1,8% en consolidation.21.1% de chirurgie pour récurrence. 36,2% ont bénéficié d'une CHIP, 29.2% un curage lombo-aortique, 69.6% au moins une résection digestive,23.2% au moins deux anastomoses. 1 patiente est décédée en post-opératoire. Le taux de complications grade 3/4, de fistule, de reprise étaient de 13.04%,1.45%, et 10.4% pour des durée médianes d'hospitalisation en USI-totale de 5j(0-34)-11j(2-77).Le RIOT était de 98.2% après une médiane de 45j(26-135).

Conclusion

Un parcours de cytoréduction+/-CHIP en privé pour les carcinoses semble possible avec des résultats remplissant les critères des recommandations nationales et européennes.

Communication orale

I. Chirurgie du Péritoine

3CVD00319-Le Benchmarking dans la chirurgie de cytoréduction avec CHIP pour carcinose d'origine colorectale.

Constant CHEVALIER (1), Clarisse EVENO (1), Vahan KEPENEKIAN (2), Jean Jacques TUECH (3), Emeline CAILLIAU (1), Olivia SGARBURA (4), Barbara NOIRET (5), Diane GOERE (6), Mathilde AUBERT (7), Cécile BRIGAND (8), Johan GAGNIERE (9), Marc POCARD (6), Amanuel KEFLEYESUS (6), Fatah TIDADINI (10), Abdelkader TAIBI (11), Guillaume PIESSEN (1), Julie VEZIAN (1) - (1)Chu Lille, Lille, France, (2)Chu Lyon, Lyon, France, (3)Chu Rouen, Rouen, France, (4)Icm, Montpellier, France, (5)Bordeaux Colorectal Institute, Bordeaux, France, (6)Aphp, Paris, France, (7)Aphm, Marseille, France, (8)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (9)Chu Clermont Ferrand, Clermont Ferrand, France, (10)Chu Grenoble, Grenoble, France, (11)Chu Limoge, Limoge, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Depuis l'étude PRODIGE 7, l'utilisation de la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (CHIP) dans la carcinose péritonéale colorectale (CRPM) est controversée. L'objectif de cette étude est de définir des résultats de référence ("benchmarks") pour la chirurgie de cytoréduction (CRS) associée à HIPEC afin d'évaluer les pratiques à travers différentes cohortes et centres.

Méthodes

513 patients ayant subi une CRS +/- CHIP entre juin 2018 et juin 2022 dans 12 centres du réseau RENAPE ont été inclus. Les cas "benchmark" (n=156) répondaient à des critères stricts de bas risque opératoire (âge <70 ans, ASA <3, résection complète CC0). Les résultats clés ont été définis par le 75e percentile (ou 25e pour la survie) des médianes par centre. Trois autres cohortes ont servi à comparer ces performances.

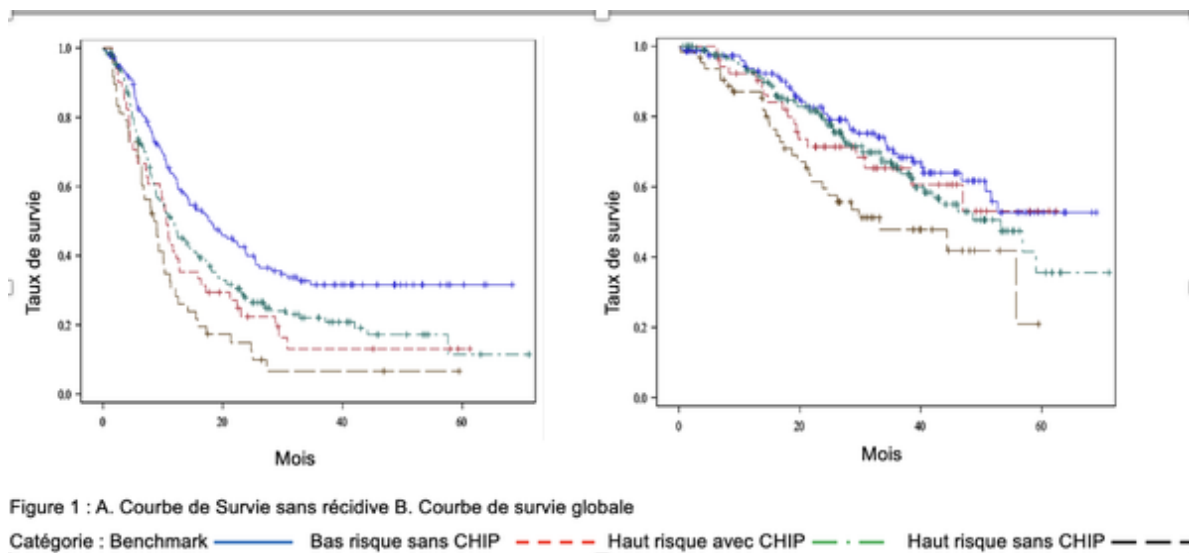
Résultats

Le seuil "benchmark" pour la morbidité majeure à 90 jours, l'indice CCI®, la durée d'hospitalisation, la survie globale et la survie sans récurrence à 1 an étaient respectivement ≤48,3 %, ≤34,9, ≤17,5 jours, ≥92,9 % et ≥50,4 %. Chez les patients à bas risque, l'ajout de la CHIP à base de Mitomycine C n'augmente pas significativement la morbidité majeure (p=0,18) mais allonge la durée de séjour (p<0,001). La survie sans récurrence à 1 an est significativement améliorée dans les groupes avec CHIP (p<0,05).

Conclusion

Cette étude nationale établit pour la première fois des benchmarks robustes pour la CRS+CHIP en CRPM. Le protocole moderne à base de MMC améliore la survie sans récurrence sans majorer la mortalité postopératoire.

Courbe de survie



Seuils benchmarks

Tableau 3 : Seuils Benchmarks après CCR + CHIP Mitomycine chez des patients à bas risques		
	Médiane des 12 centres	Seuils Benchmarks
Durée opératoire (min)	447 (360 ; 510)	≤ 510
Transfusion per opératoire (%)	-	-
Pertes sanguines (ml)	225 (75 ; 300)	≤ 300
Durée d'hospitalisation en soins intensifs (en jours)	4 (1.5 ; 9)	≤ 9
Durée d'hospitalisation totale (en jours)	14 (12.5 ; 17.5)	≤ 17.5
Complication Clavien-Dindo grave (%)	24 (9.1 ; 48.3)	≤ 48.3
CCI®	22.6 (8.7 ; 34.9)	≤ 34.9
Fistule anastomotique (%)	3.7 (0 ; 20)	≤ 20
Éviscération	-	-
Mortalité à 90 jours	-	-
Réadmission à 90 jours (%)	15.4 (8.3 ; 31)	≤ 31
Réopération à 90 jours (%)	18.9 (6.3 ; 25)	≤ 25
Survie sans récidive à 1 an (%)	63.6 (50.4 ; 75)	≥ 50.4
Survie globale à 1 an (%)	100 (92.9 ; 100)	≥ 92.9

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.001

3CVD00032-Appareillages des entérostomies : Hier, aujourd'hui et quel sera le futur ?

Ana Lucia CHARLAIX (1) , Eric SAVIER (2), Sébastien GAUJOUX (2), Charles ZEIDA (3) - (1)Chu De Limoges, Paris, France, (2)Aphp, Paris, France, (3)Chu Bogodo, Ouagadougou, Burkina Faso

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

L'histoire des stomies est étroitement liée à celle des techniques chirurgicales et des dispositifs d'appareillage. Nous avons étudié l'évolution de la prise en charge des stomies de dérivation fécale, en mettant en lumière les avancées techniques et les enjeux actuels et futurs.

Méthodes

Une revue narrative a été menée à partir de publications scientifiques et de dépôts de brevets, depuis l'Antiquité jusqu'à aujourd'hui. L'analyse s'est concentrée sur les évolutions chirurgicales et l'apparition progressive des dispositifs d'appareillage.

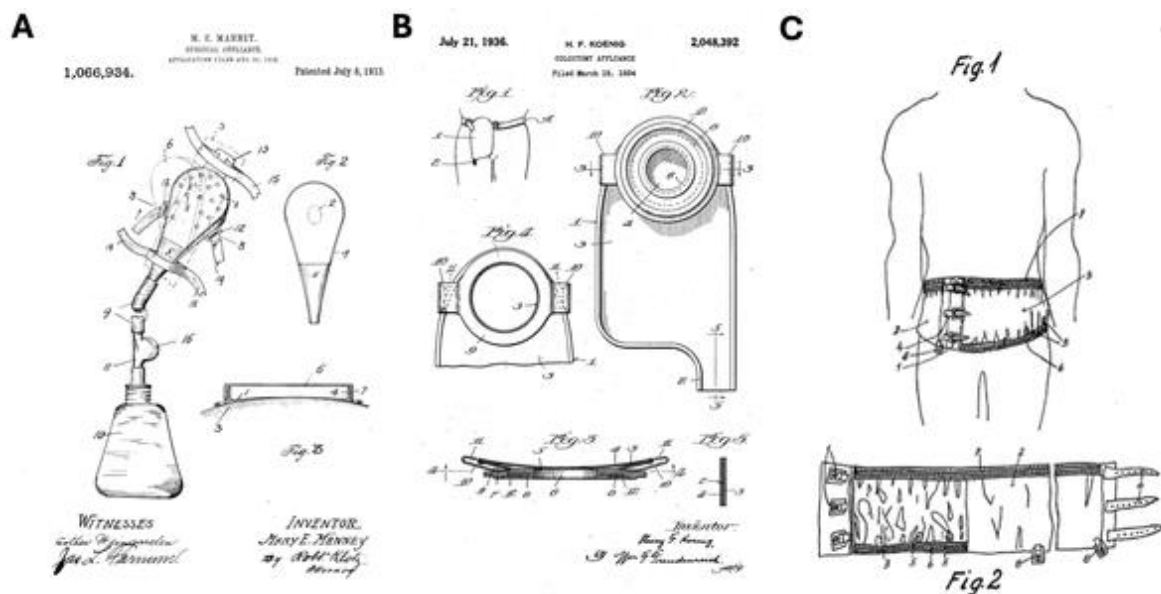
Résultats

Hier : Les premières stomies remontent à l'Antiquité, mais ce n'est qu'au XIXe siècle que des progrès chirurgicaux significatifs ont permis une meilleure prise en charge. Le XXe siècle a vu apparaître les premiers dispositifs commerciaux, marquant un tournant dans la gestion quotidienne des patients.
Aujourd'hui : En France, la confection des stomies est désormais standardisée. La stomathérapie s'est affirmée comme une spécialité à part entière, et l'éducation thérapeutique est intégrée dans le parcours de soins. L'offre d'appareillage s'est diversifiée, répondant à des besoins variés en termes de confort, d'autonomie et d'esthétique.
Demain : Des défis persistent : impact environnemental des dispositifs jetables, inégalités d'accès dans certains contextes, et nécessité d'améliorer encore la qualité de vie. L'innovation devra conjuguer performance, durabilité et accessibilité.

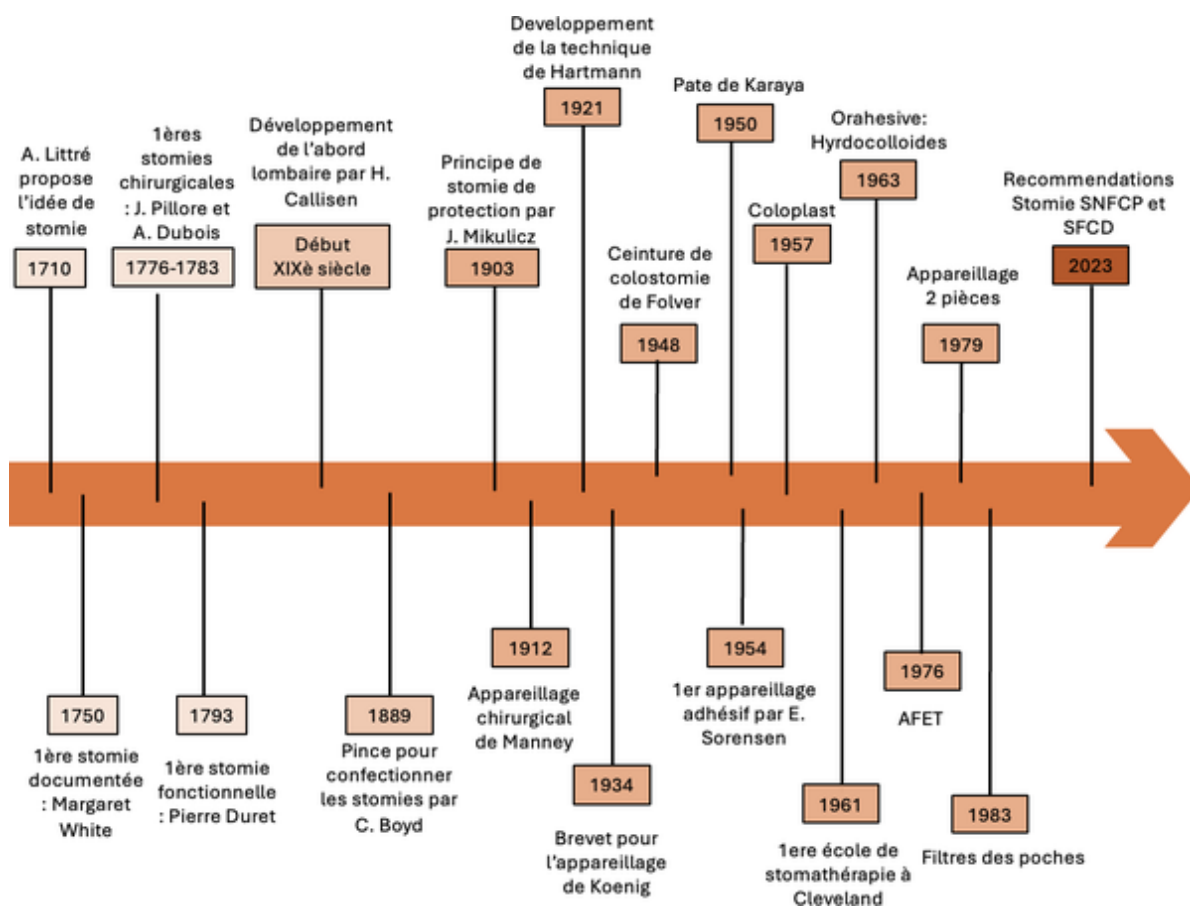
Conclusion

L'évolution des appareillages de stomie reflète les progrès chirurgicaux et les attentes des patients. L'avenir de la stomathérapie reposera sur des solutions toujours plus personnalisées, durables et centrées sur la qualité de vie.

Appareillages de stomie début XXème siècle



Évènements clés de l'histoire des stomies



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.002

3CVD00033-Prise en charge des stomies dans les pays en voie de développement, une revue systématique

Ana Lucia CHARLAIX (1) , Lisa VIALLO (2), Charles DE PONTAUD (2), Sébastien GAUJOUX (2) - (1)Chu De Limoges, Paris, France, (2)Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La création d'une stomie est une intervention chirurgicale courante et standardisée. Pourtant, peu d'études s'intéressent à ses résultats et à sa prise en charge dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI). Cette revue systématique vise à évaluer l'expérience des patients stomisés dans ces pays.

Méthodes

Une recherche a été menée dans les bases de données PubMed, Cochrane et Embase, entre 2000 et 2024. La qualité des études a été évaluée à l'aide des grilles STROBE ou JBI. En raison de la diversité des approches méthodologiques, l'analyse des données a été descriptive. La revue suit les recommandations PRISMA.

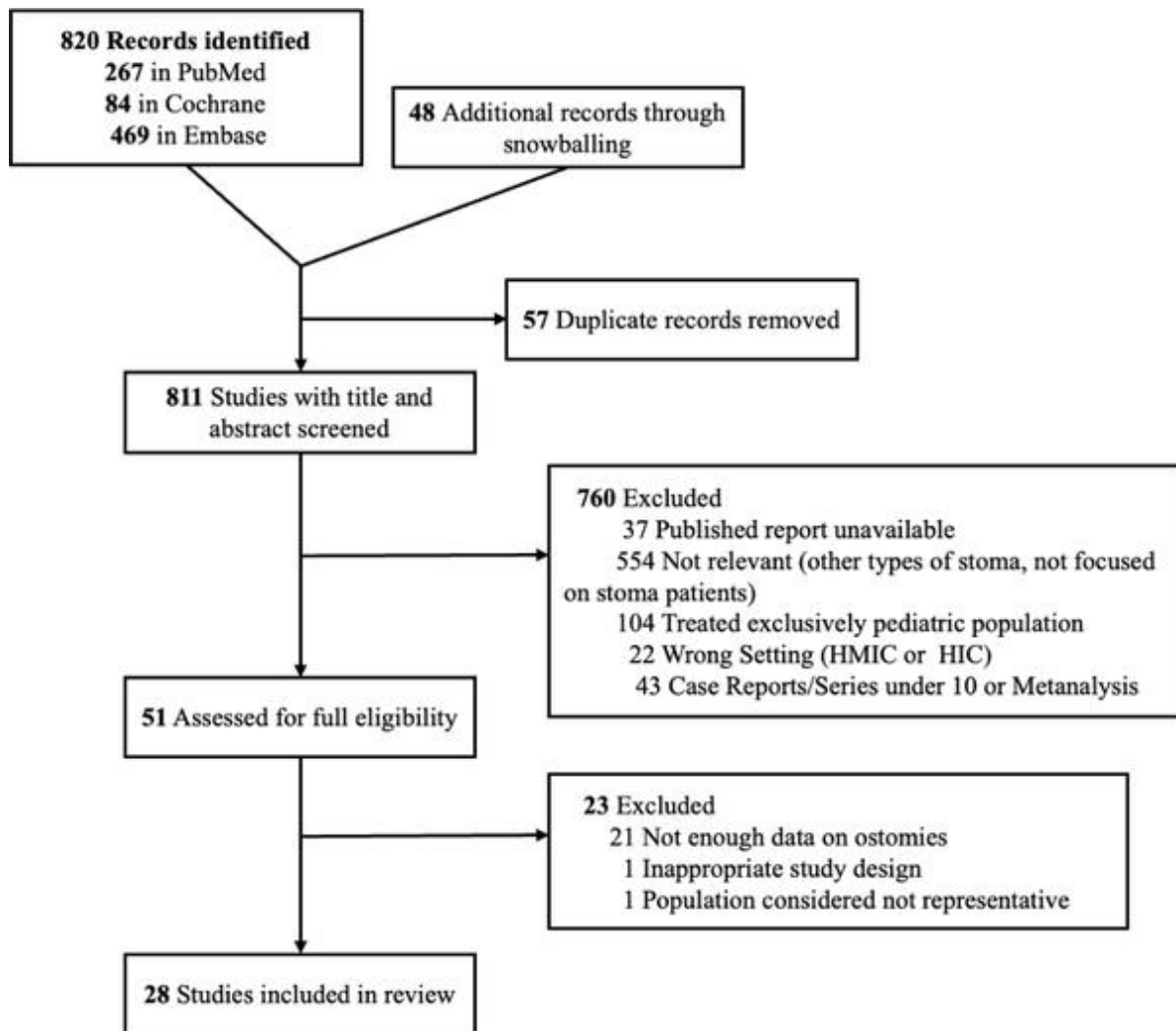
Résultats

Au total, 28 études regroupant 3 321 participants issus de 16 pays ont été incluses. Aucune n'a rempli l'ensemble des critères STROBE ou JBI. Dans 85 % des cas, les stomies ont été réalisées en urgence, la principale indication étant la perforation intestinale. La complication la plus fréquente était la dermite péristomiale (12 à 90 % d'incidence). La qualité de vie a été évaluée par le questionnaire Stoma-QoL, avec des scores moyens entre 48 et 55 (écart type de 17). Sur les 13 études mentionnant l'accès au matériel, 10 indiquent un usage majoritaire de poches de fortune.

Conclusion

Il existe des disparités significatives dans la prise en charge des stomies entre les pays à revenu élevé (PRE) et les PRFI. Répondre aux besoins médicaux non satisfaits de la communauté stomisée dans les PRFI doit devenir une priorité pour la communauté chirurgicale et scientifique mondiale.

Diagramme de flux sur la sélection des études



Appareillages de fortune



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.003

3CVD00036-Application Du Calculateur De Risque ASC NSQIP Dans La Prédiction Des Complications En Chirurgie Carcinologique Programmée

Asma SGHAIER (1) , Ameni MOUSSA (2), Mohamed Amine EL GHALI (3), Mahdi BEN ABDELKARIM (2), Amal LETAIEF (4), Sabri YOUSSEF (4) - (1)Service De Chirurgie Digestive Hôpital Farhat Hached Sousse Faculté De Médecine De Sousse, Sousse, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Digestive Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (3)Service De Chirurgie Digestive Hôpital Farhat Hached Sousse Fa, Sousse, Tunisie, (4)Service De Chirurgie Digestive Hôpital Farhat Hached Sousse Faculté De Médecine De Sousse - Sousse (Tunisie), Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous déclarons avoir aucun conflit d'intérêt pour la réalisation de ce travail.

Introduction

La prédiction des complications chirurgicales est cruciale en préopératoire. Nous cherchons de valider une calculatrice contextualisée pour prédire les complications postopératoires en chirurgie tumorale digestive élective et identifier les facteurs prédictifs.

Méthodes

C'est une étude prospective appliquant un instrument pronostique: la calculatrice « ACS NSQIP® ».

Résultats

Cent dix patients étaient opérés pour pathologie néoplasique. Le sex-ratio était 1,15 et un âge médian de 60 ans. 36,8% des patients étaient admis pour tumeurs coliques. La colectomie segmentaire était réalisée pour 28,2% des patients. Vingt-six patients (23,6%) avaient présenté au moins une complication postopératoire. Les patients ayant eu des complications sérieuses, représentaient 15,5%. Aucun décès n'était rapporté. La durée médiane de séjour postopératoire était de sept jours. Cinq complications avaient un score de prédiction conforme à celui prédit par la calculatrice au niveau d'ajustement 1 : l'insuffisance rénale (ASC=0,939 (IC 95% [0,868-1,000], $p < 0,01$, Brier=0,939), l'infection urinaire (ASC=0,814 (IC 95% [0,671-0,957], $p < 0,010$, Brier=0,814), les événements thromboemboliques (ASC=0,800 (IC 95% de [0,515–0,999], $p < 0,043$, Brier=0,800), le sepsis (ASC=0,801 (IC 95% [0,599–0,999], $p < 0,052$, Brier=0,801) et l'iléus intestinal (ASC de 0,802 (IC 95% [0,524-1,000], $p < 0,047$, Brier=0,802). La prédiction de l'insuffisance rénale, de l'infection urinaire, du sepsis, de l'iléus intestinal, des événements thromboemboliques et de la durée de séjour étaient bonnes avec des AUC sous les courbes supérieures à 0.8 et des indices de Brier inférieurs à 0.1.

Conclusion

Les résultats suggèrent l'adoption de la calculatrice « ACS NSQIP® » et de son logigramme pour améliorer la qualité et la sécurité des soins grâce à une meilleure prédiction des complications.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.004

3CVD00049-Première étude multicentrique avec le système robotique Dexter pour la colectomie droite

Hubert MIGNOT (1) , Fabien GRASS (2), Julius POCHHAMMER (3), Dieter HAHNLOSER (2) - (1)Centre Hospitalier De Saintes Et Saint Jean D'angély, Saintes, France, (2)Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse, (3)Hôpital Universitaire De Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Allemagne

Conflits d'intérêts

Distalmotion est le sponsor de cette étude. HM, FG, et DH sont consultants pour Distalmotion

Introduction

Cette étude clinique prospective multicentrique constitue la première étude post-market requise dans le cadre du marquage CE. Elle vise à confirmer la sécurité et performance lors des premiers cas de colectomie droite assistée par le robot Dexter® (Distalmotion, Suisse).

Méthodes

Quatre chirurgiens dans trois hôpitaux situés dans trois pays différents ont recruté 33 patients entre novembre 2022 et décembre 2024. Les objectifs primaires incluaient les effets indésirables de type Clavien-Dindo ≥ 3 et la performance évaluée par la complétion de la procédure sans conversion due à une défaillance du robot. Les critères secondaires incluaient les données cliniques jusqu'à 30 jours suivant la chirurgie.

Résultats

L'âge médian des patients était de 71 ans (IQR 63-78) et leur BMI de 25.4 kg/m² (IQR 23.5-27.9). Toutes les procédures ont été réalisées sans conversion en laparotomie due à un dysfonctionnement du robot. Le temps opératoire médian était de 168 minutes (IQR 152-197), incluant un temps d'arrimage médian de 6 minutes (IQR 4-8) et un temps médian d'utilisation de la console de 90 minutes (IQR 53-119). Les pertes sanguines médianes étaient estimées à 100mL (IQR 20-120). Le temps médian d'hospitalisation était de 5 jours (IQR 4-6). En post-opératoire, deux patients ont présenté une complication de type Clavien-Dindo III; et un autre patient a eu deux complications, une grade III et une grade IV.

Conclusion

Cette étude démontre que le système robotique Dexter permet de réaliser la colectomie droite de manière sûre et efficace, y compris en phase d'apprentissage.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.005

3CVD00052-La chirurgie robotique pour l'anastomose iléo-anale dans le traitement de la rectocolite hémorragique dans un centre spécialisé en chirurgie colorectale laparoscopique : une étude comparative avec la technique coelioscopique chez 24 cas consécutif.

Eleonora CALAFIORE, Barbara DONCK, Margherita BINETTI, Emma ZUPPI, Simone MAGNANI, Marion ORVILLE, Yves PANIS - (1)Groupe Hospitalier Privé Aph, Neuilly-Sur-Seine, France

Conflits d'intérêts

Yves Panis a reçu des honoraires d'Intuitive pour participation à des symposiums

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de l'anastomose iléoanale (AIA) robotique (R-AIA) par rapport à l'AIA laparoscopique (L-AIA) pour la rectocolite hémorragique (RCH) au cours de la phase d'implémentation du robot dans un centre spécialisé en laparoscopie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 24 patients consécutifs ayant eu une AIA pour RCH entre 2023 et 2025: 11 patients ont eu une L-AIA et 13 une R-AIA. L'objectif principale était le taux global de complications. Les critères secondaires étaient : taux de conversion, durée opératoire, taux de réintervention, durée d'hospitalisation, ainsi que les taux de morbidité mineure et sévère.

Résultats

La R-AIA était associée à un temps opératoire plus long : 236 ± 63 min contre 173 ± 26 min pour L-AIA ($p = 0,005$). Une tendance à une morbidité plus faible était observée après R-AIA : morbidité globale : 54 % (L-AIA) contre 31 % (R-AIA) ($p = 0.41$) ; conversion : (9 %) (L-AIA) contre (0 %) (R-AIA) ($p = 0.46$) ; fistule anastomotique : (18 %) (L-AIA) contre (0 %) (R-AIA) ($p = 0.20$) ; iléus postopératoire : (27 %) (L-AIA) contre (8 %) (R-AIA) ($p = 0.30$) ; durée de séjour postopératoire : 7 ± 3 jours (L-AIA) contre 6 ± 2 (R-AIA) ($p = 0.40$).

Conclusion

Notre étude montre que, dans un centre colorectal spécialisé en chirurgie laparoscopique pour la RCH, l'implémentation d'une plateforme robotique pour l'AIA est sûre et réalisable, avec une tendance à de meilleurs résultats postopératoires comparativement à la laparoscopie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.006

3CVD00053-La chirurgie robotique pour Maladie de Crohn dans un centre spécialisé en chirurgie colorectale laparoscopique : une étude comparative avec la laparoscopie chez 105 patients consécutifs.

Simone MAGNANI, Emma ZUPPI, Barbara DONCK, Eleonora CALAFIORE, Margherita BINETTI, Marion ORVILLE, Yves PANIS - (1)Groupe Hospitalier Privé Aph, Neuilly-Sur-Seine, France

Conflits d'intérêts

Yves Panis a reçu des honoraires d'Intuitive pour des participations à des symposiums

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la résection iléocaecale (RIC) robotique (R-RIC) par rapport à la RIC laparoscopique (L-RIC) pour Maladie de Crohn (MC) au cours de la phase d'implémentation du robot.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique incluant 105 patients consécutifs ayant eu une RIC pour MC entre 2023 et 2025: 55 patients ont eu une L-RIC et 50 une R-RIC. L'objectif principale était le taux global de complications. Les critères secondaires étaient : taux de conversion, durée opératoire, taux de réintervention, durée d'hospitalisation, ainsi que les taux de morbidité mineure et sévère.

Résultats

Les 2 groupes étaient similaires avec 90 formes sténosantes (47 L-RIC vs 43 R-RIC) et 15 formes perforantes (8 vs 7). Les résultats étaient comparables pour le taux de conversion (0 en L-RIC vs 1 en R-RIC) et de morbidité globale : 31 % (L-RIC) vs 30 % (R-RIC), $p = 0,92$. L'approche robotique était associée à une durée opératoire plus longue : 126 ± 23 min contre 109 ± 4 min pour la L-RIC ($p = 0,001$). La durée d'hospitalisation postopératoire était similaire : $4,8 \pm 2$ vs $4,6 \pm 2,32$ jours. Un patient dans chaque groupe a nécessité un drainage radiologique pour un abcès intra-abdominal (Clavien Dindo IIIa). Aucune réintervention n'a été observée.

Conclusion

Notre étude montre que, dans un centre colorectal spécialisé en chirurgie laparoscopique pour la résection iléocaecale pour MC, l'implémentation d'une plateforme robotique est sûre et réalisable, avec des résultats postopératoires comparables à ceux de la laparoscopie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.007

3CVD00054-Résection robotique des tumeurs rétrorectales : expérience préliminaire dans 5 cas consécutifs.

Emma ZUPPI, Eleonora CALAFIORE, Barbara DONCK, Marion ORVILLE, Yves PANIS - (1)Groupe Hospitalier Privé Aph, Neuilly-Sur-Seine, France

Conflits d'intérêts

Yves Panis a reçu des honoraires d'Intuitive pour participation à des symposiums

Introduction

La résection chirurgicale des tumeurs rétrorectales (TRR) est indiquée pour obtenir un diagnostic définitif et soulager les symptômes. Les voies d'abord chirurgicales les plus utilisées sont l'approche postérieure de Kraske et la voie abdominale laparoscopique. L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience préliminaire avec la résection robotique des TRR.

Méthodes

Cette série rétrospective a inclus tous les patients ayant eu une résection robotique de TRR entre mars 2023 et novembre 2024. Les données comprenaient les caractéristiques démographiques des patients, les données peropératoires (durée opératoire, perte sanguine, complications, conversion), les résultats postopératoires (durée d'hospitalisation, complications, récurrence) et les résultats pathologiques.

Résultats

La cohorte comprenait cinq patientes d'âge moyen 37 ans avec TRR localisées au niveau de S3 ou en dessous. Le temps opératoire moyen était 153 minutes (extr. 105-210 min.), et toutes les procédures chirurgicales se sont déroulées sans complication peropératoire, notamment pas de perforation rectale. Il n'y a eu qu'une seule complication postopératoire: un hématome drainé radiologiquement. La durée médiane de séjour était de 3 jours (plage, 3-9). La résection était R0 dans 100% des cas avec un diamètre médian maximal de la tumeur de 40 mm (30-70 mm) et il s'agissait d'un Tail Gut Cyst bénin dans les 5 cas.

Conclusion

L'implémentation d'une plateforme robotique pour la résection des TRR est sûre et réalisable. L'approche robotique est probablement meilleure que la laparoscopie pour les TRR très basses, avec un risque probablement réduit de perforation rectale. Ainsi, elle représente désormais pour nous l'approche préférée pour la chirurgie des TRR.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.008

3CVD00057-Le passage de la laparoscopie au robot pour la proctectomie pour cancer: une belle aventure ou un cauchemar ? étude comparative sur 69 patients consécutifs.

Emma ZUPPI, Eleonora CALAFIORE, Barbara DONCK, Marion ORVILLE, Yves PANIS - (1)Groupe Hospitalier Privé Aph, Neuilly-Sur-Seine, France

Conflits d'intérêts

Yves Panis a reçu des honoraires d'Intuitive pour participation à des symposiums.

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la proctectomie robotique pour cancer (R-PROC) par rapport à l'abord laparoscopique (L-PROC) au cours de la phase d'implémentation du robot dans un centre spécialisé en laparoscopie colorectale.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 69 patients consécutifs ayant eu une proctectomie pour cancer entre 2023 et 2025: 39 patients ont eu une L-PROC et 30 une R-PROC. L'objectif principal était le taux global de complications. Les critères secondaires étaient : taux de conversion, durée opératoire, taux de réintervention, durée d'hospitalisation, ainsi que les taux de morbidité mineure et sévère.

Résultats

La R-PROC était associée à un temps opératoire plus long : 180 ± 42 min (105-315) vs 220 ± 57 minutes (135-375), $p = 0.001$. Le taux global de complications était comparable: 21% dans L-PROC (8/39) et 33% dans R-PROC (10/30), $p=0.23$; le taux de conversion était identique (1 vs 1), $p=0.85$ comme la durée d'hospitalisation (7 ± 3 jours [3-16] vs. 8 ± 3 jours [3-14]), $p=0.47$, ainsi que la CRP : 84 vs 79 mg/l (J3) et 69 vs 66 mg/l (J5), $p= 0.65$. Il n'y avait pas de différence significative en fonction de la sévérité selon Dindo des complications ($p=0,23$). Aucun décès n'a été rapporté dans les 2 groupes.

Conclusion

Notre étude montre que, dans un centre colorectal spécialisé en chirurgie laparoscopique du cancer du rectum, l'implémentation d'une plateforme robotique est sûre et réalisable, avec des résultats postopératoires comparables à ceux de la laparoscopie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.009

3CVD00059-Reconstruction artérielles aorto-iliaques anatomique en chirurgie oncologique abdomino-pelvienne. Apport du péricarde bovin.

Amir AIT KACI, Antoine PHILIS, Etienne BUSCAIL, Jean-Pierre DUFFAS, Fabrice MUSCARI, Aurélien HOSTALRICH, Laurent GHOUTI - (1)Département De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Chu De Rangueil, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'envahissement artériel a longtemps été considéré comme une contre-indication absolue à l'exérèse chirurgicale. Cependant dans un contexte de maladie localisée, une approche agressive peut se discuter. Nous évaluons les différentes méthodes de reconstruction artérielles notamment l'utilisation de péricarde bovin.

Méthodes

Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie carcinologique abdominale associée à une résection de l'axe artériel aorto iliaque ont été inclus. Les caractéristiques-patient, le type d'exérèse et de reconstruction vasculaire, les complications générales et vasculaires ont été analysées.

Résultats

Une résection aortoiliaque a été réalisée chez 18 patients au niveau de l'axe iliaque primitif et externe (77,8 %), de la bifurcation aorto-iliaque (16,7 %) et une résection latérale aortique (5,6 %). Trois groupes de reconstruction vasculaire ont été identifiés : extra anatomique par cross-over fémorofémoral synthétique (n=6), anatomique par pontage en péricarde bovin (n=6) et anatomique par allogreffe, synthétique ou veine saphène (n=6). Le taux de résection R0 était de 72,2 %. La mortalité nulle. Le taux de complications sévères (Dindo-Clavien III/IV) de 44,4 %. Trois complications vasculaires ont été retrouvées chez les patients du groupe anatomique sans utilisation de péricarde bovin : rupture (n=1), sténose (n=1), et thrombose (n=1).

Conclusion

Dans notre expérience les résections vasculaires en chirurgie abdominopelvienne présentent un taux de complication vasculaire acceptable (16,7%), un bénéfice net sur le taux d'exérèse carcinologique et des complications sévères comparables aux autres chirurgies pelviennes. L'utilisation du péricarde bovin en position anatomique semble être une solution intéressante.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.010

3CVD00065-Analyse comparative des complications chirurgicales des agrafeuses circulaires motorisées et non motorisées

Tarik MAHDJOUR (1), Nicolas MICHOT (1), Elias KARAM (1), Martine LE VERGER (2), Urs GIGER-PABST (3), Mehdi OUAISSI (1) - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepatobiliary And Liver Transplant, Trousseau Hospital, University Hospital Of Tours, Tours, France, (2)Pharmacy, Chu De Tours-Trousseau, Avenue De La République, Tours, France, (3)Fliedner Fachhochschule, University Of Applied Sciences, Dusseldorf, Allemagne

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

L'objectif de cette étude est de comparer les complications chirurgicales postopératoires entre les agrafeuses circulaires motorisées (PCS) et les agrafeuses circulaires non motorisées (MCS) avec technologie d'agrafage directionnel (DST) pour les anastomoses colorectales profondes.

Méthodes

Une analyse rétrospective d'une base de données prospective de 64 patients consécutifs ayant subi une chirurgie électorale pour une anastomose colorectale basse (< 7 cm de la marge anale) entre février 2020 et décembre 2022 dans un centre de référence tertiaire en chirurgie colorectale à l'Hôpital Universitaire de Tours, France. Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'agrafeuse utilisée : groupe PCS (groupe II ; n=35) et MCS-DST (groupe I ; n=29). Les données collectées comprenaient les caractéristiques démographiques, les paramètres peropératoires, les complications postopératoires (Dindo-Clavien) et les résultats oncologiques.

Résultats

Le groupe PCS a présenté des taux globaux de complications postopératoires significativement inférieurs par rapport au groupe MCS-DST (68,6 % contre 38 %, p=0,022). En particulier, le saignement anastomotique (AB) était moins fréquent dans le groupe PCS (0 % contre 17,2 %, p=0,015). Bien que les deux groupes aient montré des résultats oncologiques à long terme comparables, le groupe PCS a montré une incidence plus faible de fuites anastomotiques symptomatiques (8,6 % contre 13,6 %, p=0,069) et d'iléus postopératoire (0 % contre 20,7 %, p=0,025).

Conclusion

Dans notre étude, l'utilisation de l'agrafeuse PCS pour l'anastomose rectale était associée à un taux global de complications postopératoires significativement plus faible.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.011

3CVD00075-Évaluation de l'implémentation de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en chirurgie colorectale : étude prospective

Mohamed HAJRI, Nada ESSID, Zied HADRICHI, Aziz ATALLAH, Rached BAYAR, Sahir OMRANI - (1)Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) vise à optimiser la récupération post-opératoire via des protocoles standardisés. Bien qu'elle soit devenue une référence dans les pays développés, son implémentation reste inégale dans les pays en développement. Cette étude évalue le taux d'adhésion aux recommandations de la RAAC en chirurgie colorectale dans un centre tunisien.

Méthodes

Étude prospective, descriptive, monocentrique, menée entre juillet 2023 et février 2024 au service de chirurgie générale de l'hôpital Mongi Slim. Les patients inclus étaient opérés pour pathologies colorectales et suivis selon le protocole RAAC du groupe GRACE (22 recommandations). L'adhésion était définie par le respect d'au moins 70 % des recommandations. Les données per-, per- et postopératoires ont été analysées.

Résultats

Trente-trois patients ont été inclus (âge moyen : 60,5 ans ; 57,6 % pathologies tumorales). Quatorze patients (42,4 %) ont bénéficié d'une laparoscopie. La durée moyenne de séjour postopératoire était de 6,5 jours. Des suites simples ont été notées chez 69,7 %, quatre patients (12,1 %) ont eu des complications, et un décès (3 %) a été observé. Le taux global d'adhésion était de 9 %. La moyenne des recommandations respectées était de 13,2/22. Les plus respectées : absence de prescription d'anxiolytiques, l'optimisation du remplissage, la thromboprophylaxie (100 %), la prévention de l'hypothermie et l'information du patient (97%). Les moins respectées : alimentation et mobilisation précoces (70, 79%).

Conclusion

Le taux d'adhésion à la RAAC reste faible, malgré sa faisabilité. Une sensibilisation renforcée et un protocole national standardisé pourraient en améliorer l'intégration et la qualité des soins péri-opératoires.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.012

3CVD00078-Colectomie droite robotique vs laparoscopique : étude monocentrique de 290 cas.

Nicolas GOASGUEN (1) , Nicolas PERU (1), Thierry BENSIGNOR (1), Olivier OBERLIN (2), Simon DERIEUX (1), Laura MONTANA (1), Alain VALVERDE (1) - (1)La Croix Saint Simon, Paris, France, (2)Clinique Turin, Paris, France

Conflits d'intérêts

Intuitive Surgical®

Introduction

Si les techniques de colectomie gauche miniinvasive ont démontré leur bénéfice et leur faisabilité, pour la colectomie droite ces bénéfices restent incertains. L'avènement des plateformes robotiques relance l'intérêt des chirurgiens pour la technique et sa standardisation.

Méthodes

De 2014 à 2023, 145 colectomies droite robots (CDR) ont été comparées à 145 colectomies droite coelioscopiques (CDC) pour cancer. La technique (coelioscopie ou robotique) était comparable : ligature centrale des vaisseaux, curage D2, anastomose extracorporelle mécanique pour les CDC et intracorporelle manuelle pour CDR. But de l'étude : évaluer la morbi mortalité post opératoire à 30 jours.

Résultats

Les deux cohortes étaient comparables sur l'ensembles des critères à l'exception du sexe féminin et de l'âge. En per opératoire, la durée opératoire était plus longue pour les CDR (107 vs 157 min ; $p<0.005$) avec un taux de conversion et des pertes sanguines équivalentes. La morbi mortalité était équivalente dans les deux groupes. Dans le groupe CDR, la reprise du transit gazeux (3.0 vs 2.3; $p<0.005$) et de selles (4.4 vs 3.8: $p<0.005$) était plus rapide pour les CDR. La durée d'hospitalisation était réduite (5.1 vs 7.2 jours ; $p<0.005$)

Conclusion

La CDR réduit la durée de séjour et améliore la récupération fonctionnelle possiblement lié à la réalisation intracorporelle de l'anastomose.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.013

3CVD00082-Identification des contraintes pelviennes associées à l'échec de l'agrafage rectal laparoscopique : apport de la volumétrie et pelvimétrie 3D

Alexandra THOMIERES (1) , Dhruva KHANZODE (2), Juliette PODEVIN (1), Arnaud GIRARDOT-MIGLIERINA (1), Damien CHABLAT (2), Emilie DUCHALAIS (1) - (1)Chu Nantes, Nantes, France, (2)Cnrs, Ls2n, Umr 6004, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La transsection rectale laparoscopique lors de la résection totale du mésorectum (TME) peut être rendue difficile par les contraintes anatomiques pelviennes. Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs d'échec d'agrafage laparoscopique à l'aide de la pelvimétrie et la volumétrie 3D.

Méthodes

Une étude rétrospective bicentrique a inclus des patients opérés d'une TME. L'IRM préopératoire a permis d'effectuer les mesures pelviennes ainsi la modélisation 3D des volumes pelviens. L'échec d'agrafage était défini par une conversion pour transsection rectale, l'utilisation de plus de deux recharges d'agrafeuse et/ou réalisation d'une anastomose colo-anale manuelle non planifiée. Les facteurs prédictifs ont été analysés en univariée et multivariée.

Résultats

Soixante-treize patients ont été inclus. Les volumes et les mesures pelviennes suivaient une distribution normale. L'échec d'agrafage est survenu pour 29 patients (40 %). La modélisation 3D de l'agrafage linéaire a révélé que 10 patients (13 %) avaient un rayon pelvien trop étroit pour l'introduction d'un chargeur de 30 mm, sans lien significatif avec l'échec d'agrafage (64 ± 17 mm vs 60 ± 18 mm ; $p=0,273$). En analyse univariée, cinq paramètres étaient associés à l'échec : une symphyse pubienne longue ($p=0,016$), un angle supérieur d'entrée pelvienne obtus ($p=0,018$), une courte distance inter ischiatique ($p=0,007$), un faible volume opératoire ($p=0,004$) et un grand volume méso-rectal ($p=0,230$). En analyse multivariée, une distance inter-ischiatique courte ($p=0,03$) et un gros volume rectal ($p=0,018$) étaient des facteurs indépendants d'échec d'agrafage.

Conclusion

La pelvimétrie et la volumétrie 3D permettent d'anticiper les difficultés de section rectale en identifiant les patients à risque, et d'adapter la stratégie chirurgicale en conséquence.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.014

3CVD00083-Facteurs prédictifs de suppurations intra-péritonéales post-appendicectomie

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les suppurations intra-péritonéales (SIP) représentent une complication redoutable de l'appendicectomie, allongeant la durée d'hospitalisation et augmentant la morbi-mortalité. Identifier les facteurs de risque permettrait une meilleure stratification des patients à risque et l'adoption de mesures préventives adaptées. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs associés à la survenue de suppurations intra-péritonéales après appendicectomie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, portant sur les patients opérés pour appendicite aiguë entre janvier 2018 et décembre 2024. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, peropératoires et post-opératoires ont été recueillies. Les patients ont été divisés en deux groupes : avec et sans survenue de SIP. Une analyse uni- puis multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs indépendants associés à cette complication.

Résultats

Parmi les 866 patients inclus, 72 (8,3 %) ont présenté une suppuration intra-péritonéale post-opératoire. L'analyse multivariée a mis en évidence comme facteurs prédictifs indépendants : un taux élevé de CRP (>150 mg/L) ($p=0.002$), la présence d'un abcès ou d'un plastron à l'imagerie ($p=0.048$), un aspect gangréneux ou perforé de l'appendice en peropératoire ($p=0.001$), et la durée opératoire >60 minutes ($p=0,001$). L'absence de drainage péritonéal n'a pas été associée de manière significative à un risque accru de SIP.

Conclusion

La survenue de suppurations intra-péritonéales post-appendicectomie est favorisée par certains facteurs cliniques et peropératoires identifiables. Leur reconnaissance précoce pourrait permettre d'adapter la prise en charge, notamment en termes de surveillance post-opératoire et d'antibiothérapie ciblée.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.015

3CVD00092-Valeur pronostique des structures lymphoïdes tertiaires dans les adénocarcinomes coliques

Dhouha BACHA (1), Mohamed HAJRI (2), Sarra BEN REJEB (3), Nour BOUDRIGA (1), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépto-Bilaire, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure, La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Les structures lymphoïdes tertiaires (TLS), marqueur du micro-environnement tumoral, sont considérées comme un facteur pronostique dans plusieurs types de cancers, comme le pancréas et le sein. L'objectif de cette étude était de d'évaluer la valeur pronostique des TLS dans les adénocarcinomes coliques.

Méthodes

Etude rétrospective ayant intéressé des patients opérés pour un adénocarcinome infiltrant du colon. Pour l'évaluation histologique de la densité des TLS, les agrégats lymphoïdes intra-tumoraux et péri-tumoraux ont été pris en compte. Quatre scores ont été définis (de 0 à 3), allant de l'absence de TLS à plus de 6 TLS/lame de prélèvement tumoral.

Résultats

Notre étude avait inclus 138 patients, d'âge moyen de 59 ans. La majorité des patients avait un score 0 (52%) et 1 (26%). Le score 2 était noté chez 16% des patients et le score 3 chez 6% d'entre eux. Les survies moyennes, globale et sans récives, chez les patients ayant un score TLS 0 était significativement inférieures à celles des patients de score TLS 1, 2 et 3 ($p=0,004$ et 9×10^{-5} respectivement). L'analyse multivariée a montré qu'une taille tumorale > 3 cm ($p = 0,034$) et un score TLS 0 ($p=0,011$) étaient des facteurs indépendants de la SSR. Ce score était également significativement corrélé avec l'invasion pariétale ($p=5 \times 10^{-4}$), la présence d'embolies endoveineux ($p= 0,003$) et lymphatiques ($p=0,022$).

Conclusion

La densité des TLS est un facteur pronostique dans les adénocarcinomes coliques, soulignant leur intégration dans les comptes rendus anatomo-pathologiques standardisés et les futures classifications pronostiques de ce cancer.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.016

3CVD00101-Efficacité des différentes techniques d'exérèse des sinus pilonidaux chez l'adolescent : une étude monocentrique rétrospective

Valentine PANAGET, François BASTARD, Aurora MARIANI, Noëlie RABINEAU, Anne-Laure RABILLER, Guillaume PODEVIN, Françoise SCHMITT - (1)Afc, Angers, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Le traitement des sinus pilonidaux reste complexe et non standardisé, avec un taux de récurrence important. Cette étude vise à comparer l'efficacité des techniques utilisées en chirurgie pédiatrique dans un centre hospitalo-universitaire.

Méthodes

Étude observationnelle monocentrique rétrospective des patients de moins de 16 ans opérés de 2015 à 2025 d'un sinus pilonidal en chirurgie pédiatrique. Description des différents types de traitements proposés et comparaison des deux principales techniques utilisées: exérèse et fermeture cutanée en un temps avec thérapie par pression négative (F1VAC) ; exérèse avec cicatrisation dirigée (CICD).

Résultats

Parmi les 78 patients d'un âge moyen de $14,3 \pm 1,4$ ans et comprenant 64% de femmes, 36 (46,2%) ont été pris en charge par F1VAC, 22 (24,2%) par CICD, 13 (16,7%) par exérèse et fermeture directe sans VAC, 3 (3,9%) par exérèse et cicatrisation dirigée avec VAC, et 4 (5,1%) par coagulation endoscopique. Le taux de cicatrisation complète à 2 mois était comparable entre les groupes CICD (45,5%) et F1VAC (67,7%, $p = 0,16$). Il n'y avait pas de différence non plus en termes de durée d'hospitalisation, d'utilisation d'antalgiques, de complications postopératoires et de récurrences, mais la durée de cicatrisation était en moyenne inférieure de 30 jours avec F1VAC (30 [17 – 70]) par rapport à CICD (76 [40 – 133], $p=0,002$).

Conclusion

Ces deux techniques sont d'efficacité comparable pour traiter les sinus pilonidaux. F1VAC tend à diminuer la durée des soins, améliorant le confort du patient, sans impact majeur sur les autres paramètres.

Données pré opératoires

Type Pst			
	CICD 22 (37.93%)	F1VAC 36 (62.07%)	pValue non-param
Sexe			1
Femme	14 (63.64%)	24 (66.67%)	
Homme	8 (36.36%)	12 (33.33%)	
Age			0.698436
Mean (SD)	14.27 (1.28)	14.33 (1.59)	
IMC			0.304941
Surpoids	7 (53.85%)	9 (33.33%)	
Douleur_isolee			0.697116
Oui	2 (9.09%)	6 (16.67%)	
Kyste			0.0387076
Oui	1 (4.55%)	10 (27.78%)	
Pertuis_fistule			1
Oui	14 (63.64%)	23 (63.89%)	
Écoulement			1
Séro-sanglant	4 (18.18%)	8 (22.22%)	
Purulent	3 (13.64%)	4 (11.11%)	
Infection_ini			0.505287
Oui	16 (72.73%)	30 (83.33%)	

Résultat du critère de jugement principal

	TypePst		pValue non-param
	CICD 22 (37.93%)	F 1VAC 36 (62.07%)	
DureePst			0.00247513
Median [Q1, Q3]	70 [40, 85]	30 [15.5, 68.75]	
DureeCic			0.00238578
Median [Q1, Q3]	76 [40, 133]	30 [17, 70]	
Cic2			0.163749
Oui	10 (45.45%)	23 (67.65%)	
Echec_Cic2			0.163749
Oui	12 (54.55%)	11 (32.35%)	
Rec_2			1
Non	22 (100%)	34 (97.14%)	

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.017

3CVD00114-Facteurs prédictifs de morbi-mortalité de la colectomie subtotale pour colite aigue grave

Mehdi BEN LATIFA, Eya JMAL, Amal BOUAZZI, Abdelkader MIZOUNI, Mohamed BEN MABROUK, Ali BEN ALI - (1)Service Chirurgie Générale Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt se rapportant à ce travail.

Introduction

Les colites aigues graves (CAG) font partie des complications redoutables des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Le traitement chirurgical est indiqué en cas de formes compliquées ou résistantes au traitement médical et consiste en une colectomie subtotale avec double stomie. Très peu d'études dans la littérature se sont intéressées aux résultats du traitement chirurgical. L'objectif de notre travail est de rechercher les facteurs prédictifs de morbi-mortalité de cette intervention.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective colligeant les patients opérés pour CAG au sein d'un centre universitaire de chirurgie digestive et ayant eu une colectomie subtotale durant la période allant de 2005 à 2022.

Résultats

55 patients étaient inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 39 ans et 75% des patients étaient suivis pour RCH. La morbidité globale était de 50% dominée par les suppurations pariétales (24%) et la mortalité était nulle. A l'étude analytique, l'antécédent de colite aigue grave auparavant et la durée prolongée de séjour hospitalier en préopératoire étaient des facteurs prédictifs de morbidité postopératoire.

Conclusion

La colectomie subtotale pour colite aigue grave est un geste salvateur mais non dénué d'une morbidité significative. Les résultats de notre série suggèrent qu'un séjour hospitalier préopératoire prolongé est prédictif de morbidité post-opératoire ; d'où l'intérêt de poser à temps l'indication opératoire face à une CAG.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.018

3CVD00117-Résection iléo-caecale par voie robotique pour maladie de Crohn iléale terminale : Étude de faisabilité comparative multicentrique

Lisa LUCAS (1) , Donatien FOUCHE (1), Arthur MARICHEZ (1), Lara BOISSIERAS (1), Bertrand CELERIER (1), Etienne BUSCAIL (2), Benjamin FERNANDEZ (1) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Chu De Toulouse, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Ne déclare pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le bénéfice de l'approche robotique en chirurgie colorectale est maintenant démontré pour la chirurgie oncologique. Concernant les maladies inflammatoires, cette approche reste pour l'heure peut utiliser. L'objectif de cette étude est de comparer les résultats à court terme de l'approche robotique (RIC-R) à la coelioscopie classique (RIC-C) dans les résections iléo-caecales pour MC et d'évaluer la sécurité de cette approche.

Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle comparative multicentrique, menée sur l'ensemble des RIC-C et RIC-R dans les CHU de Bordeaux et Toulouse. Les données péri-opératoires ont été analysées en utilisant le test de Fisher, de Chi2 ou de Welch en fonction du type de variables.

Résultats

Un total de 44 RIC-R ont été réalisées dans les deux centres entre janvier 2021 et janvier 2025, qui sont comparés à 44 RIC-C réalisées au CHU de Bordeaux entre janvier et octobre 2024. Il n'y avait pas de différence significative sur le taux de complications per opératoires (13% RIC-C vs 4,7% RIC-R, $p=0,27$), taux de conversion (8,7% vs 9,3%, $p=1$), le taux de complications post opératoire immédiat (24% vs 25% $p=0,9$), à 1 mois post opératoire (11% vs 14%, $p=0,75$), ni sur le taux de réhospitalisation à 30j (8,9% vs 6,8%, $p=1$).

Conclusion

Cette étude met en lumière la faisabilité et la sûreté de l'utilisation de l'assistance robotique dans les RIC pour MC n'augmentant pas le taux de complications per et post opératoires.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.019

3CVD00123-Diagnostic précoce des fistules anastomotiques après chirurgie colorectale : Apport de la procalcitonine

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Dhia Eddine BILEL, Hakim ZENAIDI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La fistule anastomotique (FA) est une complication redoutée en chirurgie colorectale, associée à une morbi-mortalité importante. Sa détection précoce est essentielle, notamment dans le contexte des protocoles de réhabilitation améliorée. Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de la cinétique de la procalcitonine (PCT) entre J1 et J3 postopératoire dans la détection des FA après chirurgie colorectale.

Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant tous les patients ayant subi une résection colique ou rectale avec anastomose, entre janvier 2021 et janvier 2024, au service de chirurgie générale du Centre de Traumatologie et des Grands Brûlés. Les dosages de la PCT, de la CRP et des globules blancs ont été réalisés à J1 et J3, puis les deltas (J3-J1) calculés.

Résultats

Sur 114 patients inclus, 9,6 % ont développé une FA. Les taux de PCT à J3 ainsi que le delta PCT J3-J1 étaient significativement plus élevés chez les patients ayant présenté une FA ($p = 0,018$ et $0,047$ respectivement). Une PCT $< 3,53$ ng/ml à J3 avait une valeur prédictive négative (VPN) de 83,6 %. Un delta PCT $< 0,51$ ng/ml avait une VPN de 94,9 %. La combinaison CRP $< 198,5$ mg/l et PCT $< 3,53$ ng/ml à J3 permettait d'éliminer une FA avec une VPN de 98,9 %.

Conclusion

La variation de la PCT postopératoire constitue un biomarqueur fiable pour la détection précoce des FA, et son intégration dans les protocoles de suivi pourrait améliorer la prise en charge des patients opérés de chirurgie colorectale.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.020

3CVD00124-Score prédictif d'ischémie/nécrose intestinale dans les occlusions intestinales aiguës sur bride

Imen BEN ISMAIL, Mohamed Karim TOUNSI, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAIDI, Ayoub ZOGLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) sur bride est une urgence fréquente, exposant au risque d'ischémie intestinale. La décision entre traitement médical et intervention chirurgicale doit être rapide, bien qu'aucun consensus ne guide clairement cette conduite. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs d'ischémie/nécrose intestinale afin d'optimiser la stratégie thérapeutique en cas d'OIA.

Méthodes

Étude rétrospective descriptive et analytique menée sur 14 ans (2010–2023), incluant tous les patients admis pour OIA sur bride au service de chirurgie générale du Centre de traumatologie et des grands brûlés.

Résultats

Parmi 220 patients inclus (âge médian : 55 ans, sex-ratio : 1), 44,5 % ont été traités médicalement avec succès, et 55,5 % ont nécessité une chirurgie. Une ischémie/nécrose intestinale a été retrouvée dans 18 % des cas opérés. Le taux de complications postopératoires était de 21,3 %, et la mortalité de 3,6 %.

En analyse multivariée, six facteurs ont été identifiés comme prédictifs indépendants d'ischémie/nécrose intestinale : l'âge > 55,5 ans, les antécédents d'OIA, la leucocytose > 14000, la CRP élevée (> 69,5 mg/l), l'épanchement péritonéal et le défaut de rehaussement pariétal à la TDM.

Un score prédictif basé sur ces variables a montré une excellente performance diagnostique (AUC = 0,901 ; IC 95 % [0,820–0,981]).

Conclusion

L'identification précoce de facteurs prédictifs d'ischémie intestinale permet d'orienter rapidement la prise de décision thérapeutique. L'intégration de ces éléments dans un score prédictif fiable offre un outil d'aide à la décision pertinent, susceptible d'améliorer le pronostic des patients en guidant précocement vers une prise en charge chirurgicale adaptée.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.021

3CVD00130-Mucocèle appendiculaire : aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le mucocèle appendiculaire est une pathologie rare, souvent méconnue, se manifestant par des symptômes peu spécifiques et fréquemment confondue avec une appendicite aiguë. En raison du risque de dissémination péritonéale en cas de rupture, une prise en charge chirurgicale adaptée est essentielle.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant 34 patients opérés pour mucocèle appendiculaire entre janvier 2011 et juillet 2022. Les patients ont été extraits d'une cohorte de 3284 cas d'appendicite pris en charge dans notre service. Les données analysées comprenaient les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques, les modalités opératoires, les résultats anatomopathologiques et le suivi postopératoire.

Résultats

Le diagnostic préopératoire a été suspecté sur la tomodensitométrie dans 22 cas (64,7 %). La chirurgie a été réalisée par voie laparoscopique chez 21 patients (61,8 %) et par laparotomie chez 13 patients (38,2 %). Les gestes opératoires comprenaient 18 appendicectomies simples, 10 appendicectomies avec caecectomie partielle et 6 hémicolectomies droites. L'examen anatomopathologique a révélé 26 mucocèles bénignes (76,5 %), 6 mucocèles de bas grade (17,6 %) et 2 adénocarcinomes mucineux (5,9 %). Une patiente avec mucocèle de bas grade a présenté une dissémination péritonéale à deux ans. Aucune mortalité postopératoire n'a été observée.

Conclusion

Le mucocèle appendiculaire, bien que rare, doit être envisagé devant une masse appendiculaire kystique. La tomodensitométrie constitue un outil diagnostique précieux. La résection adaptée au type histologique, idéalement par laparoscopie avec caecectomie partielle, permet une prise en charge efficace tout en limitant le risque de dissémination péritonéale.

Mucocèle appendiculaire à la TDM abdominale

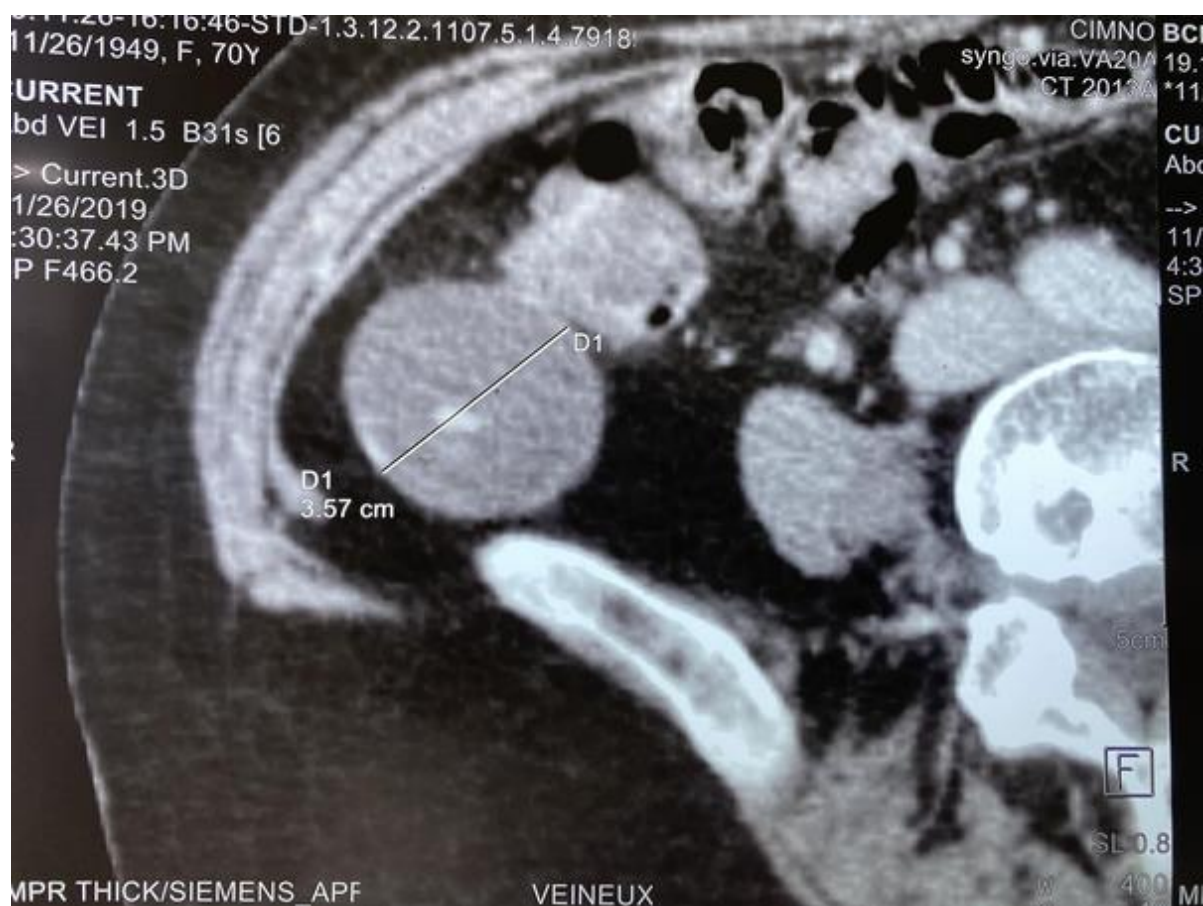
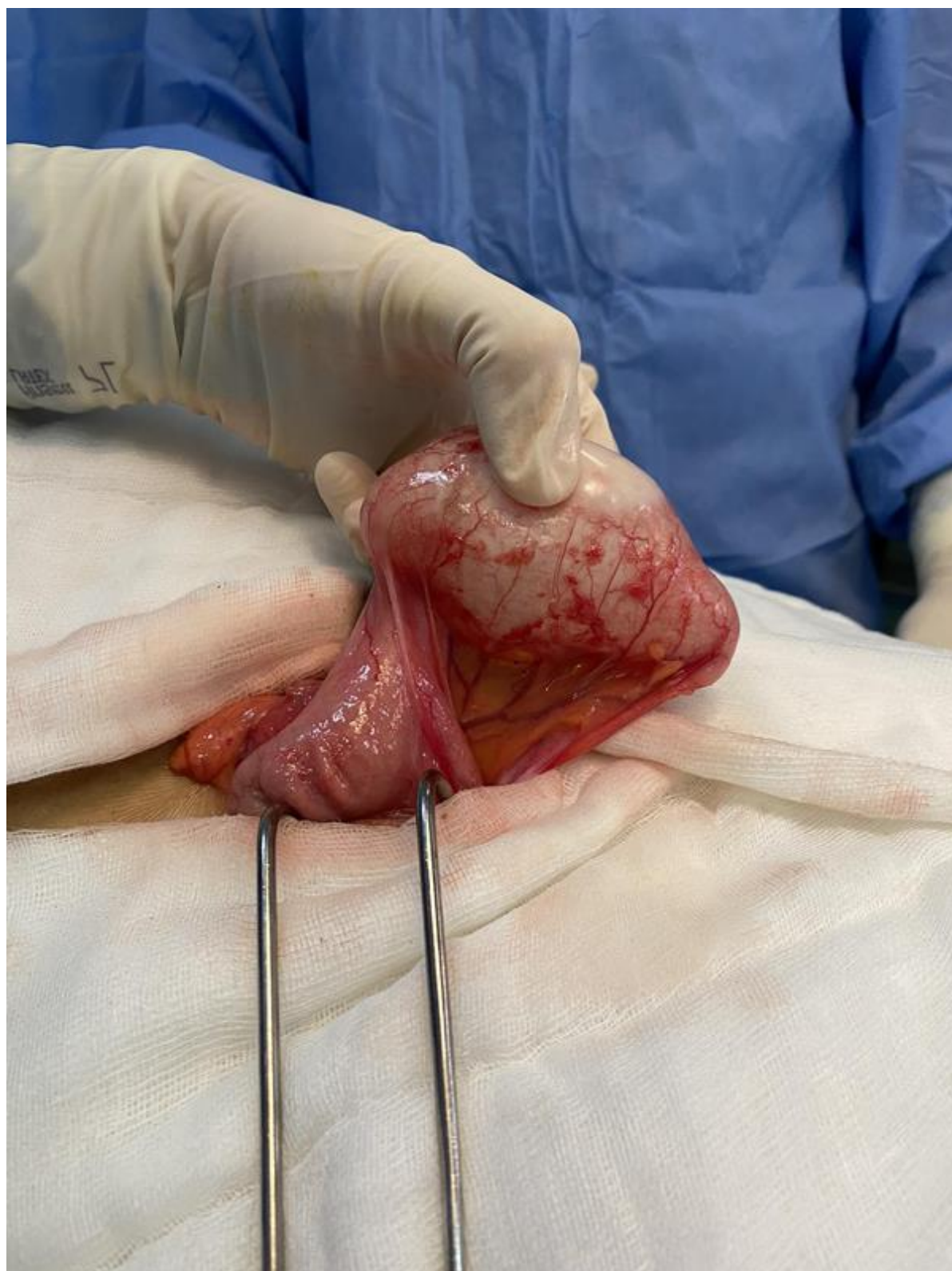


Image peropératoire d'un mucocèle appendiculaire



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.022

3CVD00137-Les facteurs prédictifs de conversion dans la chirurgie laparoscopique des adénocarcinomes du rectum

Mohamed ELLEUCH, Amine SEBAI, Souhaib ATRI, Ahmed BEN MAHMOUD, Houcine MAGHREBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amine DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Anis HADDAD, Jamel Montacer KACEM - (1)Chu La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt financier concurrent.

Introduction

La chirurgie laparoscopique des adénocarcinomes du rectum est actuellement en plein essor. Le but de notre travail est de déterminer les facteurs prédictifs de conversion.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée au service de chirurgie A de l'hôpital la rabta, de janvier 2010 à décembre 2020. Nous avons inclus tous les malades opérés pour un adénocarcinome du rectum par voie laparoscopique.

Résultats

Quatre-vingt-quatre malades ont été recensés. Le taux de conversion était de 18% sur l'ensemble de la période d'étude. Cependant, avec l'expérience acquise, le taux de conversion a drastiquement chuté à 9,8% à partir de 2012. Les facteurs prédictifs de conversion en étude univariée étaient : le sexe masculin ($p=0,004$), le siège au niveau du bas rectum ($p=0,009$), le saignement peropératoire ($p<0,001$) et la taille tumorale ($p<0,001$). En étude multivariée, seule la taille tumorale était un facteur indépendant prédictif de conversion ($p=0,006$). Nous avons identifié une taille tumorale supérieure à 6 cm comme étant un facteur augmentant le risque de conversion de 21 fois.

Conclusion

En analyse multivariée, seule une taille tumorale supérieure à 6 cm a été identifiée comme étant un facteur indépendant de conversion avec un risque augmenté de 21 fois.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.023

3CVD00146-Quels patients sélectionner pour une prise en charge ambulatoire pour fermeture de stomie par voie élective dans un contexte oncologique ?

Julie DEYRAT, Nguyen THANH TU, Fernandez De Sevilla ELENA, Benhaïm LÉONOR, Gelli MAXIMILIANO, Honoré CHARLES, Faron MATTHIEU, Sourrouille ISABELLE - (1)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La fermeture de stomie par voie élective (FSVE) est une intervention simple parfois sous-estimée dans le parcours oncologique. Sa morbidité propre ne doit pas compromettre les traitements ultérieurs. Sa courte durée incite à proposer un parcours ambulatoire, et nous avons recherché les facteurs prédictifs d'hospitalisation prolongée (>3 jours) pour identifier les patients éligibles.

Méthodes

Tous les patients opérés de FSVE ont été inclus dans cette étude rétrospective monocentrique (2021-2025). Les facteurs préopératoires de risque d'hospitalisation prolongée ont été analysés par régression logistique uni et multivariée.

Résultats

Parmi 190 patients, 137(72%) présentaient une iléostomie, 37(19%) une iléo-colostomie et 16(8,4%) une colostomie. La stomie était programmée au cours d'une chirurgie oncologique chez 147(77%) patients, principalement lors de proctectomies (n=79, 42%) et de cytoréductions péritonéales (n=51, 37%), dont 38(20%) de CHIP, ou en urgence en contexte oncologique chez 43(23%) patients. Après FSVE, 103(54%) hospitalisations prolongées ont été observées et 26(14%) patients ont présenté une fistule postopératoire, dont 12(46%) fistules entéro-cutanées traitées médicalement. Les facteurs prédictifs indépendants d'HP étaient un support nutritionnel (p=0.006), une chimiothérapie en cours (p=0.009) et un antécédent de fistule anastomotique (p=0.04). L'antécédent de CHIP n'était pas prédictif d'hospitalisation prolongée mais l'était pour la survenue d'une fistule postopératoire (p<0.001), de même qu'un antécédent de fistule anastomotique (p=0.03).

Conclusion

La FSVE semble être réalisable en ambulatoire pour les patients sans support nutritionnel, chimiothérapie en cours ou antécédent de fistule anastomotique, y compris après CHIP, bien qu'une attention particulière doit être portée à ces patients en raison du risque de fistule anastomotique.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.024

3CVD00156-Résultats à court terme de l'exérèse complète du mésocolon par voie laparoscopique pour cancer colique non métastatique

Meriem BOUZIDA, Serhane GACEM, Fouzi ELMOKRETAR, Mustapha ZEGGANE, Samira IOUTICHENE, Hameza LEMDANI, Djeloul BOUHARAOUA, Nouredine AIT BENAMER - (1)Service De Chirurgie Viscirale Chu De Blida, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le concept d'exérèse complète du mésocolon (ECMc) dans le traitement chirurgical des cancers du côlon a été introduit en 2009 par Hohenberger. Depuis cette première publication, l'intérêt de l'ECM ainsi que sa faisabilité par voie laparoscopique ont été rapportés dans de nombreux travaux. Cependant, il faut souligner que la plupart d'entre eux étaient de faible niveau de preuve. Nous avons pour objectif de rapporter les résultats chirurgicaux et oncologiques de l'ECMc par laparoscopie.

Méthodes

Nous avons mené une étude prospective monocentrique, de janvier 2018 à janvier 2025. Au total, 156 patients éligibles ont subi une ECMc 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 ± 48 minutes. La durée moyenne d'hospitalisation était de $05 \pm 1,8$ jour. Le taux de morbidité post opératoire était de 10,2%. Parmi les complications, il y a eu cinq fuites anastomotiques (3,2 %) et un hématome intra abdominale (0,6%). La mortalité postopératoire était de 1,9%. La moyenne des ganglions prélevés était de 20.4 ± 7.8 (elle était de $31,3 \pm 12,1$ 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%).

Conclusion

L'exérèse complète du mésocolon par laparoscopie pour cancer colique non métastatique permet d'avoir un curage ganglionnaire adéquat sans majorer la morbidité et la mortalité post opératoire.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.025

3CVD00162-Iléus postopératoire en chirurgie intestinale : existe-t-il des prédispositions ? Résultats des analyses de la cohorte clinico-biologique prospective IPC.

Etienne BUSCAIL (1), Romain GAUTHIER (2), Jean Paul MOTTA (2), Julie THEVENIN (2), Laurent GHOUTI (1), Jean Pierre DUFFAS (1), Antoine PHILIS (1), Laura GUIRAUD (2), Anissa EDIR (2), Nathalie VERGNOLLE (2), Cindy CANIVET (1), Celine DERAISON (2) - (1)Chu Toulouse, Toulouse, France, (2)Inserm 1220 Irsd, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les phénomènes inflammatoires et les altérations de la fonction de barrières intestinale sont des hypothèses physiopathologiques d'iléus post opératoire (IPO). L'objectif de la cohorte IPC était de confirmer ces hypothèses grâce à l'étude du microbiote (luminal et mésentérique) et l'expression génique sur des prélèvements opératoires intestinaux.

Méthodes

La cohorte IPC est une cohorte descriptive prospective incluant des patients opérés de résection intestinale (n=57). Deux groupes de patients ont été constitués : les patients avec IPO et les patients sans IPO selon le score IFEED. Des corrélations ont été établies entre le score IFEED et la durée du séjour (DS) ainsi qu'avec la protéine C réactive (CRP). Les échantillons suivants ont été prélevés sur le patient : tissu mésentérique avant toute contamination et échantillon de muqueuse pour l'analyse du microbiote (séquençage 16S) et tissu intestinal pour l'analyse transcriptomique (séquençage de l'ARN). Les analyses biologiques ont été réalisées en aveugle.

Résultats

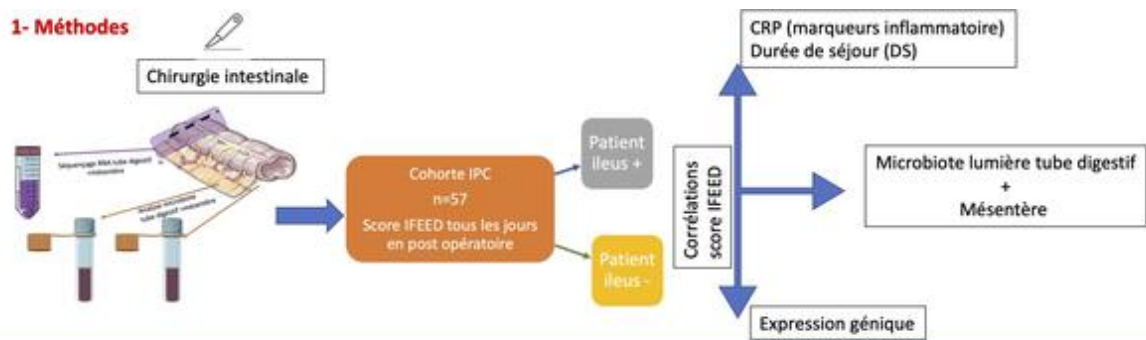
Le score IFEED était significativement corrélé à la CRP ($r=0.34$; $p=0.01$) et à la DS ($r=0.7$; $p=0.001$). Le microbiote dans le tissu mésentérique prélevé a montré une différence entre les deux groupes. L'analyse différentielle de la composition bactérienne par LEfSe a révélé un enrichissement du phylum Bacillota chez les patients IPO suggérant un défaut de perméabilité. Dans la sous-muqueuse, un gène impliqué dans un rôle clé de la signalisation neuronale entérique (Sc2V) est fortement sur-exprimé dans le groupe IPO.

Conclusion

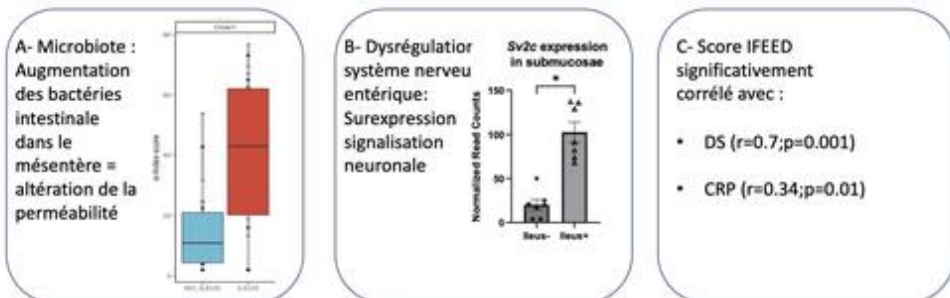
Ces résultats prometteurs soutiennent l'hypothèse selon laquelle les patients atteints de IPO présentent : a) une altération de la barrière intestinale b) une excitabilité neuronale et une plasticité synaptique.

résumé graphique de l'étude IPC

1- Méthodes



2- Résultats



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.026

3CVD00173-Colectomie subtotale pour colite aiguë grave : Laparoscopie Versus Laparotomie

Souhaib ATRI, Maryem BEN BRAHIM, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDED, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amin DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Dhouha CHERIF, Montasser KACEM - (1)Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La colite aiguë grave (CAG) constitue une urgence médicochirurgicale pouvant engager le pronostic vital. En cas d'échec du traitement médical, la colectomie subtotale s'impose. Bien que cette intervention soit classiquement réalisée par laparotomie, la laparoscopie tend à s'imposer comme une alternative prometteuse. L'objectif de cette étude était d'évaluer la morbi-mortalité de la colectomie subtotale par voie laparoscopique chez les patients atteints de colite aiguë grave.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 71 patients opérés pour CAG. Une analyse comparative entre laparotomie et laparoscopie a été réalisée. Une analyse univariée et multivariée a permis d'identifier les facteurs associés à la morbi-mortalité postopératoire.

Résultats

La voie laparoscopique a été utilisée dans 52 % des cas avec un taux de conversion de 13 %. La morbidité globale était de 46 %, principalement pariétale. Les facteurs de risque identifiés étaient l'âge > 40 ans (RR = 4) et la maladie de Crohn (RR = 8,8). La laparoscopie était associée à un taux de complications pariétales significativement plus faible ($p = 0,001$) et à une réduction du recours à la transfusion ($p = 0,02$). Le taux de mortalité était de 5 %.

Conclusion

La laparoscopie en cas de CAG est une technique sûre, associée à une morbidité réduite. Elle pourrait devenir une option de référence, sous réserve d'une expertise chirurgicale adéquate.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.027

3CVD00174-Résultats du traitement laparoscopique dans la maladie de crohn iléo-caecale

Souhaib ATRI, Maryem BEN BRAHIM, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDED, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Wael RAEBAI, Amine MAKNI, Amine DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Dhouha CHERIF, Montasser KACEM - (1)Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La résection iléo-caecale (RIC) constitue le geste chirurgical le plus courant dans la prise en charge de la maladie de Crohn. Cette étude visait à évaluer les résultats de l'abord laparoscopique en termes de morbi-mortalité postopératoire, en le comparant à la laparotomie, afin de déterminer sa faisabilité et ses avantages cliniques.

Méthodes

Étude rétrospective portant sur 336 patients opérés pour maladie de Crohn iléo-caecale. Les données per- et postopératoires ont été analysées selon la voie d'abord.

Résultats

On a inclus 336 patients. 80% ont été opérés par voie laparoscopique. Le taux de conversion était de 14,9%. La morbidité était de 9,2%. Un lâchage anastomotique était noté chez 5,7% des patients. Le seul facteur influençant le lâchage anastomotique était la dénutrition ($p < 0,001$). La mortalité était de 0,5%. Les complications médicales ont été moindre dans le groupe laparoscopie. (1,1% contre 6%) avec une différence statistiquement significative ($p = 0,03$). Le délai du rétablissement du transit était moins long dans le groupe laparoscopie (2 contre 3,1 jours) et la durée de séjour était plus courte (5 contre 7,9 jours) avec des différences statistiquement significatives (respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,01$). Le taux d'éventration était inférieur dans le groupe laparoscopie (2,2% contre 7,5)

Conclusion

Au vu de ces résultats, l'abord laparoscopique dans la maladie de Crohn est faisable et assure de meilleurs résultats postopératoires.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.028

3CVD00176-complications du traitement chirurgical chez les personnes âgées

Laidi BAZIZ, Nadia ARBAOUI - (1)Chu Annaba,faculté De Médecine, Annaba, Algérie

Conflits d'intérêts

Absence de conflit d'intérêt

Introduction

Le cancer du rectum est l'une des principales causes de décès dans le monde, particulièrement dans la population vieillissante; le traitement chirurgical reste la pierre angulaire de la prise en charge multimodale du cancer du rectum, ce pendant l'approche thérapeutique chez les personnes âgées nécessite une évaluation gériatrique préopératoire à l'aide du score G8 qui a un rôle discriminatoire pour les patients nécessitant une évaluation gériatrique approfondie.

Méthodes

Nous avons menés une étude prospective observationnelle auprès des patients âgés de plus de 70 ans et plus allant du 1er janvier 2021 au 1er janvier 2024; les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le score G8, le traitement néoadjuvant, le type de chirurgie, la morbidité et la mortalité postopératoire.

Résultats

Entre janvier 2021 et janvier 2024, on a pris en charge 254 patients présentant un cancer du rectum dont 85 étaient âgés de 70 ans et plus; l'âge moyen était de 74,66, le sexe masculin prédomine avec 60%, le score G8 était inférieure à 14 chez 77,5%, 17% de nos patients ont bénéficié d'une radiothérapie courte et 55% d'une radiochimiothérapie concomitante, 79% de nos patients ont bénéficié d'une résection antérieure pour un taux de résecabilité de 98%, la morbidité était de 43,75%, le taux de mortalité était de 6%.

Conclusion

Les variables analysées ont permis d'affirmer que les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum chez les personnes âgées sont comparables à celui du sujet jeune à condition d'adapter une approche thérapeutique aux caractéristiques spécifiques de cette population.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.029

3CVD00178-Traitement chirurgical de la maladie de Crohn iléo-colique : place de la laparoscopie

Souhaib ATRI, Maryem BEN BRAHIM, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDED, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amine DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Dhouha CHERIF, Montasser KACEM - (1)Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Introduction

La maladie de Crohn est une affection inflammatoire chronique pouvant toucher tout le tube digestif. Si le traitement médical est indiqué en première intention, la chirurgie reste nécessaire en cas de complications. La laparoscopie s'est progressivement imposée comme une alternative, notamment chez les patients jeunes. Cette étude détermine la place de la laparoscopie et identifie les facteurs prédictifs de récurrence chirurgicale.

Méthodes

Étude rétrospective, monocentrique, incluant 294 patients opérés pour maladie de Crohn entre le 1. Janvier 2003 et le 31. Décembre 2020 avec un suivi minimum de 12 mois. Les données cliniques, opératoires et postopératoires ont été analysées.

Résultats

L'âge moyen était de 31 ans, avec une prédominance masculine. L'intervention était réalisée par laparotomie dans 50,3 % des cas et par laparoscopie dans 49,7 %, avec un taux de conversion de 11,6 %. Les gestes principaux comprenaient la résection iléocolique (77,7 %), iléale (5,4 %) et la colectomie subtotale (3,7 %). La principale complication était l'abcès de paroi dans 10.5%. Une récurrence, a été notée chez 7,8 % des patients le plus souvent anastomotique. Les facteurs prédictifs de récurrence étaient : l'âge, l'ancienneté de la maladie, le phénotype sténosant et la localisation colique.

Conclusion

La laparoscopie représente aujourd'hui une alternative efficace dans la chirurgie de la maladie de Crohn, avec des résultats postopératoires satisfaisants et un faible taux de complications.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.030

3CVD00181-performance diagnostique du score de François dans les appendicites aiguës

Oussama BARAKET, Ahmed KOTTI, Elaïfia RANI, Ben Nasr AMEL, Mohamed Karim TOUNSI, Fatma MEDHIUOB, Wissem TRIKI, Imen GANZOUI, Sami BOUCHOUCHA - (1)Service De Chirurgie Générale Hopital Habib Bougatfa De Bizerte, Bizerte, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'appendicite aiguë représente une urgence chirurgicale fréquente. Le diagnostic peut être difficile avec une clinique variable amenant à des explorations inutiles voire à des interventions chirurgicales non justifiées. Le score de François, simple d'utilisation et peu coûteux, constitue un outil pertinent pour estimer la probabilité d'appendicite aiguë.

Méthodes

Étude prospective transversale menée entre octobre 2021 et avril 2022. Le score de François a été calculé pour chaque patient sur la base de critères cliniques et biologiques sans influencer la prise en charge. Le diagnostic final a été confirmé par anatomopathologie pour les patients opérés et par imagerie pour les non-opérés.

Résultats

Les prédicteurs cliniques significatifs d'appendicite incluaient le sexe masculin, la douleur continue, les vomissements et un signe de Rovsing positif avec des OR respectifs de 3,85, 4, 7,5 et 8,5 ($p < 0,05$). La courbe ROC a déterminé un seuil pour les globules blancs à 11020 éléments/mm, avec une sensibilité de 77,9 % et une spécificité de 66,7 %; qui avait la meilleure performance pour le diagnostic d'appendicite (ASC=0,648). La CRP avait une valeur seuil de 79,5 mg/l, avec une sensibilité de 70,2 %, une spécificité de 42,9 % et une ASC de 0,602. Le score de François a montré d'excellentes performances ($p < 0,001$; ASC=0,9) avec une sensibilité de 88,3 % et une spécificité de 90,9 %.

Conclusion

Le score de François est un outil diagnostique fiable pour l'appendicite aiguë. En réduisant la nécessité d'exams d'imagerie et de chirurgies inutiles, il permet une prise en charge plus ciblée.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.031

3CVD00207-La résection totale du mésorectum par voie transanale dans les cancers du bas et moyen rectum : notre expérience.

Rabah BOUZOUAGH (1) , Mourad ABID (2), Omar BAFDEL (3), Chafik BOUZID (4) - (1)Centre Anti Cancer De Tizi-Ouzou, Tizi-Ouzou, Algérie, (2)Chu Beo, Alger, Algérie, (3)Cac Batna, Batna, Algérie, (4)centre Anti Cancer De Tizi-Ouzou, Tizi-Ouzou, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer pour tous les auteurs

Introduction

La résection totale du mésorectum par voie transanale (taTME) est une évolution importante dans la chirurgie des cancers du bas et moyen rectum, c'est une technique dont l'objectif majeur est de surmonter les difficultés anatomiques du bas rectum pour améliorer la qualité de la résection carcinologique et de prévenir les séquelles fonctionnelles digestives et génito-urinaires. Ce travail a pour objectif de présenter notre expérience de la taTME dans les cancers du bas et moyen rectum.

Méthodes

C'est une étude prospective descriptive unicentrique réalisée en 03 ans, de 2019 à 2022. 50 patients opérés pour cancers du bas et moyen rectum ont eu une taTME avec anastomose coloanale ou colorectale basse.

Résultats

Trente patients (60%) étaient des hommes, 25 patients ont été opérés pour un adénocarcinome du bas rectum (50%), quarante-cinq patients (90%) ont reçu un traitement néo adjuvant type radiochimiothérapie concomitante ou radiothérapie courte. La mortalité postopératoire était de 4% dont 2% liée à la chirurgie et la morbidité était de 22%. Aux résultats anatomopathologiques des pièces opératoires la moyenne des marges distales et circonférentielles respectivement étaient de 12,42mm et de 10,13mm, le mésorectum était complet dans 78%, dans 14% quasi complet et dans 8% incomplet. Le taux de récurrences locales à 3 ans est de 6%.

Conclusion

La taTME permet de surmonter les difficultés anatomiques du pelvis dans la chirurgie des cancers du bas et du moyen rectum et peut être considérée comme une alternative sûre à la résection laparoscopique par voie abdominale.

fermeture de la bourse



Dissection à 5h



CLCC BATNA

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.032

3CVD00208-Optimisation de la récupération post-opératoire après chirurgie colorectale : Stratégies actuelles et perspectives

Mohamed ELLEUCH, Amine SEBAI, Souhaib ATRI, Ahmed BEN MAHMOUD, Houcine MAGHREBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Anis HADDAD, Jamel Montacer KACEM - (1)Service De Chirurgie A , Chu La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun interet

Introduction

La chirurgie colorectale représente l'une des interventions les plus fréquemment réalisées en chirurgie digestive. Malgré les avancées techniques la morbidité post-opératoire demeure non négligeable. Les complications peuvent compromettre le pronostic immédiat et altérer significativement la qualité de vie du patient.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique menée au sein de 17 centres de chirurgie générale et digestive de la Tunisie durant une période de 3 mois. Nous avons colligé 326 malades qui ont eu une chirurgie colorectale entre Mai 2022 et Juillet 2022.

Résultats

La plupart des patients étaient classés ASA I (41,4%) ou II (45,2%). Deux patients (1,3%) ont eu une chimiothérapie néoadjuvante et 12 patients ont eu une radio chimiothérapie néoadjuvante (7,6%). 70 patients (44,5%) avaient un cancer colique et 18 patients (11,5%) avaient un cancer du rectum. Outre la pathologie tumorale, les MICI et les occlusions étaient opérées chez 20% des patients. La chirurgie majeure était le type de chirurgie prédominante qui a été réalisée chez 94,2% des patients tandis que la durée médiane du séjour hospitalier était de 6 jours. Cent cinq patients avaient un séjour inférieur à 7 jours (66,9%). Le taux de respect des recommandations de RAAC était moins de 40% chez 33 patients (21%), entre 40 et 70% chez 123 patients (78,3%)

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'adhésion aux protocoles de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en chirurgie colorectale constitue aujourd'hui une exigence incontournable pour améliorer les résultats post-opératoires, réduire les complications et favoriser un retour rapide à l'autonomie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.033

3CVD00219-Surexpression de l'IL-23a dans les tissus tumoraux : une piste vers des mécanismes d'échappement immunitaire dans le cancer colorectal

Wafa BABAY (1), Mohamed HAJRI (2), Wael FERJAOUI (3), Amal ZARATI (1), Lassad GHARBI (2), Dhouha BACHA (4), Hafedh MESTIRI (2), Imene OUZARI (1) - (1)Laboratoire De Microorganismes Et Biomolécules Actives (Imba), Faculté Des Sciences, Université De Tunis El Manar, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Générale, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie, (3)Service De Chirurgie Générale, Hôpital Militaire De Tunis, Tunis, Tunisie, (4)Service d'Anatomopathologie, Hôpital Universitaire Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cette présentation.

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est une pathologie fréquente, multifactorielle, influencée par des facteurs génétiques, environnementaux et immunitaires, notamment via les cytokines IL-22 et IL-23. L'IL-22, produites par les cellules Th17 et les cellules lymphoïdes innées (ILCs), joue un rôle ambigu dans le cancer. L'IL-23 favorise la réponse inflammatoire en stimulant la production d'IL-22, contribuant ainsi à un microenvironnement tumoral pro-inflammatoire. Cette étude vise à évaluer les expressions des gènes IL-22 et IL-23a dans le CCR.

Méthodes

Une analyse comparative intra-individuelle a été menée chez 12 patients atteints de CCR et un donneur sain. Les tissus tumoraux et sains adjacents ont été prélevés au bloc opératoire lors de résections colorectales, puis analysés par PCR en temps réel.

Résultats

L'expression d'IL-22 était significativement plus élevée dans les tissus sains adjacents et la muqueuse intestinale saine du donneur, comparée aux tissus tumoraux. En revanche, l'expression d'IL-23a ne variait pas entre tissus tumoraux et sains, mais était significativement plus élevée que celle d'IL-22 dans les tissus tumoraux ($p = 0,006$), en particulier chez les patients traités par chimiothérapie ($p = 0,01$) et dans les cas de cancer du côlon ($p = 0,02$).

Conclusion

Ces résultats suggèrent que l'IL-23a pourrait jouer un rôle clé dans la progression tumorale du CCR, représentant ainsi une cible thérapeutique et un biomarqueur pronostique potentiel dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale globale.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.034

3CVD00251-Le cancer du rectum. Vers une chirurgie sans stomie de protection.

Noureddine AIT BENAMER, Serhane GACEM, Meriem BOUZIDA, Faouzi EL MOKRETAR, Sofiane BENACHOUR, Noura ZAHl - (1)Hôpital Frantz-Fanon, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

AUCUN

Introduction

L'iléostomie de protection est devenue le standard depuis les travaux de Matthiessen. Un score prédictif de fistul anastomotiqu (FA) a été élaboré par Penna permettant de poser l'indication de l'iléostomie de façon sélective. Objectif: démontrer que l'anastomose colo-anale (ACA) après exérèse totale du mésorectum (ETM) peut être réalisée sans iléostomie en se basant sur ce score.

Méthodes

Etude prospective intéressant 40 patients présentant un adénocarcinome du rectum dont l'âge moyen est de 58 ans. Les patients (pts) ont été scindés en 02 groupes de risque de FA selon le score de Penna. Groupe 1: faible ≤ 2 (15 pts) pour lequel il a été réalisé une ETM avec ACA immédiate idéale, groupe 2: intermédiaire et élevé ≥ 3 (25 pts) pour lequel une ETM avec ACA différée et résection de la trompe colique entre 5 à 10 jours. Toutes les interventions se sont déroulées par approche laparoscopique.

Résultats

Aucun malade n'a fait l'objet de conversion. La mortalité était nulle. Il a été enregistré 05 FA de grade A dont 02 dans le groupe 1 et 03 dans le groupe 2 et deux FA de grade B dans le groupe 2. Quatre reprises chirurgicales pour nécrose colique dans le groupe 2 ont été traitées par Pullthrow dont un patient a mal évolué, et l'intervention s'est terminée par une colostomie droite définitive. Aucun patient dans les deux groupes n'a nécessité une stomie de protection.

Conclusion

Les résultats préliminaires de la chirurgie du cancer du rectum, sans iléostomie de protection semblent intéressants et nous encourage à adopter ce nouveau protocole.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.035

3CVD00279-Réponse tumorale et toxicité : RCC versus TNT dans une cohorte de patients atteints de cancer du rectum au Maroc.

Abdelhakim HAROUACHI, Ayoub KHARKHACH, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le traitement néo-adjuvant du cancer du rectum localement avancé repose aujourd'hui sur plusieurs stratégies. Cette étude compare l'efficacité et la tolérance de deux protocoles : la radio-chimiothérapie concomitante (RCC) versus la thérapie totale néo-adjuvante (TNT).

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée au Maroc entre janvier 2018 et décembre 2022. Deux groupes de patients ont été comparés : Groupe 1 (RCC) : 224 patients ayant reçu une radio-chimiothérapie concomitante. Groupe 2 (TNT) : 50 patients traités par radiothérapie courte puis chimiothérapie de consolidation (protocole Xelox). Les paramètres analysés étaient : la réponse pathologique complète (RPC), le taux de résécabilité, la toxicité et la survie à 2 ans.

Résultats

L'âge moyen était similaire dans les deux groupes (~58–59 ans), avec une légère prédominance féminine. Réponse pathologique complète : 24,1% dans le groupe RCC vs 13,33% dans le groupe TNT. Taux de résécabilité : 95% dans le groupe TNT (non précisé dans RCC). Survie à 2 ans : 96,8% dans le groupe TNT. Toxicité : le groupe TNT a présenté une toxicité plus marquée (asthénie 18%, toxicité digestive 20%, neuropathie 24%), alors qu'aucune donnée de toxicité n'est mentionnée dans le groupe RCC.

Conclusion

Le protocole RCC est associé à un meilleur taux de réponse pathologique complète, tandis que le protocole TNT montre une excellente survie à court terme, mais avec une toxicité plus importante. Une sélection rigoureuse des patients est essentielle pour adapter le traitement au profil clinique et tumoral.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.036

3CVD00280-L'anastomose colo-anale différée comme alternative à la stomie : résultats préliminaire d'une expérience initiale au Maroc.

Abdelhakim HAROUACHI, Ayoub KHARKHACH, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

L'anastomose colo-anale différée, réalisée après une proctectomie totale, est proposée comme alternative à l'anastomose immédiate avec stomie de protection, afin de réduire les complications et les coûts liés à la stomie. Ce travail vise à rapporter les résultats à court terme de cette technique au sein du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II d'Oujda.

Méthodes

Étude rétrospective, descriptive et observationnelle menée entre janvier 2019 et mars 2022. Elle a inclus neuf patients atteints d'un adénocarcinome du bas rectum, opérés avec conservation sphinctérienne. Les critères évalués étaient : la morbi-mortalité postopératoire (classification de Clavien–Dindo), les résultats fonctionnels (scores LARS et Wexner) et la survenue de récives loco-régionales ou métastatiques.

Résultats

L'âge médian était de 56 ans (34–70 ans). Une seule complication majeure a été notée (nécrose du colon abaissé). Les autres complications étaient mineures (grades I–II), sans fistule, sténose anastomotique ni sepsis pelvien. Tous les patients présentaient initialement un syndrome de résection antérieure (LARS) sévère et une incontinence fécale importante. Une amélioration fonctionnelle a été observée au cours du suivi (score LARS de 32 à 21 ; score Wexner de 4 à 1). Aucune récive tumorale n'a été observée après 6 mois de surveillance.

Conclusion

L'anastomose colo-anale différée représente une alternative intéressante à l'anastomose classique avec stomie de protection. Elle permet d'éviter une stomie temporaire tout en maintenant une morbidité faible, à condition d'une sélection rigoureuse des patients.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.037

3CVD00282-Syndrome de résection antérieure basse : identification des facteurs prédictifs de survenue et de sévérité

Ayoub KHARKHACH, Abdelhakim HAROUACHI, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de Conflits d'intérêts

Introduction

Le syndrome de résection antérieure basse (LARS) constitue une complication postopératoire fréquente survenant après une chirurgie rectale avec conservation du sphincter anal. Cette pathologie a un impact significatif sur la qualité de vie des patients. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque associés à l'apparition ainsi qu'à la sévérité du LARS.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de plus de six ans, de janvier 2016 à juin 2022, au Centre d'Oncologie Hassan II Oujda.

Résultats

Sur un total de 536 cas recensés, seuls 60 patients étaient éligibles à l'étude, dont 39 ont répondu au questionnaire. Concernant la survenue du LARS, des antécédents de chirurgie abdominale ($P=0,029$), de tabagisme ($P=0,033$), la localisation tumorale à l'endoscopie ($P=0,002$) ainsi que les pertes sanguines peropératoires ($P=0,043$) étaient significativement associés à la présence du LARS. En ce qui concerne la sévérité du LARS, plusieurs facteurs ont montré une association significative : le délai entre la chirurgie et l'évaluation du score LARS ($P=0,009$), le stade radiologique « N » ($P=0,040$), le stade radiologique global de la maladie ($P=0,040$), le délai entre la radiothérapie et la chirurgie ($P=0,006$), le site de l'anastomose ($P=0,023$) ainsi que la distance entre l'anastomose et la bordure supérieure du sphincter ($P=0,017$).

Conclusion

Les antécédents de chirurgie abdominale et la localisation basse des tumeurs ont été identifiés comme facteurs de risque de survenue du LARS, tandis que le tabagisme semble avoir un effet protecteur.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.038

3CVD00298-Impact du Docking sur la Qualité du Curage Ganglionnaire dans les Colectomies Droites Robot-Assistées : Une Étude Rétrospective Monocentrique

Rayan ARIBI, Romain QUETEL, Amaury FACQUE, Arnaud PIQUARD, Haythem NAJAH, David DUSSART - (1)Chu Orléans, Orleans, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie robotique tend à devenir un standard en chirurgie digestive oncologique. L'installation du patient, irréversible une fois le robot positionné, est un facteur déterminant pour l'exposition chirurgicale. Cette étude vise à décrire la prise en charge des colectomies droites dans un centre universitaire à haut volume, en évaluant l'impact de la stratégie de docking sur la qualité du curage ganglionnaire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique conduite entre 2018 et 2024, incluant 84 patients ayant eu une colectomie droite robot-assistée pour cancer colique. Deux groupes de patients ont été comparés groupe 1 : abord latéral (ligne courbe de la fosse iliaque droite à l'hypochondre gauche) et groupe 2 : abord céphalique (quatre trocars alignés de la région sus-pubienne à l'hypochondre gauche).

Résultats

Il n'existe pas de différence significative sur la survenue de complication ($p = 0.7$) et sur la survenue de complications graves (Clavien Dindo ≥ 3 , $p = 0.7$). Le docking céphalique (groupe 2) est associé à un curage ganglionnaire significativement plus étendu (nombre moyen de ganglions prélevés : 22 vs 15 ; $p = 0,008$). La survie globale et sans récurrence n'a pas été améliorée ($p > 0.9$).

Conclusion

Le docking céphalique semble améliorer la qualité du curage ganglionnaire dans les colectomies droites robot-assistées pour cancer colique, et pourrait être privilégié dans cette indication.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.039

3CVD00300-Diagnostic préopératoire des appendicites aiguës compliquées : Apport de l'Appendicitis Inflammatory Response score

Imen BEN ISMAIL, Rim AMARI, Marwen SGHAIER, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale fréquente. Les formes compliquées, telles que la gangrène, la perforation, les abcès ou la péritonite, sont associées à une morbidité accrue. Leur identification préopératoire permet non seulement d'optimiser la prise en charge chirurgicale, mais aussi de mieux sélectionner les patients pouvant bénéficier d'un traitement médical non opératoire, réservé aux formes non compliquées. Dans ce contexte, le score AIR (Appendicitis Inflammatory Response), qui intègre des paramètres cliniques et biologiques, pourrait constituer un outil d'aide à la décision pertinent.

Méthodes

Une étude rétrospective a été menée sur 375 patients opérés pour appendicite aiguë durant l'année 2023. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et opératoires ont été analysées pour évaluer la capacité prédictive du score AIR, comparée à d'autres scores (Alvarado, SIRS, SIII, rapport PNN/lymphocytes).

Résultats

L'appendicite était compliquée dans 35,2 % des cas. Ces formes étaient significativement associées à un âge plus avancé, une durée plus longue des symptômes, une fièvre $\geq 38,2$ °C, une défense abdominale, une élévation des GB, des PNN et de la CRP. Sur le plan radiologique, les signes les plus discriminants étaient la présence de collection, d'épanchement diffus ou de pneumopéritoine. Le score AIR s'est révélé le plus performant pour prédire les appendicites compliquées (AUC = 0,841), surpassant largement le score d'Alvarado (AUC = 0,592), le score SIII, le SIRS et le rapport PNN/lymphocytes.

Conclusion

Le score AIR apparaît ainsi comme un outil simple, fiable et utile en pratique courante pour orienter précocement la stratégie thérapeutique, notamment dans les contextes de ressources limitées.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.040

3CVD00304-Chirurgie électorive pour diverticulite chez des patients sous traitement immunosuppresseur : une étude de cohorte nationale avec analyse par score de propension

Alexandra PELLEGRIN (1) , Laura BEYER-BERJOT (2), Momar DIOUF (1), Arnaud ALVES (3), Charles SABBAGH (1) - (1)Chu Amiens-Picardie, Amiens, France, (2)Aphm, Marseille, France, (3)Chu Caen, Caen, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt

Introduction

La diverticulite peut toucher des patients sous immunosuppresseurs. La résection électorive dans ce contexte reste controversée, L'objectif était d'évaluer les résultats de la chirurgie électorive pour diverticulite chez ces patients.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, multicentrique, entre janvier 2010 et décembre 2021 dans 40 centres en France. Deux groupes ont été définis : les patients sous traitement immunosuppresseur (groupe IS+) et sans ce traitement (groupe IS-). Le critère de jugement principal était le taux de morbidité sévère à J90. Les critères secondaires incluaient la morbidité globale, le taux de fistule anastomotique et la mortalité. Une analyse par score de propension avec pondération par l'inverse de la probabilité de traitement (IPTW) a été réalisée.

Résultats

Un total de 4 443 patients a été inclus : 8,7 % dans le groupe IS+ et 91,3 % dans le groupe IS-. Après ajustement par IPTW, il n'existait plus de différence significative entre les groupes concernant la morbidité sévère (OR = 0,93, IC 95 % [0,65-1,33], p = 0,7), la morbidité globale (OR = 0,98, IC 95 % [0,76-1,26], p = 0,8), les fistules anastomotiques (OR = 1,11, IC 95 % [0,60-2,04], p = 0,7) ou la mortalité (OR = 2,06, IC 95 % [0,75-5,64], p = 0,1).

Conclusion

Le traitement immunosuppresseur à lui seul ne constitue pas un facteur de risque indépendant de complications postopératoires après une chirurgie électorive pour diverticulite.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.041

3CVD00306-Synergie de structures et d'actions pour la création d'un parcours de préhabilitation en chirurgie carcinologique lourde entre structure libérale et prestataire privé

Maité PAOLUCCI (1), Maxime POLO (1), Francois MITHIEUX (1), Pascal ARTRU (2), Chloé VERNET (2), Olfa DERBEL (2), Dominique BEAL (2), Marine YTOURNEL (3), Yann GOTTELAND (3), Pierre-Emmanuel BONNOT (1) - (1)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France, (2)Institut De Cancérologie Jean Mermoz, Lyon, France, (3)Elivie, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les chirurgies oncologiques lourdes sont associées à des risques majeurs de complications et des taux de reprise de chimiothérapie adjuvante de 50-60% grevant alors le pronostic chez des patients fragiles. La préhabilitation permettrait de limiter ces complications et d'améliorer la vitesse de récupération des patients. La mise en place d'un parcours complet demeure complexe et difficile. L'objectif de ce travail est d'exposer les premiers résultats d'une collaboration directe entre un groupe chirurgical libéral et un prestataire privé.

Méthodes

101 patients devant bénéficier d'une chirurgie oncologique majeure (carcinose, chirurgie sus-mésocolique, rectale...) ont été inclus (04-2022 à 04-2024) dans une démarche de préhabilitation complète associant une évaluation première, un programme nutritionnel et d'APA entièrement externalisé en ville. Les données de ré-évaluation fonctionnelle post-préhabilitation, de morbi-mortalité et de RIOT ont été analysées.

Résultats

Avec 63% de femmes, 26.3% d'ASA3, 61.6% de dénutris (26.3% sévères), un âge médian de 70 ans, des tests fonctionnels altérés (moy: 84% théorique), 72% des malades étaient non-opérables pour raisons oncologiques, 29% sur l'état général imposant 62.4% de chimiothérapie néoadjuvante. Après préhabilitation (médiane: 40 jours), le poids (moy: +2.2kg, $p < 0.001$), les tests fonctionnels (+25.8%, $p < 0.001$) étaient significativement améliorés conduisant à une hausse de l'opérabilité (90%), dont 95% sur l'état général ($p < 0.001$). Le tableau 1 détaille les interventions réalisées des opérés. Les taux de complications médico-chirurgicales grades 3-4, réinterventions étaient de 39.5% et 18.6%, avec une durée médiane d'hospitalisation de 12 jours (3-122) dont 7 en USI (0-93)-17.6% de réhospitalisation. Le RIOT était de 75.9%-délais médian: 55.5 jours post-opératoires (19-122)

Conclusion

Un parcours de préhabilitation complet totalement externalisé semble possible en libéral avec une amélioration des capacités fonctionnelles pré-opératoires et favorise une reprise rapide des chimiothérapies adjuvantes.

Type intervention chirurgicale

Variable	Médiane ou <u>N</u> (%)	Min-Max
Type de chirurgie		
Cytoréduction +/- Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale	37 (37.8%)	
Gastrectomie totale	10 (10.2%)	
Œsophagectomie	3 (3.1%)	
Duodéno-pancréatectomie céphalique	26 (26.5%)	
Hépatectomie majeure	8 (8.2%)	
Pancréatectomie gauche ou centrale	2 (2%)	
Hépatectomie mineure	2 (2%)	
Rectum ou Amputation	7 (7.1%)	
Chirurgie colique hors rectum	2 (2%)	
Eventration majeure	1 (1%)	
Voie d'abord		
Laparotomie	67,5%	
Coelioscopie	18%	
Robotique	14,5%	
Perte sanguine per op en mL	150	[0 ; 2000]
Transfusion per opératoire	15 (18.8%)	
Durée totale d'intervention (minutes)	210 [120 ; 280]	[45 ; 600]

Tableau 1 : type d'intervention chirurgicale effectuée

Modalités de préhabilitation

Délai médian entre diagnostic de cancer et instauration de la préhabilitation en jour	35	[0 ; 278]
Délais chirurgie - fin chimio en jour - médiane	34	[8 ; 57]
Durée préhabilitation en jour	40	[10 ; 205]

Variable	N(%)
Prise en charge nutritionnelle	
CNO + conseil diététique	100%
Nutrition artificielle	31 (35.2%)
Nutrition entérale	4 (4.6%)
Nutrition parentérale nocturne de complément	29 (33.3%)
Immunonutrition (oral impact)	79 (81.4%)
Prise en charge physique : Activité physique adaptée - kinésithérapie	
Programme d'APA	72 (71%)
TYPE APA	
EAPA	28 pt
NEURADOM	43 pt
NEURADOM puis EAPA	1 pt
Non renseigné	4 pt
Cause si pas APA	
Patient en très bonne forme physique	1 (1%)
Refus patient	10 (10%)
Contre-indication cardio	1 (1%)
Non proposée	17 (16,9%)
Nombre de séance d'APA réalisées	16 (2 ; 114)
Durée d'utilisation du dispositif Neuradom en minutes	178 (0-1666)
Kinésithérapie	
Kinésithérapie motrice	57 (56,5%)
Kinésithérapie respiratoire + exercice spiromètre	57 (56,5%)

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.042

3CVD00310-Adénocarcinome colique stade II : est-ce le même pronostic pour tous les patients ?

Mélanie BARBOSA AMORIM (1), Marie PASCAL (1), Mathilde AUBERT (1), Emmanuelle NORGUET (1), Laura BEYER (2), Diane MEGE (1) - (1)Chu Timone, Marseille, France, (2)Chu Nord, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Evaluer l'impact de l'occlusion et de la chimiothérapie adjuvante (CTA) sur le pronostic des patients atteints d'un adénocarcinome colique (ADKC) stade II, ainsi que d'identifier les facteurs de mauvais pronostic justifiant une CTA.

Méthodes

Etude rétrospective bicentrique ayant inclus tous les patients opérés entre 2014 et 2021 d'un ADKC stade II. Les comparaisons étaient faites entre les patients avec ou sans occlusion, et ceux avec ou sans CTA, ainsi que dans le sous-groupe de patients à haut risque de récurrence hors MSI.

Résultats

262 patients ont été inclus, dont 42 présentant une occlusion au diagnostic (16%). Parmi les patients en occlusion, le pronostic n'était pas différent suivant la réalisation ou non de la CTA. Parmi les 133 patients avec une indication théorique de CTA, 94 ne l'ont pas reçue (71%). Les taux de survie globale à 1, 3 et 5 ans étaient significativement diminués dans le groupe sans CTA (82, 69 et 60% vs 100, 92 et 81%, $p=0,003$), tandis que la survie sans récurrence était similaire (74, 59 et 48% vs 97, 83 et 57%, $p=0,08$) par rapport au groupe ayant reçu la CTA.

Conclusion

L'occlusion n'était pas associée à un mauvais pronostic pour les ADKC stade II, y compris en l'absence de CTA. Même si la CTA a été identifiée comme facteur protecteur du risque de récurrence, elle n'est pas systématiquement réalisée en présence de facteurs de risque « relatif » élevé de récurrence.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.043

3CVD00318-Valeur pronostique des structures lymphoïdes tertiaires dans les adénocarcinomes coliques

Dhouha BACHA (1), Trabelsi RIHAB (1), Mohamed HAJRI (2), Sarra BEN REJEB (3), Nour BOUDRIGA (1), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Générale, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique. Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieures, La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Il n'existe pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Les structures lymphoïdes tertiaires (SLT), marqueur du micro-environnement tumoral, sont considérées comme un facteur pronostique dans plusieurs types de cancers, comme le pancréas et le sein. L'objectif de cette étude était de d'évaluer la valeur pronostique des SLT dans les adénocarcinomes coliques.

Méthodes

Etude rétrospective ayant intéressé des patients opérés pour un adénocarcinome infiltrant du colon. Pour l'évaluation histologique de la densité des SLT, les agrégats lymphoïdes intra-tumoraux et péri-tumoraux ont été pris en compte. Quatre scores ont été définis (de 0 à 3), allant de l'absence de SLT à plus de 6 SLT/lame de prélèvement tumoral.

Résultats

Notre étude avait inclus 138 patients, d'âge moyen de 59 ans. La majorité des patients avait un score 0 (52%) et 1 (26%). Le score 2 était noté chez 16% des patients et le score 3 chez 6% d'entre eux. Les survies moyennes, globale et sans récurrences (SSR), chez les patients ayant un score SLT 0 était significativement inférieures à celles des patients de score TLS 1, 2 et 3 ($p=0,004$ et 9×10^{-5} respectivement). L'analyse multivariée a montré qu'une taille tumorale > 3 cm ($p = 0,034$) et un score SLT 0 ($p=0,011$) étaient des facteurs indépendants de la SSR. Un score SLT faible (0 et 1) était également significativement corrélé avec l'invasion pariétale ($p=5 \times 10^{-4}$), la présence d'embolies endoveineuses ($p= 0,003$) et lymphatiques ($p=0,022$).

Conclusion

La densité des SLT dans les adénocarcinomes coliques est un facteur pronostique dans les adénocarcinomes coliques, soulignant leur intégration dans les comptes rendus anatomo-pathologiques standardisés et les futures classifications pronostiques.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.044

3CVD00322-Insuffisance du modèle de pédagogie frontale au cours de l'enseignement universitaire de la chirurgie viscérale

Dhouha BACHA (1), Mohamed HAJRI (2), Sarra BEN REJEB (3), Nour BOUDRIGA (1), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépato-Biliaire, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure. La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Les modèles de pédagogie frontale sont encore utilisés dans les enseignements des facultés de médecine. La transmission des messages pédagogiques (TMP) est un objectif majeur de l'enseignement et son évaluation continue est primordiale pour améliorer les interventions pédagogiques. L'objectif de notre étude était d'évaluer la TMP lors des présentations magistrales de 4 cours de chirurgie générale et d'analyser les raisons de la bonne ou de la mauvaise TMP.

Méthodes

Etude prospective ayant porté sur 4 cours de chirurgie viscérale (étudiants de 4ème année médecine). La TMP a été évaluée en mesurant l'adéquation de 3 messages clés entre les enseignants et les étudiants. L'adéquation correspondait aux nombres des messages communs entre les 2 intervenants. La bonne ou de la mauvaise adéquation a été analysée grâce à l'étude semi-quantitative de 12 facteurs associés à la TMP. Un questionnaire destiné aux étudiants a été administré pour citer les 3 messages clés et évaluer les 12 facteurs (échelle de 1 à 4) et un autre, destiné aux enseignants, pour écrire leurs 3 messages clés supposés transmis aux étudiants.

Résultats

Cent questionnaires des étudiants et 4 des enseignants ont été analysés. Soixante pour cent des étudiants n'étaient pas capables d'identifier 2 des 3 messages clés que l'enseignant a délivré. Trois facteurs influençaient l'adéquation : le caractère compréhensible des mots, la qualité du schéma de raisonnement et l'incitation à des activités complémentaires.

Conclusion

La TMP dans le modèle de pédagogie frontale présente des insuffisances, en rapport aussi bien avec la technique de communication orale qu'au contenu des présentations.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.045

3CVD00323-Valeur pronostique des dépôts tumoraux dans les adénocarcinomes coliques de stade III

Dhouha BACHA (1), Hajri MOHAMED (2), Sarra BEN REJEB (3), Nour BOUDRIGA (1), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépto-Biliaire. Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure. La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Dans le cancer colique (CC), les dépôts tumoraux définissent la catégorie pN1c de la classification pTNM de l'UICC/AJCC 2017, en l'absence de métastases ganglionnaire. Sa valeur pronostique est sujette à controverses. En effet, étant intermédiaire entre les stades pN1a/b et pN2, son pronostic n'est pas toujours reconnu comme meilleur à la première catégorie, ni plus mauvais par rapport à la deuxième. Pourtant, le traitement des patients dépend du statut ganglionnaire. L'objectif de cette étude était d'étudier la valeur pronostique du stade pN1C, en le comparant respectivement aux stades pN1a/b et pN2.

Méthodes

Notre étude était rétrospective, ayant inclus des patients opérés d'un adénocarcinome infiltrant du colon, de stade III. Les lames histologiques ont été relues.

Résultats

Notre étude avait inclus 59 patients. En comparant les stades pN1c avec ceux pN2, les tumeurs peu différenciées étaient significativement plus nombreuses dans le 2ème groupe, alors que les métastases à distance et les récurrences l'étaient dans le premier. En comparant les stades pN1c avec ceux pN1a/b, une taille tumorale > 4,5 cm et la survenue de récurrences étaient significativement plus nombreux dans le 1er groupe. Concernant la survie globale, il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

Conclusion

Dans les stades III des CC, le stade pN1c doit être re-défini, notamment par rapport à sa valeur pronostique comparée aux stades pN2 et pN1a/b. Ceci souligne l'importance de déterminer la vraie origine des dépôts tumoraux et de mieux les définir dans les prochaines éditions des classifications pTNM, étant donnée leur importance pronostique et thérapeutique.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.046

3CVD00324-Adénocarcinome non métastatique du colon droit vs gauche : est-ce vraiment différent ?

Marie PASCAL, Mathilde AUBERT, Mélanie BARBOSA AMORIM, Remy LE HUU NHO, Laetitia DAHAN, Nicolas PIRRO, Diane MEGE - (1)Chu Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Comparer les suites post-opératoires et le pronostic des adénocarcinomes coliques non métastatiques (ACNM) opérés, en fonction de leur localisation.

Méthodes

Tous les patients opérés d'un ACNM, entre Janvier 2014 et Décembre 2022, dans un centre de référence ont été rétrospectivement inclus. Deux groupes ont été comparés en fonction de la localisation droite (ACD) ou gauche (ACG).

Résultats

396 patients ont été inclus dans l'étude, répartis en localisation droite (n=191, 48%) et localisation gauche (n=205, 52%). Les ACD étaient diagnostiqués chez des patients plus âgés que ceux avec un ACG (73 ±13 vs 70 ±13 ans, p=0,006). Les résultats histologiques étaient significativement plus péjoratifs pour les ACD : plus souvent indifférenciés (13 vs 4%, p<0,001), avec une composante mucineuse (24 vs 9%, p<0,001) et des cellules en bague à chaton (5 vs 1%, p=0,002). Les ACD présentaient un pronostic plus défavorable que les ACG, avec des taux de survie globale et sans récurrence à 1, 3 et 5 ans significativement inférieurs : 87, 67 et 46% vs 87, 75 et 62% (p=0,02) et 75, 57 et 39% vs 81, 68 et 56% (p=0,01), respectivement. En analyse en sous-groupes selon les stades tumoraux, les taux de survie globale étaient significativement diminués à droite, en présence de stades III (82, 61, 40% vs 87, 76, 60%, p=0,03).

Conclusion

Les ACD et ACG sont différents en termes de présentations cliniques, caractéristiques oncologiques et surtout pronostic. Ce pronostic plus défavorable à droite sera peut-être amélioré avec l'essor de l'immunothérapie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.047

3CVD00327-Fermeture du moignon appendiculaire dans les appendicectomies laparoscopiques :clip métallique ou ligature par fil

Marwen SGHAIER, Imen BEN ISMAIL, Emna GHALI, Saber REBII, Zoghلامي AYOUB - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brulés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

On a aucun conflit d'intérêts

Introduction

La fermeture du moignon appendiculaire est une étape importante de l'appendicectomie laparoscopique et elle doit être efficace et sûre pour prévenir les complications postopératoires. La technique de fermeture du moignon de l'appendice fait encore l'objet de controverses constantes.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique, ayant colligé 314 patients opérés pour une appendicite aiguë par voie laparoscopique, dans le service de chirurgie générale du centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2022. Nous avons réalisé une étude descriptive puis comparative comparant les groupes « Ligature par fil » et « Clip métallique ».

Résultats

Nous avons recensé 123hommes (39,2%) et 191femmes (60,8%) soit un sex-ratio de0,64. La moyenne d'âge des patients était de $32\pm 12,3$ ans. La morbidité globale était de3,8%(n=12). Le contrôle de la base appendiculaire était réalisé par un clip métallique chez 139patients(44,3%)et par une ligature par fil chez 175patients(55,7%). La médiane de la durée de l'intervention dans le groupe clip était de60 min[30-120],celle du groupe ligature par fil était de70min[40-180].En analyse univariée, Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes:ligature et clip en termes de paramètres démographiques,cliniques,paracliniques,postopératoires et anatomopathologiques.Nous avons trouvé
 une différence statistiquement significative entre les deux moyens de contrôle de la base appendiculaire concernant la variable«la durée de l'intervention»($p<0,001$).

Conclusion

Les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature. Des études réalisant une analyse précise des coûts et de la qualité de vie après appendicectomie laparoscopique sont nécessaires.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.048

3CVD00337-Facteurs de mauvais pronostic des adénocarcinomes du rectum: analyse d'une série clinique

Souphia RABTI (1), Mohamed HAJRI (2), Wael FERJAOUI (1), Hager BEHI (1), Med Hedi MANNAI (1), Mohamed Bechir KHALIFA (1) - (1)Hôpital Militaire De Tunis, Tunis, Tunisie, (2)Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt.

Introduction

Malgré les avancées dans la prise en charge du cancer du rectum, le pronostic à long terme demeure préoccupant, ce qui rend essentielle l'identification des facteurs pronostiques pour adapter les stratégies thérapeutiques.

Méthodes

Etude rétrospective, analytique, portant sur des patients opérés d'un adénocarcinome du rectum au service de chirurgie viscérale de l'Hôpital-Militaire de Tunis, entre janvier 2013 et décembre 2020. L'étude a analysé tous les facteurs pouvant influencer le pronostic vital des patients opérés à visée curative. Le critère de jugement principal était la survie globale.

Résultats

Parmi les 123 patients (84 hommes, 39 femmes, âge moyen: 60,7 ans), les localisations tumorales étaient: haut (n=45), moyen (n=36), et bas (n=42) rectum. Les interventions comprenaient 88 résections antérieures (71,5 %) et 35 amputations-abdomino-périnéales (28,5%). Le suivi postopératoire a révélé un taux de survie à un an de 98,5 % et un taux de survie à cinq ans de 84,8 %. Les facteurs de mauvais pronostic incluaient l'âge avancé ($p=0.047$), le sexe masculin ($p=0.035$), la découverte de la maladie au stade de complication ($p=0.035$), une valeur élevée d'ACE ($p=0.037$) l'envahissement ganglionnaire ($p=0.007$), une faible différenciation tumorale ($p=0.024$), et la présence d'ascite ($p=0.036$). L'excision totale du mésorectum a été identifiée comme un élément clé pour un meilleur pronostic. Par ailleurs, les complications per et post opératoires étaient identifiées comme facteurs de mauvais pronostic ($p=0.033$, $p=0.046$).

Conclusion

La stratification des patients en fonction des facteurs de risque permet d'adapter les traitements et d'optimiser le suivi postopératoire. L'excision totale du mésorectum reste la pierre angulaire de cette prise en charge.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.049

3CVD00340-Colectomie droite robot-assistée au Single Port par abord sus-pubien : première série Française

Romain LESOURD, Maxime COLLARD, Belkacem ACIDI, Nawar AL CHIRAZI, Isabelle SOURROUILLE, Elena FERNANDEZ DE SEVILLA, Stéphanie SURIA, Maximiliano GELLI, Leronor BENHAIM - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Dr Benhaim est Proctor pour la société Intuitive.

Introduction

Le robot Da Vinci Single-Port (SP) est disponible depuis 2024. Ses performances et bénéfices sont encore mal connus. Nous proposons de rapporter la première série française de colectomies droites par abord sus-pubien avec curage complet du mésocolon (CD) au robot SP. La série sera présentée en miroir des CD sus-pubiennes réalisées au modèle Xi.

Méthodes

Analyse rétrospective monocentrique. Trois groupes analysés : Premières CD-SP (CD-SP), Premières CD-Xi (P-CD-Xi) et CD Xi après aboutissement de la courbe d'apprentissage ("chirurgical expert") (E-CD-Xi). Elles ont toutes été réalisées par abord sus-pubien avec anastomose mécanique intra-corporelle latéro-latérale. En raison des petits effectifs, les comparaisons seront observationnelles sans recherche de significativité statistique.

Résultats

Depuis mars 2025, 9 CD-SP ont été réalisées et comparées à 9 P-CD-Xi et 9 E-CD-Xi. Un patient CD-SP a bénéficié d'une résection hépatique associée. Les caractéristiques des patients étaient comparables dans les 3 groupes (âge, BMI, sexe ratio, ASA). Un traitement néo-adjuvant a été reçu chez 3 patients CD-SP, 0 patients P-CD-Xi et 5 patients E-CD-Xi. La durée opératoire moyenne était similaire : 223min (180-277). La durée moyenne de séjour était de 4j pour tous les groupes. Aucune morbidité Clavien-Dindo>3 n'a été observée. Le nombre moyen de ganglions analysés était de 28 dans le groupe CD-SP, 26 dans le groupe P-CD-Xi et 22 dans le groupe E-CD-Xi.

Conclusion

Les colectomies droites SP sont techniquement faisables et sans morbidité observée. Bien que ces petits effectifs ne permettent pas de comparer statistiquement les groupes, les données per-opératoires, post-opératoires et oncologiques semblent comparables avec celles des CD-Xi.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.050

3CVD00343-Facteurs associés aux fistules anastomotiques après chirurgie des cancers colorectaux

Rania DALLAGI (1), Wael FERJAOUI (1), Mohamed HAJRI (2), Amel CHANGUEL (1), Med Hedi MANNAI (1), Mohamed Bechir KHALIFA (1) - (1)Hôpital Militaire De Tunis, Tunis, Tunisie, (2)Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La fistule anastomotique (FA) constitue l'une des complications les plus redoutées de la chirurgie colorectale, en raison de ses conséquences sur la morbidité, la durée d'hospitalisation et le pronostic oncologique. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs de FA chez les patients opérés pour cancer colorectal.

Méthodes

Étude rétrospective et analytique menée entre janvier 2010 et décembre 2020, incluant tous les patients opérés d'un cancer colorectal dans le service de chirurgie viscérale et digestive de l'Hôpital Militaire de Tunis. Les données cliniques, biologiques et peropératoires ont été analysées. L'analyse statistique comprenait une étape univariée puis une régression logistique multivariée pour identifier les facteurs indépendants associés à la FA.

Résultats

Parmi les 136 patients inclus, l'âge moyen était de 60 ans et la durée médiane de séjour postopératoire était de 8 jours. Le taux global de morbidité était de 14 %, dominé par les FA (8 cas, soit 5,9 %), dont 6 fuites cliniques et 2 fuites radiologiques. L'analyse univariée a mis en évidence une association significative entre la survenue de FA et le tabagisme ($p=0,049$), l'ascite ($p=0,044$), l'hypoalbuminémie ($p=0,032$) et l'anémie préopératoire ($p=0,046$). En analyse multivariée, l'hypoalbuminémie ($OR=7,5$; $IC95\% [1,2-49]$; $p=0,03$) et un taux d'hémoglobine <10 g/dl ($OR=6,6$; $IC95\% [3,6-42,9]$; $p=0,01$) ont été identifiés comme des facteurs prédictifs indépendants de FA.

Conclusion

La correction de l'anémie et des troubles nutritionnels en préopératoire apparaît essentielle pour réduire le risque de fistule anastomotique. Une préparation multimodale des patients devrait être systématiquement intégrée en chirurgie colorectale.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.051

3CVD00351-Valeur pronostique du ratio tumeur /stroma dans les adénocarcinomes du colon de stade II

Dhouha BACHA (1), Mohamed HAJRI (2), Nour BOUDRIGA (1), Sarra BEN REJEB (3), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépato-Biliaire. Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure. La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Le ratio tumeur/stroma (RTS) est considéré comme un facteur pronostique dans plusieurs types de cancers comme celui du sein. Pour le cancer du côlon (CC) de stade II, les résultats sont discordants. Démontrer un intérêt pronostique et prédictif de ce paramètre serait particulièrement important pour classer les patients en « haut risque », justifiables d'une CT adjuvante. L'objectif de notre étude était d'évaluer la valeur pronostique du RTS dans les CC de stade II.

Méthodes

Etude rétrospective ayant intéressé des patients opérés pour un adénocarcinome infiltrant du colon de stade II. L'évaluation du RTS a été réalisée sur des lames histologiques de prélèvements tumoraux. Le seuil de 50% a été fixé pour classer les tumeurs en deux groupes : tumeurs riches en stroma (TRS) ($RTS \leq 50\%$) et tumeurs pauvres en stroma ($RTS > 50\%$).

Résultats

Soixante-dix patients ont été étudiés. La valeur du RTS était comprise entre 20 et 80% avec une moyenne de 47%. Les TRS étaient prédominantes (60%). La survie globale et sans récives étaient significativement diminuées en cas de TRS en analyse univariée. En analyse multivariée, une corrélation entre un $RTS \leq 50\%$ et la taille tumorale > 3 cm et le caractère de haut grade du carcinome a été démontrée ($p = 0,006$ et $0,004$ respectivement).

Conclusion

Le RTS pourrait être un facteur pronostique et prédictif pour les CC de stade II. Sa facilité d'évaluation et sa fiabilité permettent une utilisation en pratique quotidienne, particulièrement pour identifier les patients à « haut risque », justifiable d'une CT adjuvante.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.052

3CVD00004-Dérivation temporaire de la veine porte pour la résection des tumeurs pancréatiques

Souhaylah ABDALLAH, Max DR.MED. HECKLER, Martin PROF. DR.MED. LOOS - (1)Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Allemagne

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Introduction

La pancréatectomie pour cancer du pancréas avec atteinte de l'axe veineux mésentérique représente un défi technique majeur. Pour éviter une hémorragie massive ou une ischémie due à un clamage prolongé de la veine porte, une dérivation veineuse mésentérique ou mésentérique a été proposée. Si une résection artérielle hépatique est nécessaire, la dérivation mésentérique semble préférable afin d'assurer un flux veineux portal et d'éviter une exclusion vasculaire du foie.

Méthodes

Tous les patients ayant subi une pancréatectomie avec dérivation veineuse ont été identifiés à partir d'une base de données prospective. Les caractéristiques des patients, les données périopératoires et les résultats postopératoires à court terme ont été analysés.

Résultats

Entre 2011 et 2024, 63 patients ont été opérés avec la mise en place temporaire d'une dérivation veineuse, dont 34 patients avec une dérivation mésentérique et 29 avec une dérivation mésentérique. Des complications sévères (Clavien-Dindo >3a) sont survenues chez 16 des 63 patients (25,4 %). Aucun cas d'insuffisance hépatique postopératoire n'a été observé. La durée médiane de séjour en soins intensifs et à l'hôpital était respectivement de 2 jours et 21 jours. Le taux de mortalité à 90 jours était de 6,3 %. Aucune différence n'a été observée entre les shunts mésentériques et mésentériques quant aux taux de complications, la durée médiane de séjour ou la mortalité à 90 jours.

Conclusion

Les shunts mésentériques et mésentériques sont sûrs, avec des taux de morbidité et de mortalité postopératoires comparables. Le choix doit être guidé par l'anatomie, en particulier la nécessité d'une résection artérielle concomitante.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.053

3CVD00016-Algerian-Cholecystectomy Outcomes and Determinants Study (AL-CODS) : Résultats préliminaires à mi-parcours

Anisse TIDJANE (1), Khouan KEBAILI (2), Brahim BOUFLIH (3), Aissam MEGAACHE (4), Hamza TOU (5), Fouad DERRAH (6), Sabiha BELHOUAS (7), Smain Nabil MESLI (8), Henia AMOURA (9), Abdelkarim CHIRANI (10), Ramzi GRAICHI (11), Abderaouf BETTAHAR (12), Kamelia AININE (13), Amina BELHADJ (14), Sofiane BOUCETTA (15), Fawzi GHIRANE (16), Dhaieddine ZEBAR (17), Abdellah BETTAHAR (18), Aicha HEBBAR (19), Amin Khayreddine GHOUALI (20), Feryal MEDJAOUI (20), Amel BENAHMED (21), Belkacem ALLOUCHE (22), Radhia HADBI (23), Sif El Islam MEHARZI (1), Abdenadjim MECHEROUK (24), Mohammed El-Habib HOUALEF (16), Imane DJEBARA (1), Leila Ghizlene MAGHRAOUI (25), Sara MEHENNI (26), Rachid LATRECHE (16), Nacim IKHLEF (1), Abdelkader ABAYAHIA (27), Oualid GOUTTAYA (2), Leila KHENNAF (28), Zaki BOUDIAF (29), Benali TABETI (1) - (1)Service De Chirurgie Hépatobiliaire / Ehu-Oran, Oran, Algérie, (2)Clinique Chirurgicale Kounouz, Remchi, Algérie, (3)Etablissement Public Privé Nessma Farah, Chlef, Algérie, (4)Chu-Batna, Batna, Algérie, (5)Eph Dahmani Slimane, Sidi Bel Abbés, Algérie, (6)Eph Oulad Rechache, Khenchela, Algérie, (7)Eph Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie, (8)Chu-Tlemcen, Tlemcen, Algérie, (9)Eph Aoulef, Adrar, Algérie, (10)Eph Nedroma, Tlemcen, Algérie, (11)Chu-Oran, Oran, Algérie, (12)Eph Sobha, Chlef, Algérie, (13)Eph Draa El Mizan, Tizi Ouzou, Algérie, (14)Eph Bouguirat, Mostaganem, Algérie, (15)Eph Sidi Ali, Mostaganem, Algérie, (16)Eph Ghazaouet, Ghazaouet, Algérie, (17)Eph Elguerrara, Ghardaia, Algérie, (18)Clinique Privée, Relizane, Algérie, (19)Ehu D'oran, Oran, Algérie, (20)Chu De Tlemcen, Tlemcen, Algérie, (21)Cac-Bechar, Bechar, Algérie, (22)Eph-Hammam Bouhdjar, Ain Temouchent, Algérie, (23)Eph-Zighoud Youcef Ténès, Tenes, Algérie, (24)Eph-Ksar El Boukhari, Medea, Algérie, (25)Eph Frenda, Frenda, Algérie, (26)Eph-Zighoud Youcef Tenes, Tenes, Algérie, (27)Clinique Alouia, Alger, Algérie, (28)Eph-Timimoune, Remchi, Algérie, (29)Cpmc, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucuns

Introduction

La cholécystectomie est la chirurgie biliaire la plus réalisée, aux issues encore insuffisamment documentées en Algérie.

Méthodes

L'étude AL-CODS est une étude observationnelle multicentrique, menée du 1er janvier au 30 juin 2025 dans plusieurs hôpitaux algériens. Elle inclut les patients adultes ayant subi une cholécystectomie pour pathologie bénigne. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, peropératoires et postopératoires ont été recueillies prospectivement via un eCRF standardisé. L'objectif principal était d'analyser la mortalité et la morbidité à 30 jours, et d'estimer l'incidence du cancer vésiculaire de découverte fortuite ainsi que l'incidence des traumatismes biliaires. L'analyse statistique par régression binaire, en univariée puis en multivariée, était utilisée pour identifier les facteurs déterminants associés à la mortalité et aux complications. (<https://clinicaltrials.gov/study/NCT06481007>).

Résultats

Durant les trois premiers mois, 41 chirurgiens de 36 centres ont inclus 384 patients. L'âge moyen était de 48,7 ans, avec une prédominance féminine (76,9%). Les principales indications étaient la lithiase symptomatique (65,4%) et la cholécystite aiguë (23,7%). La voie laparoscopique a été utilisée dans 85,2%, avec 3,9% de conversion. Le taux de complications était de 4,4%, la réadmission de 1,6%, et la mortalité de 0,3%. Un cancer vésiculaire était découvert dans 1%.
 En analyse multivariée, deux facteurs étaient indépendamment associés à une augmentation de la morbidité postopératoire : le drainage chirurgical (OR=6,08;IC95%:1,887-18,487;p=0,002) et la prise de corticoïdes (OR=20,922;IC95%:1,373-318;p=0,029). L'analyse de la mortalité postopératoire était limitée en raison de la rareté des événements (1 décès).

Conclusion

En attendant les résultats définitifs de notre étude, le drainage et la corticothérapie sont des facteurs indépendants associés à une sur-morbidité postopératoire.

Analyse multivariée des facteurs indép

Tableau 1 : Analyse multivariée des facteurs indépendamment associés à la morbidité postopératoire après cholécystectomie

		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.(P)	OR	IC pour Exp(B) 95%	
								Inférieur	Supérieur
Etape 16 ^a	Antécédents Diabète	1,109	,550	4,066	1	,044	3,033	1,032	8,916
	Corticothérapie	3,041	1,390	4,788	1	0,029	20,922	1,373	318,809
	Drainage	1,805	,597	9,146	1	0,002	6,080	1,887	19,587
	Constante	-4,433	,550	64,912	1	,000	,012		

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.054

3CVD00038-Première étude multicentrique avec le système robotique Dexter pour la cholécystectomie

Hubert MIGNOT (1) , Nico SEEGER (2), Hanno MATTHAEI (3), Lukas GANTNER (4), Natalie KUCHEN (4), Stefan BREITENSTEIN (2) - (1)Centre Hospitalier De Saintes Et Saint Jean D'angély, Saintes, France, (2)Hôpital Cantonal De Winterthur, Winterthur, Suisse, (3)Hôpital Universitaire De Bonn, Bonn, Allemagne, (4)Clinique Hirslanden, Zurich, Suisse

Conflits d'intérêts

Distalmotion est le sponsor de cette étude. HM, NS, LG et SB sont consultants pour Distalmotion

Introduction

Malgré l'avancée de la chirurgie robotique, l'accès à la cholécystectomie par laparoscopie robot-assistée reste limité, essentiellement dû aux coûts élevés et la disponibilité du robot. Cette étude clinique prospective multicentrique visait à confirmer la sécurité et performance du système robotique Dexter pour cette procédure.

Méthodes

Quatre hôpitaux situés dans trois pays ont recruté 51 patients. Six chirurgiens ont effectué les procédures pour diverses indications dont cholélithiases, cholécystites, cholédocholithiases et pancréatites symptomatiques non urgentes. Les objectifs primaires incluaient les effets indésirables graves de type Clavien-Dindo ≥ 3 et la performance évaluée par la complétion de la procédure sans conversion. Les critères secondaires ont évalué la performance chirurgicale et les données cliniques des patients jusqu'à 30 jours suivant la chirurgie.

Résultats

L'âge médian des patients était de 59 ans (IQR 42-65) et leur BMI de 28.0 kg/m² (IQR 24.9-29.6). Toutes les procédures ont été réalisées sans incident technique ni conversion en laparotomie. Le temps opératoire médian était de 58 minutes (IQR 49-78), incluant un temps d'arrimage médian de 3 minutes (IQR 2-5) et un temps médian d'utilisation de la console de 25 minutes (IQR 21-36). Les pertes sanguines médianes étaient estimées à 5mL (IQR 0-10). Le temps médian d'hospitalisation était de 1 journée (IQR 1-2), et douze patients ont pu sortir le jour même de l'intervention. Un patient a nécessité une CPRE pour une cholédocholithiasse postopératoire, résolue sans ré-opération.

Conclusion

Cette étude a confirmé que le système robotique Dexter permet de réaliser la cholécystectomie de manière sûre et efficace, y compris en chirurgie ambulatoire.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.055

3CVD00039-Cohort nationale de DPC robot assistée : technique chirurgicale, résultats post-opératoires et oncologiques

Amaury FACQUE (1), Abdallah IBEN-KHAYAT (1), Haythem NAJAH (1), Olivier SAINT-MARC (1), Charles DE PONTAUD (2), Sébastien GAUJOUX (2), David FUKS (3), Alexandra NASSAR (2), Régis FARA (4), Laurent SULPICE (5), Patrick PESSAUX (6), Alain VALVERDE (7), Jean-Baptiste LEQUEU (8), Rami RHAÏEM (9), Medhi EL AMRANI (10), Julie VEZIAN (11), Antonio SA CUNHA (12), Anne DE CARBONNIÈRES (13), Johan GAGNIÈRE (14), Alexis LAURENT (15), Tullio PIARDI (16) - (1)Chu Orléans, Orléans, France, (2)Chirurgie Digestive, Hépatobilio-Pancréatique Et Transplantation Hépatique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (3)Chirurgie Digestive, Hépatobilio-Pancréatique, Hôpital Cochin, Paris, France, (4)Department Of General And Digestive Surgery, Hôpital Européen Marseille, France, Marseille, France, (5)Department Of Hepatobiliary And Digestive Surgery, Pontchaillou Hospital, Chu Rennes, France, Rennes, France, (6)Department Of Digestive Surgery, Hepatobiliary And Pancreatic Unit, Nouvel Hospital Civil, Hôpitaux Universitaires De Strasbourg, France, (7)Service De Chirurgie Digestive, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon, Paris, France, (8)Department Of Digestive And Oncologic Surgery, Dijon University Hospital, Dijon, France, (9)Department Of Hbp And Digestive Oncological Surgery, Robert Debré University Hospital, University Reims Champagne-Ardenne, France, (10)Department Of Digestive Surgery And Transplantation, Claude Huriez Hospital, Chu Lille, Lille, France, (11)Department Of Digestive And Oncologic Surgery, Dijon University Hospital, Dijon, France, (12)Chb Hôpital Paul Brousse, Aphp, Villejuif, France, (13)Department Of Digestive Surgery, Bégin Teaching Military Hospital, Saint Mandé, France, (14)Department Of Digestive And Hepatobiliary Surgery-Liver Transplantation, University Hospital Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (15)Department Of Digestive, Hepato-Biliary And Pancreatic Surgery And Liver Transplantation, Ap-Hp Henri Mondor, Université Paris Est Créteil, Créteil, France, (16)University Of Reims Champagne-Of Digestive, Hepato-Biliary And Pancreatic Surgery And Liver Transplantation, Ap-Hp Henri Mondor, Université Paris Est Créteil, Créteil, France, Troyes, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La chirurgie coelioscopique s'est largement développée en chirurgie digestive, mais reste controversée dans la duodénopancréatectomie céphalique (DPC). La voie robot-assistée pourrait offrir certains avantages sur la coelioscopie, notamment ergonomiques, dans cette indication. Ce travail fait un état des lieux de la DPC robot assistée et de ses résultats post-opératoires.

Méthodes

À partir de la cohorte multicentrique rétrospective du rapport de l'AFC 2021 sur la chirurgie pancréatique mini-invasive, extraction des données des DPC par voie robot-assistée entre 2010 et 2021. Analyse descriptive des résultats per- et postopératoires.

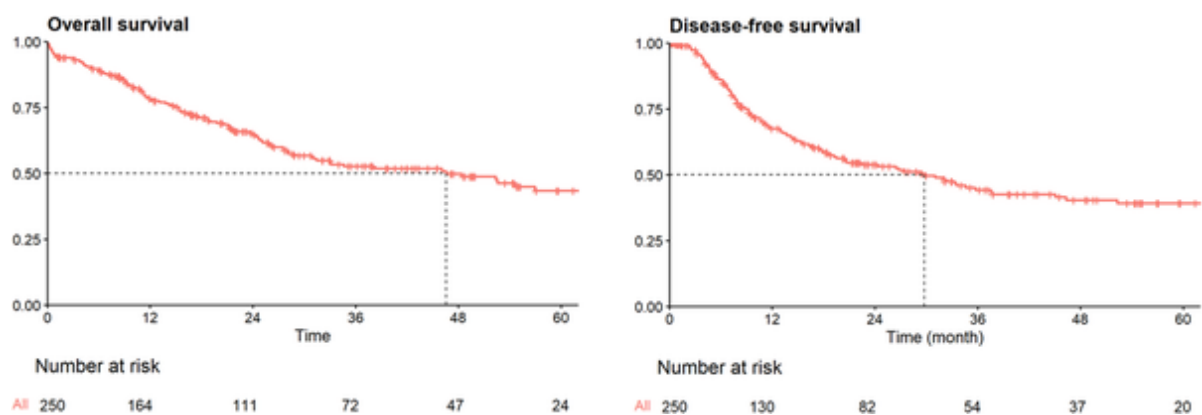
Résultats

Au total, 294 malades ont été inclus dans 14 centres différents. Le taux de conversion était de 14% (tous par laparotomie), la durée opératoire était de 377 (300, 495) min, et les pertes sanguines estimées à 200 (70, 400) mL. Les principales indications étaient les pathologies malignes (85% des cas). La mortalité à 90 jours était de 5,4%. Au total, 60% des patients ont présenté une complication et 34% une complication sévère (Clavien ≥ 3), dont 25% une fistule pancréatique grades B et C, 17% une hémorragie grave et 17% une gastroparésie grades B et C. Une réintervention a été nécessaire dans 16% des cas, dont 8,7% par voie mini-invasive. Pour les cancers, le taux de résection R1 était de 22% avec 12 (9, 16) ganglions prélevés. La durée médiane de séjour était de 15 (10, 26) jours.

Conclusion

La DPC par voie robot assistée reste peu pratiquée en France. Ses résultats péri-opératoires sont encourageants. Les résultats d'essai randomisé en cours sont attendus pour valider son intérêt.

Survie et survie sans récurrence



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.056

3CVD00040-Hépatectomies robots assistées : étude de faisabilité/sécurité par comparaison au benchmarck

Amaury FACQUE, Bérénice ROITBERG, Shanez AIT-ALI, Baudoin THEBAUD, Olivier SAINT-MARC, Haythem NAJAH - (1)Chu Orléans, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucuns conflit d'intérêt.

Introduction

Notre équipe chirurgicale possède une grande expérience de la chirurgie robotique (300 actes par an), mais ne dispose pas d'une expertise en chirurgie hépatique (moins de 20 procédures par an). Notre objectif est d'analyser nos procédures chirurgicales hépatiques assistées par robotique. L'objectif de ce projet est d'analyser les données concernant les hépatectomies majeures et les lobectomies gauches robots réalisées dans notre établissement de santé. Cette analyse sera effectuée en comparaison avec le benchmark français des hépatectomies coelioscopiques.

Méthodes

Il s'agit de l'analyse de la cohorte des hépatectomies majeures et des lobectomies gauches robot (2013-2024). Nos résultats sont comparés pour les hépatectomies droites et les lobectomies gauches au benchmark coelioscopique publié par Hobeika et al. en 2020.

Résultats

Il y a 79 hépatectomies majeures dont 45 hépatectomies droites et 22 lobectomies gauches. Les chirurgies étaient réalisées majoritairement pour des cancers 65 (82%) notamment des métastases et des hépatocarcinomes. Il a eu des complications dans 29 cas (37%) dont 14 complications sévères (18%). La résection était R0 dans 39 cas (89%). Il y a eu 2 décès dans les 90 jours post-opératoires. La comparaison au benchmark révèle que pour les hépatectomies droites et les lobectomies gauches nos résultats satisfaisants sur les critères opératoires (taux de conversion, durée opératoire, saignement) et post-opératoires (complication, survie, R0).

Conclusion

L'analyse de nos résultats et l'analyse comparée au benchmark est satisfaisante et encourageante. Les procédures ne sont pas plus longues, plus compliquées ou plus risquées. Cela confirme que nous pourrions développer la compétence hépato-biliaire par voie robot dans notre centre.

Comparaison des hépatectomies droites et des lobec

	Hépatectomies Droites		Lobectomies Gauches	
	N = 45 ¹	Benchmark	N = 22 ¹	Benchmark
Conversion par laparotomie	11% (5)	29.8%	0% (0)	7.2%
Perte sanguine totale per-opératoire	700 (350, 1,000)	562	200 (0, 450)	150
Perte de sang = 500 mL	31% (14)	52.2%	4.5% (1)	19.4%
Perte de sang = 1000 mL	31% (14)	17.7%	4.5% (1)	8.3%
Durée opératoire (min)	169 (161, 179)	360	180 (109, 240)	205
Clampage = 45 min	4.5% (2)	46.7%	0% (0)	6.3%
Transfusion per-opératoire	20% (9)	14.6%	0% (0)	3.8%
Mortalité à 90 jours	2.2% (1)	2.8%	0% (0)	1.2%
Complications	56% (25)	52.1%	9.1% (2)	19.8%
Complication sévère	29% (13)	20.4%	4.5% (1)	5.3%
Reprise chirurgicale	6.7% (3)	5.4%	0% (0)	3.4%
Durée d'hospitalisation (Jours)	9 (7, 14)	9	5 (4, 5)	6
Statut R0	88% (21)	82.2%	86% (12)	89.2%

¹ % (n) ; Médiane (Q1, Q3)

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.057

3CVD00041-Un algorithme d'intelligence artificielle facilite le choix thérapeutique pour jusqu'à trois carcinomes hépatocellulaires ≤ 3 cm

Takashi KOKUDO (1) , Yasuhide YAMADA (1), Yoshinari ASAOKA (2), Ryosuke TATEISHI (3), Kengo YOSHIMITSU (4), Hirohisa YANO (5), Takamichi MURAKAMI (6), Takumi FUKUMOTO (6), Etsuro HATANO (7), Mitsuo SHIMADA (8), Naoya KATO (9), Hiroko IJIMA (10), Masayuki KUROSAKI (11), Michiie SAKAMOTO (12), Masatoshi KUDO (13), Norihiro KOKUDO (1) - (1)centre Nationale De Health Mondial Et Medicine, Tokyo, Japon, (2)Universite De Teikyo, Tokyo, Japon, (3)Universite De Tokyo, Tokyo, Japon, (4)Universite De Fukuoka, Fukuoka, Japon, (5)Universite De Kurume, Fukuoka, Japon, (6)Universite De Kobe, Hyogo, Japon, (7)Universite De Kyoto, Kyoto, Japon, (8)Universite De Tokushima, Tokushima, Japon, (9)Universite De Chiba, Chiba, Japon, (10)Universite De Hyogo, Hyogo, Japon, (11)Croix Rouge Musashino Hopital, Tokyo, Japon, (12)Universite De Keio, Tokyo, Japon, (13)Universite De Kindai, Osaka, Japon

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

L'essor de l'intelligence artificielle (IA), et en particulier de l'apprentissage profond, offre de nouvelles opportunités pour améliorer la prise de décision clinique. Cette étude visait à établir une recommandation thérapeutique individualisée fondée sur un algorithme d'apprentissage automatique (ML), en fonction des résultats de survie.

Méthodes

Nous avons inclus 18 958 patients porteurs de ≤ 3 CHC de ≤ 3 cm, issus de l'enquête nationale du Liver Cancer Study Group of Japan. Le modèle utilisé était le Recurrent Deep Survival Machines (RDSM), conçu pour l'analyse de survie en apprentissage profond. Un appariement par score de propension (1:1, méthode du plus proche voisin avec régression logistique) a permis de réduire les biais de confusion.

Résultats

La survie globale (SG) à 5 ans était significativement meilleure chez les patients traités par résection hépatique (RH) que par l'ablation par radiofréquence (ARF) (81,4 % vs 73,1 %, $p < 0,005$). Le modèle RDSM a atteint un c-index de 0,68, indiquant une performance prédictive satisfaisante. Les patients ayant reçu le traitement recommandé par le modèle présentaient une meilleure survie que ceux ayant reçu un traitement non recommandé (81,2 % vs 73,9 %, $p < 0,005$), y compris après appariement (81,9 % vs 76,7 %, $p < 0,005$).

Conclusion

Le recours à un modèle d'apprentissage automatique permet d'optimiser l'orientation thérapeutique des patients porteurs de jusqu'à trois CHC ≤ 3 cm. Ces résultats soutiennent l'intégration de l'IA dans la stratégie de traitement personnalisé du CHC à un stade précoce.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.058

3CVD00048-Standardisation des hépatectomies majeures robotiques

Antoine CAMERLO, Charles VANBRUGGHE, Antoine MALBEC, Lysa MACRON, Cloe MAGALLON, Florian BONNET, Régis FARA - (1)Hôpital Européen, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Proctoring Intuitive surgery

Introduction

L'approche robotique est supérieure à la laparoscopie pour les hépatectomies majeures (HM). Les descriptions techniques manquent dans la littérature pour accompagner son développement. Nous proposons une technique standardisée des HM robotiques (excluant les résections centro-hépatiques) et en rapportons les résultats.

Méthodes

Une description technique des hépatectomies majeures par voie intrafaciale robotique a été définie et validée à partir du visionnage de vidéos chirurgicales. Les résultats de cette technique ont été analysés à partir d'une database prospective.

Résultats

De 2019 à 2024, à partir d'un recueil de 230 patients opérés d'une chirurgie hépatique robotique, 134 patients ont eu une HMR (55 HD, 16 HD élargies, 51 HG, 12 HG élargies). Le robot est arrimé à la tête du patient, un assistant opératoire utilise 2 trocars de coelioscopie et 4 trocars robotiques sont introduits. La procédure comporte une dissection intrafaciale avec ligature élective portale et artérielle, une transection parenchymateuse multimodale avec thermofusion, claspée à la bipolaire irriguée et dissecteur ultrason dans le parenchyme profond, une section intraparenchymateuse biliaire et enfin un agrafage des veines sus hépatiques par abord antérieur. Respectivement pour les HD et HG, la durée opératoire moyenne, le taux de conversion, les pertes sanguines > 500 cc, la morbidité Clavien > III, la mortalité et le taux de résection complète étaient : 284 min et 195 min; 4% et 0%; 10% et 5%; 15% et 5%; 1% et 0%; 90% et 95%.

Conclusion

Les HMR sont sûres. L'abord robotique standardisé pourrait permettre une généralisation de l'abord mini-invasif en chirurgie hépatique.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.059

3CVD00055-Système immunitaire et intelligence artificielle : un duo prometteur pour anticiper le risque de fistule pancréatique après duodenopancréatectomie céphalique

Jonathan GARNIER (1) , Grégoire BELLAN (2), Anaïs PALEN (1), Xavier DURAND (2), Jacques EWALD (1), Amira BEN AMARA (3), Marie-Sarah ROUVIÈRE (3), Benjamin CHOISY (2), Franck VERDONK (2), Brice GAUDILLIERE (2), Caroline GOUARNÉ (1), Olivier TURRINI (1), Daniel OLIVE (3), Anne-Sophie CHRÉTIEN (3) - (1)Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, (2)Surge Care, Paris, France, (3)Centre De Recherche En Cancérologie De Marseille, Marseille, France

Conflits d'intérêts

NA

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire (FP) représente l'une des principales complications après duodénopancréatectomie céphalique (DPC), avec un impact majeur sur la morbi-mortalité. Les modèles de prédiction préopératoire actuels manquent de précision. Cette étude explore le potentiel d'une signature immunitaire circulante associée à un algorithme d'intelligence artificielle pour prédire la survenue d'une FP.

Méthodes

Vingt-deux patients ayant eu une DPC pour cancer ont été inclus prospectivement dans l'étude IMMUNOPANC (NCT03978702). Des échantillons sanguins préopératoires ont été analysés par cytométrie de masse. L'algorithme Stabl, basé sur l'intelligence artificielle et publié dans Nature Biotechnology en 2024, a été utilisé pour identifier une signature lymphocytaire prédictive. Un modèle de régression logistique a été construit et validé par validation croisée. Le critère principal était la survenue d'une FP de grade B ou C, selon les critères de l'ISGPS.

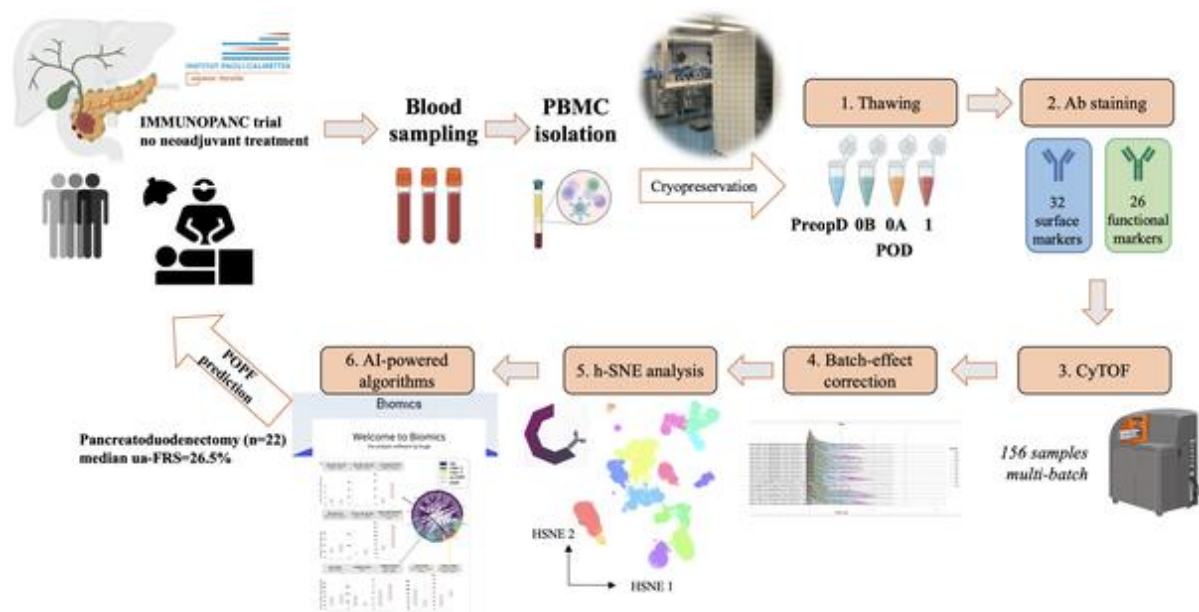
Résultats

Huit patients (36 %) ont développé une FP (grade B : n=7 ; grade C : n=1). Le modèle multivariable obtenu via l'algorithme Stabl a identifié 11 sous-populations lymphocytaires discriminantes, définissant une Pancreatic Fistula Lymphocyte Signature (PFLS) : six sous-types de cellules NK, trois de lymphocytes T CD8+ et deux de lymphocytes T CD4+. Le modèle prédictif a atteint une performance élevée (AUC = 0,81 ; p = 0,02).

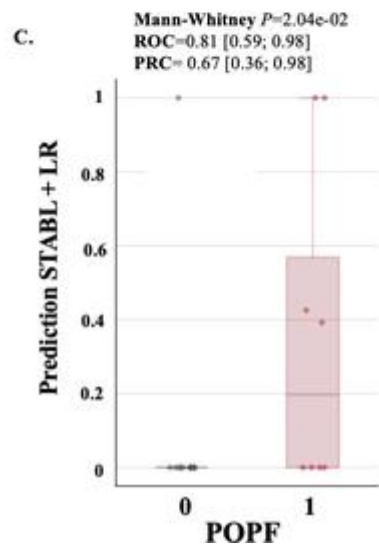
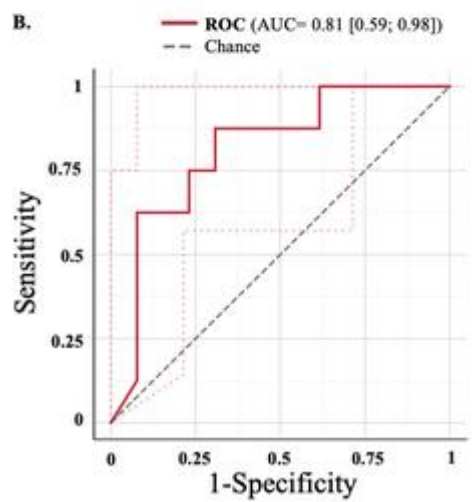
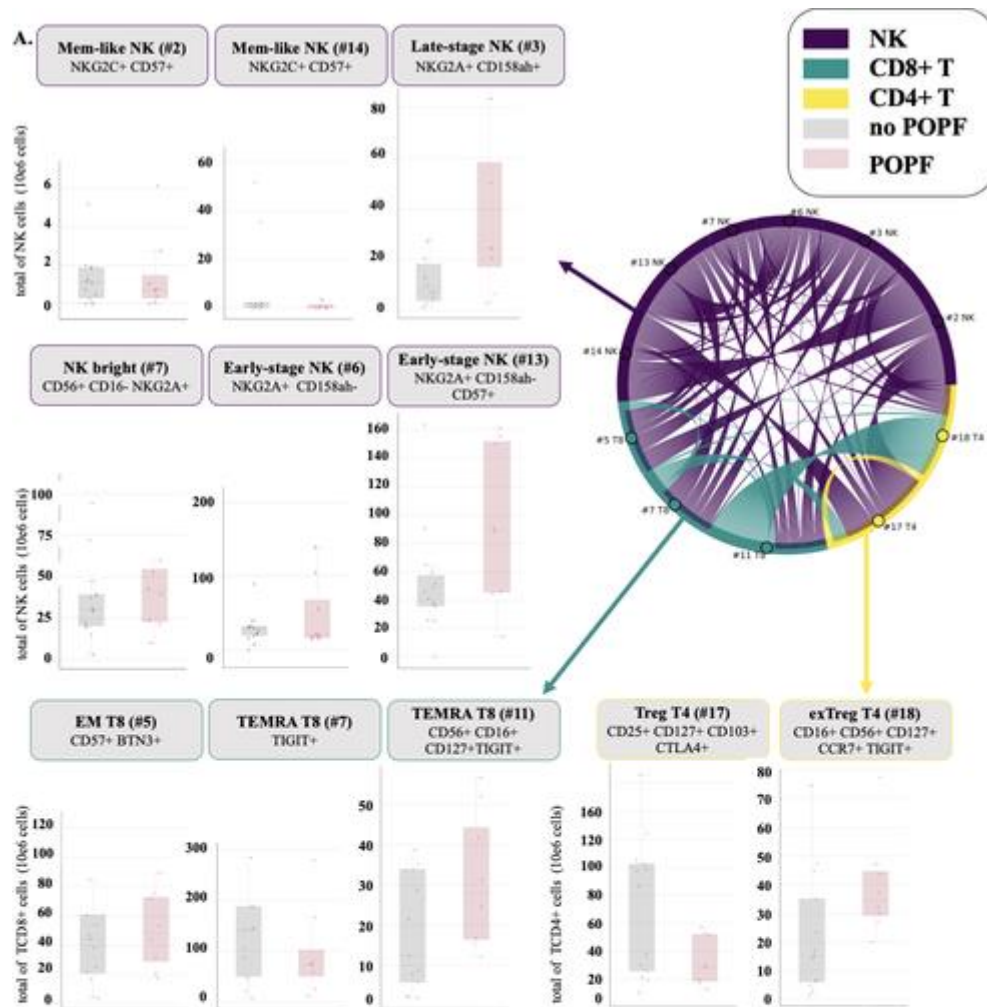
Conclusion

La composition immunitaire préopératoire en cellules lymphocytaires circulantes pourrait constituer un outil de prédiction pertinent du risque de FP après DPC. Une étude multicentrique nationale impliquant des centres français à haut volume en chirurgie pancréatique est en cours de financement pour valider ces résultats.

Pancreatic Fistula Lymphocyte Signature



Pancreatic Fistula Lymphocyte Signature



E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.060

3CVD00066-Définir la résecabilité anatomique dans le cancer du pancréas localement avancé: the “Suitable Target” concept

Alessio MARCHETTI (1), Jonathan GARNIER (2), Giampaolo PERRI (3), Olivier TURRINI (2), Roberto SALVIA (4), Giovanni MARCHEGANI (5), Borck HEWITT (1), Greg D. SACKS (1), Michael D. KLUGER (1), Katherine A. MORGAN (1), Jamie P. LEVINE (1), Karan GARG (1), Christopher L WOLFGANG (1) - (1)Nyu Langone Health, New York, États-Unis, (2)Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, (3)University Of Padua, Padova, Italie, (4)University Of Verona, Verona, Italie, (5)University Of PaduaVerona, Padova, Italie

Conflits d'intérêts

This work (JG) was supported by the French Surgical Association (AFC), the Institut Servier, the Philippe Foundation, and the French Surgical Oncology Society (SFCO).

Introduction

L'adénocarcinome canalaire du pancréas localement avancé (LAPC) est défini par un envahissement artériel et veineux circonférentiel. Cela concerne 30% des patients au diagnostic et caractérise une tumeur fréquemment non résécable. Cette définition subjective de la résecabilité apparaît aujourd'hui remise en question, à la lumière des avancées en oncologie et en chirurgie. L'objectif de cette étude est de proposer une définition objective, utilisée dans les centres experts.

Méthodes

Cette définition est fondée sur une évaluation pré- et per-opératoire. Le concept clé est celui de “cible de reconstruction” (« suitable target ») : un segment vasculaire libre de tumeur, de calibre adéquat pour un flux efficace, et de longueur suffisante pour permettre un clamage et une reconstruction sécurisée. Ces cibles, proximales et distales, sont définies selon le sens du flux sanguin (Figure 1).

Résultats

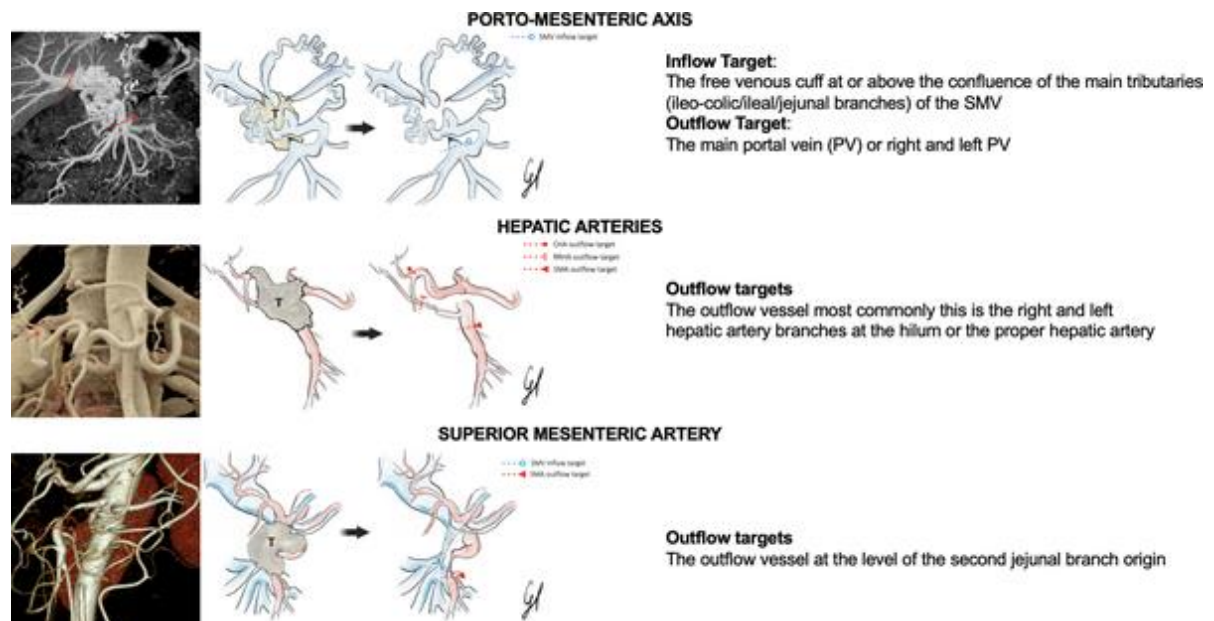
1) L'indication chirurgicale repose sur une sélection rigoureuse des patients, prenant en compte la biologie tumorale et l'état général du patient. La résecabilité devient donc biologique. 2) L'analyse anatomique préopératoire nécessite un scanner pancréatique avec reconstruction 3D. 3) L'identification d'une “cible de reconstruction” sur chaque vaisseau envahi est la seule véritable limite technique à la résection. 4) L'isolement peropératoire de ces cibles confirme la faisabilité de la reconstruction (reconstructibilité).

Conclusion

La sélection biologique des patients constitue le critère déterminant pour l'indication chirurgicale des LAPC (résecabilité biologique). Ce changement de paradigme recentre la résecabilité sur la

“reconstructibilité” : une approche concrète, reproductible, et orientée vers une chirurgie de précision pour les LAPC sélectionnés, dont la chirurgie doit s’effectuer en centre expert.

Target assessment



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.061

3CVD00073-Apport de l'impression 3D en chirurgie hépatique : revue systématique de la littérature

Mohamed HAJRI, Nada ESSID, Zied HADRICHE, Aziz ATALLAH, Lassad GHARBI, Hafedh MESTIRI - (1)Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

L'impression 3D s'impose comme une innovation majeure en chirurgie hépatique, en raison de la complexité anatomique du foie. Elle permet une meilleure visualisation des structures vasculaires et biliaires, contribuant à la planification chirurgicale et à la formation des chirurgiens. Cette revue systématique vise à évaluer les applications cliniques, la faisabilité et les limites de cette technologie.

Méthodes

Une recherche bibliographique a été conduite selon les recommandations PRISMA, dans les bases de données PubMed, Embase et ScienceDirect. Les études sélectionnées évaluaient l'impact de l'impression 3D en chirurgie hépatique. Les travaux portant sur la bio-ingénierie ont été exclus. Les données extraites comprenaient la précision des modèles, leur utilité clinique, les coûts, les matériaux, et les durées de production.

Résultats

Parmi les 80 études identifiées, 21 ont été retenues. La majorité portait sur la planification préopératoire, l'enseignement et l'entraînement. Les modèles imprimés ont permis une meilleure compréhension de l'anatomie, une amélioration de la planification des résections complexes, ainsi qu'une meilleure compréhension des patients des principes de leurs interventions. Toutefois, les limites principales identifiées concernaient le coût élevé, le temps de production et l'expertise technique requise.

Conclusion

L'impression 3D représente un outil prometteur en chirurgie hépatique, malgré ses contraintes actuelles. Son association avec la réalité augmentée et virtuelle pourrait en accroître l'usage dans le futur. Des études multicentriques sont nécessaires pour valider son impact clinique et économique.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.062

3CVD00080-Place de l'endoscopie dans la gestion des fistules pancréatiques après duodénopancréatectomie céphalique: résultats d'une étude monocentrique"

Baptiste ROUTIER, Franck BRAZIER, Clara YZET, Jean-Marc REGIMBEAU - (1)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

La duodénopancréatectomie céphalique (DPC) est une intervention chirurgicale complexe, toujours associée à une morbi-mortalité importante. La fistule pancréatique (FP) est une complication altérant le pronostic. En cas de FP avec collection, le traitement endoscopique est peu évalué.

Méthodes

Étude rétrospective, uni-centrique sur la prise en charge (PEC) post-opératoire des patients développant une fistule pancréatique BC après DPC de 2008 à 2022. Tous les patients bénéficiaient de la même PEC médicale. En présence d'une collection, les patients étaient pris en charge en intention de traiter par drainage endoscopique de la FP. Le but était de décrire le traitement endoscopique et ses résultats en termes de morbi-mortalité, durée d'hospitalisation, durée du drainage et du traitement de la FP, accès à un traitement adjuvant, déroulement de l'hospitalisation post-opératoire et comparer à la littérature du traitement standard de FP.

Résultats

247 patients ont eu une DPC, 58 (23%) présentaient une FP BC : 46 (79%) présentaient une complication sévère dont 8 (14%) sont décédés ; la durée d'hospitalisation était de 35 jours (± 14). Un traitement endoscopique était fait chez 22 (38%) patients. Initialement, étaient réalisées, 1,38 ($\pm 0,66$) endoscopies et pour le traitement total de la FP 2,47 ($\pm 0,87$) endoscopies. Le nombre d'endoscopies augmente le nombre d'anesthésies générales donc la morbidité sévère. La durée moyenne du drainage externe était de 40 (± 25) jours. 26 (57%) patients ont eu accès à un traitement adjuvant et 10 avaient une FP grade C (40 %).

Conclusion

Notre étude n'a pas démontré d'avantages dans la gestion endoscopique de la FP.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.063

3CVD00084-Impact pronostique de la CRP à l'admission dans les pancréatites aiguës

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAIDI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La pancréatite aiguë est une pathologie potentiellement grave, dont l'évolution peut aller de formes bénignes à des complications systémiques sévères. L'évaluation précoce de la sévérité est cruciale pour une prise en charge adaptée. La protéine C-réactive (CRP), biomarqueur de l'inflammation, pourrait avoir une valeur pronostique dès l'admission. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact pronostique du taux de CRP à l'admission sur l'évolution clinique des patients atteints de pancréatite aiguë.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant 368 patients admis pour pancréatite aiguë entre janvier 2015 et décembre 2022. Les patients ont été répartis selon la sévérité de la pancréatite (légère, modérée ou sévère) selon la classification révisée d'Atlanta. Le taux de CRP mesuré dans les premières 24 heures d'hospitalisation a été analysé en corrélation avec la sévérité, la survenue de complications locales ou systémiques, la durée d'hospitalisation et la mortalité.

Résultats

Un taux de CRP ≥ 150 mg/L à l'admission était significativement associé à une forme sévère de pancréatite ($p < 0,001$), à une incidence plus élevée de complications locales (nécrose, abcès) ($p = 0,0028$) et systémiques (défaillance d'organe) ($p = 0,001$), ainsi qu'à une durée d'hospitalisation prolongée ($p = 0,05$). La CRP à l'admission présentait une bonne valeur prédictive de sévérité (AUC = 0,81).

Conclusion

La CRP dosée précocement à l'admission constitue un marqueur simple, accessible et fiable pour prédire la sévérité de la pancréatite aiguë. Elle pourrait guider la stratification initiale et optimiser la prise en charge.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.064

3CVD00085-Kystes hydatiques de localisation atypique : étude rétrospective de 12 cas

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAIDI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'hydatidose est une parasitose endémique dans les régions du pourtour méditerranéen. Si le foie et les poumons sont les localisations classiques, des localisations atypiques peuvent survenir et entraîner des difficultés diagnostiques. Cette étude vise à décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques des kystes hydatiques (KH) de siège inhabituel.

Méthodes

Étude rétrospective menée entre janvier 2010 et décembre 2024 dans notre service de chirurgie. Parmi 250 patients opérés pour hydatidose, 12 cas présentant des KH de localisation atypique ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques, opératoires et évolutives ont été analysées.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 42 ans, avec une prédominance féminine (8 femmes, 4 hommes). Les localisations étaient réparties comme suit : 2 KH glutéaux, 3 pariétaux abdominaux, 2 psoas, 2 spléniques, 1 pancréatique, 1 vésiculaire et 1 tubaire. Le symptôme principal était une masse palpable ou une douleur localisée, parfois confondue avec un abcès, une hernie ou une tumeur. La sérologie hydatique était positive dans 9 cas (75 %). Le scanner abdomino-pelvien a permis d'orienter le diagnostic dans tous les cas. Le traitement a été chirurgical dans 100 % des cas, associant exérèse complète ou partielle du kyste selon sa localisation, avec mise sous albendazole en postopératoire pour 10 patients. Aucune complication majeure ni récurrence n'a été notée après un suivi moyen de 18 mois.

Conclusion

Les kystes hydatiques de siège atypique, bien que rares, doivent être systématiquement évoqués en zone endémique devant toute masse kystique d'allure inhabituelle, afin d'éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.065

3CVD00086-Que faire d'un ligament arqué dans le cadre d'une duodenopancréatectomie céphalique ? Etude multicentrique sur la prise en charge et morbi-mortalité peropératoire.

Elena FERNANDEZ DE SEVILLA (1), Maxime COLLARD (1), Raffaele Vincenzo DE LA ROSA (2), Sophie LAROCHE (3), Iolanda SCOLERI (4), Mehdi BOUBADDI (5), Charles DE PONTAUD (6), Julie PERINEL (7), Julie LECLERC (8), Ruth BUSTAMANTE (9), Rim CHERIF (9), Ahmet AYAV (8), Mustapha ADHAM (7), Sebastien GAUJOUX (6), Christophe LAURENT (5), Stephanie TRUANT (4), Antonio SA CUNHA (3), Laurent SULPICE (2), Maximiliano GELLI (1) - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France, (2)Chu Rennes, Rennes, France, (3)Paul Brousse, Villejuif, France, (4)Chu Lille, Lille, France, (5)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (6)La Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (7)Hôpital Edouard Herriot Hcl, Lyon, France, (8)Chru Nancy, Nancy, France, (9)Henry Mondor, Créteil, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Le ligament arqué (LA) est présent chez 2-7% des patients candidats à une duodenopancréatectomie céphalique (DPC). En cas de retentissement hémodynamique, plusieurs options thérapeutiques sont possibles, mais aucun consensus n'existe à ce jour.

Méthodes

Étude multicentrique rétrospective incluant les patients présentant une sténose du tronc cœliaque évocatrice de LA, opérés d'une DPC entre 2005 et 2024 dans 9 centres français spécialisés. Données collectées via une enquête de pratique et une base de données clinique.

Résultats

Parmi 7616 DPC, 112 patients présentaient une sténose suspecte de LA (1,4%), dont 56(0,7%) considérées comme hémodynamiquement significatives. Les traitements incluaient le stent radiologique préopératoire (n=8), la libération chirurgicale du LA (n=45) et la reconstruction vasculaire d'emblée (n=2) avec un taux de succès 100%, 87% et 100%. En cas d'échec, une reconstruction vasculaire secondaire a été réalisée. Parmi les 56 patients avec un LA avec un retentissement hémodynamique, 4(7.1%) ont présenté une morbidité spécifique en rapport à la prise en charge du LA et le taux de mortalité spécifique est de 3.5% (2 patients décédés d'ischémie hépatique : un patient avec diagnostic intraopératoire du LA et un patient avec diagnostic postopératoire).

Conclusion

Le diagnostic préopératoire d'un LA est essentiel. Parmi les différentes techniques de revascularisation, la libération chirurgicale du LA est la stratégie la plus fréquente et de première

intention, bien que l'accès à la revascularisation endovasculaire reste hétérogène. La reconstruction artérielle constitue une option en cas de sténoses très serrées ou d'échec des autres techniques. L'absence de diagnostic préopératoire semble être le principal facteur de morbi-mortalité spécifique.

Morbi-mortalité spécifique en rapport avec le LA

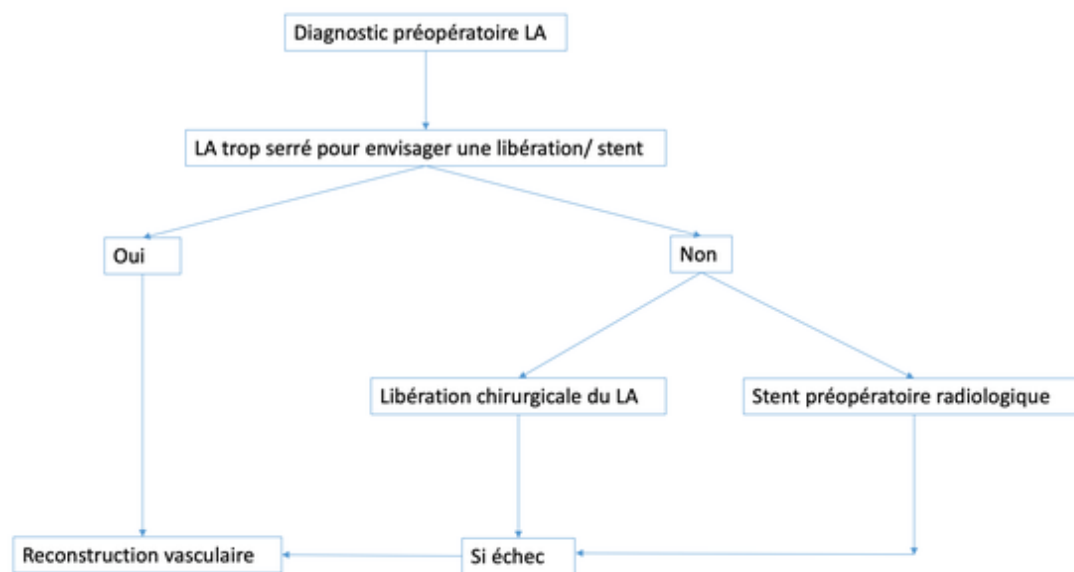


	Sexe et age	Pathologie	Diagnostic LA	Traitement LA	Complication	Délai postop	Traitement	Suites
Patient 7	F, 74 ans	ADK pancréas	Postop	Non	Ischemie hépatique	J3	Reprise au bloc opératoire: Dx LA. Puis stent radiologique	Décès J7
Patient 111	F, 75 ans	ADK pancréas	Intraop	Libération LA	Ischémie hépatique	J1	Reconstruction vasculaire: anastomose artère hépatique-artère splénique	Décès J12
Patient 80	F, 61 ans	Ampullome	Préop	Stent radiologique préopératoire	Hematome point ponction	J0	Pas de traitement spécifique	Simple
Patient 86	F, 67 ans	ADK pancréas	Préop	Libération LA	Plaie millimétrique TC	J0	Suture simple (pertes sanguines intervention 500cc)	Simple

Morbi-mortalité spécifique en rapport avec le LA



Algorithme de la prise en charge d'un LA



E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.066

3CVD00091-Réponse histologique des métastases hépatiques des cancers colorectaux au traitement d'induction

Dhouha BACHA (1), Mohamed HAJRI (2), Sarra BEN REJEB (3), Nour BOUDRIGA (1), Lassad GHARBI (2), Sana BEN SLAMA (1), Ahlem LAHMAR (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépatobiliaire, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure, La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Absence de conflit d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

La réponse histologique à la chimiothérapie d'induction dans les métastases hépatiques des cancers colorectaux est un facteur pronostique important. L'objectif de cette étude était d'évaluer le grade de la régression histologique (TRG) de ces métastases selon Rubbia Brandt et de corrélérer ces grades avec la survie globale (SG) des patients.

Méthodes

Notre étude incluait les patients opérés pour des métastases hépatiques de CCR après un traitement d'induction. Le score de Rubbia Brandt (TRG1 à 5) a été utilisé pour évaluer la réponse histologique. Ces grades étaient ensuite répartis en 3 catégories : bonne réponse pour TRG1-2, réponse partielle pour TRG3 et mauvaise réponse pour TRG 4-5.

Résultats

Notre étude comportait 38 patients. Vingt (52,6%) étaient de catégorie mauvaise réponse et 23,7% pour chacune des catégories réponse partielle et bonne réponse. La survie globale était de 85% à 1 an, 62% à 2 ans et 59% à 3 ans. Les patients avec une bonne réponse avaient des SG significativement plus élevés, par rapport à ceux avec une réponse partielle ou sans réponse ($p=0.023$). Les patients ayant une réponse partielle avaient une survie légèrement meilleure à ceux avec une mauvaise réponse ($p=0,82$).

Conclusion

Le traitement d'induction des métastases hépatiques des CCR doit viser une bonne réponse avec de rares cellules tumorales, de proportion moindre par rapport à la fibrose post thérapeutique. Une meilleure précision des grades de régression tumorales de Rubbia Brandt, notamment l'utilisation de pourcentages, est primordiale pour une rentabilité meilleure de l'étude de corrélation.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.067

3CVD00099-Pancréatectomie mini-invasive et résection veineuse mésentérico-portale : résultats de la cohorte nationale de l'Association Française de Chirurgie

Elias KARAM (1) , Charles DE PONTAUD (2), Alexandra NASSAR (3), Clément PASTIER (2), Antoine CASTEL (4), Alessandro MAZZOTTA (5), François-Régis SOUCHE (6), Rami RHAÏEM (7), Elsa JOLLY (8), Jonathan GARNIER (9), Marie ANDRÉ (10), Manon VIENNET (11), Fabio GIANNONE (12), Johan GAGNIÈRE (13), Frédéric BORIE (14), Mehdi BOUBBADI (15), Lilian SCHWARZ (16), Clément-Louis GAUBERT (17), Nicolas REGENET (17), François PATTOU (18), Nicolas MEURISSE (19), Jean LUBRANO (20), Alain VALVERDE (21), Gabriella PITTAU (22), Alexandre DOUSSOT (23), Bertrand THIBAUD (1), Julien DE MARTINO (1), Emilia RAGOT (24), Jean-Marc BIGOURDAN (25), Amandine PINTO (26), Julie VEZIAN (18), Alexis LAURENT (27), Mehdi EL AMRANI (18), Edouard GIRARD (28), Jeanne DEMBINSKI (29), Petru BUCUR (30), Pietro ADDEO (12), Angelica NEPI (2), Ana Lucia CHARLAIX (2), Emilie LERMITE (31), François PAYE (32), Benjamin DARNIS (33), Jérôme DANION (34), David Jérémie BIRNBAUM (35), Lionel JOUFFRET (36), Renato Micelli LUPINACCI (37), Laurent BRUNAUD (10), Martin BRUNEL (38), Johanna ZEMOUR (39), Rodolfo Romeo VECE (40), Tullio PIARDI (7), Patrice DAVID (41), Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN (42), Laura CHREIM (43), Antonio SA CUNHA (22), Régis FARA (44), Hélène CORTÉ (45), Samir MAHFOUF (46), Reza KIANMANESH (7), Fabrice MUSCARI (8), Laurent SULPICE (4), Alain SAUVANET (1), David FUKS (3), Olivier SAINT-MARC (47), Safi DOKMAK (1), Sébastien GAUJOUX (2) - (1)Hôpital Beaujon, Clichy, France, (2)Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France, (3)Hôpital Cochin, Paris, France, (4)Chu Rennes, Rennes, France, (5)Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France, (6)Chu Montpellier, Montpellier, France, (7)Chu Reims, Reims, France, (8)Chu Toulouse, Toulouse, France, (9)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France, (10)Chu Nancy, Nancy, France, (11)Chu Dijon, Dijon, France, (12)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (13)Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (14)Chu Nîmes, Nîmes, France, (15)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (16)Chu Rouen, Rouen, France, (17)Chu Nantes, Nantes, France, (18)Chu Lille, Lille, France, (19)Chu Liège, Liège, France, (20)Chu Caen, Caen, France, (21)Gh Diaconesses Croix-Saint-Simon, Paris, France, (22)Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France, (23)Chu Besançon, Besançon, France, (24)Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France, (25)Ch Perpignan, Perpignan, France, (26)Ch Tarbes-Lourdes, Tarbes, France, (27)Hôpital Mondor, Créteil, France, (28)Chu Grenoble, Grenoble, France, (29)Chu Amiens, Amiens, France, (30)Chu Tours, Tours, France, (31)Chu Angers, Angers, France, (32)Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, (33)Centre De Chirurgie Digestive De Lyon, Lyon, France, (34)Chu Poitiers, Poitiers, France, (35)Hôpital Nord Marseille, Marseille, France, (36)Ch Avignon, Avignon, France, (37)Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, France, (38)Ch André Mignot, Le Chesnay, France, (39)Chu La Réunion, La Réunion, France, (40)Ch Saint-Denis, Saint-Denis, France, (41)Ch Colmar, Colmar, France, (42)Ch Chartres, Chartres, France, (43)Chu Limoges, Limoges, France, (44)Hôpital Européen Marseille, Marseille, France, (45)Hôpital Saint Louis, Paris, France, (46)Hôpital Ibn Ziri Bologhine, Alger, Algérie, (47)Chu Orléans, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

Les résections pancréatiques (RP) peuvent nécessiter des résections veineuses mésentérico-portales (RVMP). Nous avons comparé les prises en charges de patients opérés de RP mini-invasives (RPMI) avec ou sans RVMP.

Méthodes

Cohorte multicentrique rétrospective de patients ayant eu une duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) ou une pancréatectomie gauche (PG) MI avec ou sans RVMP entre 2010 et 2021 dans le réseau de l'AFC. Un appariement par score de propension stratifié sur l'âge, le sexe, l'IMC, le type de tumeur, le score ASA et la voie d'abord a été utilisé.

Résultats

Après appariement (1:2), 234 DPCMI ont été incluses, 78 (33.3%) avec et 156 (66.7%) sans RVMP. La mortalité était de 10.3% vs 4.5% ($p=0.097$), les complications Clavien III-V (30.8% vs 37.8%, $p=0.313$), le taux de résection R0 (84.9% vs 90.8%, $p=0.252$) et le nombre de ganglions réséqués (17 vs 16, $p=0.219$) étaient similaires. Après appariement (1:10), 275 PGMI ont été incluses, 25 (9%) avec et 250 (91%) sans RVMP. La mortalité était de 8% vs 2% ($p=0.126$), les complications Clavien III-V similaires (19% vs 8%, $p=0.274$) avec un plus grand nombre médian de ganglions réséqués (15 vs 10, $p=0.022$) et un taux de R0 plus faible (58% vs 95%, $p<0.001$).

Conclusion

La RPMI avec RVMP est associée non significativement à une mortalité plus élevée et doit être réservée aux centres experts en chirurgie pancréatique et laparoscopique.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.068

3CVD00109-Chirurgie des métastases hépatiques des cancers colorectaux : facteurs prédictifs de fistule biliaire

Mohamed GUELBI, Mohamed HAJRI, Zied HADRICH, Aziz ATALLAH, Bayar RACHED, Sahir OMRANI - (1)Hôpital Universitaire Mongi Slim, Marsa, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

La fistule biliaire (FB) constitue une complication postopératoire redoutée après chirurgie des métastases hépatiques d'origine colorectale (MHCR). Elle allonge la durée d'hospitalisation, accroît la morbidité et peut retarder la reprise des traitements adjuvants. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs prédictifs de survenue de fistule biliaire après résection hépatique pour MHCR.

Méthodes

Nous avons conduit une étude rétrospective incluant 129 patients opérés pour MHCR entre 2015 et 2024. Les données cliniques, biologiques, opératoires et anatomopathologiques ont été recueillies. L'analyse univariée puis multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs indépendamment associés à la survenue de FB.

Résultats

L'incidence des fistules biliaires était de 24 % (31 cas). L'analyse multivariée a mis en évidence deux facteurs indépendants associés à la survenue de fistule biliaire en postopératoire : une cholestase hépatique au bilan post-opératoire fait à J1 (OR = 8,3 ; $p = 0,041$) et indice de masse corporelle élevé (OR = 0,81 ; $p = 0,04$). Les patients ayant développé une FB présentaient un séjour hospitalier significativement prolongé ($p = 0,001$).

Conclusion

La survenue d'une fistule biliaire après résection de MHCR est favorisée par des critères préopératoires et peropératoires spécifiques. Une meilleure identification des patients à risque permettrait d'adapter la stratégie chirurgicale et de mettre en place des mesures préventives ciblées.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.069

3CVD00113-Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires : Chirurgie radicale versus chirurgie conservatrice

Mehdi BEN LATIFA, Housseem AMMAR, Abdelkader MIZOUNI, Sami LAGHA, Mohamed BEN MABROUK, Ali BEN ALI - (1)Service Chirurgie Générale Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt se rapportant à ce travail.

Introduction

Le kyste hydatique du foie (KHF) est souvent considéré comme pathologie bénigne, mais il peut être source de complications graves telle que l'ouverture dans les voies biliaires (KHFOVB). Le traitement du KHFOVB est principalement chirurgical mais on ne dispose pas d'une attitude consensuelle quant au type du geste. L'objectif de notre travail : comparer les résultats de la chirurgie radicale par rapport à ceux de la chirurgie conservatrice en termes de morbi-mortalité et de récurrence.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective colligeant les patients opérés pour KHFOVB en un centre universitaire de chirurgie digestive et viscérale sur une période de 20 ans et comparant les résultats des différentes procédures chirurgicales employées.

Résultats

Dans notre série, 73 patients étaient opérés pour KHFOVB dont 27 ont eu un traitement radical et les 46 autres ont eu un traitement conservateur. La morbidité globale de la chirurgie radicale était moindre : 25,9% contre 37% lors du traitement conservateur qui était plus pourvoyeur de fistules biliaires externes et de suppuration de la cavité résiduelle. La durée opératoire était comparable entre les deux procédures et le séjour hospitalier était plus prolongé suite à un traitement conservateur. 8 des patients traités par une chirurgie conservatrice ont présenté une récurrence hydatique, alors qu'aucun cas de récurrence n'a été rapporté suite au traitement radical.

Conclusion

Les résultats de notre série démontrent que le traitement radical du KHOVB est associé à une moindre morbi-mortalité avec un taux de récurrence quasi-nul. Néanmoins, une expertise en chirurgie hépato-biliaire est indispensable à sa généralisation.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.070

3CVD00115-Les facteurs de morbidité post-opératoire des angiocholites aiguës d'origine hydatique

Dorsaf MOUELHI, Laila JEDIDI, Senda BEN LAHOUEL, Aya SAIDANI, Rawia MASSOUDI, Khouloud BRIKI - (1)Service De Chirurgie , Hôpital Régional De Jendouba, Jendouba, Tunisie

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts

Introduction

Le kyste hydatique du foie (KHF) est une affection endémique en Tunisie. La fistulisation d'un kyste hydatique dans les voies biliaires, constitue un tournant évolutif de la maladie pouvant conduire à un tableau d'angiocholite aiguë hydatique de gravité variable. Le traitement de la fistule kysto-biliaire est essentiellement chirurgical . Le but de ce travail était d'évaluer les résultats immédiats et étudier les facteurs prédictifs de la morbidité post-opératoire des angiocholites aiguës hydatiques

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 10 ans (2014–2023), portant sur 28 patients opérés pour angiocholite aiguë hydatique à l'hôpital régional de Jendouba. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et opératoires ont été analysées. Une analyse univariée a identifié les facteurs associés à la morbidité postopératoire

Résultats

Notre étude a porté sur 28 patients opérés pour angiocholite aiguë hydatique, avec un âge moyen de 45,6 ans et un sex-ratio de 1,15. Tous venaient du nord-ouest tunisien, zone endémique. Le traitement a été conservateur. Douze patients (42,85 %) ont présenté des complications postopératoires. Celles-ci étaient significativement associées à l'âge > 45 ans, au diabète et à l'hypertension. Aucune corrélation n'a été retrouvée avec les données biologiques préopératoires. En revanche, la taille du kyste (>10 cm), l'aspect du péri-kyste et la taille de la fistule étaient significativement liés à la morbidité postopératoire.

Conclusion

L'identification des facteurs prédictifs de survenue de complications post-opératoires chez les patients opérés pour une angiocholite aiguë hydatique permettrait aux chirurgiens d'intervenir sur ces facteurs en préopératoire et/ou en peropératoire, ce qui pourrait contribuer à réduire la morbidité postopératoire .

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.071

3CVD00125-Les calcifications de l'aorte abdominale n'augmentent pas la morbidité après une chirurgie pancréatique

Augustin SUFFISSEAU (1) , Alexandru SOARE (1), Raphaël AMAR (2), Olivier BENOIT (1), Mostafa EL HAJJAM (2), Frédérique PESCHAUD (1), Renato MICELLI LUPINACCI (1) - (1)Service De Chirurgie Générale, Digestive Et Oncologique – Hôpital Ambroise Paré – 92100 Boulogne-Billancourt, Boulogne-Billancourt, France, (2)Service De Radiologie Médicale Et Imagerie Interventionnelle – Hôpital Ambroise Paré – 92100 Boulogne-Billancourt, Boulogne-Billancourt, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Malgré les progrès récents de la prise en charge péri-opératoire, la chirurgie pancréatique reste associée à une morbidité et une mortalité importantes. Parmi les nombreux facteurs de risque connus, les comorbidités cardiovasculaires, notamment la cardiopathie ischémique, ont été établis comme facteurs indépendants. Le taux de calcification de l'aorte abdominale et des principales artères digestives, quantifiables sur les scanners préopératoires, sont un marqueur indirect de pathologie cardiovasculaire. Leur présence pourrait influencer la morbidité des chirurgies pancréatiques. Cette étude visait à évaluer l'association entre le taux de calcification et la morbi-mortalité de la chirurgie pancréatique.

Méthodes

Une analyse rétrospective a été menée sur 79 patients opérés d'une chirurgie pancréatique. Le score de calcification de l'aorte abdominale et de ses branches (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure) a été calculé à partir des scanners préopératoires selon la méthode d'Agatston. Les patients ont été répartis en deux groupes (faible vs fort score) selon un seuil optimal prédéfini. Les caractéristiques préopératoires et les complications post-opératoires ont été comparées.

Résultats

Notre cohorte comprenait 45 DPC, 26 pancréatectomies gauches et 8 énucléations, essentiellement pour adénocarcinome (71%). La morbidité globale était de 54,4%, avec un taux de fistules pancréatiques (grade B–C) de 19% et 5% de mortalité à 90 jours. Le groupe à fort score présentait plus de comorbidités, sans différence significative du taux de complications (50% vs 68%, $p=0,19$) ni de fistule pancréatique (20% vs 26%, $p=0,34$).

Conclusion

Dans notre étude, les calcifications de l'aorte abdominale ne sont pas associées à une morbidité accrue après chirurgie pancréatique.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.072

3CVD00139-Echinococcose kystique du foie fistulisée dans les voies biliaires :Morbidity et mortalité post opératoires

Mohamed HAJRI, Nada ESSID, Zied HADRICHI, Sofiene GABSI, Rached BAYAR, Sahir OMRANI - (1)Hopital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

La fistule kystobiliaire (FKB) au cours de l'echinococcose est une complication grave. L'attitude vis-à-vis de cette communication bilio-kystique reste controversée entre une approche radicale et une autre conservatrice. L'objectif de ce travail est de comparer les résultats de la chirurgie radicale (CR) et conservatrice (CC) dans la prise en charge des kystes hydatiques du foie fistulisés dans les voies biliaires (KHFFVB) en termes de morbidité et de mortalité postopératoires.

Méthodes

Etude rétrospective portant sur les patients opérés pour un KHFFVB unique sur la période allant du 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2019 . On a inclus les patients chez lesquels on a identifié la fistule biliaire en peropératoire. Le critère de jugement principal est la morbidité et la mortalité postopératoires.

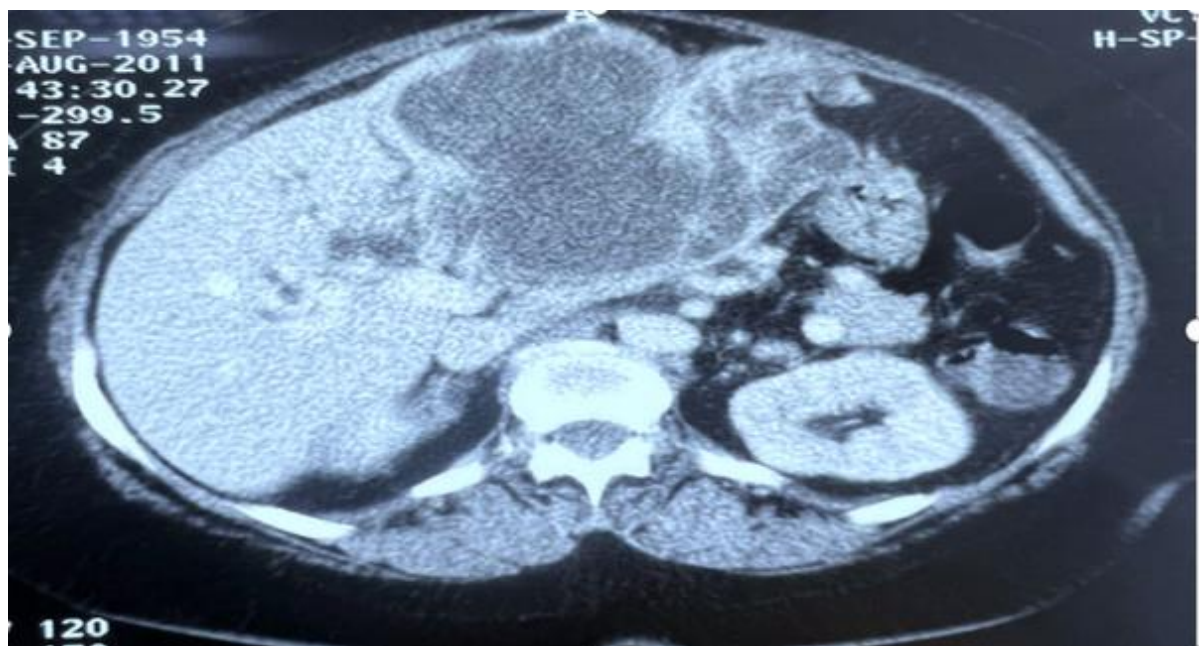
Résultats

Nous avons colligé 104 patients répartis en deux groupes : CR=33 patients et CC=71 patients. La FKB a été traitée dans le groupe CR par: une suture exocavitaire sur un parenchyme sain (97%) et une anastomose bilio-digestive (3%) et dans le groupe CC par une suture endocavitaire (86%) ,un Perdromo (7%),un drainage bipolaire (4.2%)et un DITFO(2.8%).Le taux de morbidité globale ($p=0.039$) et la récurrence ($p=0.018$) étaient meilleurs dans le groupe CR. La mortalité postopératoire était nulle.En étude multivariée la durée de l'intervention était meilleure dans le groupe CC.La durée de drainage, la durée de séjour postopératoire et la récurrence était meilleurs dans le groupe CR.

Conclusion

La CR est meilleure que la CC en termes de complications postopératoires spécifiques et de récurrence dans la prise en charge des KHFFVB.

Coupe axiales passant par le foie montrant un kyst



Paramètres associés à une différence significative

Paramètre	CR		CC		P
Durée de l'intervention	200 ± 27.21 min		136.97 ± 26.5 min		0.000
Durée de drainage	5.39±3.67 jours		9.20 ±1.51 jours		0.007
Durée de séjour postopératoire	5 ± 1.1 jours		6 ± 1.87 jours		0.001
Récidive	0	0%	10	14.1%	0.03

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.073

3CVD00157-Facteurs de risque d'hémorragie postopératoire après duodénopancréatectomie céphalique : étude rétrospective à propos de 140 cas

Souhaib ATRI, Maryem BEN BRAHIM, Amine SEBEI, Ahmed BEN MAHMOUD, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Amine MAKNI, Wael REBAI, Amine DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Anis HADDAD, Montasser KACEM
- (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Hôpital La Rabta Tunis, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

L'hémorragie post duodénopancréatectomie céphalique (HPP), demeure l'une des complications les plus redoutables en raison de son impact pronostique. Cette étude vise à identifier les facteurs de risque associés à une HPP afin d'optimiser la prévention et la prise en charge.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 140 patients opérés entre le 1. Janvier 2001 et le 31. Décembre 2021 pour tumeur du carrefour bilio-pancréatique. Les patients ayant eu une double dérivation, une pancréatectomie totale et les dossiers incomplets ont été exclus.

Résultats

Une HPP a été survenue chez 18 patients (12.8 %), répartie selon la classification ISGPS en grade A (0,7 %), grade B (4,2 %) et grade C (7,8 %). Le délai moyen de survenue était de 6 jours. Dix patients ont nécessité une reprise chirurgicale et deux ont eu une embolisation radiologique. On déplore huit décès : six directement liés à l'hémorragie et deux dus à des complications infectieuses associées. Les facteurs de risque étaient : le diabète ($p = 0,023$), un taux de prothrombine bas ($p = 0,033$), une durée opératoire > 320 minutes ($p < 0,001$) la fistule pancréatique ($p = 0,029$).

Conclusion

Le diabète, les troubles de l'hémostase, la durée opératoire et la fistule pancréatique sont les principaux facteurs de risque d'hémorragie post DPC. Leur identification pourrait améliorer la prise en charge afin de réduire la morbi-mortalité associée.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.074

3CVD00160-Développement de modèles murins de tumeur du pancréas pour la réalisation de chirurgie guidée par fluorescence

Hadi BARAKAT (1), Line ALIBERT (1), Christine GOZE (2), Cindy RACOEUR (2), Zaher LAKKIS (1), Bruno HEYD (1), Franck DENAT (2), Catherine PAUL (2), Alexandre DOUSSOT (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale, Digestive Et Cancérologique (chu), Besançon, France, (2)Université De Bourgogne, Dijon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La résection chirurgicale est la seule option curative du cancer du pancréas. Sa qualité conditionne la survie. La chirurgie guidée par fluorescence (FGS) pourrait favoriser une résection complète. Les sondes bimodales, associant fluorophore, radionucléide et anticorps ciblant l'EGFR comme le panitumumab, offrent un fort potentiel pour améliorer la stadification, optimiser la résection et renforcer la surveillance post-opératoire

Méthodes

Des souris SWISS nude immunodéficientes ont servi à développer un modèle murin orthotopique de cancer pancréatique (MIA PaCa-2). Le panitumumab, anticorps anti-EGFR, a été bioconjugué à un fluorophore (Wazabai ou IRDye-800CW) et au radionucléide ^{111}In pour créer une sonde bimodale. La fluorescence a confirmé la présence tumorale en imagerie préopératoire. Dix jours après l'injection tumorale, les souris ont été réparties en deux groupes : 1. Contrôle (chirurgie standard) ; 2. FGS (chirurgie guidée par fluorescence) avec une caméra KAER-Labs fusionnant images optiques et fluorescentes en temps réel. Un suivi hebdomadaire sur deux mois par imagerie en fluorescence a permis de détecter d'éventuelles récives.

Résultats

Les sondes bimodales ont montré une bonne spécificité tumorale, et une stabilité satisfaisante. Neuf modèles orthotopiques sur dix (90 %) ont été validés. Dans le groupe FGS (n=4), aucune récive n'a été détectée. Dans le groupe standard (n=5), trois souris (60 %) étaient sans récive ; deux ont présenté un signal fluorescent dès la première semaine, suggérant une récive.

Conclusion

La FGS constitue une approche potentielle pour améliorer la stadification tumorale préopératoire, aider la résection chirurgicale du cancer du pancréas, et renforcer la surveillance post-opératoire, en réduisant le risque de récive.

Figure 1

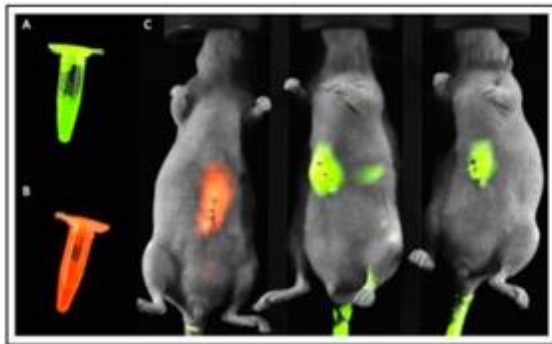


Figure 1 : Fluorescence des anticorps couplés au Wazabi (A) et à l'IRDye 800CW (B)
Imagerie par fluorescence préopératoire de modèles de cancer du pancréas (C)

Figure 2

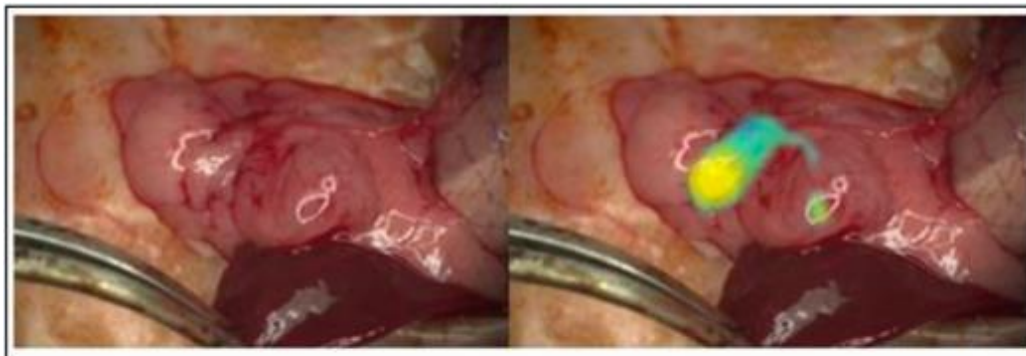


Figure 2 : adénocarcinome du pancréas gauche en vue chirurgicale seule (à gauche), et couplée à la fluorescence (à droite)

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.075

3CVD00171-Fistule pancréatique après duodéno pancréatectomie céphalique : Incidence, facteurs de risque et prise en charge

Maryem BEN BRAHIM, Souhaib ATRI, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDED, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amin DAGHFOUS, Mohamed JOUINI, Dhouha CHERIF, Montasser KACEM
- (1)Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La duodéno pancréatectomie céphalique est une intervention majeure, réalisée pour les tumeurs du carrefour bilio-pancréatique. Malgré les progrès techniques et les soins périopératoires, la fistule pancréatique reste fréquente, avec une morbidité et une mortalité élevée. Cette étude évalue l'incidence, les facteurs de risque et la prise en charge de la fistule pancréatique post duodéno pancréatectomie céphalique.

Méthodes

Étude rétrospective du 1. Janvier 2002 à 31. Décembre 2021, incluant les patients ayant eu une duodéno pancréatectomie céphalique pour tumeur du carrefour bilio-pancréatique. Ils sont exclus les patients ayant eu une double dérivation, une pancréatectomie totale et les dossiers incomplets.

Résultats

Ils ont été inclus 140 patients, l'âge moyen était de 59 ans (27–84) avec une prédominance masculine (sex-ratio : 1,85). Une fistule pancréatique biochimique a été observée chez 10 %, et une fistule pancréatique clinique chez 17,9 % (Grade B : 19 cas, Grade C : 6 cas). L'analyse multivariée a identifié la texture molle du pancréas ($p = 0,004$; OR = 5,654) et une perte sanguine > 400 mL ($p = 0,001$; OR = 0,068) comme facteurs de risque indépendants. La mortalité globale était de 7,9 %, dont 2.8% liés à la fistule pancréatique.

Conclusion

La fistule pancréatique est une complication fréquente après duodéno pancréatectomie. La texture pancréatique molle et les pertes sanguines importantes sont des facteurs de risque majeurs. La prise en charge conservatrice est souvent efficace.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.076

3CVD00172-Gastroparésie postopératoire après duodénopancréatectomie céphalique : Expérience d'un centre tertiaire

Maryem BEN BRAHIM, Souhaib ATRI, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDED, Houcine MAGHERBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amin DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Dhouha CHERIF, Montasser KACEM - (1)Service De Chirurgie Viscerale Et Digestive Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La gastroparésie postopératoire (GPP) est une complication fréquente après des chirurgies pancréatiques majeures, avec une incidence variant de 14 % à 61 %. Cette étude vise à déterminer l'incidence, les facteurs de risques et la prise en charge de la GPP après duodénopancréatectomie céphalique.

Méthodes

Étude rétrospective du 1. Janvier 2002 à 31. Décembre 2021, incluant 140 patients ayant eu une duodénopancréatectomie céphalique pour tumeur du carrefour bilio-pancréatique. Ils sont exclus les patients ayant eu une double dérivation, une pancréatectomie totale et les dossiers incomplets.

Résultats

L'incidence de la GPP était de 12,9 %, avec 5 cas de grade A (3,6 %), 8 cas de grade B (5,7 %) et 5 cas de grade C (3,6 %). Les facteurs de risque significatifs identifiés étaient un indice de masse corporelle $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,024$), une perte sanguine peropératoire $> 400 \text{ mL}$ ($p = 0,001$), l'utilisation de la technique de Child pour l'anastomose pancréatico-jéjunale ($p = 0,003$), et une hémorragie postopératoire ($p = 0,005$). Les patients ayant développé une GPP ont présenté une durée d'hospitalisation significativement plus longue (22,3 jours contre 9,4 jours pour ceux sans GPP). La mortalité globale était de 7.9%. La mortalité spécifique est nulle.

Conclusion

La GPP est une complication significative après duodénopancréatectomie céphalique. L'identification des facteurs de risque et l'adoption de mesures spécifiques pourraient améliorer la gestion des patients.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.077

3CVD00188-Résultats des duodénopancréatectomies céphaliques robot-assistées avec résection veineuse.

Jean-Emmanuel LANGDORPH, Abdallah IBEN KHAYAT, Romain QUETEL, Baudouin THÉBAULT, David DUSSART, Arnaud PIQUARD, Haytem NAJAH, Olivier SAINT-MARC - (1)Chu Orléans, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La réalisation d'une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) peut nécessiter une résection veineuse en cas d'envahissement de l'axe mésentérico-porte. Cette intervention classiquement réalisée par laparotomie est de plus en plus réalisée par voie robot assistée. Toutefois, ses résultats post opératoires sont encore peu décrits.

Méthodes

Nous avons analysé, avant et après appariement sur score de propension, les DPC-robot assistées avec (groupe DPCR-RV) et sans résection veineuse (groupe DPCR) réalisées dans notre centre entre 2020 et 2024. L'appariement prenait en compte l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, le Charlson Comorbidity Index, la réalisation d'une chimiothérapie néo-adjuvante et la date d'intervention. Les critères de jugements principaux étaient le taux de résection R1 et la morbidité postopératoire évaluée par le Comprehensive Complication Index (CCI).

Résultats

Sur les 152 patients avec DPC robot-assistée, 20 ont eu une résection veineuse associée. Les patients du groupe DPCR-RV étaient plus graves (ASA>2: 90% vs 72% ; p=0.03. OMS≥1: 70% vs 42% ; p=0.02). avaient un temps opératoire allongé (393 vs 327min ; p=0.003) et plus de pertes sanguines per-opératoires (347 vs 216 ml ; p=0.02). Il n'y avait pas de différence significative sur le taux de résection R1 (15% vs 17% ; p=0.24) et le CCI (16 vs 22 ; p=0.24). Ces résultats étaient confirmés après appariement : taux de résection R1 (15% vs 21%;p=0.63) et CCI (16 vs 19;p=0.46).

Conclusion

La DPC robotique avec résection veineuse est sûre et faisable. Ses résultats rejoignent ceux de la DPC robotique sans résection veineuse.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.079

3CVD00196-Le rapport protéine C-réactive /calcémie : un biomarqueur combiné pour la prédiction précoce des pancréatites aiguës sévères

Chaima YAKOUBI, Rakia SIALA, Rami GUIZANI, Wiem MARZOUKI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La pancréatite aiguë (PA) présente une évolution variable, allant de formes bénignes à des formes graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'identification précoce des patients à risque est essentielle. Si la protéine C-réactive (CRP) et la calcémie sont individuellement associées à la sévérité de la PA, peu d'études antérieures n'ont évalué la pertinence pronostique du rapport CRP/Calcium (CCR). Ce travail explore, l'utilité du CCR dans la prédiction de la sévérité de la PA.

Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique incluant les patients hospitalisés pour PA entre Janvier 2019 et Décembre 2023 . Le CCR a été calculé dans les 24 premières heures. Une régression logistique multivariée a été réalisée pour évaluer l'association entre CCR et la sévérité de la PA selon la classification révisée d'Atlanta. La performance diagnostique a été analysée par une courbe ROC.

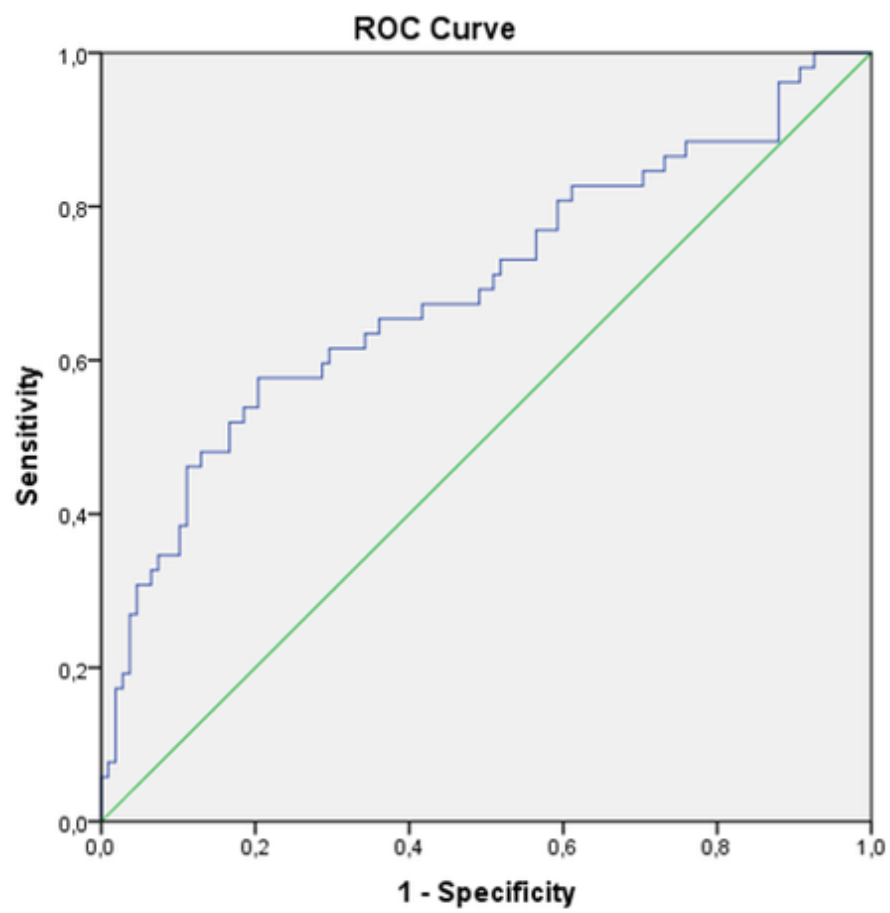
Résultats

Parmi les 160 patients, la médiane du CCR était de 8,89 (IQR : 2,46–48,91). Chaque unité d'augmentation du CCR était associée à une hausse de 2 % du risque de forme modérée à sévère (OR = 1,02 ; $p < 0,001$). L'Aire sous la courbe du CCR était de 0,694 (IC95% : [0,601–0,787] ; $p < 0,001$). Le seuil optimal (24,4) présentait une sensibilité de 57,7 % et une spécificité de 72,2 %.

Conclusion

Le CCR, combinant inflammation et perturbation métabolique, semble être un biomarqueur accessible et pertinent pour la prédiction précoce de la sévérité de la PA.

Courbe ROC du rapport CRP/Ca



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.080

3CVD00199-Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des kystes hydatiques du foie : étude monocentrique sur cinq ans

Chaima YAKOUBI, Rakia SIALA, Rami GUIZANI, Wiem MARZOUKI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

L'échinococcose hépatique, zoonose hyper endémique en Tunisie, constitue un défi thérapeutique en raison de sa morbidité et ses complications. Cette étude vise à décrire les particularités épidémio-cliniques et la prise en charge des kystes hydatiques dans un centre hospitalo-universitaire tunisien.

Méthodes

Une étude rétrospective descriptive a été menée de 2016 à 2021, incluant 61 patients consécutifs. Les paramètres analysés (données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques) ont été analysés.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 44,66 ans (extrêmes : 18-79), avec une prédominance féminine (60,7 %) et une origine rurale dans 49,2 % des cas. Le délai médian de consultation était de 90 jours. Les manifestations cliniques incluaient des douleurs abdominales dans 83,6 % des cas et une masse palpable dans 18 % des cas. La sérologie hydatique, réalisée chez 42,6 % des patients, était positive dans 61,5 % des cas. L'imagerie a identifié majoritairement des kystes de type III (49,2 %) et IV (34,4 %) de Gharbi. Un traitement chirurgical a été pratiqué chez 96,7 % des patients, avec un abord de Kocher dans 82,3 % des cas. Une fistule kysto-biliaire et une suppuration de la cavité résiduelle ont été observées dans 14,8 % et 8,5 % des cas. L'évolution postopératoire était favorable dans 91,8 % des cas, mortalité estimée à 1,6 %.

Conclusion

L'échinococcose hépatique reste fréquente chez la femme tunisienne d'origine rurale. Le diagnostic est souvent tardif et repose sur l'imagerie. Le traitement chirurgical est la référence, avec une mortalité faible.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.081

3CVD00204-Résultats de la prise en charge mini-invasive des tumeurs neuroendocrines pancréatiques

Milena MUZZOLINI, Charles DE PONTAUD, Sébastien GAUJOUX - (1)Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) pancréatiques sont rares et leur prise en charge est hétérogène. Notre objectif était d'évaluer les résultats péri-opératoires des pancréatectomies mini-invasives pour les TNE en France et l'hétérogénéité de leur prise en charge.

Méthodes

Les données des patients (≥ 18 ans) opérés de TNE par approche laparoscopique ou robotique dans 53 centres français de 2009 à 2022 ont été recueillies rétrospectivement.

Résultats

Au total, 748 patients ont été inclus, l'âge médian était de 59 ans (IQR 40-67), 51% étaient des hommes, la taille médiane de la tumeur était de 20mm (IQR 15-30). Les pancréatectomies gauches (PG) représentaient 74% des indications contre 15% d'énucleations, 6% de duodénopancréatectomie céphaliques et 5% de pancréatectomies centrales. 50% des lésions mesuraient moins de 2cm. L'approche était coelioscopique dans 86% des cas, robotique dans 14%, 13% des interventions ont été converties. 28% des tumeurs étaient N+ mais seuls 11% des lésions de moins de 2cm étaient N+, contre 48% pour les lésions > 4 cm. Parmi les PG, il y avait 63% de résection des vaisseaux spléniques, 37% de splénectomie associées dont 13% en urgence. La morbidité post opératoire (Clavien-Dindo ≥ 3) était de 19%, la mortalité de 1,2%. Les centres à haut volume (> 20 /an) amélioraient les pertes sanguines peropératoire, le taux de conversion et de résection R0 et la survie globale sans différence significative.

Conclusion

La résection pancréatique par voie mini invasive des TNE pancréatiques en France est associée à une faible mortalité et morbidité, celles-ci sont réduites dans les centres à haut volume.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.082

3CVD00210-Facteurs Prédicatifs de morbi-mortalité dans la pancréatite aiguë : Analyse rétrospective de 290 Cas

Mohamed ELLEUCH, Souhaib ATRI, Maryem BEN BRAHIM, Amine SEBAI, Ahmed BEN MAHMOUD, Houcine MAGHREBI, Youssef CHAKER, Amine MAKNI, Amine DAGHFOUS, Mohamed JOUINI, Anis HADDAD, Jamel Montacer KACEM - (1)Service De Chirurgie A , Chu La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La pancréatite aiguë est une pathologie grave associée à un risque accru de complications et de mortalité. Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de la morbi-mortalité chez les patients atteints de pancréatite aiguë.

Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective menée au sein du service de chirurgie générale A de l'hôpital la Rabta. Nous avons colligé 290 malades qui ont été hospitalisés pour une pancréatite aiguë entre janvier 2017 et Décembre 2023.

Résultats

L'âge moyen était de 48 ans (19-90), le sexe ratio est de 0.69. Les cas graves, sont observés chez 2,5% de cas, ces patients avaient un SIRS initial à 3. La lithiase vésiculaire représentait l'étiologie la plus fréquente, présente dans 52% des cas. La pancréatite était associée à une dyslipidémie dans 4% des cas, à un éthyisme chronique dans 4% des cas, à une TIPMP dans 1,4% des cas, et à une CPRE dans 2% des cas. Une origine indéterminée a été observée chez 20% des patients. Le stade E était constaté chez 22% des patients. Des complications, telle que la surinfection des coulées de nécroses, a été observée chez 12,5% des patients.

Conclusion

Cette étude met en évidence les facteurs prédictifs de morbi-mortalité chez les patients atteints de pancréatite aiguë, notamment l'âge, la sévérité initiale de la maladie, les étiologies, les complications et l'intervention chirurgicale. Une meilleure compréhension de ces facteurs peut contribuer à une prise en charge plus efficace pour les patients atteints de pancréatite aiguë.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.083

3CVD00212-Place du traitement non opératoire dans le traitement des contusions hépatiques : à propos de 60 cas

Salah HADDAD, Oussema BARAKET, Amine CHAMAKHI, Ines BEJAOUI, Karim TOUNSI, Wissem TRIKI, Sami BOUCHOUCHA - (1)Hôpital H.bougatfa, Bizerte, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette étude.

Introduction

Les contusions hépatiques, majoritairement secondaires aux accidents de la voie publique, constituent une problématique croissante de santé publique. Grâce aux avancées en radiologie interventionnelle et en réanimation, la stratégie thérapeutique s'oriente de plus en plus vers le traitement non opératoire (TNO). Cette étude vise à analyser les modalités de ce traitement et à identifier les facteurs pronostiques de morbidité et de mortalité.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur 60 patients admis au service de chirurgie générale du CHU Habib Bougatfa de Bizerte entre juin 2009 et juillet 2018. Une analyse statistique univariée puis multivariée a été conduite pour mettre en évidence les facteurs prédictifs de complications.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 34 ans, avec une prédominance masculine (sexe ratio 9). La majorité était polytraumatisée (65 %), avec des traumatismes principalement dus à la voie publique (55 %). Le scanner abdominal, systématiquement réalisé, a permis de classer les lésions, avec une prédominance des grades 3 (MIRVIS) et 2 (AAST). Trente-six patients ont bénéficié d'un TNO avec un taux de réussite de 94,4 %. Deux cas d'échec ont été notés, dont un décès. En analyse multivariée, le besoin de plus de 4 culots globulaires a été identifié comme facteur de morbidité spécifique, tandis que l'ISS > 25, un GCS < 9, un TRISS > 20 et la présence d'une lésion vasculaire étaient associés à une mortalité accrue.

Conclusion

Le TNO, bien encadré, reste la stratégie de choix pour les contusions hépatiques sélectionnées.

Facteurs liés à morbidité spécifique en étude univ

Facteur	p	OR
Age>55ans	0,588	1,9
Mécanisme du traumatisme	0,783	0,7
Nature du traumatisme	0,802	0,7
TAS<90mmHg	0,098	4,5
Pouls>100bpm	0,053	6
Hb<9g/dL	0,152	2,26
Hématocrite < 25%	0,017	11
Nombre de CG transfusés > 4	0,043	2,75
TP<50%	0,023	16
ASAT>300U/L	0,782	0,7
ALAT>300U/L	0,194	4,8
HIP	0,118	0,2
HSC	0,362	0,4
Fracture hépatique	0,316	2,63
Lésion vasculaire	0,007	1,25

: Les facteurs liés à la mortalité en étude univar

Facteurs	p	OR
Age	0,426	0,8
Sexe	0,482	0,8
GCS<9	0,001	40
Lésions cérébrales	0,004	18
Lésions périphériques	0,543	0,2
Lésions thoraciques	0,455	2,4
Lésions abdominales	0,635	1,5
ISS>25	0,005	4,1
TRISS>20	0,001	35
Mécanisme du traumatisme	0,369	1,03
Catécholamines	0,041	6
MIRVIS≥4	0,034	5,16
AAST≥4	0,047	7,11
Lésion vasculaire	0,001	40

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.084

3CVD00216-Les facteurs prédictifs de fistules kysto-biliaires dans les kystes hydatiques du foie

Souhaib ATRI, Aida ZAIEM, Amine SEBEI, Ahmed BEN MAHMOUD, Anis HADDAD, Montassar KACEM - (1)Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'interets

Introduction

Le kyste hydatique du foie est une affection généralement bénigne, mais son évolution peut être marquée par diverses complications, dont certaines peuvent engager le pronostic vital. Parmi celles-ci, on trouve la communication kysto-biliaire. Ainsi, il semble nécessaire de prédire la présence de cette communication kysto-biliaire afin d'optimiser la prise en charge chez ces patients.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude multicentrique rétrospective descriptive incluant 210 kystes hydatiques du foie opérés entre le 1er Janvier 2006 et 31 Décembre 2017 dans le service de chirurgie générale A La Rabta.

Résultats

Une fistule kysto-biliaire de large diamètre (> 5 mm) a été mise en évidence en per-opératoire chez 43 patients, représentant un taux de 20,5 %.
L'analyse multivariée a permis d'identifier plusieurs facteurs prédictifs de cette large fistule : la douleur qui est présente chez 69,7 % des patients, l'ictère qui a été trouvé chez 18,6 % des malades, la fièvre présente chez 34,8 % des patients et la cholestase biologique qui a été observée chez 27,9 % des malades. Le scanner a montré une dilatation des voies biliaires chez 30,2 % des cas. Par ailleurs, une ou plusieurs fistules kysto-biliaires occultes ont été détectées en per-opératoire chez 32 patients, soit un taux de 15,2 %.

Conclusion

Afin de diminuer le taux de fuites biliaires postopératoires, il faudrait identifier et traiter toute communication kysto-biliaire.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.085

3CVD00228-Les abcès hépatiques a pyogènes : prise en charge thérapeutique et diagnostique étiologique

Salah HADDAD, Oussema BARAKET, Amin CHAMAKHI, Ines BEJAOU, Wissem TRIKI, Sami BOUCHOUCHA - (1)Hôpital H.bougatfa, Bizerte, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication.

Introduction

Les abcès hépatiques pyogènes sont des infections graves du parenchyme hépatique d'origine bactérienne. Leur évolution peut mettre en jeu le pronostic vital en raison du risque de complications septiques.

Méthodes

Nous rapportons une étude rétrospective incluant 32 patients hospitalisés entre janvier 2008 et décembre 2020 au service de chirurgie générale de l'hôpital de Bizerte pour un ou plusieurs abcès hépatiques pyogènes. L'analyse a porté sur les données cliniques, biologiques, radiologiques, étiologiques et thérapeutiques.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 46 ans (extrêmes : 20 à 84 ans), avec une prédominance masculine (sex-ratio H/F = 1,67). La triade de Fontan (fièvre, douleur de l'hypochondre droit, hépatomégalie) était présente dans 60 % des cas. Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles a été retrouvée chez 59,5 % des patients. L'échographie abdominale a été réalisée chez tous les patients, et un scanner abdomino-pelvien a été nécessaire dans 30 cas. La taille moyenne des abcès était de 6 cm (3 à 12 cm). L'étiologie était d'origine biliaire ou digestive dans la majorité des cas : sigmoïdite diverticulaire (6 cas), angiocholite (6), appendicite (4), pathologie néoplasique (3), chirurgie biliaire (4), et indéterminée dans 9 cas. Le traitement a reposé sur l'antibiothérapie associée à un drainage percutané dans 25 cas ; 3 patients ont été traités par antibiothérapie seule, et 4 par drainage isolé.

Conclusion

La prise en charge des abcès hépatiques repose sur une approche multidisciplinaire. Un diagnostic précoce et un traitement adapté, combinant antibiothérapie, drainage percutané ou exceptionnellement chirurgie, sont essentiels à un bon pronostic.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.086

3CVD00247-Modes de croissance histologiques des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux : corrélations avec les facteurs anatomo-cliniques

Dhouha BACHA (1), Fériel ATTIA (1), Mohamed HAJRI (2), Nour BOUDRIGA (1), Sarra BEN REJEB (3), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Biliaire, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure, La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Dans les métastases hépatiques (MH) des cancers colo-rectaux (CCR), trois modes de croissance histologiques (MCH) sont décrits en fonction de l'interface métastase/tissu sain adjacent : le mode desmoplastique et le mode non desmoplastique, associant ceux infiltratif et expansif. L'objectif de cette étude était de corrélérer les MCH aux facteurs anatomo-cliniques des patients porteurs de MH des CCR.

Méthodes

Etude rétrospective de patients opérés pour des MH d'adénocarcinomes colorectaux infiltrants. Une relecture de toutes les lames des prélèvements tumoraux a été réalisée par un seul pathologiste. La recherche d'une association entre le MCH et les facteurs clinico-pathologiques a été effectuée en utilisant le test de chi-2 de Pearson.

Résultats

Notre étude avait intéressé 116 patients. Le mode desmoplastique était significativement corrélé à l'âge > 60 ans et au siège colique de la tumeur primitive. Le mode non desmoplastique était significativement corrélé à la présence d'embolies vasculaires, au caractère bilobaire des métastases et à la présence d'une extension carcinomateuse endobiliaire. De plus, les patients ayant un MCH desmoplastique avaient une survie globale plus élevée que ceux avec un mode non desmoplastique ($p=0,002$)

Conclusion

Le MCH non desmoplastique des MH des CCR est associé à des facteurs de mauvais pronostic et à une survie globale diminuée par rapport au mode desmoplastique. Ces résultats présentent un impact pronostique et thérapeutique, soulignant l'intérêt de les mentionner dans les comptes rendus histologiques ainsi que l'importance de développer des outils pré-opératoires, notamment radiologiques, pour identifier ces modes précocement, afin d'adapter le traitement.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.087

3CVD00249-Résultats des duodénopancréatectomies céphaliques robot-assistées en cas de présence d'une artère hépatique droite

Abdallah IBEN-KHAYAT, Amaury FACQUE, Baudouin THEBAULT, David DUSSART, Anis REZOUKI, Pierre PEYRAFORT, Arnaud PIQUARD, Haythem NAJAH, Olivier SAINT-MARC - (1)1) département Of Digestive And Endocrine Surgery University Hospital Of Orléans, Orléans, France 14 Av. De L'hôpital, 45100 Orléans, France, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Dr. David Dussart est consultant pour Intuitive Surgical. Drs. Abdallah Iben-khayat, Baudouin Thebault, Anis Rezouki, Pierre peyrafort, Arnaud Piquard, Haythem Najah and Amaury Facque n'ont pas de conflit d'interet.

Introduction

La présence d'une artère hépatique droite (AHD) peut compliquer la réalisation d'une duodénopancréatectomie céphalique, notamment lorsqu'elle est pratiquée par voie robot-assistée (DPC-R). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la présence d'une AHD sur les résultats chirurgicaux et oncologiques des DPC-R pour adénocarcinome (ADK) de la tête du pancréas.

Méthodes

Étude comparative rétrospective uni-centrique des résultats chirurgicaux et oncologiques des patients opérés d'une DPC-R pour ADK de la tête du pancréas sans AHD (G1) et avec AHD (G2) entre 2014 et 2024 dans un centre expert.

Résultats

Sur les 145 patients inclus dans cette étude, une AHD était présente chez 15 patients (G2) et absente chez 130 (G1). Les données per-opératoires étaient comparables en dehors d'un temps opératoire plus important dans le G2 : 360vs316 minutes ($p=0,04$). Le taux de complications graves (Dindo-Clavien III-IV) et de mortalité n'étaient pas différents entre G1 et G2 : 21%vs33% ($p=0.3$) et 3.1%vs6.7% ($p=0.4$). Le taux de fistule biliaire et d'hémorragies grade B/C étaient supérieurs dans le G2, respectivement 27%vs3.8% ($p=0.007$) et 27%vs5.4% ($p=0.007$). Le taux de résections R0 était comparables dans les deux groupes : G1 :78% vs G2:67% ($p=0.3$). Le nombre de ganglions dans chaque groupe était de 12 ($p=0.6$). Le taux de récurrence était de 44% dans le G1 vs 58% dans le G2 ($p=0.4$).

Conclusion

Lors d'une DPC-R, la présence d'une AHD est associée à une augmentation des taux de fistule biliaire et d'hémorragies grade B/C sans impacter les résultats oncologiques.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.088

3CVD00256-la radiofréquence dans les métastases hépatiques du cancer du sein non résecable

Nadya ANNANE (1), Karim HADDAD (1), Fatiha ALIBENAMARA (2), Smail, Sid Ahmed BENTOUMI (1), Fatma Zohra DALI YUCEF (1), Larbi ABID (2), Nadjat AZZI (3) - (1)Université De Médecine D'alger, Tipaza, Algérie, (2)Université De Médecine D'alger, Alger, Algérie, (3)Université De Médecine De Blida, Tipaza, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

La survenue de métastases hépatiques (MH) dans le cancer du sein est de mauvais pronostic. Une prise en charge thérapeutique chez des patientes sélectionnées peut améliorer la survie. La radiofréquence (RF) est une option efficace de cytoréduction des MH du cancer du sein.

Méthodes

Onze patientes porteuses de MH d'un cancer du sein ont bénéficié d'un traitement par RF au sein du service de chirurgie de l'hôpital de Bologhine, entre janvier 2010 et décembre 2017.

Résultats

L'âge moyen des patientes était de 43,5 ans. Cinq patientes présentaient des MH synchrones et six des métastases métachrones. Toutes les patientes ont reçu un traitement médicamenteux contre le cancer du sein, 3 par hormonothérapie, et 8 par chimiothérapie néoadjuvante ciblant les MH. Le nombre moyen de tumeurs par patiente était de 6,82 [2–30], avec un diamètre moyen de 13,86 mm [2–35 mm]. Parmi les 75 MH identifiées, 51 MH ont été traitées par RF, des gestes chirurgicaux complémentaires ont été réalisés : 8 métastasectomies, 1 hépatectomie gauche, 1 lobectomie gauche, 1 wedge resection. La mortalité était nulle. Une seule patiente a présenté une complication. La médiane de survie était de 12 mois. Les taux de survie à 12, 24, 36 mois étaient respectivement de 62,5 %, 46,4 %, 15 %.

Conclusion

La RF peut être intégrée dans une stratégie thérapeutique multimodale, en complément des traitements systémiques, chez les patientes présentant un nombre non limité de MH. L'absence de mortalité, la faible incidence des complications et la survie prolongée observée renforcent la pertinence de cette approche.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.089

3CVD00259-Résections pancréatiques pour cancer du pancréas en centre périphérique : Analyse comparative avec un benchmark national et impact des facteurs de risque

Amariutei ALEXANDRE (1), Fassari ALESSIA (2), Marcucci FRANCESCA (1), Geogac COSTANTIN (1), Chenard XAVIER (1), Brachet DOROTHÉE (1), Housson EMMANUEL (1), Rosso EDOARDO (1) - (1)Centre De Chirurgie Digestive-Pôle Santé Sud, Le Mans, France, (2)Centre De Chirurgie Generale, Luxembourg, Luxembourg

Conflits d'intérêts

Les auteurs A.Amariutei, A.Fassari, F.Marcucci, C.Georgeac, X.Chenard, D.Brachet, E.Housson, et E.Rosso déclarent n'ayant aucun conflits d'intérêts.

Introduction

Cette étude évalue les résultats des résections pancréatiques réalisées dans un centre périphérique, en comparant les données à un benchmark national français issu d'une cohorte de 17 183 patients. L'objectif est d'analyser si les résultats d'un centre périphérique sont comparables aux standards nationaux et d'identifier les facteurs de risque associés à la mortalité et aux complications.

Méthodes

Une analyse rétrospective de 181 patients ayant subi une résection pancréatique entre 2019 et 2024 a été menée. Une sous-analyse a porté sur 85 patients opérés pour cancer du pancréas. Les données démographiques, les indications chirurgicales, les types de procédures, les complications, la fistule pancréatique post-opératoire (POPF), et la mortalité à 90 jours et à 1 an ont été analysées.

Résultats

Dans la population globale, les duodénopancréatectomies céphaliques (DPC) représentaient 52,4 % des procédures. Le taux de POPF était de 7,8 %, similaire aux données de référence (8–10,5 %). La mortalité à 90 jours était de 3,5 % (benchmark : 4,6–7,9 %) et de 10,6 % à 1 an (benchmark : 18,6 %). L'analyse des facteurs de risque a mis en évidence une association significative entre la texture pancréatique et la POPF, ainsi qu'entre la ré-intervention et la mortalité post-opératoire.

Conclusion

Les résultats de notre centre périphérique suggèrent que les résections pancréatiques peuvent être réalisées avec des résultats comparables à ceux rapportés dans certains centres à haut volume en France. La mortalité et le taux de POPF sont positivement comparables au benchmark

national. L'identification des facteurs de risque reste cruciale pour améliorer les résultats chirurgicaux.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.091

3CVD00268-Effet à long terme de la durée de séjour en réanimation après une transplantation hépatique

Nassiba BEGHDAI (1), Cyrille FERAY (2), Philippe ICHAI (2), Faouzi SALIBA (2), Marc BOUDON (2), Nicolas CABRIT (2), Marie-Alexandra STRIGALEV (2), Gabriella PITAU (2), Marc Antoine ALLARD (2), Nicolas GOLSE (2), Eric VIBERT (2), Rene ADAM (2), Daniel CHERQUI (2), Antonio SA CUNHA (2), Ilias KOUNIS (2), Chady SALLOUM (2), Daniel AZOULAY (2) - (1)Chu Beaujon, Clichy, France, (2)Chu Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La durée de séjour en réanimation (d-USI) après une chirurgie majeure est un facteur prédictif de diminution de la survie. Toutefois, la causalité de cette association n'a pas encore été démontrée. L'objectif est d'évaluer la relation de cause à effet entre la d-USI et la survie globale (SG) après une transplantation hépatique (TH).

Méthodes

Étude rétrospective incluant 1424 adultes ayant reçu leur première TH entre 2004 et 2018, vivants et sortis d'USI à J90. Une analyse de type Cox avec point temporel de référence (landmark) a examiné si l'effet de la d-USI persistait chez les survivants entre 1 et 10 ans après la sortie d'USI. Une méthode d'inférence causale par essai cible simulé (ETT) a été utilisée pour analyser l'effet de la d-USI. Une seconde cohorte de 307 patients a été extraite de la base MIMIC-IV (Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, USA) pour validation.

Résultats

La SG diminuait avec l'augmentation de la d-USI, indépendamment des caractéristiques des receveurs et des donneurs : elle était plus faible pour une d-USI > 3 semaines que > 2 semaines, et plus faible pour d-USI > 2 semaines que > 1 semaine. Un effet différé de la d-USI sur la SG a été observé jusqu'à 9 ans après TH. L'analyse ETT a confirmé une relation causale entre la d-USI et la SG, résultats reproduits dans la seconde cohorte.

Conclusion

La durée de séjour en USI impacte de façon causale la survie après TH, avec un effet qui s'amplifie dans le temps.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.092

3CVD00292-Métastases hépatiques des tumeurs germinales non séminomateuses, y-a-t-il toujours une place pour la chirurgie hépatique des lésions résiduelles ?

Romain LESOURD, Elena FERNANDEZ-DE-SEVILLA, Natacha NAOUN, Maximiliano GELLI, Matthieu FARON, Hervé BAUMERT, Karim FIZAZI, Maxime COLLARD, Isabelle SOURROUILLE - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Les métastases hépatiques (MH) des tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS) surviennent dans 10% et leur pronostic dépendra de la réponse à la chimiothérapie. Seule la chirurgie permet de confirmer la réponse pour les MH>1 cm. Cette étude évalue l'intérêt de la chirurgie post-chimiothérapie et le taux de réponse histologique complète.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés de MH persistantes >1cm de TGNS après chimiothérapie entre 2005 et 2024.

Résultats

Parmi les 21 patients opérés de MH de TGNS, 9 patients (43%) ont reçu >1 ligne de traitement néoadjuvant et 13 patients (62%) avaient des métastases extra-hépatiques concomitantes (ganglionnaires rétropéritonéales et/ou pulmonaires). Deux patients (9.5%) ont eu une hépatectomie majeure et 11 (52%) ont eu des radiofréquences associées. La moitié des patients ont eu un curage lombo-aortique concomitant. Deux patients (9.5%) ont présenté des complications Dindo-Clavien≥III, sans décès postopératoire. L'histologie a révélé des cellules tumorales résiduelles chez 2 patients (10%), du tératome chez 1 patient (5%), et de la nécrose/fibrose chez 18 patients (85%). Après un suivi médian post-opératoire de 25 mois, la SG et SSR estimées à 3 ans étaient 78% et 64%, respectivement. Six patients (28%) ont présenté une récurrence, dont 4 (19%) une récurrence hépatique. Parmi les récurrences, 2 patients avaient des cellules tumorales et 1 patient du tératome sur la pièce d'hépatectomie.

Conclusion

Chez les patients ayant des MH de TGNS avec bonne réponse à la chimiothérapie, environ 15% présentaient une maladie histologique résiduelle ce qui confirme la place de la chirurgie dans ce contexte.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.093

3CVD00294-Resection R1 apres traitement d'induction par FOLFIRINOX: quel impact clinique?

Pietro ADDEO, Chloe PAUL, Ivan MARCHITELLI, Averous GERLINDE, Plesa Furda PATRICIA, De Mathelin PIERRE, Bachellier PHILIPPE - (1)Chu Strasbourg, Hopital De Hautepierre, Chu Strasbourg Hopital De Hautepierre, France

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs n'ont pas de conflits d'interets

Introduction

Cette étude a évalué la signification pronostique d'une résection R1 après une chimiothérapie néoadjuvante intensive par FOLFIRINOX(FFX)chez des patients atteints d'adénocarcinome pancréatique (ADKP) localement avancé ou borderline.

Méthodes

Nous avons revu rétrospectivement les données de patients traités par chimiothérapie néoadjuvante FFX entre janvier 2010 et décembre 2024.

Résultats

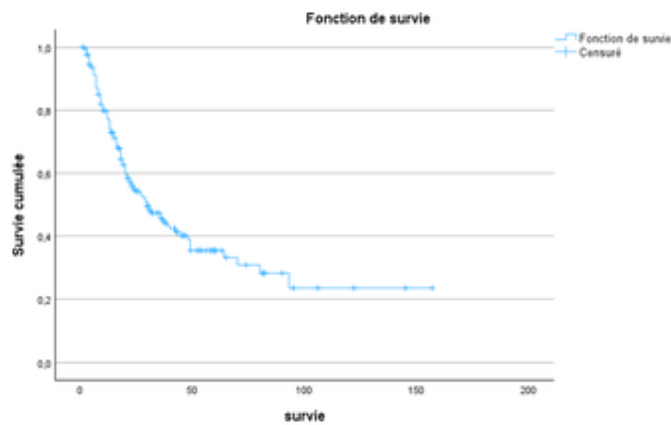
219 patients consécutifs ont subi une résection pour ADKP après une chimiothérapie d'induction par FFX, avec un nombre médian de cycles préopératoires de FFX de 11. Une résection veineuse a été réalisée chez 191 patients (87,7 %), tandis qu'une résection artérielle a été effectuée chez 141 patients (64,4 %). Une résection R1 était présente chez 73 patients (33,4 %). La survie globale médiane après la chirurgie était de 30 mois, (1, 3 et 5 ans de 77 %, 45 % et 32 %). La résection R1 ($p = 0,004$) a été identifiée comme un facteur pronostique, de même que la normalisation du CA 19-9 avant la chirurgie ($p = 0,04$) et la présence de ganglions lymphatiques positifs ($p = 0,004$). La résection R1 était associée à une SG ($p < 0,0001$) et une survie sans maladie ($p = 0,005$) plus courtes comparées à la résection R0 et à une réponse histologique et biologique moindre à la chimiothérapie préopératoire ($p < 0,05$).

Conclusion

Une résection R1 survient chez un tiers des patients traités par FOLFIRINOX et identifie une catégorie de patients présentant une réponse limitée à la chimiothérapie préopératoire et à risque accru de récurrence précoce

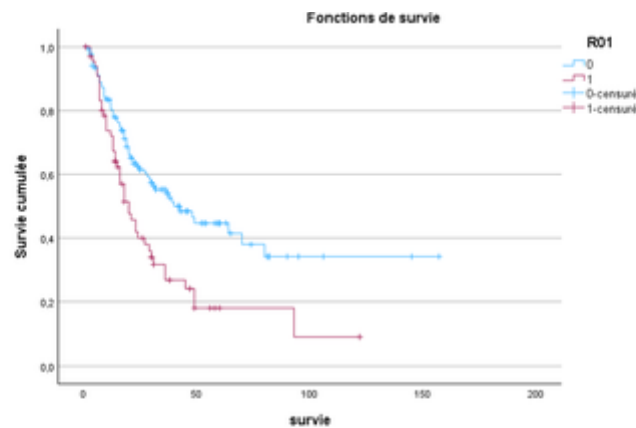
Survie globale

Survival



	Overall Survival	1-year	3-years	5-years
Overall Survival From Surgery	30 months (CI95% 20,7-39,28)	77%	45%	33%

Survie R0/R1



$P=0,004$

	Overall Survival	1-year	3-years	5-years
R0	40 months (CI95%24 -55)	93%	54%	44%
R1	20months (CI95% 14-25.9)	72%	26%	10%

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.094

3CVD00295-Les facteurs prédictifs de fistules kysto-biliaires dans les kystes hydatiques du foie

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAIDI, Saber REBII, Ayoub ZOGHLAMI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le kyste hydatique du foie (KHF) pose un problème de santé publique en Tunisie. Son évolution peut être émaillée de plusieurs complications. La fistule kysto-biliaire (FKB) est la complication la plus fréquente du KHF. Le but de notre travail est d'identifier les facteurs prédictifs de la présence de FKB afin de pouvoir optimiser le traitement chirurgical et de diminuer la morbidité postopératoire.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique et analytique s'étalant sur 8 ans (du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2023) ayant colligé 178 patients porteurs de KHF opérés. Le diagnostic de FKB était suspecté sur la clinique, la biologie, l'imagerie et confirmé en peropératoire.

Résultats

Une FKB a été observée en peropératoire chez 15 patients soit un taux de 8.4 %. En analyse univariée, les variables préopératoires associées à la présence de FKB étaient: le genre ($p=0.001$), le kyste exophytique à l'échographie ($p=0.001$), la taille du KHF ($p=0.034$), la dilatation des voies biliaires à l'échographie et au scanner ($p=0.027$ et 0.03 respectivement), la visualisation de FKB au scanner ($p=0.002$) et la bilirubine totale ($p=0.044$). L'analyse multivariée n'a retenu que : la taille du KHF supérieure à 7 cm ($OR=4.3$, $p=0.001$), la visualisation de FKB au scanner ($OR=24.2$, $p=0.0048$) et le taux de bilirubine totale supérieur à 18 mmol/L ($OR=8.7$, $p=0.001$).

Conclusion

Les FKB sont à l'origine d'une morbidité élevée du traitement conservateur du KHF. Une recherche et un traitement adéquats de ces FKB pourraient permettre d'améliorer les résultats du traitement conservateur.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.095

3CVD00296-Les dosages pancréatiques précoces sont-ils prédictifs de fistules pancréatiques après DPC réalisée par robot ?

Romain QUETEL-BULTEAU, Abdallah IBEN-KHAYAT, Amaury FACQUE, Baudouin THEBAULT, Haythem NAJAH, Olivier SAINT-MARC - (1)Chu Orléans, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La duodéno-pancréatectomie céphalique assistée par robot (rDPC) est en plein essor pour traiter les pathologies pancréatiques céphaliques. Les fistules pancréatiques post-opératoires (POPF) restent fréquentes et sources de morbidité. Les dosages précoces d'amylase et de lipase sur drains sont déjà connus comme facteur prédictif de fistule en laparotomie mais n'ont pas encore été évalués pour la voie robot.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique incluant 212 patients opérés par rDPC entre 2015 et 2024. Les dosages d'amylase et de lipase sur drain ont été relevés entre 24 et 36 heures post opératoires. Le critère principal était la survenue d'une POPF de grade B ou C. Une analyse comparative, une régression logistique univariée et une analyse ROC ont été réalisées.

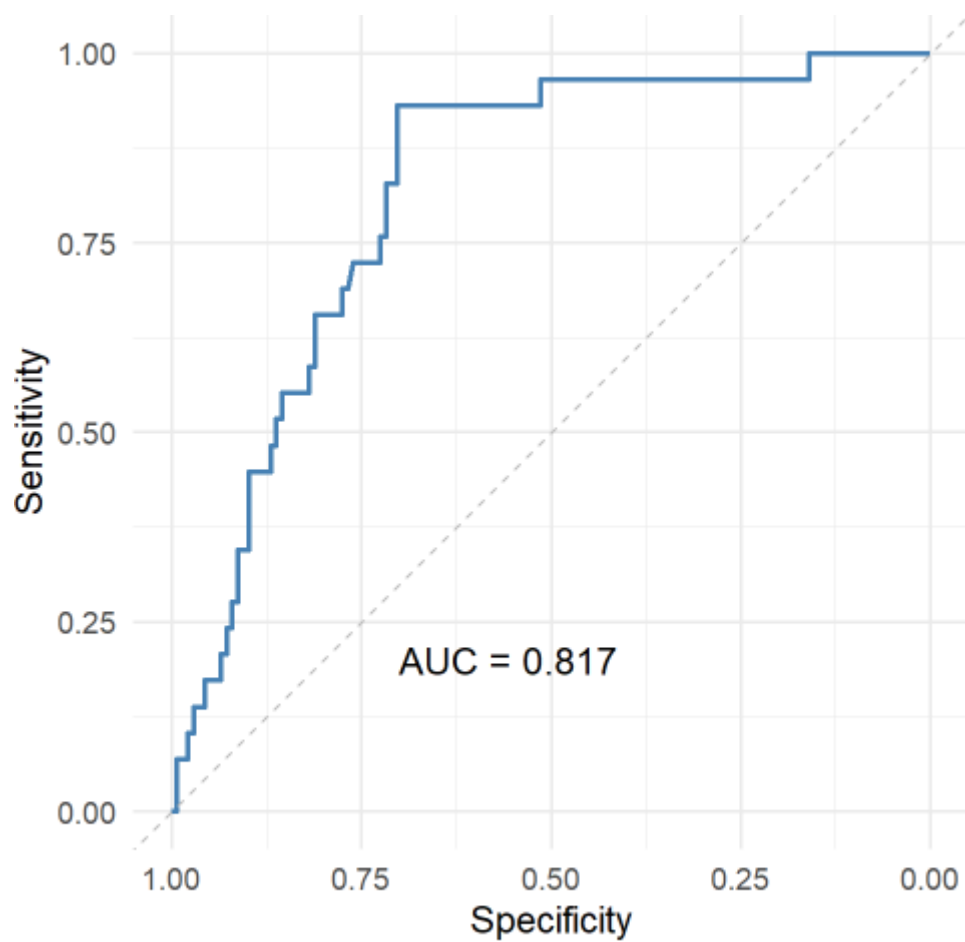
Résultats

Une POPF cliniquement significative a été observée chez 16 % des patients. Les taux d'amylase et de lipase dans les 36 premières heures étaient significativement plus élevés chez ceux ayant développés une POPF de grade B ou C ($p < 0,001$). Un seuil de lipase à 2114 UI/L présentait une sensibilité de 93,3 %. Un seuil d'amylase à 651.5 UI/L présentait une sensibilité à 93,1%. L'aire sous la courbe ROC était de 0,817 pour la lipase et de 0,804 pour l'amylase. Le dépassement du seuil était fortement associé à la survenue de POPF (OR = 27,1 ; IC 95 % : 7,72–173 ; $p < 0,001$).

Conclusion

Les dosages enzymatiques dans les 36 premières heures permettent d'identifier les patients à risque de fistules pancréatique grade B et C.

Courbe ROC - Amylase



Courbe ROC - Amylase

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.096

3CVD00307-Facteurs anatomiques à risque d'échec d'Anastomose Cavo-Sushépatique en Transplantation Hépatique

Lazare SOMMIER, Laure ESCAL, Bader AL TAWEEL, Cyprien TOUBERT, Francis NAVARRO, Astrid HERRERO - (1)Chu Montpellier, Montpellier, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêts.

Introduction

La transplantation hépatique est une chirurgie complexe nécessitant plusieurs anastomoses vasculaires et biliaires. La technique de l'anastomose cave a évolué : autrefois réalisée par résection de la veine cave inférieure, elle tend aujourd'hui vers des techniques de préservation comme l'Anastomose Cavo-Sus-Hépatique (ACS) ou l'Anastomose Cavo-Cave latéro-latérale (ACC). L'ACS, bien que toujours théoriquement réalisable, peut nécessiter un clampage cave total, ce qui la rend parfois techniquement délicate. Dans ce cas, une ACC est pratiquée en deuxième intention.

Méthodes

L'objectif de cette étude est de déterminer les conditions anatomiques prédisposant à l'échec d'une ACS. Les auteurs ont analysé rétrospectivement les données de patients transplantés entre janvier 2014 et juin 2019, opérés par des chirurgiens optant systématiquement pour une ACS en première intention. Plusieurs cas particuliers ont été exclus (polykystoses, Budd-Chiari, hépatectomies majeures, retransplantations, etc.). Les paramètres anatomiques des veines hépatiques (distances entre ostias, angles, hypertrophies) ont été mesurés.

Résultats

Sur 157 transplantations analysées, 33 % ont nécessité une ACC de seconde intention. Ces interventions étaient associées à une hépatectomie plus longue (137 vs 116 minutes) et plus hémorragique (2495 vs 1778 mL). Deux facteurs anatomiques sont ressortis comme prédictifs de difficulté pour réaliser une ACS : une plus grande distance horizontale entre les ostias des veines hépatiques (2,37 vs 2,20 cm) et une hypertrophie du foie droit (17 vs 5 cas).

Conclusion

L'étude permet d'identifier des patients à risque chirurgical élevé, guidant ainsi la planification opératoire.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.097

3CVD00317-Définition et facteurs prédictifs de récurrence précoce (RP) des adénocarcinomes canaux pancréatiques (ACP) résécables d'emblée

Goudarz TAGHVA PASSAND, Mehdi BOUBADDI, Arthur MARICHEZ, Jean-Philippe ADAM, Laurence CHICHE, Christophe LAURENT - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Bien que l'adénocarcinome canalaire pancréatique (ACP) résécable d'emblée puisse bénéficier d'une chirurgie curative, le risque de récurrence précoce (RP) est majeur (40-50%). Cependant, sa définition et sa prédiction préopératoire ne sont pas claires. L'objectif était de définir la temporalité de la RP et d'identifier les facteurs prédictifs et leur impacts pronostiques.

Méthodes

Les patients consécutivement opérés d'un APC résécable d'emblée entre 2018 et 2023 ont été inclus. Les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et histologiques ont été analysées. Une analyse en p-value minimale selon la survie globale (SG) a été utilisée pour définir la RP.

Résultats

Il a été inclus 175 patients avec un ACP résécable d'emblée. Le suivi médian était de 23mois. Une récurrence tumorale était objectivée chez 112 (64%) patients. Elle était définie comme précoce si elle survenait dans les 15 premiers mois du suivi. Elle était majoritairement systémique (89%). Le sexe féminin ($p=0,011$), l'envahissement veineux scanographique ($p=0,008$), l'invasion de la graisse péri-pancréatique ($p=0,035$), la faible différenciation ($p=0,006$), le statut ganglionnaire positif ($p=0,001$), et un CA19-9 préopératoire supérieur à 200UI/ml ($p<0.011$) étaient associées à un risque augmenté de RP. La chimiothérapie néoadjuvante n'avait pas d'impact sur la RP (30.1% vs 24.5% $p=0.810$). La RP était associée à une SG fortement diminuée (17 vs 52 mois $p<0.001$).

Conclusion

La RP (<15 mois) est associée à une mortalité précoce indépendamment du traitement néoadjuvant. Hormis le CA19-9, il n'existe pas de facteur prédictif assez efficace pour adapter la stratégie thérapeutique afin de réduire ce risque ou de mieux sélectionner les patients éligibles à une chirurgie curative.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.098

3CVD00320-Modes de croissance histologiques des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux : corrélations avec les facteurs anatomo-cliniques

Dhouha BACHA (1), Fériel ATTIA (1), Mohamed HAJRI (2), Sahir OMRANI (2), Sarra BEN REJEB (3), Lassad GHARBI (2), Ahlem LAHMAR (1), Sana BEN SLAMA (1) - (1)Service D'anatomie Pathologique, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Hépato-Biliaire. Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anatomie Pathologique. Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure. La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt en rapport avec ce travail

Introduction

Dans les métastases hépatiques (MH) des cancers colo-rectaux (CCR), trois modes de croissance histologiques (MCH) sont décrits en fonction de l'interface métastase/tissu hépatique adjacent : le mode desmoplastique et le mode non desmoplastique, associant les modes infiltratifs et expansifs. L'objectif de cette étude était de corrélérer les MCH aux facteurs anatomo-cliniques des patients porteurs de MH des CCR.

Méthodes

Etude rétrospective de patients opérés pour des MH d'adénocarcinomes colorectaux infiltrants. Une relecture de toutes les lames des prélèvements des métastases a été réalisée par un même pathologiste. La recherche d'une association entre le MCH et les facteurs clinico-pathologiques a été effectuée en utilisant le test de chi-2 de Pearson.

Résultats

Notre étude avait intéressé 116 patients. Le mode desmoplastique était significativement corrélé à l'âge > 60 ans et au siège colique de la tumeur primitive. Le mode invasif était le plus fréquent (43,5%). Le mode non desmoplastique était significativement corrélé à la présence d'embolies vasculaires, au caractère bilobaire des métastases et à la présence d'une extension endobiliaire. Les patients ayant un MCH desmoplastique avaient une survie globale plus élevée que ceux avec un mode non desmoplastique ($p=0,002$)

Conclusion

Le MCH non desmoplastique des MH des CCR est associé à des facteurs de mauvais pronostic et à une survie globale diminuée par rapport au mode desmoplastique. Ces résultats présentent un impact pronostique et thérapeutique, soulignant l'intérêt de les mentionner dans les comptes rendus histologiques ainsi que l'importance de développer des outils pré-opératoires, notamment à l'imagerie, pour identifier ces modes précocement, afin d'adapter le traitement.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.099

3CVD00330-Traitement médical seul des cholécystites aiguës chez les patients âgés multitarés : une option à reconsidérer ?

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La cholécystite aiguë lithiasique représente une pathologie fréquente chez les sujets âgés, souvent porteurs de comorbidités rendant la prise en charge chirurgicale complexe. Les recommandations actuelles préconisent une prise en charge initiale médicale, suivie d'une cholécystectomie différée. Cependant, la faisabilité de cette stratégie chez les sujets âgés et fragiles mérite d'être réévaluée.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients admis pour cholécystite aiguë lithiasique entre janvier 2022 et décembre 2023. Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'âge (<75 ans et ≥75 ans). Le critère principal était l'échec de la stratégie de cholécystectomie différée, défini par l'absence de réalisation de l'intervention après traitement médical initial.

Résultats

Sur les 334 patients inclus, 72 avaient 75 ans ou plus. Parmi eux, 44 % n'ont pas bénéficié de la cholécystectomie prévue, contre seulement 18 % chez les patients plus jeunes ($p = 0,005$). Parmi les sujets âgés non opérés, 39 % ont présenté une amélioration clinique durable après antibiothérapie, justifiant une abstention chirurgicale validée en réunion pluridisciplinaire. Environ 36 % ont exprimé un refus de la chirurgie, souvent motivé par la peur des complications ou une volonté de préserver leur autonomie. Chez les patients opérés, aucune différence significative en termes de morbi-mortalité péri-opératoire n'a été observée entre les deux groupes. .

Conclusion

Ces résultats suggèrent que l'antibiothérapie seule pourrait constituer une alternative thérapeutique acceptable chez certains patients âgés, en particulier ceux fragiles ou opposés à une intervention. Une évaluation individualisée semble indispensable.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.100

3CVD00358-Y a-t-il une place pour la duodéno-pancréatectomie totale au cours de la résection des sarcomes rétropéritonéaux ? Étude rétrospective monocentrique.

Alessandro DELCARRO, Maxime FOGUENNE, Filomena MAZZEO, Lancelot MARIQUE, Laurent COUBEAU - (1)Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt

Introduction

Les sarcomes rétropéritonéaux (SRP) sont des tumeurs rares dont la pierre angulaire du traitement est la chirurgie. Une résection complète nécessite souvent des exérèses multiviscérales, pouvant inclure le pancréas. La pancréatectomie augmente le risque de fistule pancréatique postopératoire (FPPO), notamment en cas de parenchyme mou et de canal de Wirsung non dilaté.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients opérés pour SRP entre janvier 2015 et avril 2025.

Résultats

Sur 107 patients opérés, 20 (18,6 %) ont eu une résection pancréatique : duodénopancréatectomie céphalique (n = 4), pancréatectomie gauche (n = 8) et duodénopancréatectomie totale (DPT) (n = 8). Une infiltration histologique du pancréas et/ou duodénum a été retrouvée dans 11 cas (55 %). Une résection R0 a été obtenue chez 14 patients (70 %), principalement après DPT. Sept DPT (88 %) ont nécessité une reconstruction vasculaire, sans complication spécifique. Le tableau 1 illustre les détails techniques ; tableau 2 reprend les complications en fonction de la pancréatectomie. Les complications sévères (Clavien-Dindo $\geq$ III) ont concerné 8 patients (40 %), parmi lesquelles 4 FPPO B/C (20 %). Après suivi moyen de 27 mois, 9 patients (45 %) ont récidivé et 7 (35 %) sont décédés, dont 4 avant J90 (2 complications chirurgicales, 2 évolutions métastatiques).

Conclusion

Chez les patients atteints de SRP, la pancréatectomie est justifiée lorsqu'elle permet d'atteindre une exérèse complète. En contexte de résection multiviscérale avec reconstruction vasculaire, la DPT apparaît comme une option adaptée. Ces résultats doivent être validés par des études à plus large échelle.

Tableau 1. Détails techniques des procédures chirurgicales

	Résection pancréatique dans le cadre d'une résection multiviscérale pour sarcome rétropéritonéale (n=20)
Diagnostic histologique	
Liposarcome dédifférencié	12 (60%)
Liposarcome bien différencié	2 (10%)
Léiomyosarcome	1 (5%)
PECome	2 (10%)
Autres (myofibrosarcome, angiosarcome)	3 (15%)
Nombres d'organes réséqués concomitamment (médiane) [EIC]	4 [3-5]
Reconstruction vasculaire	8 (40%)
Veine cave inférieure	7 (35%)
Veine mésentérique inférieure	1 (5%)
Durée chirurgicale en minutes (médiane) [EIC]	602 [464-686]
Perte sanguines en ml (médiane) [EIC]	400 [300-1250]
Concentration maximale en lactate (mmol/L) (médiane) [EIC]	2.1 [1.8-2.9]
Durée d'hospitalisation en jours (médiane) [EIC]	22 [14-26]

Légende. EIC : écart interquartile,

Tableau 2. Complications en fonction du type de pancréatectomie.

	DPC (n=4)	PG (n=8)	DPT (n=8)
Complications Dindo-Clavien ≥ 3	1 (25%)	4 (50%)	3 (38%)
Reprise chirurgicale < 90 jours	1 (25%)	3 (38%)	3 (37.5%)
Réhospitalisation < 90 jours	1 (25%)	2 (50%)	1 (13%)
FPPO B/C	1 (25%)	3 (38%)	0 (0%)
Sepsis	2 (50%)	2 (50%)	2 (50%)
Fistule biliaire	1 (25%)	0 (0%)	1 (13%)
Fistule digestive	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)
Thrombose portale	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Récidive néoplasique	4 (100%)	2 (25%)	3 (38%)
Résection R₀	2 (50%)	5 (63%)	7 (88%)
Invasion vasculaire	0 (0%)	0 (0%)	4 (50%)

Légende. DPC : duodéno pancréatectomie céphalique, DPT : duodéno-pancréatectomie totale, FPPO : fistule pancréatique postopératoire, PG : pancréatectomie gauche

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.101

3CVD00360-Quels patients sélectionner pour une chirurgie radicale dans les kystes hydatiques du foie ? Analyse rétrospective de 82 patients

Rakia SIALA, Chaima YAKOUBI, Mohamed Ali MSEDJI, Karim SALLEMI, Rami GUIZANI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Le kyste hydatique du foie est une parasitose fréquente en zones endémiques, non immunisante, dont le traitement varie entre chirurgie radicale et traitement conservateur. Ce dernier, bien que moins invasif, est associé à un risque accru de récurrence. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs de récurrence afin de mieux sélectionner les patients pouvant bénéficier d'un traitement radical.

Méthodes

Une étude rétrospective a été menée sur 82 patients opérés pour kyste hydatique du foie entre [préciser les dates si disponibles]. Une récurrence hydatique a été observée chez 10 patients (12,2 %). La chirurgie radicale (périkystectomie) a été réalisée dans 10 % des cas, le reste des patients ayant bénéficié d'un traitement conservateur (procédure de Largot). Une analyse statistique univariée et multivariée a été réalisée pour rechercher des facteurs associés à la récurrence.

Résultats

L'analyse univariée a mis en évidence une association significative entre la tachycardie ($p = 0,033$) et l'élévation de la CRP ($p = 0,05$) avec la récurrence. En revanche, aucune variable n'a conservé de valeur significative en analyse multivariée. Les caractéristiques du kyste (taille, localisation) et le type de chirurgie n'étaient pas significativement liés à la récurrence.

Conclusion

Notre étude n'a pas permis d'identifier de facteur déterminant de récurrence après traitement conservateur. De plus amples études, prospectives et à plus large échelle, sont nécessaires pour affiner les indications de la chirurgie radicale dans le traitement des kystes hydatiques hépatiques.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.102

3CVD00366-Résection hépatique mini-invasive : pratiques actuelles, adoption de la robotique et perspectives futures – résultats d’une enquête internationale

Mohammed GHALLAB, Daniel CHERQUI - (1)Centre Hépatobiliaire Henri Bismuth, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Rien

Introduction

Cette enquête internationale dresse un état des lieux des pratiques actuelles en chirurgie hépatique mini-invasive (CHMI), en mettant en lumière la répartition géographique des répondants, leurs modalités de formation et les tendances émergentes. Les participants proviennent de plus de 40 pays, majoritairement de centres universitaires ou tertiaires, avec un accès variable aux technologies avancées.

Méthodes

Un questionnaire structuré a été diffusé en ligne auprès de chirurgiens hépatiques à travers le monde. L'enquête reste actuellement en cours, et les résultats présentés ici sont provisoires. Le questionnaire porte sur la répartition des approches chirurgicales (ouverte, laparoscopique, robotique), les parcours de formation, les volumes d'activité, les courbes d'apprentissage, les facteurs décisionnels et les projections sur l'évolution future des techniques. À ce jour, 230 réponses complètes ont été analysées.

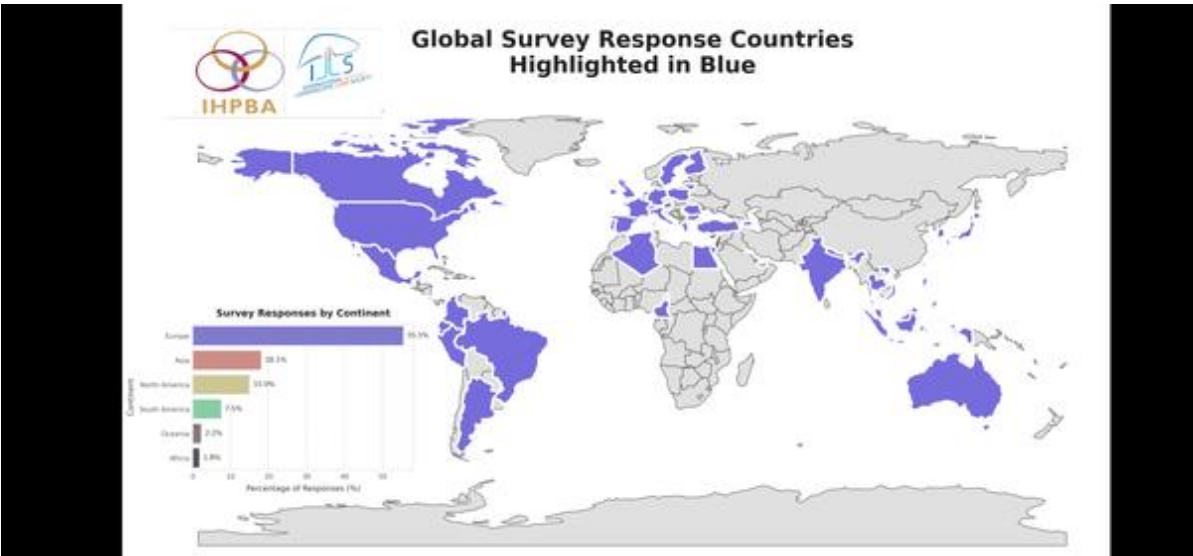
Résultats

La chirurgie ouverte reste majoritaire, notamment pour les cas complexes. La laparoscopie est bien intégrée, tandis que la robotique est en expansion, souvent introduite depuis moins de cinq ans. La formation repose principalement sur l'auto-apprentissage et le mentorat. La courbe d'apprentissage est perçue comme plus longue pour la robotique. Les répondants anticipent une baisse progressive de la chirurgie ouverte, une persistance de la laparoscopie, et une croissance de la robotique, sans qu'elle devienne dominante.

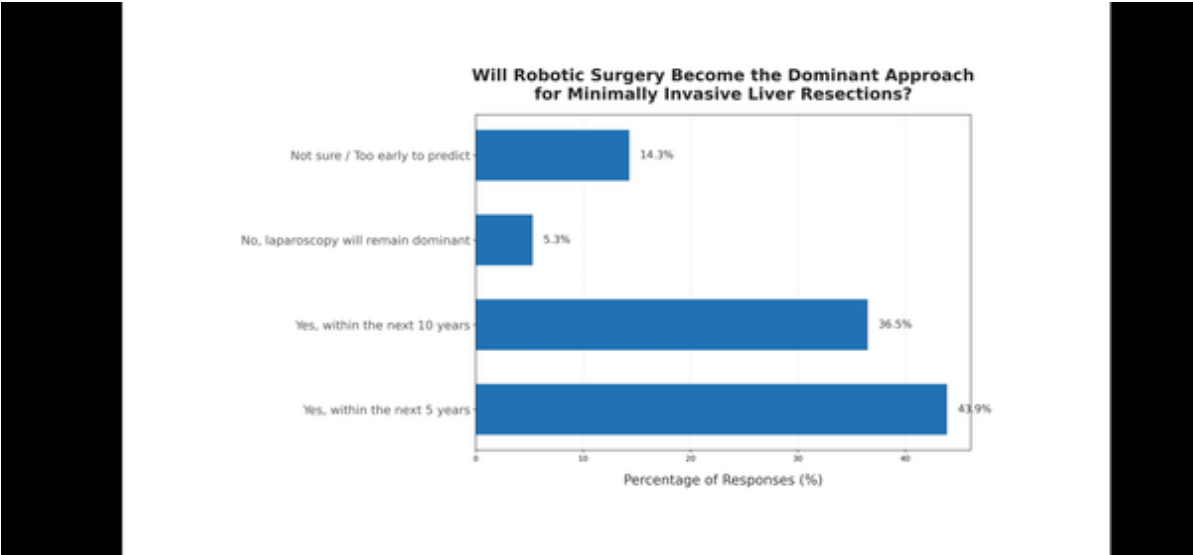
Conclusion

Une répartition équilibrée est attendue entre les approches. Cette adoption progressive justifie la mise en place de registres pour évaluer leur impact sur la pratique et les résultats.

Répartition internationale des répondants à l'enqu



Répartition future anticipée des techniques de rés



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.103

3CVD00368-Résection hépatique extrême pour cholangiocarcinome intrahépatique localement avancé : le statut ganglionnaire régit le pronostic, pas la marge chirurgicale

Marc-Anthony CHOULLARD, Edoardo-Maria MUTILLO, Nicolas GOLSE, Gabriella PITTAU, Oriana CIACIO, Chady SALLOUM, Marc-Antoine ALLARD, René ADAM, Daniel AZOULAY, Eric VIBERT, Antonio SA CUNHA, Daniel CHERQUI - (1)Centre Hépato-Biliaire Henri Bismuth, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Le cholangiocarcinome intrahépatique localement avancé est souvent considéré comme non résécable en raison des difficultés d'obtention de marges R0 et de la morbidité élevée.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique 2013-2024 : 39 patients avec résection hépatique étendue (≥ 5 segments). Analyses selon Kaplan-Meier, tests de Log-Rank.

Résultats

Âge médian 66 ans (38-83), femmes 74%, taille médiane 7cm (4-14), invasion macrovasculaire 59,5%. Chimiothérapie néoadjuvante 46 % avec 67% de réponse. Exclusion vasculaire du foie pour 35% des hépatectomies, refroidissement 23%, reconstructions caves et cavo-sus hépatique 46%, portale 10%, et artérielle 2.5%. Reconstruction biliaire dans 67%. Morbidité 56%, insuffisance hépatique transitoire 10,3%, mortalité à 90 jours 5,1%. R1 54%, N+ 31%. Futilité de l'hépatectomie (mortalité à 90 jours ou récurrence < 6 mois) pour 9 patients, soit 15%. Survie globale médiane 58 mois, survie à 1, 3 et 5 ans 88, 63 et 48%. Survie sans récurrence médiane de 13 mois, survie à 1, 3 et 5 ans 70, 36 et 30%. La marge R0 vs R1 n'impactait pas la survie ($p=0.58$). Le statut ganglionnaire N+ impactait fortement la survie ($p=0.017$).

Conclusion

Ces résultats encouragent une extension des indications de résection pour cholangiocarcinome intrahépatique localement avancé. Le recours aux hépatectomies étendues avec reconstruction vasculaire complexe sont associées à une morbidité acceptable et des résultats oncologiques encourageants. L'anticipation d'une résection R1 ne doit pas être considérée comme une contre-indication. L'atteinte ganglionnaire est le principal critère pronostique mais peut être également associée à des survies appréciables avec les traitements périopératoires actuels.

Caractéristiques, technique de résection, anapath.

Résection hépatique extrême pour cholangiocarcinome intrahépatique localement avancé : le statut ganglionnaire régit le pronostic, pas la marge chirurgicale

Caractéristiques des patients	n (%), total = 39
Données démographiques	
Sexe féminin, Nb (%)	29 (74,4)
Âge, médiane (étendue), années	66 (38-83)
Caractéristiques tumorales	
Taille tumorale, médiane (étendue), cm	7 (4-14)
Invasion macrovasculaire, Nb (%)	23 (59,0)
Type d'invasion vasculaire, Nb (%)	
- Veine hépatique/VCI	17 (67,0)
- Veine porte	4 (19,5)
- Les deux	2 (13,5)
Invasion biliaire/ictère, Nb (%)	5 (12,8)
Valeurs biologiques, médiane (étendue)	
Bilirubine, µmol/L	7 (3-150)
GGT, U/L	134 (32-2400)
ACE, ng/mL	2 (0,5-14)
CA 19-9, U/mL	44 (2-27000)
AFP, ng/mL	4 (0-120)



Reconstruction de la veine hépatique gauche



Technique chirurgicale	n (%)
Type de résection hépatique	
Résection de 6 segments	34 (87,2)
- Hépatectomie droite étendue (H145678)	17 (43,6)
- Hépatectomie gauche étendue (H123458)	17 (43,6)
Résection de 5 segments	5 (12,8)
- Droite étendue (H45678)	4 (10,3)
- Gauche étendue (H23458)	1 (2,4)
Gestes additionnelles	
Exclusion vasculaire totale	14 (35,9)
- Avec clampage VCI	11 (28,2)
- Sans clampage VCI	3 (7,7)
Reconstruction vasculaire	17 (43,6)
- Résection VCI	11 (28,2)
- Avec dérivation veineuse	8 (20,5)
- Sans dérivation veineuse	3 (7,7)
- Reconstruction veine hépatique	7 (17,9)
- Résection veine porte	4 (10,3)
- Reconstruction artère hépatique	1 (2,4)
Reconstruction biliaire	26 (66,7)
- Hépato-jejunostomie sur anse en Y	18 (46,2)
- Anastomose chilo-doco-cholodocienne	8 (20,5)
Données opératoires	
Durée opératoire, médiane (étendue), min	420 (250-809)
Pertes sanguines, médiane (étendue), mL	500 (0-5600)
Patients transfusés, nb (%)	12 (30,8)
Cutés transfusés, médiane (étendue)	0 (0-33)

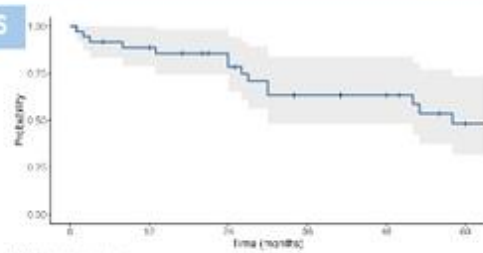
Résultats oncologiques

	nb (%) (n=39)
Stade TNM	
T1-T2	15 (38,5)
T3-T4	24 (61,5)
Statut ganglionnaire	
N0	27 (69,2)
N+	12 (30,8)
Marges chirurgicales	
R0	18 (46,2)
R1	21 (53,8)
Coupe ganglionnaire	25 (64,1)

Survies (OS, DFS), marges et ganglions

Survie Globale (OS) et Survie Sans Récidive (DFS)

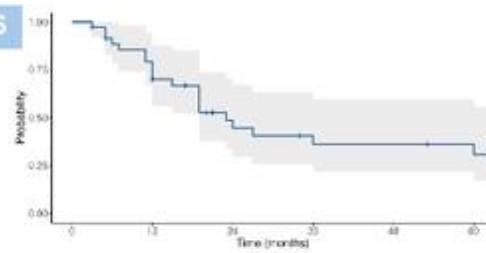
OS



1, 3, 5 year Survival

time	Number at Risk	Number of Events	Survival	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
12	30	4	86.7%	78.9%	89.8%
36	16	7	63.3%	48.1%	83.7%
60	9	3	48.3%	31.9%	73.3%

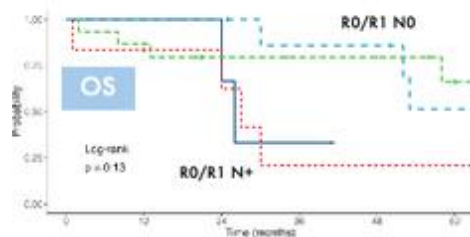
DFS



1, 3, 5 year Survival

time	Number at Risk	Number of Events	Survival	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
12	26	10	70.2%	56.2%	87.8%
36	9	8	36.1%	21.8%	58.7%
60	7	1	30.9%	17.2%	55.8%

L'envahissement ganglionnaire est le facteur pronostique crucial indépendant de la marge

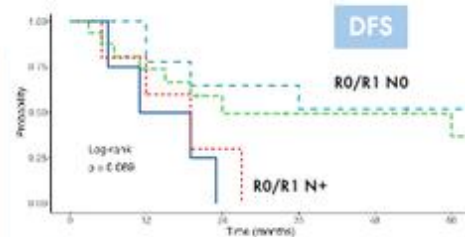


	Number at risk					
R0/R1 N0	3	3	3	1	0	0
R0/R1 N+	5	5	4	1	1	1
	10	10	9	5	2	2
	9	9	8	0	0	2

Indépendamment de la marge :

OS N0 vs N+ $p = 0,017$

DFS N0 vs N+ $p=0.013$



	Number at risk					
R0/R1 N0	1	2	0	0	0	0
R0/R1 N+	5	4	1	3	0	0
	10	11	6	1	4	1
	11	9	5	5	4	3

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.104

3CVD00372-Le risque du diabète augmente avec la longueur du pancréas gauche réséqué au cours des pancréatectomies gauches laparoscopiques: Large série monocentrique avec proposition d'une classification pratique.

Jeanne DEMBINSKI, Beatrice AUSSILHOU, Fannie BAIXERAS, Mickael LESURTEL, Alain SAUVANET, Safi DOKMAK - (1)Service De Chirurgie Hépato Bilio Pancréatique Et Transplantation Hépatique, Hopital Beaujon, Aphp, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Après pancréatectomie gauche laparoscopique (PGL), le risque de diabète selon la longueur de résection ou le niveau de section (isthme/corps/queue) n'est pas bien étudié poussant certaines équipes à sectionner systématiquement à l'isthme. Le but de ce travail est d'évaluer le risque du diabète et de proposer une classification.

Méthodes

Entre 2008 et 2021, les PGL ont été réalisées avec les principes d'épargne parenchymateuse (EP) et classés en 3 types : section à l'isthme (type1), section à gauche de l'isthme avec un pancréas réséqué > 5 cm (type2) ou < à 5 cm (type3). Les différents types ont été comparés sur le risque du diabète.

Résultats

Parmi 354 patients, les types 1, 2 et 3 ont été observés chez 185 (52%), 136 (38%) et 33 (9%) patients. Les type 1 étaient plus âgés (61 vs 53 vs 54 ans, $p < 0,001$), opérés plus souvent pour adénocarcinome (32 vs 4 vs 3%, $p < 0,001$), avec plus de splénectomie associée (39 vs 14 vs 6%, $p < 0,001$). La longueur du pancréas réséqué augmentait du type 1 au type 3 (12 ± 3 vs 9 ± 2 vs 4 ± 1 , $p < 0,001$) avec une morbidité post-opératoire similaire. A long terme, le taux d'apparition (29 vs 15 vs 3%, $p < 0,001$) ou d'aggravation (16 vs 22 vs 3%, $p < 0,001$) du diabète a augmenté significativement du type 1 au type 3.

Conclusion

Le risque du diabète augmente selon la longueur de résection montrant l'importance d'EP. Une classification pratique basée soit sur le niveau de section permet de prédire le risque du diabète postopératoire.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.105

3CVD00077-Reprise chirurgicale en urgence après transplantation hépatique : facteurs de risque et impact sur la survie

Julie DEYRAT, Nassiba BEGHDAI, Thomas HUSSON, Marc-Antoine ALLARD, Antonio SA CUNHA, Daniel PIETRAZ, Gabriella PITTAU, Oriana CIACIO, Eric VIBERT, Nicolas GOLSE, Daniel CHERQUI, René ADAM, Marc BOUDON, Faouzi SALIBA, Philippe ICHAI, Chady SALLOUM, Cyrille FERAY, Daniel AZOULAY - (1)Aphp-Centre Hépato-Biliaire, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La reprise chirurgicale en urgence après transplantation hépatique est fréquente mais rapportée de manière hétérogène. Elle constitue une mesure objective de qualité des soins, permettant d'évaluer les pratiques actuelles. Cette étude vise à caractériser les réopérations après transplantation hépatique, leurs conséquences sur la survie et à identifier leurs facteurs de risque.

Méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée à partir d'un registre prospectif dans un centre à haut volume, incluant les patients transplantés entre 2007 et 2018. L'incidence, les indications et les délais des réopérations ont été analysés. Les survies globales et des greffons entre patient réopérés et non réopérés ont été comparées par la méthode de Kaplan-Meier. Les facteurs prédictifs de réopération ont été déterminés par analyse multivariée.

Résultats

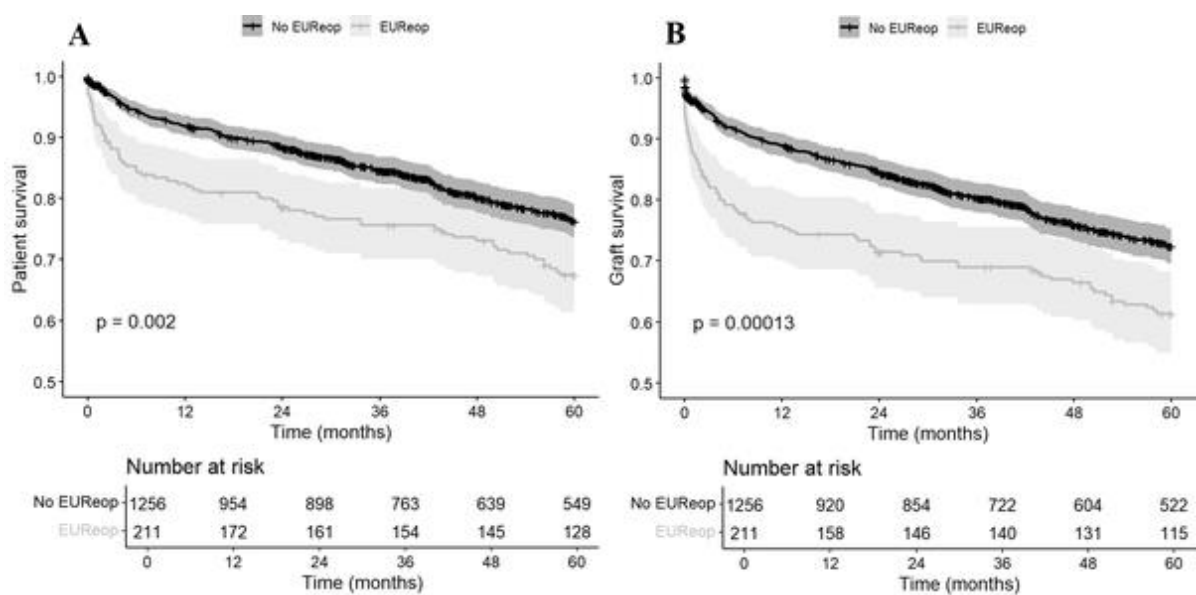
Sur 1256 transplantations hépatiques, 211 patients (16,8%) ont nécessité une reprise chirurgicale avec un délai médian de 6 jours. Les principales causes étaient les complications hémorragiques (55,9%), artérielles (11,4%) et biliaires (7,6%). Les patients réopérés présentaient une survie globale et survie du greffon significativement réduites à 90 jours, 1, 3 et 5 ans. L'échec de sauvetage après réopération était de 11,9%. Les facteurs prédictifs de réopération incluaient l'hospitalisation en unité de soins continus avant transplantation, la thrombose portale, les greffons partiels, le remplacement cave, la durée opératoire et la transfusion de culots globulaires.

Conclusion

Les patients nécessitant une reprise chirurgicale en urgence présentent une gravité préopératoire plus importante, des difficultés techniques peropératoires et un pronostic altéré. Les facteurs

prédictifs identifiés peuvent guider la compatibilité donneur-receveur pour améliorer le pronostic des patients.

Analyse de survie globale et survie du greffon



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.106

3CVD00129-Transition de la laparotomie à l'abord mini-invasif robot-assisté pour le prélèvement hépatique sur donneur vivant : Etude de faisabilité IDEAL2a

Lucas PFLIEGER (1), Xavier MULLER (1), Guillaume ROSSIGNOL (2), Remi DUBOIS (2), Mohkam KAYVAN (1), Mabrut JEAN-YVES (1) - (1)Croix Rousse, Lyon, France, (2)Hfme, Lyon, France

Conflits d'intérêts

XM, GR, KM, RD et JYM: formation financée par INTUITIVE

Introduction

Il a été récemment rapporté que le prélèvement hépatique robot-assisté sur donneur vivant (DV-R) permet de réduire la morbidité chez le donneur et chez le receveur par rapport au DV réalisé par laparotomie (DV-L) dans des centres à haut volume. Il existe cependant très peu de données sur la transition du DV-L au DV-R dans le contexte européen.

Méthodes

L'objectif de cette étude monocentrique rétrospective (2018-2025) est d'évaluer la transition du prélèvement hépatique DV-L au prélèvement DV-R de greffons gauches en terme de faisabilité et de sécurité chez le donneur et chez le receveur (étude IDEAL2a). La sévérité des complications chez les donneurs a été gradée selon la classification Clavien-Dindo (CD).

Résultats

Pendant la période d'étude, 23 DV ont été réalisés dont 16 (70%) DV-L et 7 (30%) DV-R avec une majorité de greffons G23 (n=21, 91%) (Tableau1). Dans le groupe DV-R, la durée opératoire était plus longue (356min vs 243min, p=0,026), les pertes sanguines étaient réduites (50ml vs 125ml, p<0.001) sans clampage pédiculaire avec un temps d'ischémie chaude du greffon au cours du prélèvement < 5 min. A 3 mois, la mortalité et la morbidité CD>II des donneurs étaient nulles dans les 2 groupes. A distance, 1 patient du groupe DV-L a présenté une complication pariétale CD>II (éventration). Chez les receveurs, 100% des greffons étaient fonctionnels à 6 mois.

Conclusion

La transition du DV-L au DV-R est faisable en maintenant les standards de sécurité chez le donneur et de qualité du greffon.

Caractéristiques et suites postopératoires

Tableau 1 : Caractéristiques et suites postopératoires des donneurs vivants

		DV-L (n =16)	DV-R (n=7)	
Caractéristiques préopératoires des donneurs				
Age, a (IQR)		36,5 (32;39)	31 (30,5;32,5)	ns
IMC, kg/m ² (IQR)		24,5 (20,75; 26,25)	22 (20,5; 22,5)	ns
Type Hépatectomie :				ns
G23, n (%)		15 (93)	6 (86)	
G234, n (%)		0 (0)	1 (14)	
G1234MHV, n (%)		1 (6)	0 (0)	
Durée opératoire, min (IQR)		243 (223; 300)	356 (278; 372)	p=0.026
Poids du greffon, g (IQR)		300 (262, 342)	270 (245, 300)	ns
Perte sanguine, mL (IQR)		125 (95; 212)	50 (0; 50)	p<0.001
Durée d'hospitalisation, j (IQR)		7 (6,7; 7,2)	7 (5,5; 8)	ns
Complications postopératoires selon Clavien-Dindo				
Patients avec au moins une complication, n (%)		5 (30)	2 (28)	ns
Complications précoces (<90 j)	Collection de la tranche d'hépatectomie, n (CD)	1 (CD II)	0	
	Infection (urinaire, pulmonaire), n (CD)	2 (CD II)	1 (CD II)	
	Rétention urinaire, n (CD)	0	1 (CD I)	
	Douleur malgré traitement antalgique hors opioïde, n (CD)	1 (CD I)	1 (CD I)	
Complications tardives (>90j)	Eventration, n (CD)	1 (CD IIIb)	0	
Clavien Dindo I – II, n (%)		5 (31)	3 (42)	
Clavien Dindo >II, n (%)		1 (6)	0 (0)	
Ré hospitalisation, n (%)		2 (12)	1 (14)	ns
Mortalité, n (%)		0 (0)	0 (0)	ns

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.107

3CVD00150-Transplantation intestinale: résultats d'une cohorte monocentrique et intérêt de l'inclusion hépatique.

Antoine DUBOIS, Tim VANUYTSEL, Diethard MONBALIU, Laurens CEULEMANS, Jacques PIRENNE - (1)Leuven Intestinal Failure And Transplantation, Leuven, Belgique

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt relatif à ce travail.

Introduction

L'insuffisance intestinale (II) touche 5 à 80 personnes-par-million en Europe. La nutrition parentérale (NP) est le traitement de 1ère ligne mais la transplantation intestinale (TI) reste la seule option viable pour les patients présentant des complications sévères de NP/II. Toutefois, elle reste un défi chirurgical et immunologique majeur. Nous présentons les résultats d'une cohorte monocentrique transplantée entre 10/2000 et 05/2025.

Méthodes

Les variables continues sont décrites par leur médiane (min-max) et les catégoriques en proportions (%) (comparées par le test de Fisher). Les courbes de survie (Kaplan-Meier) sont analysées et comparées par leur Log-rank.

Résultats

Parmi les 32 TI réalisées, l'âge médian était de 42 ans (2-62) (5 enfants, 16%). Les pathologies sous-jacentes étaient: syndrome de grêle court (44%), dysmotilité (22%), thrombose veineuse splanchnique (16%), reTI (9%), inclusion microvillositaire (3%), tumeurs (3%) et Tx hépatique+frozen abdomen (3%). Parmi les greffons, on retrouve 12 (38%) intestins seuls, 9 (28%) foies/intestins, 10 (31%) multiviscérales (MvTx, foie/estomac/pancréas/intestin), et 1 (3%) MvTx modifiée (estomac/pancréas/intestin). Les données postopératoires étaient: séjour USI/hôpital: 14(2-70)/102(33-680) jours; rejet aigu (RA): 44% (14/32); survie à 1-/5-/10-ans patients/greffons: 83%/75%/58% et 73%/69%/58%. Sur les 10 dernières années, 65% des TI incluait un foie (13/20 vs 6/12 avant, $p=0.474$). Ce groupe (vs fois non-inclus) présentait moins de RA (37% vs 54%, $p=0.427$), aucune perte de greffon due au rejet (aigu/chronique) (0% vs 31%, $p=0.02$) et une survie à 1-/5-/10-ans patients/greffons de 77%/77%/67% (vs 92%/74%/44%, $p=0.873$) et 77%/77%/67% (vs 69%/59%/44%, $p=0.3852$).

Conclusion

Les résultats post-TI sont comparables à ceux des autres greffes d'organes, et les greffons foie-inclus semblent améliorer les résultats à long terme.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.108

3CVD00155-La difficulté technique de la première retransplantation hépatique : une étude internationale basée sur un questionnaire

Walid HADJI, Chetana LIM, Claire GOUWARD, Eric SAVIER, Florence JEUNE, Geraldine ROUSSEAU, Fabiano PERDIGAO, Olivier SCATTON - (1)Pitié Salpêtrière, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

De nombreux modèles prédictifs de survie après retransplantation hépatique (reTH) ont été publiés, sans jamais intégrer l'aspect chirurgical. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs influençant la difficulté chirurgicale d'une reTH.

Méthodes

Enquête par questionnaire réalisée en deux étapes. La première étape a consisté à interroger les chirurgiens transplantateurs seniors des centres français puis la deuxième étape à interroger les chirurgiens transplantateurs seniors des centres internationaux. Les résultats ont été comparés.

Résultats

Le taux de réponse était de 62 % (70/113 ; Europe, 65,6 % ; Amérique du Nord, 22,9 % ; Amérique du Sud, 2,9 % ; Asie, 8,6 %). Un foie partiel implanté lors de la première greffe est un facteur compliquant l'explantation au cours de la reTH. Une thrombose porte, une reconstruction artérielle sur l'artère splénique ou sur l'aorte du receveur réalisée lors de la première greffe, sont des éléments qui compliquent l'implantation au cours de la reTH. Les chirurgiens étrangers considèrent que les reTH en présence d'une thrombose porte, d'une anastomose bilio-digestive et/ou d'un remplacement de la veine cave inférieure réalisés lors de la première greffe sont plus difficiles que ne le pensent les chirurgiens français ($p < 0,05$). Les chirurgiens français n'étaient pas opposés à l'utilisation d'un greffon partiel pour une reTH. Les chirurgiens étrangers se montraient plus réticents à retransplanter un patient présentant une thrombose porte étendue.

Conclusion

Ce questionnaire montre que les reconstructions vasculaires lors de la première greffe influencent la difficulté de la reTH. D'autres études cliniques sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.109

3CVD00274-La perfusion hypothermique oxygénée des greffons hépatiques provenant des donneurs âgés (> 70 ans) après la mort circulatoire augmente le pool de greffon tout en diminuant la morbidité péri-transplantation : résultats d'une étude préliminaire monocentrique

Maxime FOGUENNE (1) , Andreia MARTINS DE BARROS (1), Olga CICCARELLI (1), Laurent COUBEAU (1), Lancelot MARIQUE (1), Géraldine DAHLQVIST (2), Eliano BONACCORSI-RIANI (1) - (1)Service De Chirurgie Abdominale Et Transplantation, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, (2)Service D'hépatologie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Les autres ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Les greffons hépatiques provenant de donneurs en mort circulatoire (DCD) sont plus susceptibles de développer des complications suite à l'ischémie chaude inhérente au prélèvement, notamment la cholangiopathie ischémique et la non-fonction primaire du greffon (PNF) (compl-DCD). En parallèle, l'âge des donneurs augmente ; majorant d'autant plus le risque. La perfusion hypothermique oxygénée (HOPE) diminue ces compl-DCD. Néanmoins, l'impact du protocole HOPE sur les greffons DCD âgés (> 70 ans) est peu étudié.

Méthodes

Depuis juillet 2023, 30 greffons issus d'un donneur DCD ont été implantés après perfusion HOPE, dont 15 âgés > 70 ans (Old-DCD). Leur évolution a été comparée à une cohorte contrôle de 67 greffons DCDs implantés entre 01/2021 et 12/2024 sans perfusion HOPE (Control-DCD).

Résultats

Les caractéristiques des receveurs sont comparables (Tableau 1). Le nombre de complications majeures par patient est inférieur dans le groupe Old-DCD (0.6/patient) par rapport au groupe Control-DCD (1.21/patient) ($p=0.046$) (Tableau 1). Parmi les compl-DCD ayant menés à la perte du greffon (regreffe/décès), aucune n'est survenue dans le groupe Old-DCD contre 12 (17.6%) parmi les Control-DCD ($p=0.111$) (Tableau 1). La perfusion HOPE a permis d'augmenter l'utilisation des greffons DCD > 70 ans de façon significative (15/30 vs. 6/67, $p<0.001$).

Conclusion

Ces données préliminaires suggèrent que le protocole HOPE a permis l'adoption d'une politique d'acceptation de greffons DCD âgés (> 70 ans) plus libérale, élargissant ainsi le pool de greffons, sans augmentation de la morbidité. Le nombre de complications a même tendance à diminuer. Des études avec de plus larges cohortes sont nécessaires afin de confirmer ces données.

Comparaison entre les Old-DCD et les Control-DCD

Tableau 1. Comparaison entre les Old-DCD et les Control-DCD

	Old-DCD (n = 15)	Control-DCD (n = 67)	p-value
Indication de transplantation			
Cirrhose toxique	8 (53.3%)	17 (25.4%)	0.070
Cirrhose métabolique	2 (13.3%)	6 (9.0%)	0.634
Cirrhose virale	0 (0.0%)	2 (3.0%)	1.000
Carcinome hépatocellulaire	3 (20.0%)	24 (35.8%)	0.364
Autres	2 (13.3%)	18 (26.9%)	0.339
Age donneur (années) (moyenne ± écart-type)	78.0 ± 6.1	51.9 ± 14.6	<0.001
Age receveur (années) (moyenne ± écart-type)	60.2 ± 7.8	56.6 ± 11.0	0.233
MELD au moment de la greffe (moyenne ± écart-type)	15 ± 8	19 ± 10	0.218
Ischémie chaude (minutes) (moyenne ± écart-type)	39 ± 9	42 ± 13	0.455
Ischémie froide statique (minutes) (moyenne ± écart-type)	242 ± 74	383 ± 86	<0.001
Durée perfusion HOPE (minutes) (moyenne ± écart-type)	178 ± 57	///	///
Compl-DCD (nombre d'évènement/patient)	9 (0.6)	81 (1.21)	0.046
PNF	0 (0.0%)	2 (3.0%)	1.000
Cholangiopathie ischémique	0 (0.0%)	8 (11.9%)	0.340
Dialyse post-greffe	1 (6.7%)	10 (14.9%)	0.679
Complications biliaires (sténose anastomotique et fistule)	5 (33.3%)	30 (44.8%)	0.566
Complications vasculaires (thrombose et sténose artérielle, thrombose et sténose porte, obstruction sushépatique)	1 (6.7%)	13 (19.4%)	0.448
Relaparotomie endéans les 7 jours	0 (0.0%)	12 (17.9%)	0.111
Autres (maladie vasculaire du greffon, rejet cellulaire aigu)	2 (13.3%)	6 (9.0%)	0.634
Compl-DCD ayant mené à la perte du greffon (décès du patient ou regreffe)	0 (0.0%)	12 (17.6%)	0.111

Légende. Compl-DCD : complications après prélèvement DCD ; DCD : donneur en mort circulatoire ; HOPE : perfusion hypothermique oxygénée ; PNF : non-fonction primaire.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.110

3CVD00276-« Failure to rescue graft » après transplantation pancréatique : résultats d'une série bi-centrique

Gabriella PITTAU (1), Andrea PELOSO (1), Oriana CIACIO (1), Bader AL TAWEL (2), Chady SALLOUM (1), Daniel PIETRASZ (1), Albane BRODIN-SARTORIUS (3), Nicolas GOLSE (1), Marc-Antoine ALLARD (1), Salima NAILI (1), Stéphanie ROULLET (1), Philippe ICHAI (1), Audrey COILLY (1), Thomas BREARD (1), Rene ADAM (1), Daniel AZOULAY (1), Daniel CHERQUI (1), Renaud SNANOUDJ (3), Philippe COMPAGNON (1), Antonio SA CUNHA (1) - (1)Chb-Hb Hôpital Paul Brousse, Paris, France, (2)Hôpital Saint Eloi Chu Montpellier, Montpellier, France, (3)Néphrologie Hôpital Kremlin-Bicêtre, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits à déclarer

Introduction

La transplantation pancréatique (TP) est associée à une morbidité très élevée. Cette étude bi-centrique a pour objectif d'évaluer l'incidence de la « Failure to rescue » du greffon (FTRg) et d'identifier les facteurs de risque associés.

Méthodes

Nous avons analysé les données des patients transplantés entre janvier 2010 et octobre 2024 dans 2 centres européens. La FTRg a été définie comme la perte du greffon, le décès du patient ou la réintroduction de l'insuline dans les 3 mois suivants la TP chez les patients ayant un CCI>26.2.

Résultats

219 patients ont été transplantés, 196 patients (89.5%) ont eu une greffe simultanée rein-pancréas. L'ischémie froide (IF) était <8 heures chez 179 patients (78%). La mortalité à 3 mois était de 2.7% (6/219) et 16 (7.3%) patients ont perdu leur greffon. Trois patients ont nécessité la réintroduction de l'insuline. Parmi les 128 patients avec un CCI $\geq$ 26.2 (58.5%), 25 (19.5%) ont eu une FTRg. L'IF prolongée, la thrombose veineuse du greffon, les collections post-opératoires, la fistule digestive, la pancréatite et la réintervention pour complications pancréatiques sont les facteurs associés à une FTRg.

Conclusion

Parmi les facteurs de risque de FTRg après TP l'IF est la seule modifiable. Une bonne logistique et une coordination des équipes sont essentielles pour réduire l'IF et diminuer l'incidence de la FTRg.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.111

3CVD00313-Complications anastomotiques biliaires après transplantation hépatique: une question d'expérience?

Ivan MARCHITELLI, Ludovica DI CESARE, Foguene MAXIME, Michard BAPTISTE, Thierry ARTZNER, Camille BESCH, Chloe PAUL, Caterina CUSUMANO, Pierre DE MATHELIN, Francois FAITOT, Philippe BACHELLIER, Pietro ADDEO - (1)Chu Strasbourg, Hopital De Hautepierre, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les complications biliaires anastomotiques (CBA) après une transplantation hépatique (TH) demeurent une source importante de morbidité. L'influence de l'expérience du chirurgien sur l'incidence des CBA a été peu étudiée.

Méthodes

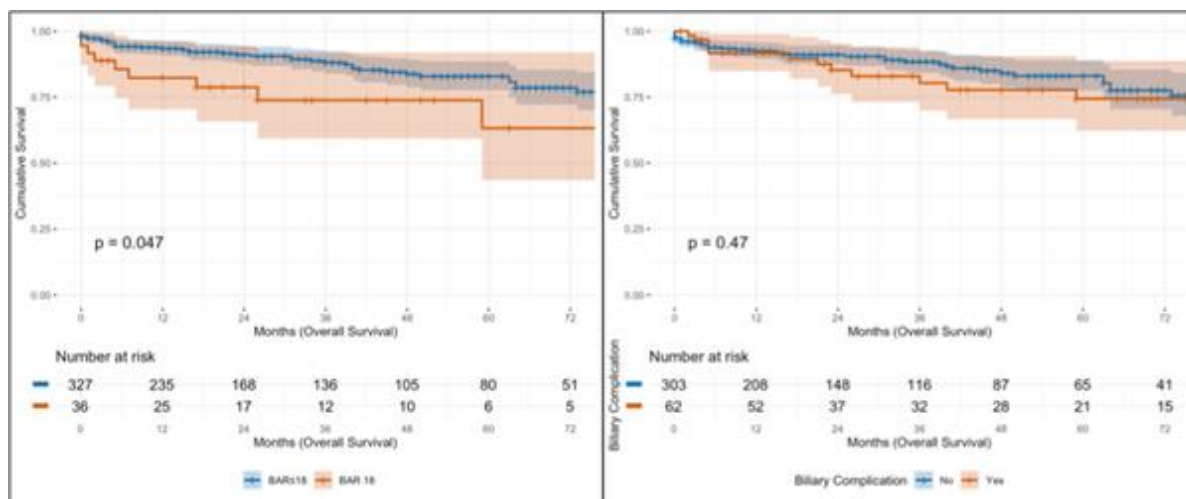
Une revue rétrospective des premières TH consécutives réalisées par un seul chirurgien sur une période de 10 ans a été effectuée. Une analyse CUSUM a été utilisée pour déterminer le nombre de TH nécessaires afin de réduire le taux de CBA .

Résultats

Cette étude a inclus 365 TH consécutives réalisées par un seul chirurgien. L'incidence des CBA était de 16,9 %, et 90 cas étaient nécessaires pour abaisser le taux de CBA sous le seuil de référence à 6 mois (20 %). La comparaison de quatre groupes de 90 TH a montré une réduction statistiquement significative des durées opératoires, des temps d'ischémie froide, des taux de transfusion et des réinterventions, mais un taux similaire de CBA. L'analyse multivariée a identifié les facteurs de risque indépendants suivants pour les CBA : dysfonction précoce du greffon ($p = 0,025$), présence d'une thrombose préopératoire de la veine porte ($p = 0,015$), nécessité de transfusions peropératoires supérieures à 6 unités de concentrés érythrocytaires ($p = 0,035$), et diamètre du cholédoque du greffon < 5 mm ($p = 0,005$).

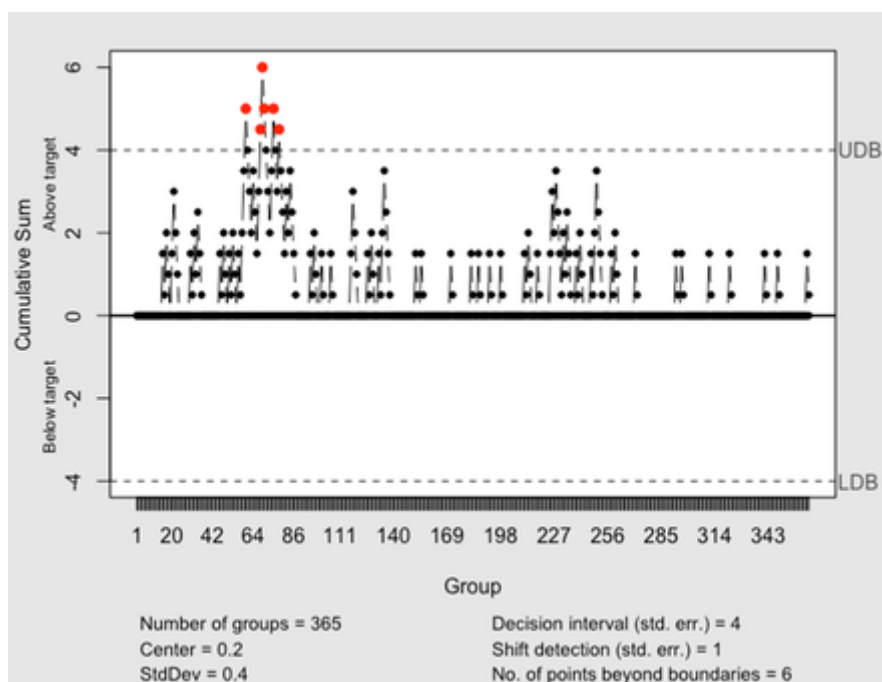
Conclusion

En transplantation hépatique, l'augmentation de l'expérience ne réduit pas l'incidence des CBA. La dysfonction précoce du greffon, un saignement périopératoire important, la thrombose préopératoire de la veine porte et un petit calibre des voies biliaires sont associés à une incidence accrue de CBA.



A

B



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.112

3CVD00321-Retransplantation hépatique à l'âge adulte après première transplantation dans l'enfance : expérience monocentrique d'un centre de référence.

Maxime FOGUENNE (1) , Lancelot MARIQUE (1), Andreia MARTINS DE BARROS (1), Olga CICCARELLI (1), Laurent COUBEAU (1), Roberto TAMBUCCI (1), Catherine DE MAGNÉE (1), Aniss CHANNAOUI (1), Géraldine DAHLQVIST (2), Xavier STEPHENNE (3), Eliano BONACCORSI-RIANI (1) - (1)Service De Chirurgie Abdominale Et Transplantation, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, (2)Service D'hépatologie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, (3)Service De Pédiatrie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Les autres ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La retransplantation hépatique (reTH) est une intervention grevée d'une morbi-mortalité élevée. La reTH chez l'adulte après TH dans l'enfance (ped-adulte-reTH) présente certains défis (ex. : suivi, non-compliance, conditions techniques particulières).

Méthodes

Parmi les 314 reTHs réalisées dans notre centre depuis 1984, 14 étaient des ped-adulte-reTH (4.5%). Les données de cette cohorte sont présentées de manière descriptive.

Résultats

Les complications biliaires et/ou immunologique représentent 86% des indications de reTH (12/14). La majorité des patients ont été greffé avec un foie entier (9/14, 64%), au contraire de la 1ère TH (greffon majoritairement partiel (9/14, 64%)). L'intervalle entre les 2 greffes était de 16.5 ans, avec 50% des patients greffés entre 19.6 et 26.0 ans. Avec un suivi moyen de 59.6 mois [18.6-71.4], 9 patients sont en vie (Tableau 1). La courbe de survie est superposable aux retransplantés « classique » (Figure 1), avec une survie à 5 ans de 64%. Quatre patients ont présenté des complications biliaires, dont 2 ont eu besoin d'une 3ème greffe (cholangiopathie ischémique, cirrhose biliaire secondaire). Il n'y a pas eu de complications vasculaires. Une récurrence de rejet chronique sur non-compliance a été diagnostiquée chez 2 patients, menant au décès, sans possibilité de greffe. Deux patients sont décédés précocement (ulcère hémorragique, sepsis pulmonaire), le 5ème décès survenant après insuffisance hépatique sur nouvelle récurrence de cirrhose virale.

Conclusion

La ped-adulte-reTH est une procédure complexe nécessitant expertise particulière et approche multidisciplinaire, hautement impactée par la compliance thérapeutique mais avec une survie similaire à la reTH « classique », sans plus de complications vasculaires.

Tableau 1. Données techniques des ped-adultes-reTH

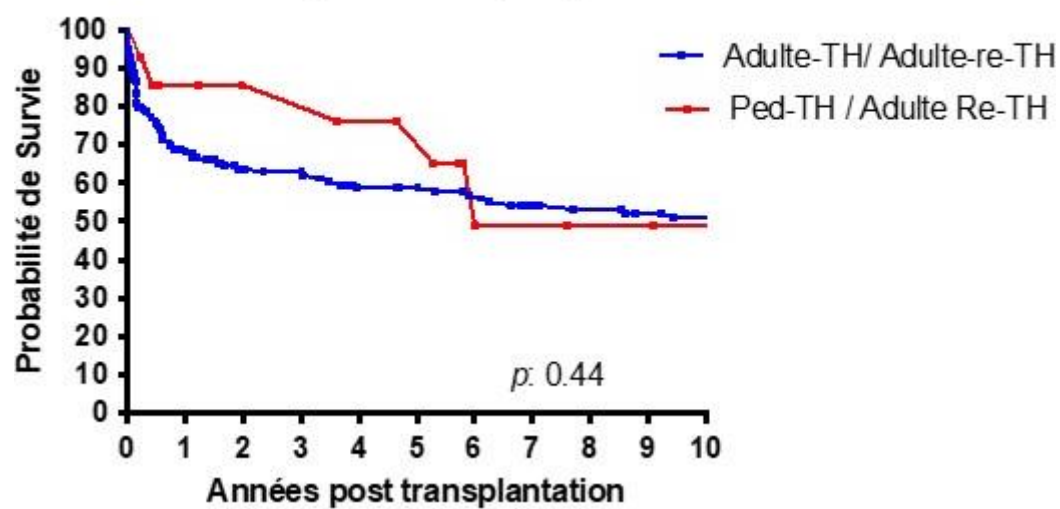
Tableau 1. Données techniques des ped-adultes-reTH.

	TH chez l'enfant	<u>reTH</u> à l'âge adulte (n = 14)
Indications		
Cirrhose biliaire secondaire	0 (0%)	4 (28%)
Cholangites récidivantes	0 (0%)	2 (14%)
Cirrhose auto-immune	0 (0%)	3 (21%)
Rejet chronique	0 (0%)	3 (21%)
Autre (HNR, cirrhose virale C)	1 (7%)	2 (14%)
<u>Hépatite fulminante</u>	5 (36%)	0 (0%)
Maladie métabolique	5 (36%)	0 (0%)
Atrésie des voies biliaires	3 (21%)	0 (0%)
Restauration de l'<u>outflow</u>		
Classique	3 (21%)	0 (0%)
Piggy-back	10 (72%)	7 (50%)
<u>Cavo-cavoplastie latéro-latérale</u>	1 (7%)	7 (50%)
Reconstruction artérielle		
Artère hépatique – artère hépatique	11 (79%)	10 (72%)
Jump <u>graft</u> sur l'aorte	3 (21%)	4 (28%)
Reconstruction biliaire		
<u>Hépatico-jéjunostomie</u>	12 (86%)	12 (86%)
<u>Choléo-cholédocostomie</u>	2 (14%)	2 (14%)
Type de greffons utilisés		
Foie entier	5 (36%)	9 (64%)
Foie partiel – donation vivante	3 (21%)	2 (14%)
Foie partiel – <u>split/foie réduit</u>	6 (43%)	3 (22%)
Âge le jour de la <u>reTH</u> en années (médiane) [EIC] (min-max)	6.6 [4.3-12.8] (0.6-16.7)	21.6 [19.5-26.0] (18.0-37.6)
Durée entre 1^{ère} TH et <u>reTH</u> en années (médiane) [EIC]	///	16.5 [11.6-19.4]
MELD le jour de la <u>reTH</u> (médiane) [EIC]	///	26 [22-40]
Durée opératoire en heures (médiane) [EIC]	///	9H [8H40-12H47]
Transfusion sanguine (globule rouge) en <u>ml</u> (médiane) [EIC]	///	1337 [314-3907]

Légende. EIC : écart interquartile ; HNR : hyperplasie nodulaire régénérative.

Figure 1. Survie des patients retransplantés

Survie de patients retransplantés hépatiques



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.113

3CVD00346-Drain de Kehr en silicone pour l'anastomose biliaire du transplanté hépatique : texture à haut risque de morbidité

Hugo SA CUNHA (1), Arthur MARICHEZ (2), Mehdi BOUBADDI (1), Goudarz T. PASSAND (1), Mylène DEFAYE (3), Antoine DEWITTE (3), Jean-Philippe ADAM (1), Christophe LAURENT (1), Laurence CHICHE (1) - (1)Service De Chirurgie Hépatobiliaire Et Pancréatique, Bordeaux, France, (2)Service De Chirurgie Hépatobiliaire et Pancréatique, Bordeaux, France, (3)Service D'anesthésie Réanimation Digestive, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec le contenu de cet article

Introduction

L'anastomose biliaire en transplantation hépatique (TH) demeure complexe avec des complications précoces et tardives.
 L'utilisation systématique d'un drain de Kehr a progressivement été abandonnée en raison d'un taux élevé d'angiocholites et plus rarement, de fuites biliaires à son retrait. Néanmoins, il demeure utile en cas de voie biliaire fine pour prévenir les sténoses et fuites biliaires.
 Depuis l'arrêt de la production des drains en latex, le silicone a été proposé comme alternative. Cette étude a pour objectif d'évaluer les résultats associés à ce nouveau type de Kehr.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique à partir d'une base prospective(2021–2024). Les résultats postopératoires et les complications liées au retrait du drain ont été analysés. Le critère de jugement principal était la morbidité sévère (MS) (Dindo-clavien≥III) associée au retrait du drain.

Résultats

Sur 326 TH, 143 (43,9 %) ont eu une anastomose biliaire avec drain de Kehr : 86 en latex(KL) et 57 en silicone(KS). Le délai de retrait du Kehr était de 125j dans le groupe KS vs. 91 pour les KL($p<0,001$). La MS au retrait était plus fréquente dans le groupe KS (38,6% vs.15,1%, $p=0,001$), avec un taux supérieur de péritonites(26,3 % contre 6,9 %, $p = 0,001$). En multivariée, le silicone augmente le risque de MS selon un OR de 3,3 IC95%(1.3-8.5).

Conclusion

L'utilisation du Kehr en silicone est associée à une morbidité significativement accrue, avec davantage de péritonites traitées chirurgicalement. Son usage dans le cadre de la TH ne peut pas être recommandé.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.114

3CVD00354-Sténose de l'anastomose bilio-biliaire après transplantation hépatique – Étude rétrospective monocentrique & analyses des facteurs de réponse thérapeutique

Kevin HAKKAKIAN (1) , Roberta RUSSO (1), Isabelle BOYTCHEV (2), Gabriella PITTAU (1), Daniel AZOULAY (1), Marc-Antoine ALLARD (1), René ADAM (1), Oriana CIACIO (1), Chady SALLOUM (1), Eric VIBERT (1), Antonio SA CUNHA (3), Daniel CHERQUI (1), Nicolas GOLSE (1) - (1)Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France, (2)Hôpital Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France, (3)Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Jusqu'à 30% des transplantations hépatiques (TH) ont une complication biliaire, expliquant son qualificatif de « Tendon d'Achille ». La sténose de l'anastomose biliaire (SAB) a une incidence entre 4 à 20% selon les séries, avec plusieurs facteurs de risque identifiés. La stratégie thérapeutique de la SAB est désormais consensuelle avec le recours à l'endoscopie en 1ère intention (si réalisable). L'objectif de cette étude est d'analyser la gestion des SAB, et d'identifier des facteurs prédictifs de succès ou d'échec du traitement endoscopique.

Méthodes

Les TH avec anastomose bilio-biliaire du centre hépato-biliaire de Paul Brousse entre 2013 et 2019 ont été revues. Les patients avec SAB nécessitant un traitement ont été analysés selon les groupes « Succès endoscopie » et « Échec endoscopie / chirurgie secondaire ».

Résultats

86 SAB ont été identifiées parmi 842 TH (10,2%), sans impact sur la survie du greffon. 80,2% (n=69) des SAB ont reçu un traitement uniquement endoscopique et 3 patients ont eu une réparation chirurgicale d'emblée. Les facteurs de risque en analyse multivariée de nécessiter une chirurgie secondaire étaient la présence d'une chicane à l'IRM diagnostique (OR=12,7, [1,11-51,2], p=0,040) et l'apparition tardive (> 3 mois post-TH) de la sténose (OR=5,50, [1,19-40,0], p=0,046). En analyse univariée, la réalisation de plusieurs anastomoses artérielles était aussi un facteur de risque (OR=4,03, [1,03-15,1], p=0,039).

Conclusion

Les patients ayant une SAB survenant plus de 3 mois post-TH, avec une chicane à l'IRM diagnostique, sont plus à risque d'échec d'un traitement par endoscopie et pourraient possiblement bénéficier d'un traitement chirurgical en première intention.

Survie des transplantés selon la sténose biliaire

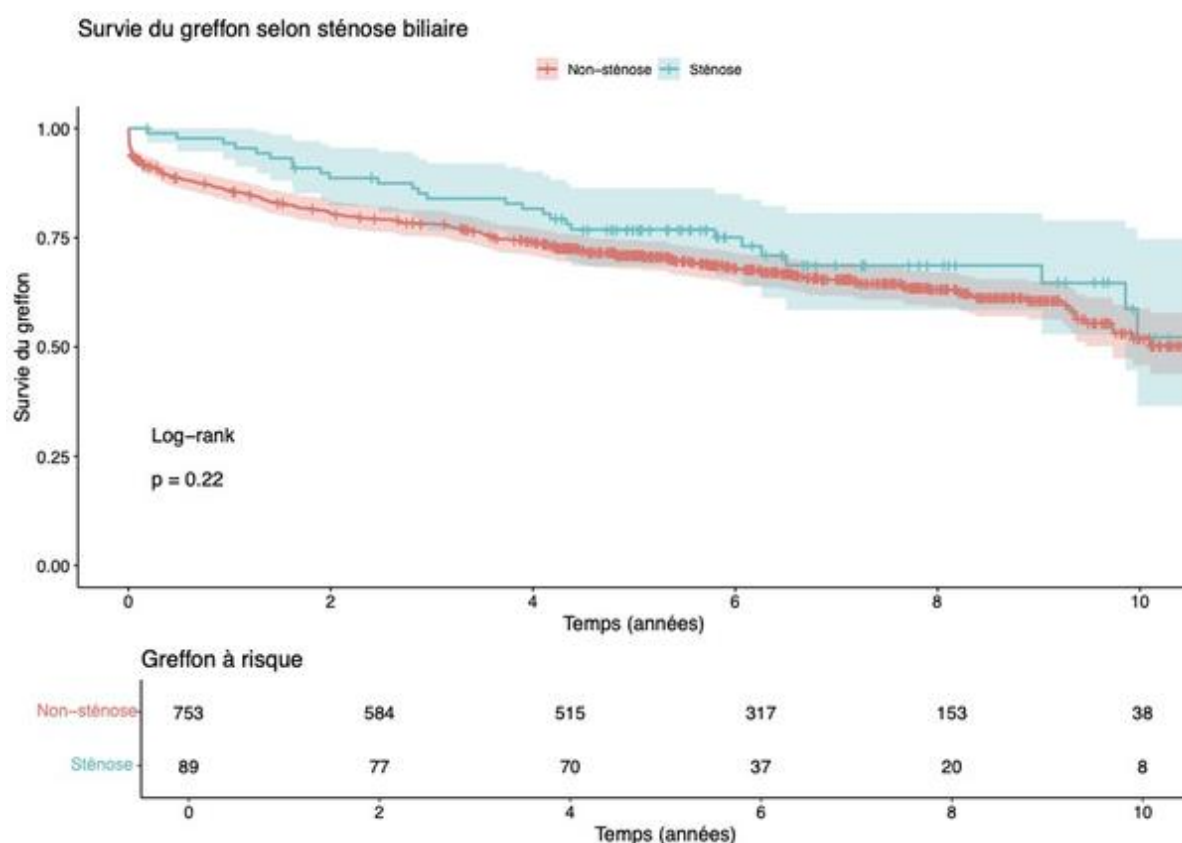


Tableau uni et multivariée selon chirurgie 2ndaire

Caractéristique	Chirurgie	Régressions univariables			Régression multivariable		
		OR	95% IC	p	OR	95% IC	p
Type de greffon hépatique							
Total	87,0%	—	—				
Partiel	13,0%	2,67	0,63 – 10,1	0,2			
Ischémie froide (min)	504 (± 220)	1,07	0,85 – 1,33	0,6			
Ischémie artérielle (min)	560 (± 216)	1,06	0,85 – 1,32	0,6			
Anastomose artérielle							
Une	86,6%	—	—		—	—	
Plusieurs	13,4%	4,03	1,03 – 15,1	0,039	2,61	0,46 – 13,7	0,3
Sténose biliaire							
Avant 90 jours	50,7%	—	—		—	—	
Après 90 jours	49,3%	3,77	1,07 – 17,8	0,056	5,50	1,19 – 40,0	0,046
Cholangite au diagnostic							
Non	98,5%	—	—				
Oui	1,5%	11,0	0,98 – 248	0,058			
Aspect de chicane au diagnostic							
Non	94,4%	—	—		—	—	
Oui	5,6%	7,56	1,44 – 44,2	0,017	6,97	1,11 – 51,2	0,040

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.115

3CVD00007-Evaluation De La Qualité De Vie Des Patients Opérés Pour Un Cancer De L'estomac

Asma SGHAIER (1) , Mohamed Amine ELGHALI (2), Wassim TOUIR (3), Rim GHAMMEM (4), Mohamed Hedi MRAIDHA (2), Amal LETAIEF (2), Sabri YOUSSEF (2) - (1)Service De Chirurgie Générale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Générale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (3)Service De Chirurgie Générale Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (4)Service D'épidémiologie Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous déclarons qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le cancer gastrique représente la quatrième cause de décès par cancer. La prise en charge est multidisciplinaire. La qualité de vie (QdV) des patients est influencée par plusieurs facteurs. L'objectif de ce travail était d'évaluer la QdV après une gastrectomie par les questionnaires EORTC QLQ C30 et EORTC STO22 et d'identifier les facteurs associés à sa modification .

Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative et analytique réalisée chez des patients opérés pour un cancer gastrique. Nous avons collecté les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et mené un entretien avec les patients pour répondre aux questionnaires EORTC QLQ-C30 et EORTC STO22..

Résultats

Nous avons colligé 65 patients. L'âge moyen était de 53,7. Le sexe ratio H/F était 1,7. Tous les patients avaient eu un traitement chirurgical : 61% avait eu une gastrectomie de 4/5ème avec un rétablissement de la continuité selon Billroth II, 37% des patients avaient reçu une chimiothérapie néoadjuvante. Le stade III de pTNM représentait 35%. Le faible grade de différenciation G3 était rencontré dans 35% des cas. D'après les résultats des deux questionnaires, la dimension sociale, émotionnelle, la diarrhée, l'anorexie et l'anxiété étaient les dimensions les plus affectées. La QdV globale était médiocre (51,99±18,78). Nous avons déterminé les facteurs prédictifs d'une altération de la QdV, après une régression linéaire multiple qui étaient : la gastrectomie totale, le grade G3, le stade III pTNM et l'absence d'une chimiothérapie adjuvante.

Conclusion

Ces questionnaires semblent des outils utiles pour l'évaluation de la QdV. Ils ont l'avantage d'évaluer plusieurs aspects à savoir: financiers, social, psychologiques et symptomatiques.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.116

3CVD00087-Impact du conditionnement ischémique gastrique pré opératoire par embolisation artérielle avant une œsogastrectomie polaire supérieure dans un contexte carcinologique – résultats d’une étude bicentrique

Alexandra THOMIERES (1) , Arthur DAVID (1), Yannick HOURMANT (1), Eric MIRALLIÉ (1), Antoine HAMY (2), Marie DE MONTRICHARD (1) - (1)Chu Nantes, Nantes, France, (2)Chu Angers, Angers, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La fistule anastomotique (FA) après œsogastrectomie polaire supérieure (OGPS) est une complication sévère associée à un taux de morbi-mortalité élevé. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact du conditionnement ischémique gastrique (CIG) par embolisation artérielle sur les FA après OGPS.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude multicentrique incluant 54 patients opérés d'une OGPS entre 2021 et 2024. Les données épidémiologiques, carcinologiques, les modalités du CIG et les données opératoires ont été analysées.

Résultats

Trente-deux patients sur les cinquante-quatre inclus ont bénéficié du CIG (59,3 %). Pas de différence significative entre les groupes CIG et non CIG sur l'incidence des FA (36,4 % vs 43,8 % ; $p = 0,587$), ni sur leur gravité (25 % vs 21,5 % pour le type I, 50 % dans les deux groupes pour le type II et 25 % vs 28,6 % pour le type III ; $p = 0,974$). Aucun cas de nécrose de plastie n'a été rapporté dans le groupe CIG. Le CIG concernait l'artère gastrique gauche dans 100 % des cas et son embolisation était combinée à celle de l'artère gastrique droite et de l'artère splénique dans 37,5 % des cas. Le délai moyen avant l'intervention était de 28 jours et aucune complication grave liée au CIG n'a été observée.

Conclusion

Le CIG ne semble pas réduire l'incidence ni la gravité des FA après OGPS. Il s'agit d'une procédure peu morbide, qui pourrait diminuer le risque de complications graves, telles que la nécrose de la plastie gastrique, suggérant un bénéfice potentiel de sa pratique.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.117

3CVD00112-Facteurs prédictifs de bons résultats fonctionnels de la myotomie de Heller Laparoscopique

Mehdi BEN LATIFA, Housseem BENSOLTANE, Abdelkader MIZOUNI, Fathia HARRABI, Amal BOUAZZI, Mohamed BEN MABROUK, Ali BEN ALI - (1)Service Chirurgie Générale Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt se rapportant à ce travail.

Introduction

La myotomie de Heller laparoscopique est l'une des options thérapeutiques les plus répandues pour le traitement de l'achalasie de l'oesophage avec souvent des bons résultats fonctionnels. L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs prédictifs de succès de cette procédure chirurgicale.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective à visée analytique monocentrique incluant les patients ayant eu une myotomie de Heller coelioscopique pour achalasie entre 2004 et 2020 dans un centre universitaire de chirurgie digestive. Les facteurs prédictifs de bons résultats fonctionnels (score d'Eckardt $\leq$ 2) étaient étudiés en analyse uni et multivariée moyennant le modèle de régression de Cox

Résultats

32 patients étaient inclus dans notre étude avec un âge moyen de 52 ans et un sexe ratio égal à 1. La chirurgie était indiquée d'emblée chez 22 patients. Des bons résultats fonctionnels étaient observés dans 90,7% des cas. Les facteurs prédictifs de bons résultats fonctionnels en analyse univariée étaient : un score d'Eckardt pré opératoire inférieur ou égal à 7 (p: 0,02) et l'absence d'amaigrissement important pré opératoire (p: 0,04).

Conclusion

La myotomie de Heller laparoscopique est actuellement le Gold standard de la chirurgie de l'achalasie. Les résultats de notre série attestent l'intérêt de poser l'indication de la chirurgie à un stade précoce, seul garant de bons résultats fonctionnels. Néanmoins, d'autres études multicentriques sont indispensables afin de consolider les résultats de notre série.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.118

3CVD00166-Textbook outcomes en chirurgie oncologique gastrique : Résultats d'une étude multicentrique Européenne

Ophélie BACOEUR-OUZILLOU (1) , Florian MARTINET-KOSINSKI (2), Thibault VORON (3), David FUKS (4), Guillaume PIESSEN (5), Gilles MANCEAU (6), Jérôme GUIRAMAND (7), Denis PEZET (2), Johan GAGNIÈRE (2), Caroline.Gronnier@Chu-Bordeaux.Fr GRONNIER (1) - (1)Service De Chirurgie Oesogastrique, Bordeaux, France, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Clermont-Ferrand, France, (3)Service De Chirurgie Générale Et Digestive, Paris, France, (4)Service De Chirurgie Digestive, Paris, France, (5)Service De Chirurgie Oesogastrique, Lille, France, (6)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Paris, France, (7)Service De Chirurgie Oncologique, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le « textbook outcome » (TO) est un paramètre composite utilisé pour évaluer la qualité de la pratique chirurgicale. Il reflète un résultat chirurgical parfait basé sur une série de critères de références. Le TO en chirurgie oncologique gastrique inclut les critères suivants : résection radicale selon le chirurgien, pas de complication per-opératoire, résection d'au moins 15 ganglions, pas de complication sévère post-opératoire, pas de séjour prolongé, pas de réintervention, pas de mortalité post-opératoire, résection R0.

Méthodes

Une étude européenne rétrospective issue de la base de données de l'Association Française de Chirurgie, a analysé 2131 patients pris en charge pour un cancer gastrique entre 2007 et 2017. L'étude compare les patients ayant remplis les critères du TO à ceux n'ayant pas remplis ces critères.

Résultats

Sur 1308 patients, le TO est atteint pour 489 patients (37,4%). Le TO est associé à une meilleure survie globale ($p < 0,001$) et à une meilleure survie sans progression ($p < 0,001$). En analyse univarié, le statut OMS, l'IMC, la localisation tumorale, la différenciation tumorale, le stade, le type de gastrectomie et la résection multi-organe sont associés à la non complétion du TO. En analyse multivarié, seul la localisation pangastrique ($p < 0,001$), le stade tumoral ($p = 0.021$) et la résection multi-organe ($p < 0,001$) restent significativement associés à la non complétion.

Conclusion

Le TO est associé à une meilleure survie globale et sans progression. La localisation, le stade tumoral et les résections d'organes associés sont associés au fait de ne pas atteindre le TO.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.119

3CVD00201-Adénocarcinome gastrique : A propos de 228 malades réséqués. Etude de la Survie et de la récurrence.

Mohamed ELLEUCH (1) , Amine SEBAI (1), Souhaib ATRI (1), Ahmed BEN MAHMOUD (1), Hajer HSSINE (2), Hajer BEN MANSOUR (3), Houcine MAGHERBI (1), Youssef CHAKER (1), Wael REBAI (1), Amine MAKNI (1), Amine DAGHFOUS (1), Rachid KSANTINI (1), Mohamed JOUINI (1), Anis HADDAD (1), Jamel Montacer KACEM (1) - (1)Service De Chirurgie A , Chu La Rabta, Tunis, Tunisie, (2)Service D'hépatogastro-entérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie, (3)Service D'oncologie Médicale, Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt financier concurrent.

Introduction

L'ADK gastrique présente une survie globale (SG) de 28% à 5 ans témoignant de son pronostic sombre. Nous avons donc cherché à déterminer les facteurs de survie et de récurrence dans la population tunisienne.

Méthodes

C'est une étude rétrospective et descriptive portant sur tous les malades opérés pour un ADK gastrique de Janvier 1990 à Décembre 2016 au service de chirurgie A la rabta à Tunis.

Résultats

Deux-cent vingt-huit malades ont été opérés d'un adénocarcinome gastrique. L'âge moyen était de 59 ans. Une gastrectomie totale a été réalisée chez 46% des malades. Un curage ganglionnaire extensif a été réalisé chez 89% des malades. La mortalité était de 3,1%. La morbidité était de 18%. La tumeur était bien différenciée dans 74% des cas, évoluée (T3-T4) chez 63% des malades. Un envahissement ganglionnaire était présent chez 62% des malades. Soixante-dix-sept malades ont eu un traitement adjuvant ou périopératoire. La survie globale était de 52 mois. La survie sans récurrence était de 61 mois. Le délai diagnostique, le stade T, le stade N et la radicalité se sont comportés comme facteurs indépendants de survie. Pour la récurrence, le stade T et l'envahissement ganglionnaire ont été identifiés comme facteurs indépendants de récurrence.

Conclusion

Dans cette étude rétrospective, on a démontré que l'envahissement ganglionnaire et le stade T sont les facteurs indépendants incriminés dans la survie et la récurrence.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.120

3CVD00202-Etude pronostique des cancers superficiels de l'estomac

Mohamed ELLEUCH (1) , Amine SEBAI (1), Souhaib ATRI (1), Ahmed BEN MAHMOUD (1), Haithem YAAKOUB (2), Aida KHADHAR (3), Hajer BEN MANSOUR (4), Youssef CHAKER (1), Wael REBAI (1), Amine MAKNI (1), Amine DAGHFOUS (1), Rachid KSANTINI (1), Mohamed JOUINI (1), Anis HADDAD (1), Jamel Montacer KACEM (1) - (1)Service De Chirurgie A , Chu La Rabta, Tunis, Tunisie, (2)Service D'hépto-Gastro-Entérologie « B », Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie, (3)Laboratoire D'anatomie Et Cytologie Pathologique, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie, (4)Service D'oncologie Médical, Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt financier concurrent.

Introduction

Le cancer superficiel de l'estomac est une tumeur dont l'atteinte est limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse, indépendamment de l'invasion ganglionnaire associée. Nous avons réalisé une étude de ce sous-groupe pour déterminer ses caractéristiques.

Méthodes

C'est une étude rétrospective et descriptive portant sur tous les malades opérés pour un ADK gastrique de Janvier 1990 à Décembre 2016 au service de chirurgie A la rabta à Tunis avec une étude comparative du sous-groupe tumeurs classées T1-T2.

Résultats

Deux-cent vingt-huit malades ont été opérés d'un adénocarcinome gastrique dont vingt-sept pour un ADK superficiel. Une maladie prédisposante était présente chez sept malades. La tumeur était bien différenciée dans 52% et en bague à chatons dans 41%. Un envahissement ganglionnaire était présent chez 5 malades, embolies vasculaires une fois. Aucun engainement nerveux n'a été constaté. Un malade était N+. Trois malades ont eu un traitement adjuvant. La survie globale à 5 ans était de 79 %. La survie sans récurrence à 5 ans était de 82%. En comparant l'adénocarcinome superficiel avec l'invasif, il n'y avait pas de différence significative concernant l'épidémiologie, localisation, et le type de curage. La taille, le taux d'envahissement ganglionnaire, d'engainement périmerveux, d'embolies vasculaires et de formes indifférenciées étaient significativement plus élevés pour les formes invasives.

Conclusion

Le meilleur pronostic de l'ADK gastrique superficiel justifie la mise en place de protocole de dépistage afin d'améliorer la SG et la SSR du cancer gastrique.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.121

3CVD00261-Chirurgie des séquelles des sténoses caustiques du tractus digestif supérieur

Noureddine AIT BENAMER, Serhane GACEM, Meriem BOUZIDA, Faouzi EL MOKRETAR, Sofiane BENACHOUR, Noura ZAHl, Raouf KHALOUF - (1)Hopital Frantz-Fanon, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

AUCUN

Introduction

La chirurgie pour sténose caustique de l'œsophage est une chirurgie fonctionnelle. Le remplacement œsophagien par un transplant colique est devenu une intervention standardisée. Sa mortalité est faible mais sa morbidité reste relativement élevée.

Méthodes

24 patients (pts) dont 7 pts avaient une pathologie psychiatrique, ayant bénéficié d'une coloplastie. L'âge médian était de 27,5 ans. Le bilan préthérapeutique avait objectivé une sténose de la bouche de Killian chez 18 patients associée à une sténose gastrique chez 08 pts. Le délai médian entre l'ingestion et la plastie est de 16 ± 8 mois. La coloplastie droite rétrosternale était réalisée de principe.

Résultats

23 coloplasties droites et 01 coloplastie gauche réalisée pour des impératifs vasculaires. L'anastomose pharyngocolique (APC) chez 18 pts dont 03 au niveau de l'oropharynx, et anastomose oesocolique (AOC) chez 06 pts. 12 pts avaient eu des suites compliquées essentiellement à type de fistule cervicale (FC). Il a été observé 02 FC sur 18 APC et 03 FC sur les 06 AOC dont 02 avaient évolué vers la sténose ayant nécessité une réfection chirurgicale. Deux cas de nécrose proximale du transplant ayant nécessité une reprise chirurgicale dont une par cervicosternolaparotomie après mobilisation du transplant colique et APC. La mortalité était de 4%. Le séjour postopératoire était de 15,7 jours.

Conclusion

La coloplastie droite est la technique de choix dans la sténose caustique de l'oesophage. L'APC ayant une faible morbidité pourrait être recommandée. L'oesophagoplastie doit être réalisée dans un centre spécialisé afin de répondre à des standards validés et uniformisés, pour un meilleur résultat fonctionnel.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.122

3CVD00278-Gastrectomie D2 : facteurs pronostiques et leur impact sur la survie dans une série de 102 patients.

Abdelhakim HAROUACHI, Ayoub KHARKHACH, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêts

Introduction

Le cancer de l'estomac se classe au 2ème rang des cancers digestifs. Sa prise en charge est multimodale, mais la chirurgie reste la pierre angulaire du traitement. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques et facteurs influençant le pronostic après la gastrectomie D2 au Maroc.

Méthodes

Étude rétrospective qui étudie les données épidémiologiques, cliniques et pathologiques des patients ayant subi une gastrectomie pour cancer entre 2015 et 2023 dans un Centre de Chirurgie Oncologique. La survie globale a été évaluée par la méthode de Kaplan–Meier.

Résultats

102 patients ont été inclus (54,9 % d'hommes, âge médian de 57,6 ans). L'adénocarcinome à cellules indépendants représentait 36 %. La chimiothérapie néo-adjuvante a été indiquée pour 70,5 % cas. La gastrectomie 2/3 ou 4/5 était réalisée chez 44,4%. Une moyenne de 27 ganglions (11 à 37) prélevés. Les tumeurs étaient classées en Stade III en pTNM dans 58,82% des cas. La morbidité était de 12,74 %. La durée médiane d'hospitalisation était de 10,3 (7–18) jours. La morbidité était de 14 %, la mortalité à 90 j était de 8 %. Le séjour moyen 8,2 jours (5 à 43 jours). La survie globale médiane était estimée à 25 mois (6-47). L'âge, la présence de complications postopératoires ont été identifiés comme facteurs pronostiques.

Conclusion

Le respect des critères de qualité d'une gastrectomie D2 pour éviter les complications postopératoires graves semble un facteur pronostic important. L'adénocarcinome à cellules indépendants n'a pas d'influence sur le pronostic.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.123

3CVD00293-Cancers gastriques chez les jeunes de moins de 40 ans : Caractéristiques épidémio-cliniques et pronostiques au Mali.

Adégné TOGO (1), Amadou TRAORÉ (2), Zakari SAYE (3), Madiassa KONATÉ (2), Diondo OGOLBA (3), Kamaté BAKAROU (4), Dembélé BAKARY (5), Djimdé ABDOULAYE (6), Kanté LASSANA (1), Traoré ALHASSANE (1) - (1)Chu Gabriel Toure Fmos Usttb, Bamako, Mali, (2)Chu Gabriel Toure Usttb, Bamako, Mali, (3)Chu Gabriel Toure, Bamako, Mali, (4)Chu Pointg Usttb, Bamako, Mali, (5)Chu Gabriel Touré Usttb, Bamako, Mali, (6)Pmrtc Fmos Usttbbamako, Bamako, Mali

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet

Introduction

Au Mali, le cancer gastrique est le premier cancer chez l'homme et le 3ème chez la femme
Objectifs : c'était de décrire les aspects épidémiologiques et de déterminer les facteurs de survie du cancer gastrique chez les jeunes.

Méthodes

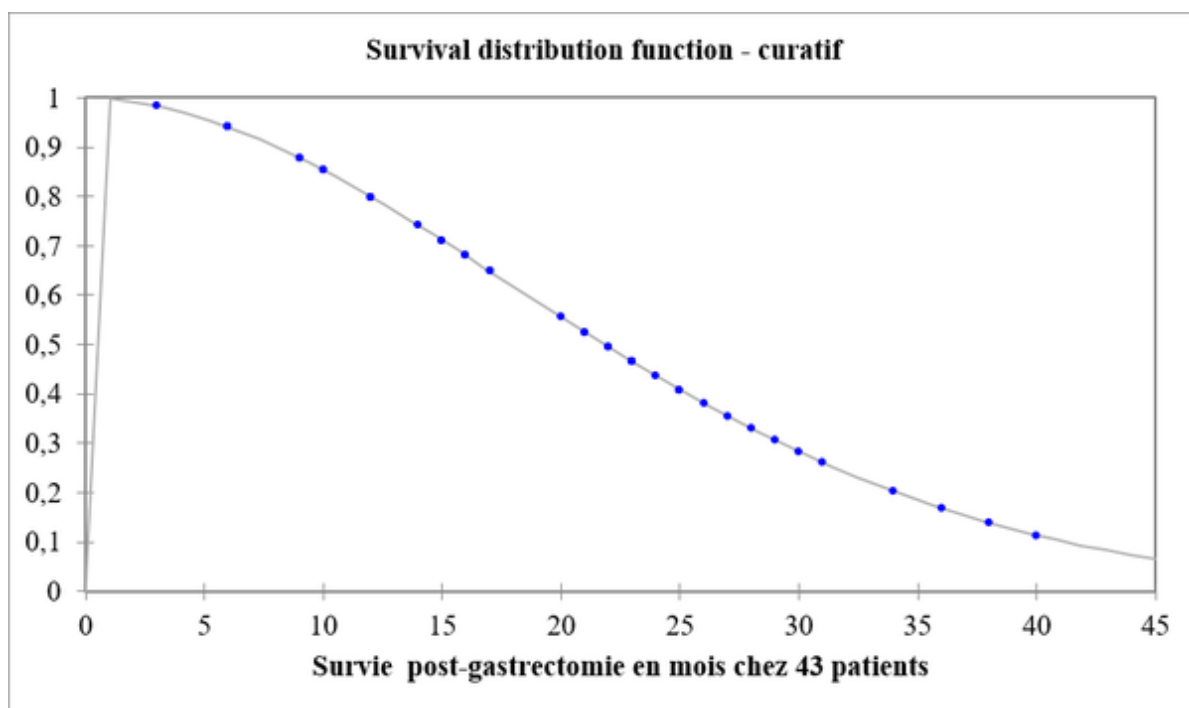
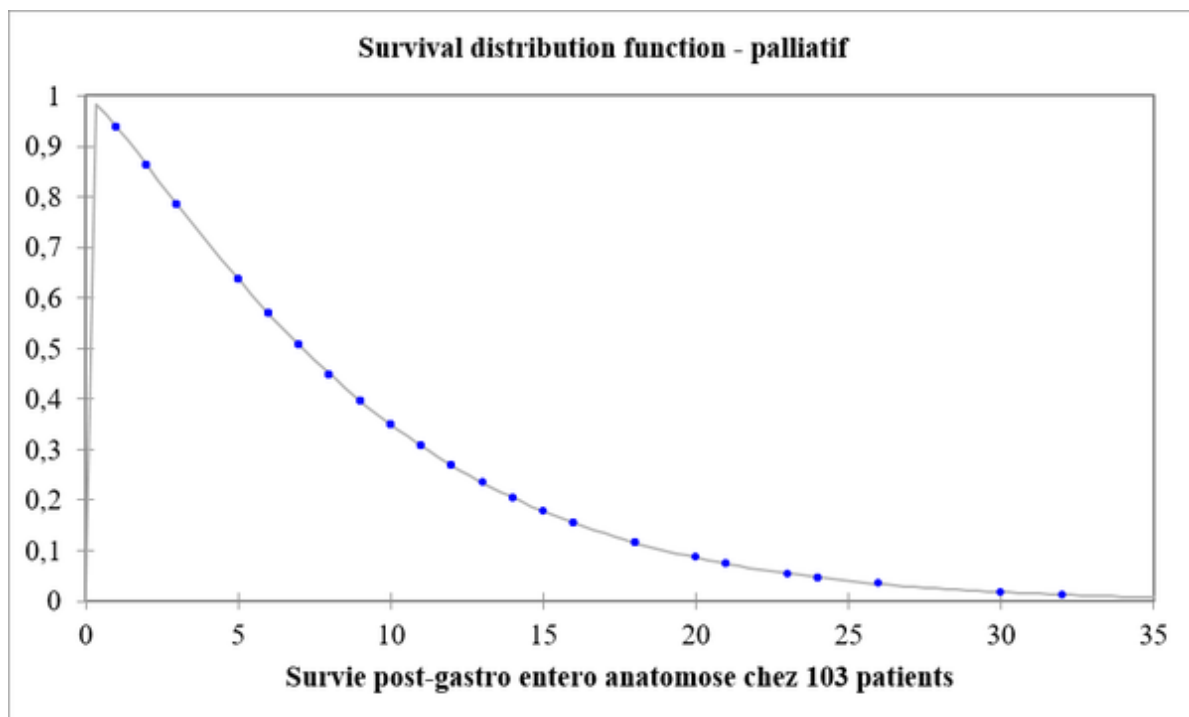
Nous avons réalisé une étude avec récolte des données rétrospectives au CHU Gabriel Touré Bamako. Ont été inclus les patients de moins de 40 ans traités entre 2006 et 2023 pour cancer gastrique. Les informations ont été obtenues par appels téléphoniques. Les données collectées portaient sur les variables sociodémographiques, cliniques et les suites opératoires. Les analyses ont été faites avec le logiciel R

Résultats

Sur le total de 149 patients, il y avait 88 hommes (59%) soit un sex-ratio de 1,4. L'âge moyen était de 34 ± 5 ans, 110 malades (74%) avaient entre 30 et 39 ans. Le siège de la tumeur était antral chez 120 patients (80%). Les patients étaient de stade IV étaient au nombre de 89 soit 59,73%. La chimiothérapie a été faite chez 85 malades, la gastrectomie a été réalisée chez 43 malades. En 2020 avec l'introduction de la chimiothérapie néo adjuvante le taux de resecabilité est passé de 13% à 33 %. La médiane de survie a été de 7 mois après chirurgie palliative et de 28 mois après gastrectomie carcinologique, les facteurs déterminants la survie étaient: la chimiothérapie néo adjuvante et le stade au diagnostic ($p < 0,05$)

Conclusion

Le cancer gastrique est fréquent chez les jeunes. La RCP et la chimiothérapie néo adjuvante permettent d'améliorer le pronostic



E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.124

3CVD00305-Facteurs de risque et impact de la fistule anastomotique dans les gastrectomies totales. Une étude rétrospective multicentrique.

Florian MARTINET-KOSINSKI (1), Ophélie BACOEUR-OUZILLOU (1), Thibault VORON (2), Jérôme GUIRAMAND (3), David FUKS (4), Gilles PONCET (5), Nicolas CARRERE (6), Guillaume PIESEN (7), Caroline GRONNIER (8), Denis PEZET (1), Johan GAGNIÈRE (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive, Clermont-Ferrand, France, (2)Service De Chirurgie Digestive, Aphp, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Institut Paoli-Calmettes, France, (4)Service De Chirurgie Digestive, Lausanne, Suisse, (5)Service De Chirurgie Digestive, Lyon, France, (6)Service De Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (7)Service De Chirurgie Digestive, Lille, France, (8)Service De Chirurgie Digestive, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Une des principales complications des gastrectomies totales (GT) est la fistule anastomotique (FA). Notre objectif est d'étudier les facteurs de risque et l'impact sur les outcomes post-opératoires de la FA.

Méthodes

Les données ont été analysées à partir de la base de données rétrospective multicentrique de l'AFC 2020, conduite entre 2007 et 2017. Deux groupes ont été comparés : les patients ayant présenté (groupe F+) ou non (groupe F-) une FA post-GT. Un score de propension a été réalisé. Les survies ont été étudiées à l'aide de méthodes de Kaplan-Meier et de modèles de Cox.

Résultats

Sur les 1007 patients analysés, 88 (8%) ont présenté une FA. Après analyse multivariée, une perte d'IMC > 2% entre le diagnostic et la fin du traitement néoadjuvant et le sexe masculin étaient associés à un taux de fistules plus élevé. Le groupe F+ avait un taux de décès à 90 jours plus important (OR=3,72 ; IC95=[1,61;8,59]; p<0,01), une durée médiane d'hospitalisation augmentée (13 vs 30 jours, p<0,01) et un taux de reprise chirurgicale plus important (OR=7,46 ; IC95=[4,59;12,1]; p<0,01). Les survies globales et sans récurrence n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes même après score de propension.

Conclusion

Le sexe masculin et la perte >2% d'IMC après traitement néoadjuvant sont associés au risque de FA post-GT. Les patients F+ ont un taux de décès à 90J supérieur mais des survies à 5 ans comparables.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.125

3CVD00325-Hémorragie digestive en milieu de chirurgie viscérale

Abdelali GUELLIL - (1)Service De Chirurgie Digestive Centre Hospitalier Universitaire Mohammed Vi, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet

Introduction

Les hémorragies digestives représentent une urgence médico-chirurgicale fréquente et potentiellement grave, si le traitement endoscopique est souvent le premier recours, la chirurgie reste indispensable dans les cas où l'endoscopie échoue, lorsque le saignement est massif, ou dans certaines conditions spécifiques comme les ulcères perforés ou les varices œsophagiennes rebelles.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective analytique qui a porté sur 84 cas étalée sur 8 ans allant de janvier 2016 jusqu'à décembre 2023. Après avoir eu recours à des critères d'éliminations, 30 cas ont été retenus. Notre étude a été menée au niveau du service de chirurgie viscérale au sein du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda.

Résultats

83,33% des patients ont bénéficié d'un examen endoscopique avant d'avoir recours au traitement chirurgical et 16,67%. Des cas ont eu directement recours à la chirurgie, l'examen endoscopique a objectivé un ulcère gastro-duodénal dans 43,33% des cas, tumeur gastrique dans 23,33%, hémorroïdes internes dans 6,67% et diverticulose colique dans 3,33%. Les indications chirurgicales les plus trouvées dans notre étude étaient les hémorragies sur tumeur du tractus digestif dans 56,67% des cas, échec du traitement médical et endoscopique dans 16,67% des cas et choc hémorragiques dans 16,67% des cas. Les techniques chirurgicales les plus utilisées étaient la gastrectomie d'hémostase dans 33,33% des cas et la résection intestinale dans 30%.

Conclusion

La chirurgie des hémorragies digestives, bien que souvent un dernier recours, joue un rôle clé dans le sauvetage des patients et continue de se perfectionner grâce aux avancées technologiques et aux pratiques fondées sur des données probantes.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.126

3CVD00006-Robotic Roux en Y gastric by pass : tip and tricks to avoid complications

Christophe BRETON, Thomas SOLÉ - (1)Clinique Chirurgicale Mutualiste, Saint Etienne, France

Conflits d'intérêts

Dr blanc est formateur pour intuitive dr breton et dr solé aucun conflits d'intérêts

Introduction

The robotic Roux-en-Y gastric by-pass is safe and feasible, and might offer some advantages in comparison to the laparoscopic approach. We describe tip and tricks to avoid post operative complications.

Méthodes

A total of 249 consecutive patients were included in this study and operated between 2018 and 2025. We have used Si system (hybrid technique) then X system (2023, full robotic).

Résultats

The mean (SD) age was 43 years, the mean (SD) pre-operative BMI was 41 kg/m², and the majority of the participants were female (147). The mean age of the patients was 42.8±11.3 years, and the mean pre-operative BMI was 41.3±5.54 kg/m². The majority of patients were female 220 (70.1%), and 120 had obesity-associated comorbidities. A total of 68 (21.6%) revisional surgeries were performed. The average operative time (console time) was 150±39.2 minutes, with the GJ anastomosis completed in an average of 15 minutes. Patients were discharged on the second postoperative day with a mean hospital stay of 3.13±4.05 days. Early postoperative complications included 10 (3.1%) strictures, 3 (0.9%) leaks, and 4 (1.27% hemorrhage). Upper endoscopy was performed on postoperative day 1 in 5 (1.6%) cases for GJ dilation to allow gastroscope passage. There were no conversions to laparoscopy or laparotomy, and no mortality occurred.

Conclusion

While traditional bariatric surgery has been effective in promoting weight loss, robotic bariatric surgery offers numerous advantages, including increased precision and control, reduced risk of complications, and a faster recovery time. There are some tip and tricks to avoid post operative complication.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.127

3CVD00067-Impact de la chirurgie bariatrique sur l'incontinence urinaire et fécale à 1 an post-opératoire

Nicolas MICHOT (1), Othman ISKANDER (2), Lise COURTOT (3), Céline BOURBAO-TOURNOI (4), Alice ARTUS (4), Julien THIERY (4), Amine BOUAYED (3), Ephrem SALAME (4), Guillaume PROUTHEAU (4), Urs GIGER-PABST (5), Mehdi OUAISSI (4) - (1)Service De Chirurgie Digestive, Oncologique, Endocrinienne, Hépatobiliaire Et De Transplantation Hépatique. Hôpital Trousseau, C.h.u De Tours - Tours (France), Tours, France, (2)Faculté De Médecine, Université De Jazan, Jazan, Arabie Saoudite, (3)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Du Pays Salonais, Salon De Provence, France, (4)Service De Chirurgie Digestive, Oncologique, Endocrinienne, Hépatobiliaire Et De Transplantation Hépatique. Hôpital Trousseau, C.h.u De Tours, Tours, France, (5)Fliedner Fachhochschule, Université Des Sciences Appliquées De Düsseldorf, Dusseldorf, Allemagne

Conflits d'intérêts

Aucun conflit

Introduction

Objectif : L'obésité est un facteur de risque modifiable d'incontinence urinaire (IU) et fécale (IF). Le but était d'évaluer l'impact d'une chirurgie bariatrique efficace (pourcentage perte d'excès de poids supérieure à 50 %) sur l'IU et l'IF à 1 an postopératoire afin de déterminer si les modifications de la statique pelvienne induites par la perte de poids ont un impact sur l'incontinence anale ou urinaire.

Méthodes

Une étude prospective observationnelle a été menée au CHU de Tours auprès de 212 femmes ayant eu une chirurgie bariatrique. Les participantes ont rempli des questionnaires préopératoires et postopératoires afin d'évaluer l'IU et l'IF un an après l'intervention. L'IU et l'IF ont été évalués par le score PSU et le score de Wexner.

Résultats

Parmi les 212 patientes, 148 ont perdu plus de 50 % de leur excès de poids un an après l'intervention, et 40 d'entre elles (27,0 %) ont rempli tous les questionnaires. L'IMC médian préopératoire était de 41,8 kg/m², puis de 29,1 kg/m² un an après l'intervention. Une amélioration significative a été observée concernant l'incontinence urinaire d'effort (IUE), qui est passée de 32,5 % en préopératoire à 22,5 % en postopératoire (p < 0,0001). L'IF a montré une légère exacerbation, avec une augmentation de l'IF modérée (de 5,0 % à 10,0 %) mais sans différence statistiquement significative.

Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent que la chirurgie bariatrique améliore significativement l'IUE chez les femmes obèses, mais a un impact minimal sur l'IF un an après l'opération.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.128

3CVD00111-Résultats métaboliques et sureté du Bariclip™

Geoffrey JACQMIN, Camille MARCINIAK, Gregory BAUD, Franck-Olivier BRELEUR, Clothilde VINCENT, Naima OUKHOUYA DAOUD, Helene VERKINDT, Francois PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflits d'intérêt

Introduction

Le Bariclip™ réduit le volume gastrique sans altérer l'anatomie ni l'absorption des nutriments. L'association d'une restriction mécanique aux médicaments analogues de la GLP-1 pourrait améliorer la durabilité de la perte de poids et fournir une approche robuste et personnalisée de la prise en charge de l'obésité.

Méthodes

Quarente-deux patient atteints d'obésité sévère ont été inclus. La cohorte comprenait sept patients (16,6%) sous corticostéroïdes ou immunomodulateurs au long terme, faisant d'eux des candidats inéligibles à des procédures irréversibles du fait du risque de fistule gastrique ou anastomotique.

Résultats

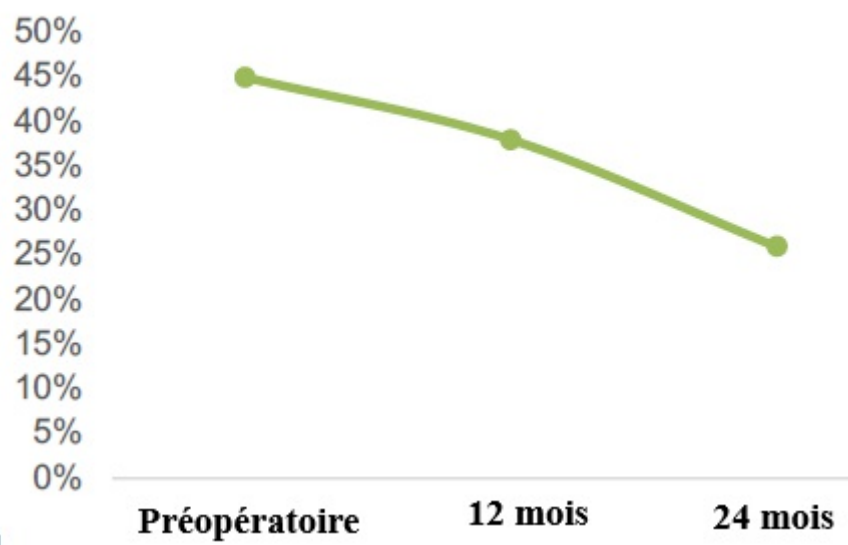
Les complications selon la classification de Clavien-Dindo comprenait 95.3 % de grade 1 (40/42), 4.7 % de grade 2 (2/42) et 0 % de grade 3. Il y avait eu 2% de migration intragastrique asymptomatique (1/42). En analyse de sous-groupe, le Bariclip avait une meilleur efficacité sur l'obésité de grade 2 que sur l'obésité de grade 3. Le taux de glissement du Bariclip de 4%, et deux des patients concernés avait été opéré avant la mise à jour de la procédure qui recommandait l'association à une plicature gastrique. Une réduction des reflux gastro-oesophagiens étaient observable avec le Bariclip. A 24 mois, l'insulinémie et la glycémie étaient diminuée postprandiale avec une évolution semblable à la période préopératoire, démontrant que le mécanisme plus restrictif que malabsorbative du Bariclip, confirmé par les courbes de la D-xylose.

Conclusion

Cette alternative à l'endosleeve et au ballon intra-gastrique fournit une perte de poids supérieure par un mécanisme restrictif et peut être envisager dans une stratégie multimodale comprenant les analogues de la GLP-1

Evolution des RGO après Bariclip

Reflux gastro-oesophagien



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.129

3CVD00120-Anneau de calibration Midcal sur Sleeve

Louise TEDESCHI, Marie-Cecile BLANCHET - (1)Clinique De La Sauvegarde, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La sleeve gastrectomie est une technique efficace, mais une proportion non négligeable de patients présente une stagnation pondérale ou une reprise de poids à moyen et long terme. La conversion en bypass en Y de Roux est souvent proposée. Afin d'offrir une alternative thérapeutique moins radicale, l'anneau gastrique de calibration Midcal pourrait être une solution.

Méthodes

Étude observationnelle, monocentrique, menée auprès de patients ayant présenté un échec de perte pondérale après une sleeve gastrectomie. Les patients ont bénéficié de la pose d'un anneau gastrique de calibration Midcal par coelioscopie. L'évaluation de l'efficacité de cette approche repose sur la perte pondérale, mesurée en kilogrammes et en variation d'IMC. Les patients sont revus en consultation post-opératoire à 1 mois, 2 mois et 4 mois pour un suivi de leur évolution pondérale.

Résultats

13 patients ont été inclus dans l'étude, avec un IMC moyen préopératoire de $38,75 \text{ kg/m}^2$. À 1 mois post-opératoire, la perte pondérale moyenne était de 6,7 kg, et à 4 mois de 15kg. Le suivi au-delà de 4 mois est en cours. Un cas de complication post-opératoire a été observé: un glissement de l'anneau ayant nécessité son retrait chirurgical. Aucun autre événement indésirable majeur n'a été rapporté à ce stade.

Conclusion

L'anneau Midcal semble être une alternative prometteuse pour les patients en échec pondéral. Cette technique, réversible et simple, pourrait représenter une option intéressante. Des études avec un suivi prolongé et un effectif plus large sont nécessaires pour confirmer son efficacité et évaluer son profil de complications à long terme.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.130

3CVD00136-Chirurgie bariatrique en un temps ou deux temps : indications et techniques

Juliette CABOT, Arnaud PASQUER, Maroin KALIFI, Elise PELASCINI, Maud ROBERT - (1)Hopital Edouard Herriot, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le bypass gastrique (BPG), le SADI-Sleeve (SADI-S) et la dérivation biliopancréatique (DBP) peuvent être réalisés en un ou deux temps pour le traitement de l'obésité. Cependant, l'impact de ces approches sur la perte de poids et les complications reste incertain.

Méthodes

Nous avons conduit une étude rétrospective incluant des patients de la cohorte BARIASUG ayant bénéficié d'un BPG, d'un SADI-S ou d'une DBP en un ou deux temps

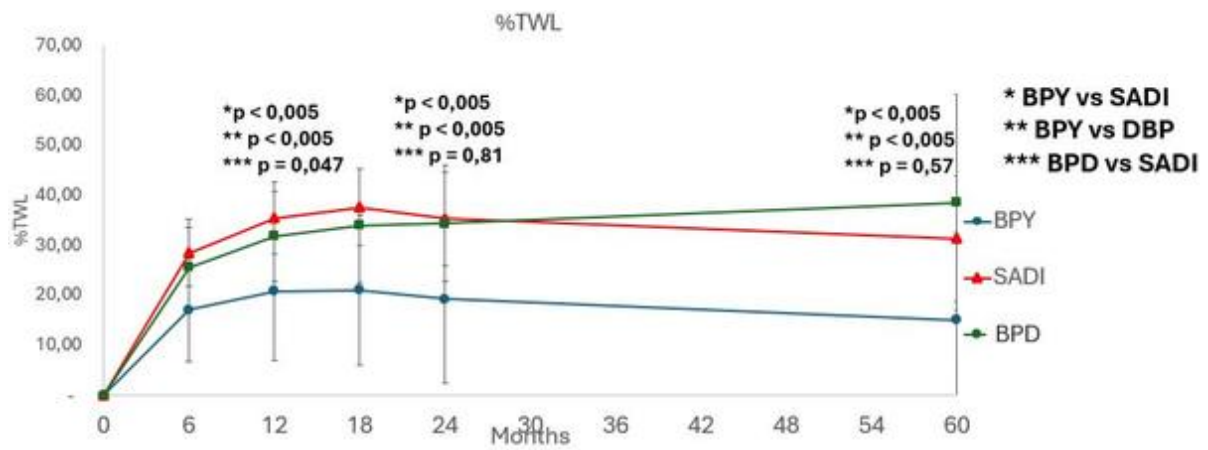
Résultats

184 patients ont été inclus : 101 ont bénéficié d'un BPG, 34 un SADI-S et 49 une DBP. Le pourcentage de perte de poids total (TWL) moyen était significativement plus faible dans le groupe BPG comparé au groupe SADI-S à 1 an, 2 ans et 5 ans. Des résultats similaires sont observés en comparant le groupe BPG au groupe DBP à 1 an, 2 ans et 5 ans. L'EWL était plus important pour les interventions en un temps par rapport au deux temps à 1, 2 et 5 ans dans les groupes SADI-S et BPG. Même résultat pour le groupe DBP, sauf à 5 ans où l'EWL était comparable. En comparant les interventions en deux temps, la réduction de l'IMC était plus importante dans le groupe DBP comparé au groupe SADI-S et BPG. Aucune différence de taux de complications chirurgicales entre les groupes.

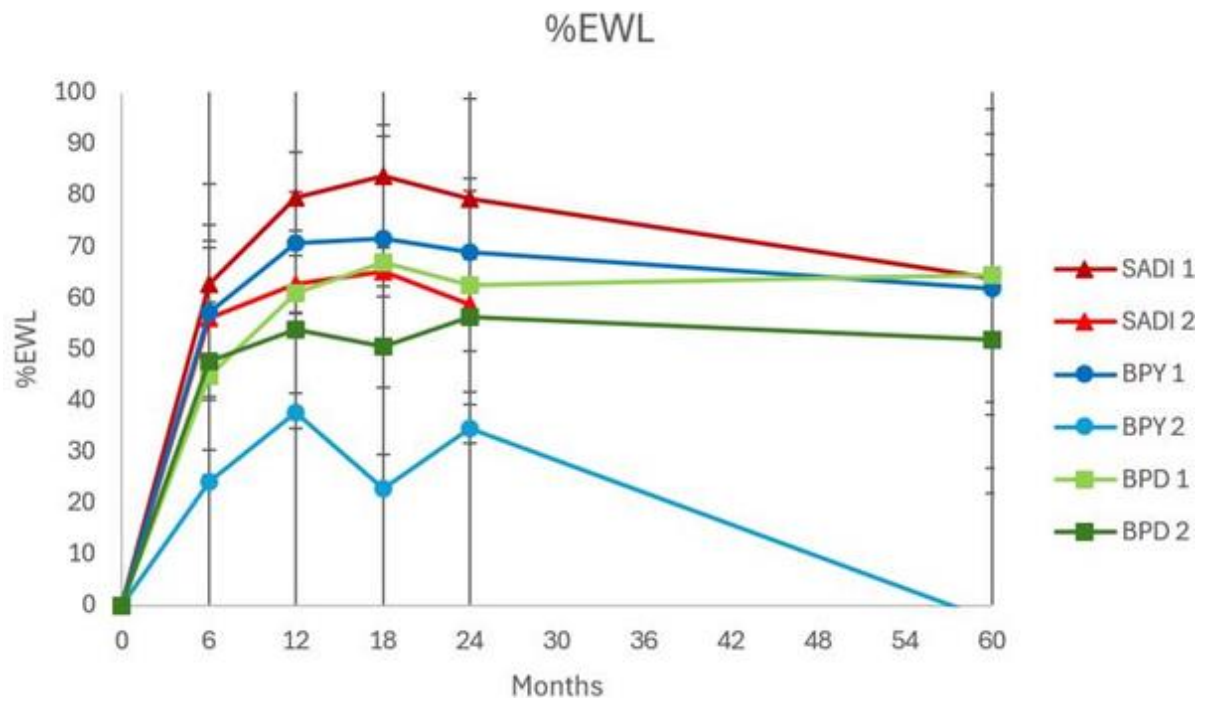
Conclusion

Les interventions en un temps semblent plus efficaces en termes d'EWL comparées aux deux temps. Lorsqu'une conversion est indiquée pour une perte de poids insuffisante, la DBP semble offrir de meilleurs résultats en termes de réduction d'IMC.

%TWL : Comparative analysis of the three procedure



%EWL Comparison: One-Stage vs. Two-Stage Procedure



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.131

3CVD00165-L'utilisation de renforts permet-il de prévenir le développement des complications sur la ligne d'agrafes après sleeve gastrectomy ? Résultats d'une étude rétrospective à bras de contrôle synthétique

Gaétan PASINATO, Fabien WEREY, Hugo DEFIVES, Abdennaceur DHAHRI, Charles SABBAGH, Jean-Marc REGIMBEAU - (1)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La sleeve gastrectomy (SG) est la procédure de chirurgie bariatrique la plus réalisée dans le monde. Le but de ce travail était d'évaluer l'impact de l'utilisation des renforts sur la survenue des complications graves chez les patients obèses opérés d'une SG.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique comparant un bras interne de patients ayant bénéficié d'une SG avec utilisation de renforts à un bras de contrôle externe issu de l'étude TISSEEL sans utilisation de renforts (identifiant ClinicalTrials.gov : NCT01613664). Les procédures étaient réalisées par le même opérateur. Le critère de jugement principal correspondait à la survenue de complications graves après SG dans les 30 jours postopératoires (fistule gastrique ; hémorragie postopératoire ; collection abdominale).

Résultats

Il y avait 276 patients inclus dans le bras avec renforts et 219 patients dans le bras sans renforts. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur la survenue de complications graves à 30 jours ($p=0.326$). Il existait une différence significative sur les taux de saignement sur la ligne d'agrafes ($p<0.0001$) et le nombre de sutures ($p<0.0001$) qui étaient plus élevés dans le groupe sans renforts.

Conclusion

L'utilisation de renforts ne permettrait pas de réduire la survenue de complications graves à 30 jours d'une SG. Il existerait cependant un taux plus important de saignement per-opératoire lorsque la ligne d'agrafes n'est pas renforcée.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.132

3CVD00185-Facteurs prédictifs scanographiques de changement de stratégie thérapeutique en chirurgie bariatrique

Marie-Ange GUILLOTEAU (1) , Claire NOMINE CRIQUI (1), Laurent BRUNAUD (1), Nicolas REIBEL (1), Matthieu KOUKI (2), Didier QUILLIOT (3), Elodie JEANBERT (4) - (1)Service De Chirurgie Digestive Chu Nancy, Nancy, France, (2)Service De Chirurgie Digestive Chu Nancy, Metz, France, (3)Service De Endocrinologie-Nutrition Chu Nancy, Metz, France, (4)Unité De Méthodologie, Data Management Et Statistiques Chu Nancy, Metz, France

Conflits d'intérêts

Il n'y a pas de conflit d'intérêt

Introduction

Le court-circuit gastrique avec anse en Y par coelioscopie (CCG) est une des interventions les plus réalisée en chirurgie bariatrique. Dans certaines situations, la réalisation d'un CCG est impossible et un changement de stratégie thérapeutique peropératoire est nécessaire. Le scanner abdomino-pelvien non injecté ne fait pas parti du bilan préopératoire mais apporte des données morphologiques. L'objectif principal de cette étude est d'identifier des facteurs scanographiques prédictifs de changement de stratégie thérapeutique peropératoire avant réalisation d'un CCG.

Méthodes

Entre le 1er octobre 2012 et le 31 décembre 2022, les patients ayant eu un changement de stratégie thérapeutique peropératoire ont été identifiés et appariés à 1 pour 3 avec des patients pour lesquels un CCG a été réalisé. Les données scanographiques et cliniques préopératoires, l'expérience du chirurgien (<2ans vs >2ans), les complications post opératoires à 6 mois ont été recueillies dans les 2 groupes.

Résultats

Entre le 1er octobre 2012 et le 31 décembre 2022, 3163 patients ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique dont 2039 CCG et 72 patients ont eu un changement de stratégie peropératoire. Le volume hépatique gauche (OR=1.003, IC1.002-1.004, $p<0.001$), les antécédents de chirurgie abdominale (OR=2.1, IC1.2-4.0, $p=0.0158$), le SAOS (OR=3.2, IC1.4-8.3, $p=0.0084$) l'expérience du chirurgien (<2ans: 15.3 vs 0.9, $p<0.0001$) étaient significativement associés au changement de stratégie thérapeutique. Les patients ayant eu un changement de stratégie thérapeutique ont présenté plus de complications post-opératoire à 6 mois (37.5 vs 9.7, $p<0.0001$).

Conclusion

Le scanner abdomino-pelvien non injecté offre des informations morphologiques utiles, qui associées aux données cliniques permettent d'anticiper les difficultés peropératoires.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.133

3CVD00232-« Invagination jéjuno-jéjunale rétrograde sur anse alimentaire après bypass gastrique chez une femme enceinte : un cas très rare »

Mohammed Amin RIANI (1) , Nathalie MERCIER (2), Émile NINI (2), Sixte-Henry SONDJI (2), Francois LABBE (2) - (1)Service De Chirurgie Générale Et Cancérologie B Ait Idir Ali Chu D'oran, Carcassonne, France, (2)Service De Chirurgie Viscérale, Carcassonne, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'invagination intestinale aiguë est le télescopage d'un segment intestinal de l'amont vers l'aval. L'invagination rétrograde est une entité différente et se constitue dans le sens antipéristaltique. Ce sont des complications rares après bypass gastrique. Prévalence: entre 0,07 et 0,6%. Seulement deux cas dans la littérature observés chez une femme enceinte.

Méthodes

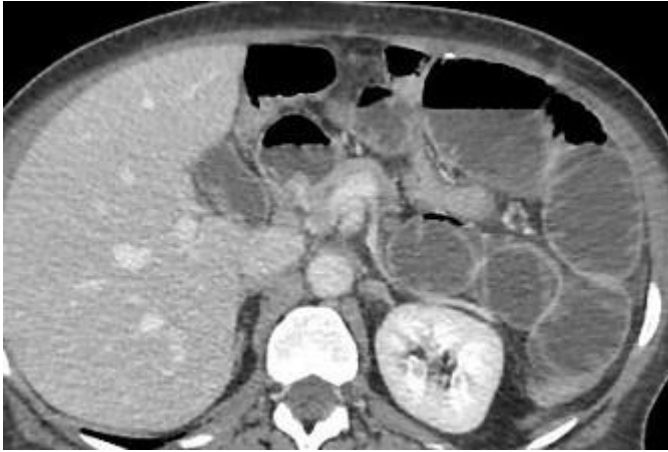
Patiente de 23 ans.; grossesse en cours (25 SA) Antécédent de chirurgie par By-Pass gastrique 2.5 ans avec IMC à 50kg/m². Hospitalisée en urgence pour des douleurs abdominales dans l'hypochondre gauche, de survenue brutale évoluant par paroxysme à des vomissements alimentaires puis bilieux en jets et très abondants et continus, bilan biologique : Leucocytes : 14000 G/L ; CRP : 24 mg/L ; créatinine sanguine : 14 mg/L. Un scanner abdominal suspecté une invagination intestinale aiguë jéjuno-jéjunale responsable d'une occlusion haute et associée à un épanchement péritonéal.

Résultats

Une intervention chirurgicale était décidée: une laprotomie d'emblée après Tocolyse pré-opératoire avec corticothérapie de maturation fœtale. La désinvagination était obtenue par expression douce et progressive du boudin d'invagination long de 8 cm avec la découverte d'une partie nécrosée de l'anse et l'infarctissement du mésentère en regard. On a réalisé une résection anastomose de l'ensemble anse commune; anse alimentaire et anse biliaire (reconstruction de l'anastomose jéjuno-jéjunale). L'examen soigneux de tout le grêle et du mésentère était normal. Les espaces de Petersen et mésentérique ne s'étaient pas rouverts.

Conclusion

L'invagination intestinale rétrograde est une complication rare après bypass gastrique. • Signes cliniques peu spécifiques. Délai d'apparition variable souvent 2.5 ans après la chirurgie. Imagerie : target sign. Traitement : chirurgie: résection + reconstruction de l'anastomose jéjuno-jéjunale.



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.134

3CVD00238-Réfection anastomose jéjuno-jéjunale: une solution dans les douleurs chronique inexpliquées après bypass gastrique?

Adriana TORCIVIA - (1)Pitié Salpêtrière, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'invagination intestinale constitue le 1% des cas d'occlusion intestinale aigue (dont le 90% chez des patientes de sexe féminin). Ce pourcentage prend son ampleur avec l'augmentation du volume des actes de chirurgie bariatrique. Les invaginations intermittentes et méconnues sont une cause de douleur chronique de diagnostic insidieux. Il s'agit en général d'invaginations rétrogrades de l'anse commune dans l'anse alimentaire au niveau de l'anastomose jéjuno-jéjunale. Dans notre expérience, 6 cas de douleurs chronique sont reportés chez des patients ayant eu tous une anastomose mécanique jéjuno-jéjunale avec double agrafage de 60 mm.

Méthodes

Tous les patients ont eu une réfection de l'anastomose jéjuno-jéjunale, avec une rémission complète et immédiate de la symptomatologie. Le follow up est actuellement entre 2 et 5 ans.

Résultats

Dans tous les cas, l'invagination a été soupçonnée en préopératoire, après exclusion de toute autre cause de douleur, notamment l'hernie interne. Dans le 17% des cas, l'invagination a été retrouvé en peropératoire, dans le 35% des cas au scanner préopératoire. Dans les autres cas ça a été un diagnostic d'exclusion.

Conclusion

L'invagination intestinale constitue une cause rare de douleur abdominale chronique après bypass gastrique en Y. La réfection de l'anastomose jéjuno-jéjunale semble être une solution, après avoir exclu d'autres causes de douleur. Le risque de récurrence d'invagination de la nouvelle anastomose doit être exposé au patient et considérée dans la prise en charge.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.135

3CVD00240-Chirurgie bariatrique ambulatoire

Adriana TORCIVIA - (1)Pitié Salpêtrière, Hôpital Pitié Salpêtrière, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La prise en charge ambulatoire de la chirurgie bariatrique en France reste prudente à cette date.

Méthodes

Nous présentons notre protocole de prise en charge des patients opérés de chirurgie bariatrique en ambulatoire et nos résultats.

Résultats

Les 15% de nos patients avec une indication de chirurgie bariatrique sont opérés en ambulatoire, avec un très faible taux de réadmissions et de réhospitalisations non programmées. La clé de la réussite de la prise en charge ambulatoire de la chirurgie bariatrique est la mise en place d'un protocole écrit et validé par tous les intervenants.

Conclusion

La prise en charge ambulatoire de la chirurgie bariatrique est possible pour des patients sélectionnés et avec un protocole spécifique et sécurisant.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.136

3CVD00242-Je suis chirurgien bariatrique et j'ai prescrit un analogue du GLP1

Jean-Marc CATHELINE, Ghofram TALBI, Rami DBOUK, Yasmina BENDACHA, Rodolfo ROMERO, Regis COHEN, Zac KEBIR - (1)Centre Hospitalier De Saint-Denis, Saint-Denis, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts réels ou potentiels en lien ou non avec le contenu de cette présentation

Introduction

Le Liraglutide 3mg ou Saxenda® est considéré comme un traitement médical pour corriger l'excès de poids chez des patients en surpoids ou en obésité. D'octobre 2023 à octobre 2024, nous avons réalisé une étude de cohorte afin d'évaluer l'efficacité, la tolérance, et l'observance.

Méthodes

Nous avons inclus des patients non diabétiques avec un IMC >27kg/m² avec comorbidités, ou IMC >30kg/m² sans comorbidité.

Résultats

Sur 55 patients ayant eu une prescription de Saxenda®, 31 ont débuté le traitement (56,4%), 19 l'ont poursuivi 3 mois (34,5%), et 15 pendant 6 mois (27,3%). Les causes de l'arrêt du traitement étaient le coût (8 patients), un échec (3 patients), des troubles gastrointestinaux (4 patients), et 1 grossesse (1 patiente). L'âge moyen était de 44.6 ans et l'IMC moyen était de 35.43kg/m², l'HTA était présente chez 9 patients, un SAS appareillé chez 5 patients. Dix-huit patients avaient un antécédent de chirurgie bariatrique. La perte de poids moyenne à 3 mois était de 8,8kg (extrêmes de 0 à 17kg) et à 6 mois de 12.0kg (extrêmes de 7 à 16,0kg). Le pourcentage moyen de perte de poids total était de 9,7% à 3mois (extrêmes de 0 à 17,3%) et 13,5% à 6 mois (extrêmes de 7,6 à 19,5%). Des effets indésirables à type de nausées, vomissements, et diarrhées ont été constatés chez 7 patients.

Conclusion

Le traitement par analogue du GLP1 constitue une approche prometteuse pour la prise en charge de l'obésité en première intention ou après échec de chirurgie bariatrique.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.137

3CVD00257-Colle chirurgicale de cyanoacrylate de n-hexyle (IFABOND®) pour la fermeture des fenêtres mésentériques durant un bypass gastrique de Roux en Y

Sacha LAURELLI, Nicolas REIBEL - (1)Soffco-Mm, Nancy, France

Conflits d'intérêts

Formateur pour Intutive Surgical Workshops rémunérés pour Medtronic Workshops rémunérés pour Ethicon Frais déplacement pour congrès en 2023 par Peters Surgical Prise en charge congrès par Novo Nordisk

Introduction

La fermeture des fenêtres mésentériques après un bypass gastrique de Roux en Y (RYGB) est recommandée afin de réduire l'apparition de hernies internes. Cependant, la technique de fermeture optimale reste à déterminer. Nous rapportons ici la faisabilité et la sécurité de la colle de cyanoacrylate de n-hexyle (IFABOND®).

Méthodes

Tous les patients ayant subi un RYGB avec fermeture des fenêtres mésentériques à l'aide de colle IFABOND® au Centre Hospitalier Régionale Universitaire de Nancy, entre le 1er février 2018 et le 28 juin 2021, ont été inclus dans l'analyse. La mortalité et la morbidité (score de Clavien-Dindo ≥ 3) ont été évaluées à 1, 12 et 36 mois après la chirurgie.

Résultats

510 patients (78 % de femmes) ont été opérés. 458 patients ont été inclus dans l'analyse, les données de 52 patients n'étant pas disponibles. En moyenne, l'indice de masse corporelle (IMC) était de $43,9 \pm 5,8 \text{ kg/m}^2$. La mortalité était de 0 %. La morbidité était de 2,2 % à 1 mois, de 3,3 % à 12 mois et de 6,1 % à 36 mois. Lors des laparoscopies réalisées entre 12 et 36 mois post-RYGB pour occlusion grêlique chez 2 patients, les fenêtres mésentériques étaient parfaitement fermées chez ces 2 patients. Des hernies internes sont survenues chez 2 patients (0,4 %), dans l'espace de Peterson, sans nécessité de résection intestinale.

Conclusion

La fermeture des fenêtres mésentériques lors du RYGB à l'aide de colle IFABOND® est une procédure faisable et sûre à utiliser en pratique clinique courante.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.138

3CVD00262-Chirurgie bariatrique maternelle préconceptionnelle et cinétique de développement de l'obésité et de ses complications dans la descendance, chez le rat Sprague-Dawley.

Maëlig POITEVIN (1), Eugénie TESTA (2), Céline FASSOT (2), Françoise SCHMITT (3) - (1)Chirurgie Digestive Chu Angers, Angers, France, (2)Chu, Angers, France, (3)Chirurgie Pédiatrique Chu Angers, Angers, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt en lien avec cette recherche

Introduction

Le recours à la chirurgie bariatrique chez les femmes en âge de procréer augmente, mais ses effets à long terme sur la descendance restent mal connus. Or, l'environnement fœtal influence fortement le risque ultérieur d'obésité et de maladies métaboliques (concept de la DOHaD). Cette étude explore les conséquences d'une chirurgie bariatrique maternelle sur les risques métaboliques chez les descendants dans un modèle animal de rat.

Méthodes

Quatre groupes de descendants de rats femelles Sprague Dawley ont été étudiés : contrôles (CMO), obèses (OMO), opérées par sleeve gastrectomie (SMO) ou by-pass gastrique (BMO). Les descendants ont été nourris avec un régime standard et évalués à 3–6 mois et 12–18 mois sur les plans métabolique, hépatique et cardiovasculaire.

Résultats

Les descendants SMO présentent une élévation du cholestérol total et LDL, une accumulation accrue de graisse viscérale mais une inflammation adipeuse réduite par rapport aux OMO. Une altération précoce de la vasodilatation NO-dépendante est observée chez les SMO mâles, et à long terme, une dégradation vasculaire touche les groupes OMO, SMO et BMO. Les descendants SMO montrent une fibrose hépatique précoce, non associée à une stéatose, particulièrement chez les mâles. Cette fibrose se normalise à long terme sans progression vers une stéatose.

Conclusion

La chirurgie bariatrique maternelle semble conférer aux descendants un profil métabolique intermédiaire entre ceux de mères obèses et contrôles. L'étude des mécanismes impliqués, notamment le rôle de la ghréline et du microbiote, pourrait améliorer la prise en charge mère-enfant dans ce contexte.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.139

3CVD00270-Patient-aidant dans le parcours bariatrique : un rôle clé pour réduire les perdus de vue ?

Olivier TYRBAS (1) , Guillaume POURCHER (2) - (1)Neant, Versailles, France, (2)Neant, Paris, France

Conflits d'intérêts

Néant

Introduction

Patient-aidant : concept précieux pour un suivi bariatrique complexe : L'IGAS déplore 50% de perdus de vue à 2 ans avec des conséquences sur santé et évolution du poids. Le patient-aidant pourrait être pertinent pour améliorer compréhension du parcours et qualité du suivi.

Méthodes

4 ans d'interviews de patients hors contexte médical a permis un état des lieux. Parallèlement, un recensement systématique des associations confirme certaines hypothèses. Pour les quantifier, un questionnaire publié sur FB, relayé par ces associations a obtenu +de 1000 réponses.

Résultats

Les patients entrent majoritairement hors contexte médical : 16.5% via leur médecin traitant. L'étude quantifie certains facteurs comme l'importance des réseaux sociaux, source d'informations pour 40%. Pour la population interrogée, l'origine de leur poids n'est pas le contrôle de l'alimentation (35%) mais stress/émotions (45%) puis l'absence de sport (43%). Seuls 10% des opérés sont suivis par un coach sportif. Si +25% évoquent des facteurs gynécologiques, Seul 0.05% implique son gynécologue dans son suivi. Gradient Nord/Sud pour les associations: 12 pour le pourtour méditerranéen et aucune entre Lille et Strasbourg.

Conclusion

Les résultats montrent besoins spécifiques d'accompagnement et variation des enjeux. La recherche met en évidence cette fonction essentielle de trait d'union du patient-aidant et son rôle dans la compréhension des enjeux du suivi à long-terme. La recherche montre fragilité du tissu associatif, difficultés à constituer un réseau local et disparité géographique. L'étude propose des pistes pour renforcer le tissu patient-aidant comme levier d'amélioration. Il peut aider à réduire l'écart entre recommandations médicales et réalités exprimées par les patients.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.140

3CVD00271-Étude sociologique des incertitudes biographiques post-chirurgie bariatrique (6-24 mois) au prisme de l'évolution des pratiques corporelles

Cyriac BOUCHET-MAYER (1) , Lise CHARISSOU (2), Sylvain FERREZ (2) - (1)Santésih, Université De Montpellier, Montpellier, France, (2)Cresco, Université De Toulouse, Montpellier, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Cette communication repose sur un projet de recherche en cours financé par l'Agence nationale de la recherche. Il explore les incertitudes et les reconfigurations biographiques survenant après une chirurgie bariatrique de type Sleeve, durant les deux années suivant l'opération. L'attention est portée aux transformations corporelles et au travail sur soi engagés, à l'expérience faite des dispositifs d'accompagnement, ainsi qu'aux évolutions relatives à la participation sociale et aux habitudes de vie.

Méthodes

Ces différentes dimensions sont appréhendées dans le cadre d'une étude multicentrique, longitudinale et par méthode mixte. Premièrement, des entretiens de type récit de vie sont répétés à 6, 12 et 24 mois avec une cohorte de 32 personnes. Deuxièmement, un questionnaire est administré auprès d'une nouvelle cohorte d'environ 200 répondants, de manière répétée selon la même temporalité.

Résultats

La phase de recueil des données est actuellement en cours et s'étalera sur près de 3 ans, de mai 2024 à avril 2027. Au mois de septembre 2025 nous serons principalement en mesure de présenter le design du protocole de recherche.

Conclusion

Il s'agira de discuter de l'intérêt d'une étude longitudinale fondée sur une approche en sciences sociales sensible (1) aux expériences individuelles, (2) aux parcours de soin et accompagnement en interaction avec les soignants, les pairs et les proches, et (3) à la participation sociale dans la vie quotidienne en considérant la diversité des environnements sociaux fréquentés. Le projet questionne dans quelle mesure l'opération permet, ou non, de sortir de « l'obésité » dans son acception médical mais aussi sociale.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.141

3CVD00342-Perforations intestinales multiples sur dénutrition extrême post-chirurgie bariatrique : une complication rare et fatale de l'anorexie mentale

Rakia SIALA, Chaima YAKOUBI, Amal AMARA, Rami GUIZANI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

L'anorexie mentale constitue une pathologie psychiatrique grave pouvant entraîner une dénutrition sévère aux répercussions multiviscérales. Parmi celles-ci, les perforations intestinales spontanées restent exceptionnelles mais revêtent un caractère dramatique en raison de leur gravité.

Méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente de 30 ans, aux antécédents de chirurgie bariatrique, et présentant par la suite une anorexie mentale sévère associée à une dysmorphophobie. Elle a été admise en urgence dans un tableau de sepsis avec une défense généralisée. À l'examen clinique, la patiente pesait 32 kg, avec une dénutrition sévère. Une laparotomie en urgence a été réalisée, mettant en évidence de multiples perforations punctiformes de l'intestin grêle, attribuables à une dénutrition profonde. Les lésions s'étendaient depuis les dernières anses iléales jusqu'à 20 cm du ligament de Treitz. Une entérectomie extensive a été effectuée, avec confection d'une stomie à 20 cm du Treitz. Ce montage était incompatible avec la vie en l'absence de grêle fonctionnel suffisant. Malgré une prise en charge en soins intensifs postopératoires, l'évolution a été rapidement défavorable avec un décès sur défaillance multiviscérale à 48 heures.

Résultats

Cette observation illustre une complication digestive létale de l'anorexie mentale : la perforation spontanée de l'intestin grêle. La précocité de la prise en charge chirurgicale n'a pas permis d'éviter l'issue fatale en raison de l'étendue des lésions et de l'état général délétère de la patiente.

Conclusion

Ce cas souligne la nécessité d'une approche multidisciplinaire, en particulier chez les patients ayant un antécédent de chirurgie bariatrique, pour prévenir l'évolution vers des tableaux cliniques irréversibles.



Perforations intestinales punctiformes



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.142

3CVD00143-Technologies appliquées à la chirurgie thyroïdienne : impact du AF+ICG sur la préservation parathyroïdienne – évaluation de la pratique d'un chirurgien expérimenté en chirurgie endocrinienne

Mariana TEIXEIRA, José Luis CARRILLO LIZARAZO, Tony ORTIZ FERRER, Gianluca DONATINI - (1)Service De Chirurgie Viscérale,digestive Et Endocrinienne, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique pour Getinge

Introduction

L'hypoparathyroïdie post-opératoire demeure la complication la plus fréquente de la chirurgie thyroïdienne, même chez les opérateurs expérimentés. La technologie intra-opératoire AF+ICG (Auto Fluorescence associée à l'Angiographie au vert d'Indocyanine) permet une visualisation en temps réel des glandes parathyroïdes (PGs) et de leur vascularisation, offrant ainsi une nouvelle approche de préservation glandulaire. Cette étude vise à évaluer l'impact de cette technologie sur les résultats post-opératoires d'un chirurgien expert pratiquant la thyroïdectomie totale (TT).

Méthodes

Une cohorte de 112 patients opérés par le même chirurgien a été analysée. Le groupe contrôle (GC) comprend 49 patients opérés en 2018 sans AF+ICG. Le groupe d'étude (AF) inclut 63 patients opérés entre décembre 2023 et juillet 2024 avec assistance AF+ICG pour l'identification des PGs avant dissection thyroïdienne. Les données de morbidité post-opératoire, en particulier l'hypoparathyroïdie, ont été comparées entre les deux groupes.

Résultats

L'incidence de l'hypoparathyroïdie post-opératoire a diminué de manière significative : de 12/49 (24,5%) dans le GC à 5/63 (7,9%) dans l'AF ($p = 0,015$). Aucune différence notable n'a été observée concernant la durée opératoire, l'hospitalisation ou d'autres complications.

Conclusion

L'intégration de la technologie AF+ICG dans la chirurgie thyroïdienne permet une réduction significative de l'hypoparathyroïdie post-opératoire, même chez un opérateur expérimenté. Ces résultats soulignent l'intérêt de généraliser cette technologie, non seulement pour les chirurgiens de haut volume, mais potentiellement aussi comme outil pédagogique puissant pour les jeunes en formation. Une évolution majeure vers une chirurgie endocrine plus sûre et plus précise.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.143

3CVD00144-Autofluorescence et angiographie au vert d'indocyanine en thyroïdectomie totale: vers l'élimination de l'hypoparathyroïdie postopératoire?

Mariana TEIXEIRA MORAES, José Luis CARRILLO LIZARAZO, Tony ORTIZ FERRER, Gianluca DONATINI - (1)Service De Chirurgie Viscérale,digestive Et Endocrinienne, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique pour Getinge

Introduction

L'hypoparathyroïdie demeure la complication la plus fréquente après thyroïdectomie totale (TT), malgré l'expérience croissante des chirurgiens. La préservation des glandes parathyroïdes (PG), tant sur le plan anatomique que fonctionnel, constitue un enjeu majeur. Cette étude évalue l'intérêt de l'identification des PG par autofluorescence proche infrarouge (NIRAF), couplée à l'angiographie au vert d'indocyanine (ICG), pour en réduire l'atteinte peropératoire.

Méthodes

Une analyse comparative a été menée sur 95 TT réalisées entre décembre 2023 et juin 2024. Deux groupes ont été constitués : un groupe NIRAF-ICG (AFG, n=55), bénéficiant de l'identification des PG par imagerie avant dissection, et un groupe contrôle (CG, n=40) avec repérage visuel conventionnel. Le critère principal était l'incidence de l'hypoparathyroïdie transitoire.

Résultats

L'incidence de l'hypoparathyroïdie transitoire était significativement plus faible dans le groupe AFG (7,3%) que dans le groupe contrôle (32,5%; $p = 0,002$). Le taux de glandes identifiées était également supérieur dans le groupe AFG (96,4% vs 85,8%, $p < 0,001$). En revanche, aucune différence significative n'a été observée concernant l'hypoparathyroïdie définitive, la durée opératoire, l'hospitalisation ou les résections involontaires de PG.

Conclusion

La combinaison NIRAF + ICG optimise l'identification des PG et de leur vascularisation, permettant une réduction significative de l'hypoparathyroïdie transitoire après TT. Cette approche constitue un levier technologique prometteur pour sécuriser la chirurgie thyroïdienne et améliorer les résultats postopératoires.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.144

3CVD00153-Evaluation des TEP au 68Ga et Tep FdG pour le grade histologique et le potentiel métastatique des tumeurs neuroendocrines pancréatiques : une étude monocentrique rétrospectivevz.

Maxime GERARD (1) , Nicolas REGENET (2), Jean-Charles SEBILLE (2), Maelle LE BRAS (2), Samuel FREY (2), Jeremy MEYER (2) - (1)Clinique Mutualiste De L'estuaire, Saint Nazaire, France, (2)Chu Nantes, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'interet à déclarer

Introduction

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) pancréatiques sont des néoplasies rares dont le diagnostic repose sur l'imagerie fonctionnelle (TEP) et la classification histopathologique. Le but de l'étude vise à analyser la corrélation entre les paramètres semi-quantitatifs des TEP, le grade histologique et la survenue de métastases des TNE pancréatiques.

Méthodes

Cette étude a inclut 34 patients opérés pour une TNE pancréatique entre 2014 et 2023. Tous les patients avaient eu une TEP au 68Ga DOTATOC ou 18FDG en préopératoire. Les paramètres étudiés incluait le SUV Max (l'expression maximal au récepteur de la somatostatine), SUV Peak (l'intensité maximale d'un cm 3 de la lésion), MTV (le volume d'activité intra-tumorale de la lésion) et TLG (activité tumorale glycolytique correspondant au produit du MTV par le SUV max des voxels de la lésion segmentée) des lésions les plus fixantes. L'analyse statistique a comparé ces valeurs aux grades histologiques (OMS 2017) et à la présence de métastases.

Résultats

Une corrélation significative a été observée entre le MTV et le TLG mesurés en TEP au 68Ga DOTATOC et le grade histologique ($p=0,01$ et $p=0,017$). Ces mêmes paramètres sont également associés à la survenue de métastases (p). Il n'est retrouvé aucune corrélation en TEP FDG.

Conclusion

Ces résultats suggèrent que le MTV et le TLG pourraient être des biomarqueurs utiles pour l'évaluation pronostique des TNE pancréatiques. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire pour confirmer ces conclusions.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.145

3CVD00154-Prédiction scanographique du risque de néphrectomie avant exérèse de corticosurréalome

Pierre PUYGRENIER, Maxime BARAT, Stylianos TZEDAKIS, Florian VIOLON, Ugo MARCHESE, Rossella LIBE, Jérôme BERTHERAT, Philippe SOYER, Martin GAILLARD - (1)Hôpital Cochin, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le corticosurréalome (CS) est une tumeur surrénalienne maligne rare et agressive dont le seul traitement curatif est la résection chirurgicale complète. En raison de sa proximité avec le rein, une néphrectomie 'en-bloc' associée est parfois réalisée, bien que l'invasion rénale soit rare (<30 %) et sans bénéfice démontré sur le pronostic. Notre objectif était d'identifier les caractéristiques scanographiques préopératoires associées à la néphrectomie 'en-bloc' chez les patients opérés d'un CS dans un centre expert.

Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique a inclus les patients opérés pour exérèse d'un CS entre 2007 et 2023. Les scanners étaient évalués indépendamment par deux radiologues expérimentés.

Résultats

Parmi les 39 patients inclus, 19 (49 %) ont eu une néphrectomie 'en-bloc' et 20 (51 %) une exérèse isolée de la tumeur. Aucune différence significative n'a été observée concernant l'âge, le sexe, le stade ENSAT ou le Ki-67. Aucun cas d'envahissement histologique du rein n'a été observé. En imagerie, les dimensions tumorales (120 vs 62 mm ; $p < 0,0001$), la longueur de contact entre la tumeur et le rein (43 vs 20 mm ; $p = 0,002$) et le contact avec le pédicule rénal (79 % vs 30 % ; $p < 0,01$) étaient significativement plus élevés dans le groupe néphrectomie. La néphrectomie n'impactait ni la survie globale ni la survie sans récurrence.

Conclusion

Certains critères scanographiques permettraient d'anticiper la réalisation d'une néphrectomie en cas de CS. Leur prise en compte pourrait améliorer la planification chirurgicale et l'information préopératoire.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.146

3CVD00187-Apport de l'autofluorescence peropératoire dans les formes complexes d'hyperparathyroïdie primitive : un outil de précision au service du chirurgien.

José Luis CARRILLO LIZARAZO, Mariana TEIXEIRA MORAES, Tony ORTIZ FERRER, Gianluca DONATINI - (1)Service De Chirurgie Viscérale, Digestive Et Endocrinienne-Chu Poitiers, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique chez Getinge

Introduction

L'autofluorescence (AF) des glandes parathyroïdes est une technique peropératoire émergente permettant de détecter les adénomes et les hyperplasies dans l'hyperparathyroïdie primitive (HPTP), en visualisant un motif de fluorescence hétérogène souvent bordé d'un liseré fluorescent correspondant au tissu normal résiduel. La chirurgie de l'HPTP devient particulièrement complexe lorsque les examens de localisation sont discordants ou non contributifs, nécessitant une exploration bilatérale. Cette étude vise à évaluer l'apport de l'AF dans ces cas complexes.

Méthodes

Nous avons réalisé une analyse rétrospective de 118 patients opérés pour HPTP entre janvier 2022 et juin 2024. Les concentrations moyennes préopératoires de calcium et de PTH étaient respectivement de 2,73 mmol/L (norme: 2,20–2,55) et 119 pg/mL (norme: 8–84). L'AF a été utilisée de manière systématique au cours de l'intervention afin d'orienter la détection des glandes pathologiques.

Résultats

Parmi les 118 patients, 102 (86,4 %) ont bénéficié d'une parathyroïdectomie ciblée sur la base d'une imagerie préopératoire concordante (échographie, scintigraphie au sestamibi et/ou TEP à la choline). Seize patients (13,6 %) ont nécessité une exploration bilatérale en raison d'imagerie discordante ou négative ; parmi eux, 8 cas (50 %) présentaient une pathologie multiglandulaire. L'ensemble des glandes réséquées a été confirmé comme pathologique (adénome ou hyperplasie) à l'examen anatomopathologique. Tous les patients ont présenté une normalisation biologique durable à six mois post-opératoire.

Conclusion

L'autofluorescence représente une aide peropératoire précieuse pour la prise en charge des formes complexes d'HPTP. Elle optimise l'identification des glandes pathologiques, y compris dans les cas multiglandulaires, renforçant ainsi la précision du geste chirurgical, même entre des mains expérimentées.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.147

3CVD00191-Thyroïdectomie ambulatoire : un changement de paradigme en matière de sécurité chirurgicale et de soins centrés sur le patient

Martina BERTOLAMI, Nathalie CHEREAU, Sebastian GAJOUUX, Fabrice MENEGAUX - (1)Afce, Paris, France

Conflits d'intérêts

Je soussignée, Bertolami Martina, déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts direct ou indirect en lien avec le contenu de l'abstract soumis et présenté dans le cadre du congrès commun de chirurgie viscérale & digestive. Cette déclaration est faite en toute

Introduction

Dans un contexte où la maîtrise des coûts doit se conjuguer avec l'exigence de qualité des soins, cette étude évalue la sécurité, la faisabilité et l'intérêt médico-économique de la thyroïdectomie ambulatoire dans un cadre institutionnel structuré.

Méthodes

Entre mai 2018 et décembre 2024, 3 047 patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie ambulatoire dans notre centre. Les interventions réalisées comprenaient 2 617 lobectomies, 364 totalisations et 66 isthmectomies. Les critères d'inclusion étaient : un statut ASA I ou II, l'absence de traitement anticoagulant, un domicile situé à moins de deux heures du centre et la présence d'un accompagnant. Un protocole standardisé anesthésique et chirurgical a été appliqué, incluant une approche mini-invasive, l'usage de dispositifs hémostatiques, le neuromonitoring, une surveillance post-opératoire de 6 heures et un appel de suivi à J+1.

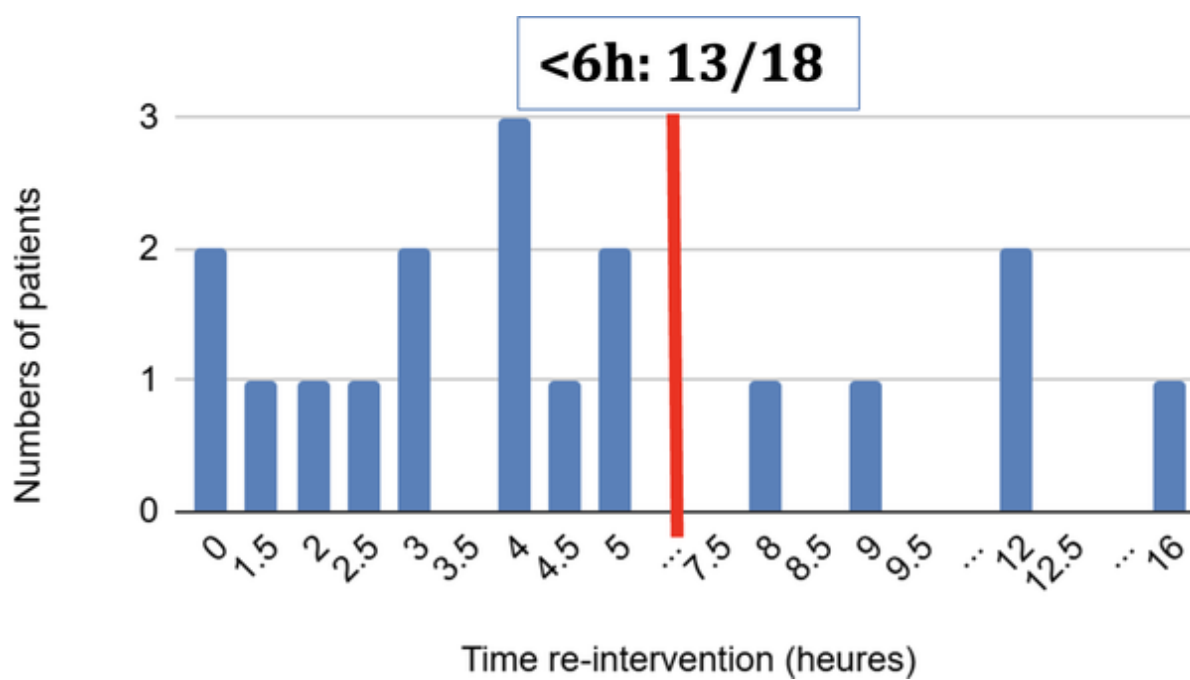
Résultats

Le taux global de complications a été de 3,5% : - 24 hématomes (0,8 %), dont 18 ont nécessité une réintervention (13 durant la surveillance initiale), - une hypocalcémie symptomatique dans 1,4 % des totalisations (5/364), - une paralysie du nerf laryngé récurrent dans 1,9 % des cas (59/3 047). Le score de satisfaction SF-12 post-opératoire moyen était excellent (94/100). La prise en charge ambulatoire a permis une réduction des coûts estimée à 15 % par rapport à une hospitalisation conventionnelle de 24 heures.

Conclusion

Réalisée dans un cadre rigoureux, la thyroïdectomie ambulatoire est une procédure sûre, efficace et économiquement avantageuse. Elle constitue une alternative crédible à la chirurgie conventionnelle, répondant aux exigences actuelles des systèmes de santé et aux attentes des patients.

Délai avant la réintervention



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.148

3CVD00215-Existe -t- il une spécificité de la Chirurgie thyroïdienne chez l'enfant et l'adolescent ?

Karim HADDAD (1) , Amel RAHAL (2), Nadia ANNANE (3), Larbi ABID (3), Nadjat AZZI (3) - (1)Service De Chirurgie . Hopital De Tipaza., Alger, Algérie, (2)Service D'endocrinologie. Hopital De Bologhine, Alger, Algérie, (3)Service De Chirurgie. Hopital De Tipaza, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

AUCUN CONFLITS D'INTERETS

Introduction

Les maladies de la thyroïde chirurgicales sont rares chez l'enfant par rapport aux adultes. l'objectif est de rapporter les spécificités de la chirurgie thyroïdienne chez l'enfant et l'adolescent en terme de présentation clinique , complications postopératoires, résultats anatomo-pathologiques et de suivi

Méthodes

Etude rétrospective de janvier 2005 à décembre 2020. Etude de dossiers des patients opérés de la thyroïde dont l'âge était $\leq$ à 19 ans. Patients répartis en deux groupes : groupe1 (diagnostic pré-op bénin) groupe 2 (diagnostic pré-op malin). Paramètres étudiés: âge sexe, diagnostic préopératoire , type de chirurgie complications postopératoires, résultats anatomo-pathologiques définitifs et suivi

Résultats

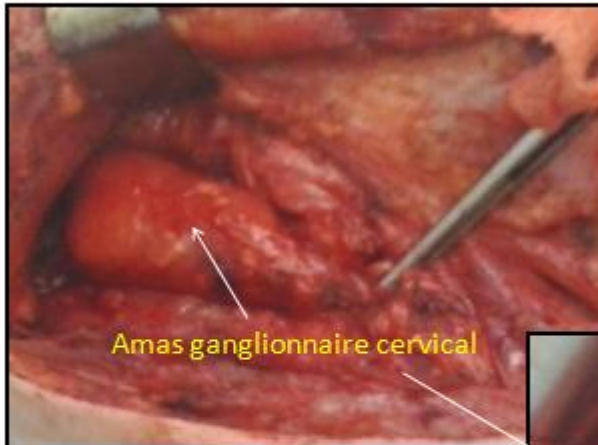
Trente et un dossiers colligés, l'âge moyen était de 16 ans et prédominance féminine. la cytologie était maligne chez 12 patients dont 2 cas un CMT (NEM 2a). Une thyroïdectomie totale était réalisée chez 25 patients, associée à un curage ganglionnaire central et latéral chez 12 patients. 5 Lobo Isthmectomie réalisées dont 2 par MIVAT (thyroïdectomie vidéo-assistée). Une hypoparathyroïdie post opératoire définitive est observée. Le résultat anatomo-path définitif a conclu à un carcinome papillaire thyroïdien chez 12 patients. une irothérapie complémentaire est réalisée chez 10 patients. Durée moyenne de suivi 10 ans, tous les patients sont en rémission

Conclusion

Le taux de complications postopératoires n'est pas différent de celui des adultes. L'expérience du chirurgien (nombre de thyroïdectomie / an) est associée à de meilleurs résultats. La chirurgie thyroïdienne chez l'enfant et l'adolescent est sûre lorsqu'elle est pratiquée dans un service de chirurgie pratiquant un volume modéré ou élevé de thyroidectomies

CURAGE GANGLIONNAIRE LATERAL

Curage ganglionnaire thérapeutique latéral droit

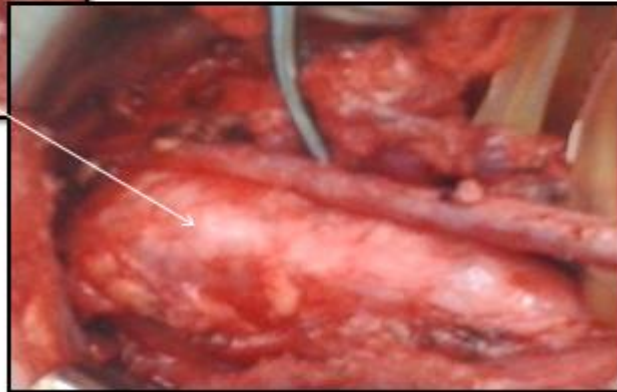


Amas ganglionnaire cervical

Carcinome papillaire thyroïdien chez une patiente de 15 ans révélé par des adénopathies cervicales .

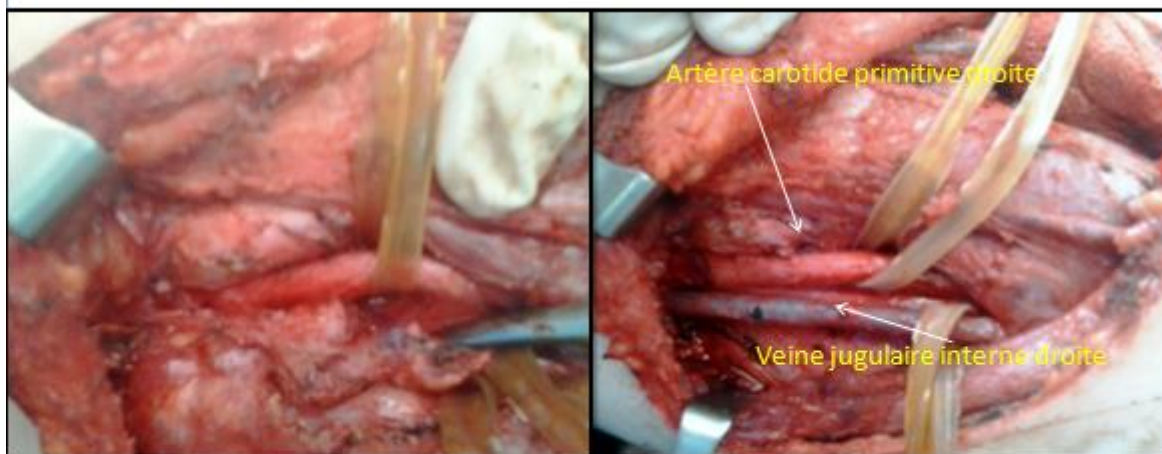
Thyroïdectomie totale associée à un curage gg central et latéral

découverte de métastases pulmonaires à la scintigraphie post thérapeutique à l'iode radioactif après la première cure



CURAGE GANGLIONNAIRE LATERAL

Curage ganglionnaire thérapeutique latéral droit



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.149

3CVD00225-Double localisation thyroïdienne :quand l'ectopie ne remplace pas la norme -à propos d'un cas .

Mohammed Amin RIANI, Noureddine HADJ, Zouhir GUEZZENZ, Yasser IKKACHE, Ramzi GRAICHI, Bouabdellah KRELIL - (1)Service De Chirurgie Générale Et Cancérologie B Ait Idir Ali Chu D'oran, Oran, Algérie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La thyroïde ectopique accessoire est une pathologie rare. Elle se caractérise par la présence de tissu thyroïdien fonctionnel en dehors sa localisation habituelle tout en conservant une glande cervicale en place L'imagerie permet de faire le diagnostic et d'orienter l'attitude thérapeutique.

Méthodes

Patient âgé de 60 ans ; sans antécédants particuliers ;consulte a notre niveau pour une douleur thoracique ; apres un examen cardiologique complet ;un scanner thoracique a ete demande revenant en faveur dune masse tissulaire bien limtee homogene similaire à celle du parenchyme thyroïdien localisee dans le médiastin antérosuperieurmésurant 8 CM de grand axe.SCINTIGRAPHIE à l'IODE 123: fixation normale du traceur au niveau de la glande thyroïdienne cervicale en position normale ;on note également une deuxieme zone de fixation bien circonscrite deriere lorigine de la veine cave superieur .

Résultats

Après une reunion dune concertation pleuridisciplinaire : une decision opératoire a été posée.Premier temps:thyroïdectomie cervicale .deuxième temps : thyroïdectomie thoracique apres une sternotomie et dissection derière le plan de l'origine de la veine cave superieur .Les suites opératoires etaient favorable. Sortie après 6 jours de l'intervention J_O6_.

Conclusion

La thyroïde ectopique accessoire intra-thoracique est une entité rare, souvent découverte de manière fortuite.Son diagnostic repose sur l'association de l'imagerie morphologique et fonctionnelle, permettant de confirmer sa nature thyroïdienne et son indépendance par rapport à la glande cervicale en place.La reconnaissance de cette anomalie est essentielle afin d'éviter une chirurgie inutile et d'adapter la prise en charge. Une corrélation anatomo-clinique et scintigraphique reste indispensable pour poser un diagnostic de certitude.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.150

3CVD00234-Rôle de la cytoponction et de l'extemporané dans le traitement chirurgical du nodule thyroïdien solitaire : à propos de 136cas

Mohammed Amin RIANI, Yasser IKKACHE, Nouredine HADJ, Zouhir GUEZZENE, Ramzi GRAICHI, Bouabdellah KRELIL - (1)Service De Chirurgie Générale Et Cancérologie B Ait Idir Ali Chu D'oran, Oran, Algérie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les nodules thyroïdiens sont des lésions hyperplasiques ou tumorales (Adénomes ou cancers). La reconnaissance clinique ou, de plus en plus, paraclinique de ces nodules pose un problème de santé publique du fait de leur fréquence et des coûts de santé induits (humains et financiers).

Méthodes

C'est une étude mono centrique prospective, descriptive et évaluative, réalisée du Janvier 2016 au novembre 2020. L'étude a concerné les patients présentant un nodule thyroïdien solitaire supérieur à 1cm. Nous avons pu recueillir 136 observations. Tous nos patients ont bénéficié d'une cytologie thiroïdienne (PAF) et d'un examen extemporané (EE)quelque soit le résultat de la PAF.

Résultats

Nous avons eu à opérer 126 femmes et 10 hommes avec un sexe ratio (F/H) de 12,6. l'âge moyen est de 45,5 ans. Selon notre étude les résultats de la PAF et de l'EE en matière des indices de performances sont les suivants :PAF : Ss :50%, Sp :98,7%, VPP : 66,66%, VPN :97,43% Taux de concordance de la PAF avec l'EAD : 96,30% Taux de discordance de la PAF avec l'EAD: 3,7%EE : Ss :92%, Sp :99,09%,VPP : 95,83%, VPN :98,21%. Taux de concordance entre l'EE et l'anapath définitive : 97,79% Taux de discordance entre l'EE et l'anapath définitive : 2,21%.

Conclusion

La PAF et l'EE jouent un rôle capital dans la prise en charge des nodules de la thyroïde qui constitue un cas exemplaire de gestion du risque à partager entre le médecin et le patient. Cela nécessite une collaboration étroite entre endocrinologue, anatomopathologiste et chirurgien.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.152

3CVD00255-Thyroidectomie endoscopique trans-orale par voie vestibulaire (TOETVA) - Douleur et qualité de vie à long terme : une expérience monocentrique**

Sarah BENHALIMA, Camille MARCINIAK, Agathe RÉMOND, Cédric CIRENEI, Mathias HERTELEER, Gilles LEBUFFE, Oyekashopefoluwa ALAO, Francois PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La thyroïdectomie endoscopique trans-orale par voie vestibulaire (TOETVA) est une procédure sans cicatrice qui préserve la musculature cervicale, visant à améliorer les suites opératoires. Cette étude visait à évaluer les résultats à un an de la TOETVA, en termes de douleur chronique, de qualité de vie et de voix.

Méthodes

Les patients ayant bénéficié d'une TOETVA entre janvier 2021 et décembre 2023 ont été inclus. Les données préopératoires, la sensibilité cicatricielle à un mois et au dernier suivi, et les indicateurs de qualité de vie ont été recueillis à l'aide de questionnaires validés.

Résultats

Douze patientes (âge médian : 43 ans) ont été incluses : 2 lobectomies-isthmectomies et 10 thyroïdectomies totales. Les indications incluaient la maladie de Basedow (n=1), le goitre multinodulaire (n=7) et les lésions suspectes (FNA ≥ 4 , n=4). Aucune conversion en cervicotomie n'a été nécessaire. Aucun nerf récurrent n'a été lésé. Deux patientes ont présenté une hypocalcémie, dont une permanente. Le suivi médian était de 19,5 mois (1,5–47). À un an, aucune patiente ne rapportait de douleur chronique ni déficit musculaire mentonnier. Quatre présentaient des paresthésies à un mois, une seule au dernier suivi. Les scores SF-36 étaient supérieurs à 90, sauf pour la vitalité (65) et le bien-être émotionnel (70). Une patiente rapportait une fatigabilité vocale à un mois, régressive à un an. Le Voice Handicap Index médian était de 1,5, et le Swallowing Impairment Score était négatif.

Conclusion

La TOETVA offre d'excellents résultats à long terme, avec une morbidité faible et une qualité de vie élevée après un an.

TOETVA - Aspect per-opératoire



TOETVA - Aspect post-opératoire



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.153

3CVD00272-Facteurs de risque d'hypercalcémie induite par les dérivés actifs de la vitamine D lors de la supplémentation d'une hypoparathyroïdie post thyroïdectomie totale

Miroslava KUZMOVA, Camille MARCINIAK, Robert CAIAZZO, Francois PATTOU, Gregory BAUD, Mikael CHETBOUN, Mathilde GOBERT - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet á déclarer.

Introduction

L'hypoparathyroïdie touche 15 à 20% des patients après une thyroïdectomie totale(TT) et peut être suppléementée par du calcium(Ca), du magnésium(Mg) et, dans les cas sévères, par des dérivés actifs de la vitamine D(VitD). Ces dérivés accélèrent la normalisation de la calcémie, permettant de raccourcir l'hospitalisation, mais peuvent induire une hypercalcémie iatrogène.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée de juin 2018 à novembre 2023, incluant les patients opérés d'une TT sans geste parathyroïdien associé, ayant présenté une hypoparathyroïdie nécessitant une supplémentation. Les patients ayant développé une hypercalcémie sous VitD ont été comparés à ceux n'en ayant pas présenté.

Résultats

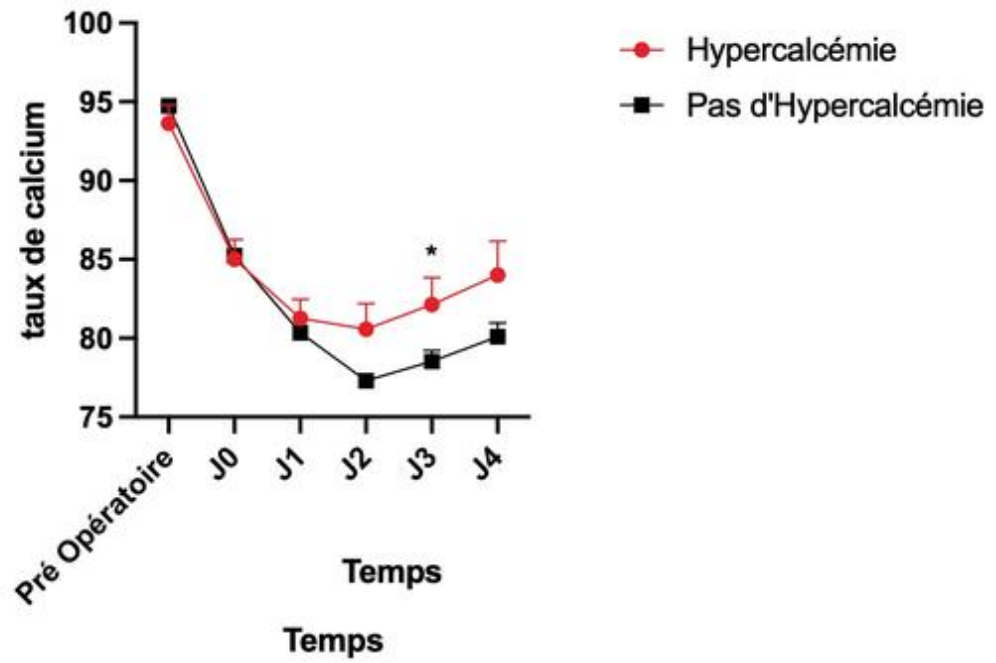
Parmi 1515 patients opérés, 241 ont présenté une hypocalcémie postopératoire, dont 163 ont bénéficié d'une supplémentation par Ca, Mg et VitD. Une hypercalcémie est survenue chez 23 d'entre eux (14,1%). L'âge médian et le sexe étaient comparables entre les groupes. Aucune différence significative sur les indications ou gestes chirurgicaux a été trouvée. Le groupe hypercalcémie présentait une calcémie significativement plus élevée dès J3, maintenue dans le temps ($p=0.0437$), avec une calcémie moyenne maximale à 118mg/L contre 95mg/L dans l'autre groupe. Le délai de survenue de l'hypercalcémie se situait vers J16. Le nadir de calcémie était observé à J2 dans les deux groupes (77mg/L vs 75mg/L). Une différence significative a été trouvée dans l'introduction plus précoce de la VitD (J0-J1 vs J2) qui était associée à l'hypercalcémie ($p=0.0076$).

Conclusion

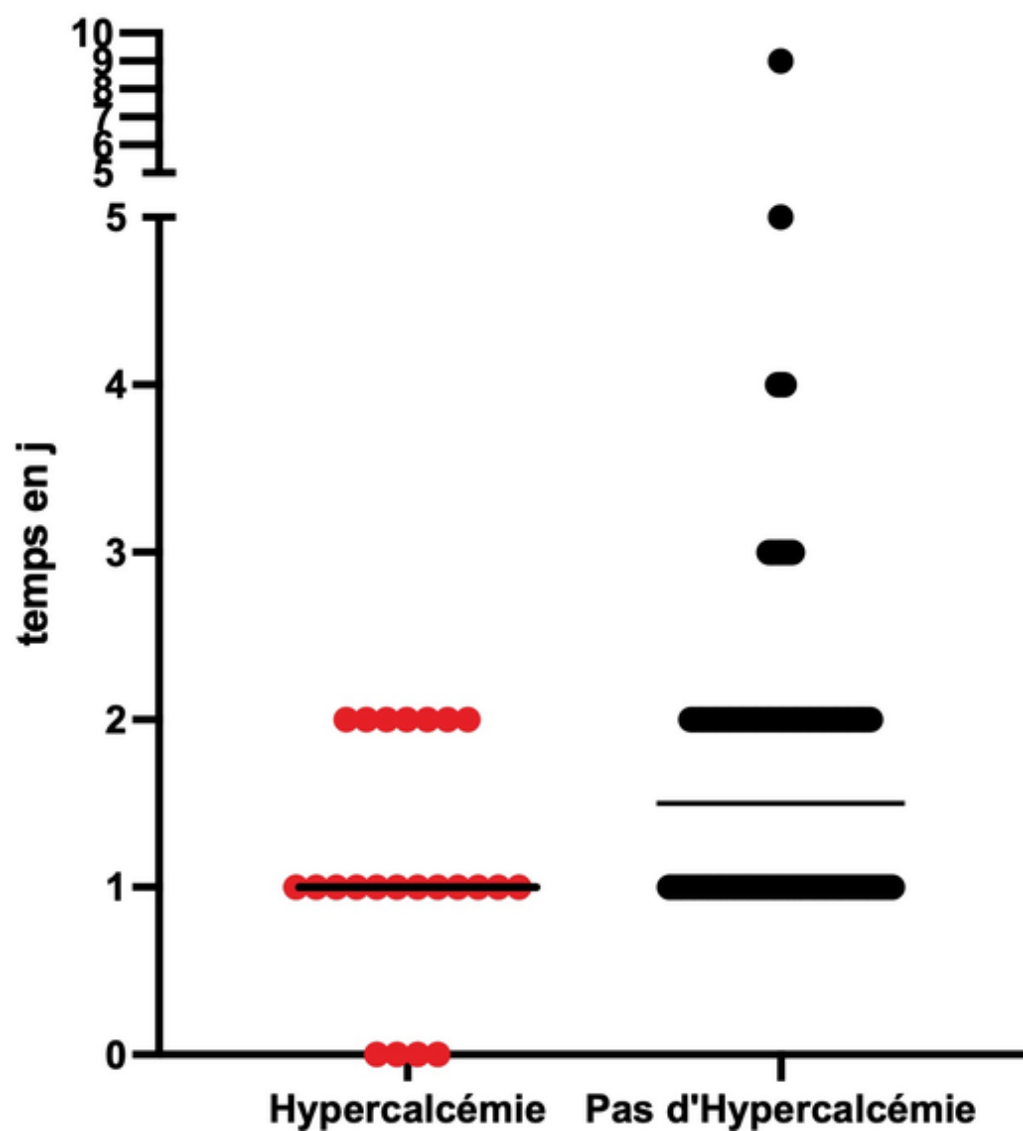
L'introduction précoce de VitD semble favoriser l'hypercalcémie. Une surveillance biologique est essentielle chez les patients supplémentés par VitD afin de dépister cette hypercalcémie.

0.0315

Evolution du taux de calcium dans le temps



Delai d'instauration du Rocaltrol en post opératoire



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.154

3CVD00281-Adénome parathyroïdien : de la découverte au traitement dans une série marocaine

Abdelhakim HAROUACHI, Ayoub KHARKHACH, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de Conflits d'intérêts

Introduction

L'adénome parathyroïdien est la cause principale de l'hyperparathyroïdie primaire. La localisation préopératoire précise de l'adénome facilite l'acte chirurgical et améliore le pronostic. Cette étude vise à analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs chez des patients opérés pour adénome parathyroïdien.

Méthodes

Étude rétrospective descriptive menée au service de chirurgie oncologique du Centre d'Oncologie HASSAN II d'Oujda. Elle porte sur 41 patients opérés entre janvier 2018 et décembre 2023. Les données ont été extraites des dossiers cliniques.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 62 ans (55–71 ans), avec une nette prédominance féminine (sexe-ratio H/F = 0,06). Le diagnostic a été posé fortuitement dans plusieurs cas, notamment lors de bilans pour tumeur osseuse ou lithiase rénale (5 cas). Les signes d'hypercalcémie (asthénie, constipation, amaigrissement) étaient présents chez 30 patients, tandis que des atteintes osseuses ont été notées dans 4 cas. La calcémie moyenne était de 111,5 mg/l. Tous les patients présentaient une hyperparathormonémie (moyenne : 1021 pg/ml). L'échographie cervicale a localisé l'adénome dans 36 cas ; la scintigraphie sestamibi était positive dans 100 % des cas explorés. L'adénome siégeait le plus souvent à la glande parathyroïde inférieure gauche (54,5 %). Tous les patients ont bénéficié d'une parathyroïdectomie. Une hypocalcémie transitoire a été observée chez 3 patients. L'évolution postopératoire a montré une normalisation de la calcémie et une baisse moyenne de la PTH de 81,5 % (extrêmes : 41 % à 98 %).

Conclusion

La localisation préopératoire des adénomes par imagerie est essentielle pour guider le geste chirurgical et réduire les complications.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.155

3CVD00283-Profil évolutif des carcinomes thyroïdiens et risque de récurrence ganglionnaire : étude rétrospective mono-centrique

Abdelhakim HAROUACHI, Ayoub KHARKHACH, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Centre D'oncologie Hassan 2, Centre Universitaire Mohammed 6, Oujda, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Pas de Conflits d'intérêts

Introduction

Les carcinomes thyroïdiens sont des tumeurs rares, souvent découvertes fortuitement après chirurgie pour pathologie bénigne. Leur évolution est généralement favorable, mais le risque de récurrence ganglionnaire reste une préoccupation, impactant le pronostic et la stratégie de suivi. L'objectif est de souligner la fréquence et les facteurs liés à la récurrence ganglionnaire des carcinomes thyroïdiens.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au Centre d'Oncologie Hassan II d'Oujda, incluant 37 patients traités entre janvier 2018 et décembre 2023.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 49 ans, avec une nette prédominance féminine. Aucun antécédent d'irradiation cervicale n'a été rapporté. Deux cas de carcinome médullaire familial ont été notés. À l'échographie, 57,1 % des nodules étaient hypoéchogènes ; des adénopathies cervicales étaient présentes dans 27 % des cas. Une cytoponction a été réalisée chez 4 patients, dont un cas de carcinome anaplasique confirmé. Une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire d'emblée a été pratiquée chez 54 % des patients. L'irradiation a été indiquée chez 73 % d'entre eux. Cinq cas (13,5 %) de récurrence ganglionnaire ont été recensés au cours du suivi, nécessitant une prise en charge complémentaire. Aucun cas de paralysie laryngée définitive n'a été observé. La survie globale à 5 ans était estimée à 78,3 %.

Conclusion

La récurrence ganglionnaire constitue une complication non négligeable des carcinomes thyroïdiens, justifiant un curage adapté dès le traitement initial et une surveillance prolongée. La chirurgie demeure le traitement curatif de référence.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.156

3CVD00026-Cure par plaque rétromusculaire versus prépéritonéale pour les éventrations sur l'orifice de trocart ombilical de la coelioscopie : une étude de cohorte rétrospective multicentrique

Mohamed Ali CHAOUCH (1) , Aymen KAOUECH (2), Mohamed ZAYATI (1), Ibtissem KORBI (1), Faouzi NOOMEN (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Monastir, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Sidi Bouzid, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'interet à déclarer

Introduction

Cette étude compare l'efficacité et la sécurité des réparations par prothèse rétromusculaire et prépéritonéale pour le traitement des hernies incisionnelles du site du trocart ombilical (HISTO)

Méthodes

Une étude de cohorte rétrospective multicentrique a été menée entre janvier 2012 et décembre 2023 dans trois hôpitaux en Tunisie. Les résultats chirurgicaux ont été évalués sur la base des complications postopératoires, de la morbidité selon la classification de Dindo-Clavien, du temps opératoire, du besoin de drainage, de la durée d'hospitalisation et du taux de récurrence.

Résultats

L'étude a inclus 46 patients atteints d'HISTO: réparation par prothèse rétromusculaire (n=24) et réparation par prothèse prépéritonéale (n=22). L'âge moyen était de 48,13 ans. Les deux groupes présentaient des caractéristiques démographiques et herniaires comparables. La réparation par prothèse prépéritonéale était associée à un taux de drainage plus faible (79,1 % vs. 18 %, $p<0,001$) et à une durée d'hospitalisation plus courte (3,9 jours vs. 1,6 jours, $p<0,01$). Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes en ce qui concerne la morbidité postopératoire, les infections superficielles du site opératoire, les hématomes, les séromes et la récurrence.

Conclusion

Les réparations par prothèse rétromusculaire et prépéritonéale pour l'HISTO sont toutes deux sûres et efficaces, avec des taux de morbidité et de récurrence similaires. L'approche prépéritonéale est associée à une hospitalisation plus courte et à un recours moins fréquent au drainage, ce qui en fait une option potentiellement préférable pour certains patients.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.157

3CVD00027-Facteurs prédictifs de récurrence et de douleur chronique après réparation d'une hernie inguinale dans une étude multicentrique tertiaire : Lichtenstein versus TAPP versus TEP

Mohamed ZAYATI (1) , Mohamed Ali CHAOUCH (1), Ahmed SAIDANI (2), Faouzi CHEBBI (2), Faouzi NOOMEN (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Monastir, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Ariana, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêt à déclarer

Introduction

Comparer les résultats postopératoires de la réparation de la hernie inguinale en terme d'incidence et les facteurs prédictifs de récurrence et de douleur postopératoire chronique

Méthodes

Cette étude de cohorte a inclus des patients opérés pour une hernie inguinale entre janvier 2020 et novembre 2023. Les principaux critères d'évaluation étaient la morbidité postopératoire et ses facteurs de risque, tandis que les critères secondaires incluaient la douleur chronique et la récurrence.

Résultats

Cette étude de cohorte a inclus 308 patients: Lichtenstein(n=124), TAPP(n=117) et TEP(n=67). Les patients du groupe Lichtenstein étaient plus âgés et présentaient un IMC plus élevé que ceux du groupe TAPP et TEP. Le groupe Lichtenstein présentait la morbidité la plus élevée(12,09%) comparé à TAPP (8,54%) et TEP (7,46%). Les complications de grade II et III étaient significativement plus fréquentes dans le groupe Lichtenstein. La récurrence était plus élevée dans le groupe Lichtenstein(8,06%) par rapport à TAPP (3,41%) et TEP (2,98%). La douleur chronique était également plus fréquente dans le groupe Lichtenstein (9,67%) comparé à TAPP (1,70%) et TEP (0%). Parmi les facteurs prédictifs, un âge>50 ans(OR=1,7), un IMC>30 kg/m² (OR=1,9) et des comorbidités (OR=1,8) étaient des prédicteurs significatifs de récurrence. La technique de Lichtenstein (OR=5,5), les complications de la plaie (OR=3,2) et le tabagisme(OR=2,0) étaient des prédicteurs de douleur chronique.

Conclusion

La technique de Lichtenstein est associée à une morbidité postopératoire accrue, une récurrence plus fréquente et une douleur chronique plus persistante. La technique TEP a montré les meilleurs résultats en termes de faible taux de récurrence et de complications réduites.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.158

3CVD00031-Prothèses et hernies étranglées : faisabilité et résultats

Djaffar FEKHAR - (1)Chirurgie Viscérale, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'interet

Introduction

Le traitement en urgence des hernies étranglées dépend toujours des facteurs liés au malade, à la maladie et les conditions humaines et matériels. la mise en place d'une prothèse pose toujours problème.

Méthodes

Etude rétrospective sur 05 ans, du 1er Janvier 2018 au 31 décembre 2022, sur les indications thérapeutiques dans les hernies étranglées. l'étude comprenait deux cents patients

Résultats

Deux cents malades ont été pris en charge durant cette période pour hernies étranglées dans le cadre de l'urgence ; dont 98 hernies inguinales (48.5%) ,31H.crurales (15%) 37ombilicales (18%) ainsi que 27 éventrations étranglées (13.5%), L'âge de nos patients est compris entre 50 ans et 70 ans (65%), avec une nette prédominance masculine (sex ratio 4/1).. Nos patients ont bénéficié d'une échographie dans 42 %. Et d'un scanner dans 12 % On retrouvait une association de de résection dans 9 % des cas. La mise en place d'une prothèse était dans 62.5% (125 cas). Le taux de sucée a été dans 96 % et un échec de dans 5 cas soit 4 %. on ne note aucun décès dans notre serie.

Conclusion

Le retard de programmation à froid des hernies, augmentent leurs taux d'étranglements pouvant mettre parfois le pronostic vital en danger, mais au-delà du pronostic, c'est l'indication de la pause d'une prothèse dans le cadre de l'urgence qui doit trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique quand les conditions le permettent.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.159

3CVD00062-Chirurgie des hernies ventrales : résultats d'une étude monocentriques des techniques eTEP et TAR

David SOUSSI-BERJONVAL, Jose Luis CARRILLO LIZARAZO - (1)Chu De Poitiers, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

La chirurgie robotique révolutionne la réparation des éventrations. En effet, elle rend accessible l'approche retro-musculaire mini invasive (eTEP) pour les cures d'éventration. Pour les hernies complexes, la technique de libération du muscle transverse de l'abdomen (TAR) offre une flexibilité supplémentaire. Cette étude évalue les résultats à court terme des réparations robot-assistées utilisant les techniques eTEP et TAR dans les cures d'éventrations.

Méthodes

Une revue rétrospective a été menée sur 50 patients ayant bénéficié d'une cure d'éventration robot-assistée à l'Université de Poitiers (mai-décembre 2024). Les procédures comprenaient 42 eTEP et 8 TAR.

Résultats

Entre mai et décembre 2024, 50 patients ont bénéficié d'une cure d'éventration robot. 17 patients avaient une éventration W1, 29 une éventration W2 et 4 une éventration W3 ; la largeur moyenne du defect était de 62mm. La durée opératoire médiane était de 204 minutes (116–350), avec une durée d'hospitalisation moyenne de 1,74 jour (0–10). Des complications postopératoires sont survenues chez 6 patients (12 %), incluant un hématome, un iléus post opératoire, un choc septique et une fistule entéro-cutanée. Une conversion en laparotomie a été nécessaire en raison d'adhérences. Aucune récurrence n'a été rapportée lors du suivi à court terme.

Conclusion

Les techniques eTEP et TAR robot sont séduisantes pour la réparation des hernies incisionnelles, avec un faible taux de complications et des durées d'hospitalisation courtes. Ces résultats renforcent le rôle de la robotique en chirurgie minimally invasive et appellent à des études comparatives supplémentaires pour optimiser la sélection des patients et les résultats à long terme.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.160

3CVD00097-Résultats à court et long terme après explantation d'une prothèse infectée et cure d'éventration ventrale avec filet biosynthétique lentement résorbable : une étude rétrospective bicentrique

Gaëtan-Romain JOLIAT (1) , Guillaume PASSOT (1), Benoit ROMAIN (2) - (1)Hôpital Lyon Sud, Lyon, France, (2)Hôpital De Hautepierre, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Introduction

L'infection chronique d'une prothèse après cure d'éventration reste rare. Cette étude a évalué les résultats à court et long terme d'une stratégie d'explantation de la prothèse infectée et de pose d'une prothèse lentement résorbable (PLR).

Méthodes

Une étude rétrospective dans deux centres tertiaires a été réalisée (01.01.2017-31.12.2024). Tous les patients avec infection d'une prothèse ventrale explantée et pose d'une PLR en poly-4-hydroxybutyrate ont été inclus. Le critère de jugement principal était le taux de récurrence.

Résultats

Vingt patients ont été inclus (âge médian 70 ans, 12 femmes, indice de masse corporelle médian 29 kg/m², 3 fumeurs, 5 diabétiques). Quinze patients (75%) présentaient une hernie médiane (1/4 latérale). La durée médiane de l'opération était de 180 minutes (écart interquartile 135-240). Seize patients ont eu un filet rétomusculaire, 3 intrapéritonéal et 1 sous-cutané. Cinq séparations des composantes postérieures (25%) ont été réalisées. La durée médiane du séjour était de 10 jours (5-15). Quatorze patients (70%) ont développé des complications et 4 (20%) ont été réopérés dans les 90 jours. Le taux de récurrence était de 3/20 (15%, suivi moyen 17 mois). Deux filets (10%) ont été explantés durant le suivi avec pose d'une nouvelle PLR.

Conclusion

Cette stratégie est grevée d'un haut taux de complications à court terme (70%), mais semble donner de bons résultats à long terme avec faibles taux d'explantation des PLR (10%) et de récurrence (15%). Un suivi à plus long terme et incluant plus de patients est nécessaire pour évaluer le risque de récurrence et de réinfection avec plus de recul.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.161

3CVD00118-Chirurgie laparoscopique des hernies inguinales par voie transabdominale prépéritonéale: Morbidité péri-opératoire et risque de récurrence

Moez SAHNOUN, Mohamed Saif Eddine MAHMOUD, Ahmed GUERMAZI, Fatma Ezzahra NEJIB, Azza SRIDI, Adnen CHOUCHE - (1)Hôpital Des Forces De Sécurité Intérieure La Marsa, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits

Introduction

La chirurgie des hernies de l'aine constitue l'intervention la plus pratiquée en chirurgie digestive ambulatoire. Deux techniques laparoscopiques étaient décrites : La technique transabdominale prépéritonéale (TAPP) et totalement extrapéritonéale (TEP). L'objectif était d'étudier la morbidité péri-opératoire de la technique TAPP et le risque de récurrence et de douleurs chroniques post-opératoires.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude monocentrique rétrospective descriptive portant sur 185 patients qui ont été opérés à l'hôpital des FSI Marsa durant la période de janvier 1995 à mai 2022. Les critères d'évaluation étaient la douleur post-opératoire, la récurrence, les incidents per-opératoires, les complications post-opératoires, le séjour post-opératoire et le retour à l'activité normale.

Résultats

Nous avons colligé 194 hernies. L'âge moyen des patients était de 50 ans. Une plaie vésicale et un saignement du pédicule épigastrique étaient notés. Le taux de conversion et la mortalité post opératoire étaient nuls. Le séjour post-opératoire moyen était de 2,3 jours. Les complications post opératoires étaient à type de sérome dans 2% des cas et d'hématome inguinal dans 2%, ainsi qu'à type d'œdème testiculaire et rétention d'urines chez 1% des patients. La douleur chronique post opératoire était présente chez 6,5% des patients ; quant à la récurrence elle était de 4%.

Conclusion

Notre étude a démontré les avantages de la technique TAPP en terme de douleurs post-opératoire, séjour post-opératoire et complications post-opératoires avec le même taux de récurrence par rapport aux autres techniques les plus pratiquées. Les résultats de notre étude s'alignent avec ceux de la littérature plaidant en faveur de cette technique.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.162

3CVD00122-MIRS : Mini-Invasive Rives-Stoppa pour cure de hernies ventrales

Jean-Pierre COSSA, Philippe NGO, Edouard PELISSIER, Antonio VALENTI - (1)Institut De La Hernie, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les trois premiers auteurs sont organisateurs de webinaires d'enseignement pour la société DYNAMESH

Introduction

Introduction: Les techniques mini-invasives de réparation des hernies ventrales par prothèse rétromusculaire (RM) impliquent la section de la gaine postérieure des muscles droits avec le risque de l'apparition d'une distension de la ceinture abdominale. Nous présentons une technique préservant l'intégrité de la gaine postérieure et la biomécanique abdominale.

Méthodes

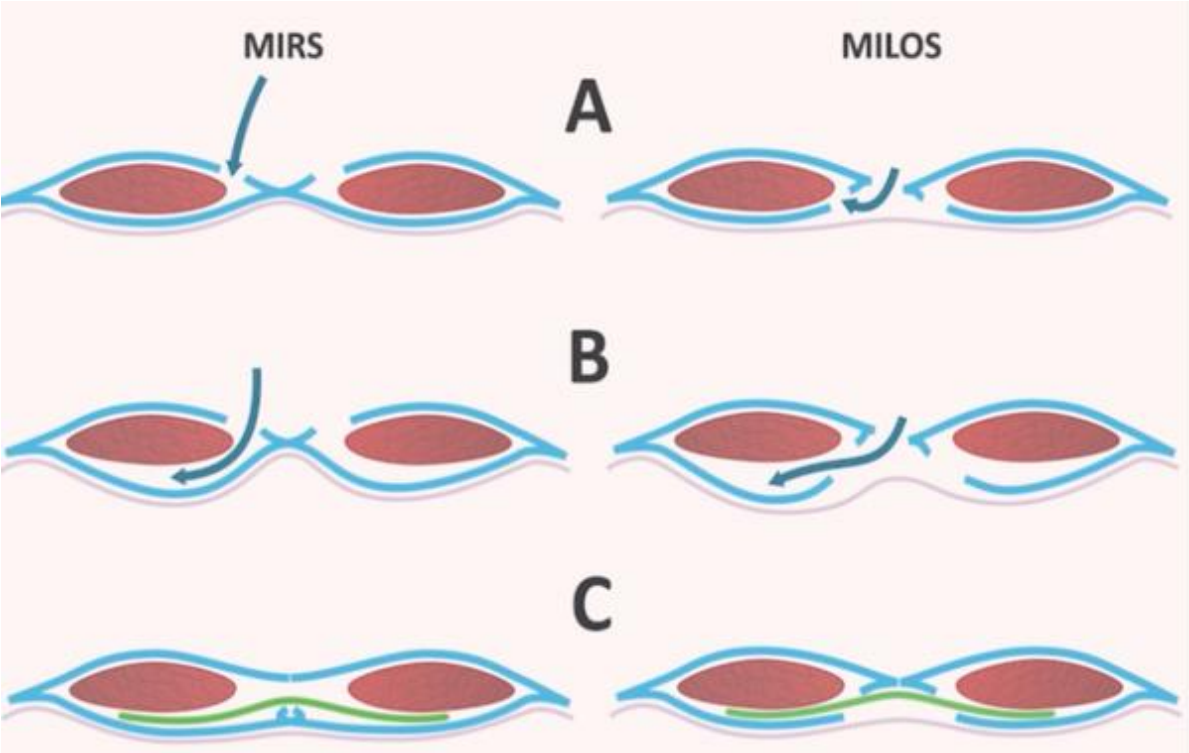
Matériel et méthodes : Après incision périombilicale, réduction de la hernie et suture de l'orifice, une incision longitudinale bilatérale de la gaine antérieure des droits est réalisée en regard du bord interne des muscles. Les berges médiales de ces incisions sont suturées en recouvrant la suture herniaire et la prothèse est déployée en RM. Les berges latérales sont suturées sur la ligne médiane en recouvrant la prothèse après réalisation de deux incisions longitudinales de décharge. L'évaluation de la technique a été prospective.

Résultats

Résultats : 177 patients âgés de 56,6 ans (20-90) ont bénéficié d'une réparation type MIRS. Le diamètre herniaire moyen était de 2,6 cm (1-5), la durée opératoire de 76,4 minutes (50-120) ; 4 hématomes (2,3 %) ont été observés. L'introduction d'une technique de matelassage sous-cutané a réduit l'incidence des séromes compliqués de 9,6 % à 2,1 % ($p = 0,031$). Sur 134 patients suivis au moins 12 mois, 128 (95,5 %) ont été évalués avec un suivi moyen de 14,7 mois (12-32). Aucune récurrence ni aucun cas de distension pariétale n'ont été observés.

Conclusion

Conclusion : la technique MIRS permet une réparation herniaire efficace et préserve la biomécanique abdominale.



E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.163

3CVD00135-Cystadénome Séreux du pelvis diagnostiqué à tort comme Hernie Crurale Droite

Mohamed Lamine ABBOU - (1)Chirurgien, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les douleurs de l'aine chez la femme évoquent fréquemment une pathologie herniaire, mais le diagnostic différentiel doit inclure des étiologies gynécologiques, notamment chez les patientes jeunes présentant des symptômes atypiques.

Méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans consultant pour des douleurs de l'aine droite avec tuméfaction localisée. L'examen clinique initial suggérait une hernie crurale droite. L'exploration complémentaire par scanner abdomino-pelvien et IRM a révélé une masse kystique ovarienne de 3 cm de grand axe, développée en direction de la région inguinale droite.

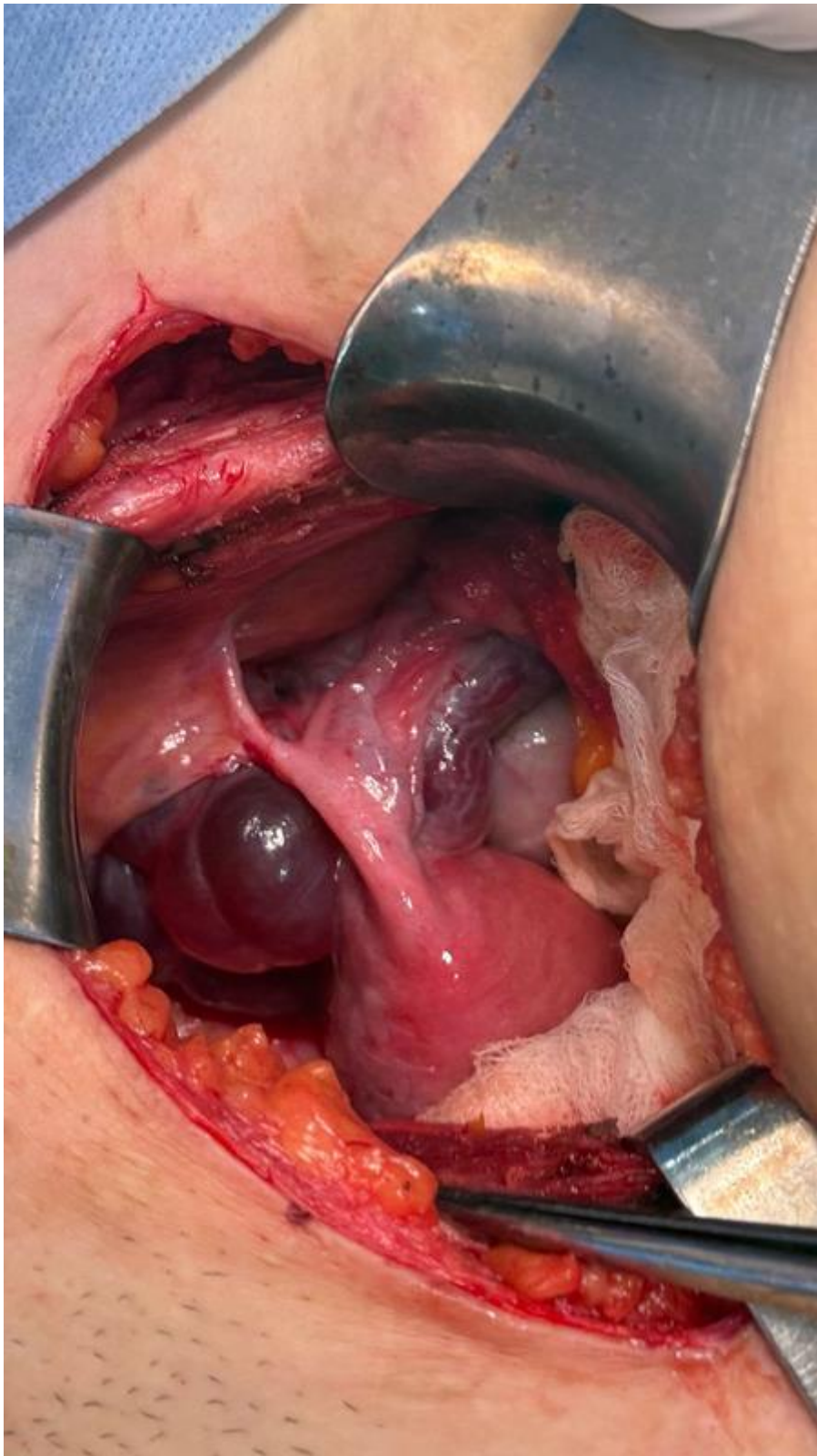
Résultats

La patiente a bénéficié d'une intervention chirurgicale par laparotomie, permettant l'exérèse complète d'une formation kystique ovarienne. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de cystadénome séreux bénin de l'ovaire droit. Les suites opératoires ont été simples avec une hospitalisation de 2 jours et une disparition complète de la symptomatologie douloureuse.

Conclusion

Les tumeurs ovariennes bénignes doivent être incluses dans le diagnostic différentiel des tuméfactions douloureuses de l'aine chez la femme. Une approche multidisciplinaire associant chirurgiens et gynécologues optimise la prise en charge thérapeutique de ces présentations cliniques inhabituelles. Mots-clés: cystadénome séreux, hernie crurale, diagnostic différentiel, douleurs inguinales, tumeur ovarienne

Kyste latéro utérin droit



Kyste séreux



E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.164

3CVD00147-Éventration périnéale après chirurgie pelvienne carcinologique.

Rachad DJAID, Noredine CHADLI, Amir LITIM, Abdelkader MENASRIA, Abdennour BELKADI, Anouar REMINI, Aissa BENSLIMANE, Nasreddine TAHLAITI, Omar TILIOUA - (1)Université D'oran 1-Faculté De Médecine, Oran, Algérie

Conflits d'intérêts

L'auteur et l'ensemble des co-auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'éventration périnéale est une complication de la chirurgie carcinologique pelvienne qui peut altérer la qualité de vie du patient et engager le pronostic vital en cas d'étranglement herniaire. La rareté et l'absence de consensus font du traitement de l'éventration périnéale un challenge chirurgical.

Méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente de 58 ans, traitée pour un adénocarcinome du bas rectum par radio-chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'une amputation abdomino-périnéale laparoscopique. Elle consulte 2 ans après pour éventration périnéale symptomatique. La réparation a été réalisée par double abord, abdominal laparoscopique et périnéal. L'exploration coelioscopique a mis en évidence l'engagement des anses grêles à travers un défaut pelvi-périnéal, dont la dissection a révélé une collection purulente, contre-indiquant la pose de prothèse synthétique. Nous avons réalisé un comblement du pelvis par rétroversion utérine. Par voie périnéale, nous avons réséqué l'excès cutané et le sac herniaire, puis réalisé une myorraphie des muscles du plancher pelvien, avec drainage aspiratif.

Résultats

Au terme d'un suivi de 24 mois, la patiente ne présentait aucune récurrence clinique ni radiologique. La douleur abdominale paroxystique et la sensation de pesanteur pelvienne avaient complètement disparu. La reprise des activités quotidiennes a été complète et sans limitation fonctionnelle. Aucun événement indésirable n'a été observé au cours du suivi.

Conclusion

L'éventration périnéale est une complication rare et complexe, sans consensus sur la méthode optimale de réparation. Son traitement constitue un défi chirurgical, nécessitant une approche multidisciplinaire associant expertise pariétale, colorectale et reconstructrice. Des études prospectives rigoureuses sont indispensables pour comparer les techniques et établir des recommandations standardisées de prise en charge.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.165

3CVD00152-Utilisation d'ancres de suture intra osseuses pour cure d'éventrations complexes.

Philippine CNOCKAERT (1) , Kevin PERREL (1), Etienne BUSCAIL (1), Jean-Pierre DUFFAS (1), Veronique DUHALDE (2), Antoine PHILIS (2), Laurent GHOUTI (2) - (1)Département De Chirurgie Digestive. Chu Rangueil., Toulouse, France, (2)Département De Pharmacie Hospitaliere. Chu Rangueil, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

AUCUN

Introduction

La réparation de défauts musculo-aponévrotiques abdominopelvien nécessite une réparation pariétale renforcée par une prothèse synthétique. En cas de désinsertion musculaire, la fixation de la prothèse peut être rendue difficile en l'absence de structure solide notamment au contact des parois osseuses. Nous étudions l'utilisation d'ancres de suture intra osseuses dans ces situations de réparations pariétales complexes.

Méthodes

Nous avons inclus l'ensemble des patients opérés dans notre département d'une éventration ayant nécessité la pose d'ancre de suture non résorbable pour fixation de prothèse ou réinsertion de la paroi musculaire. Ces ancres sont utilisées en pratique courante en chirurgie orthopédique pour réinsertion tendineuse. Nous avons recueilli les caractéristiques des différents défauts pariétaux et évalué les complications post opératoire précoces et tardives.

Résultats

Trente trois patients ont été prise en charge depuis 2013 avec une médiane de suivi de 16 mois. Nous avons identifié trois groupes d'indication : les éventrations périnéales après amputation abdominopérinéale (n=11), les éventrations abdominales post traumatiques latérales et antérieures (n=14), et un dernier groupe comprenant notamment des résections pariétales oncologiques (n=8). Une réparation par prothèse synthétique non résorbable a été effectuée dans 84,8% des cas. Le taux de complications post opératoires précoces était de 27,3%. On notait 4 infections chroniques de prothèse mais aucune ostéite. Le taux de récurrence herniaire était de 6%.

Conclusion

L'utilisation d'ancres de suture intra osseuses permet la réparation d'éventration complexes notamment lorsqu'il existe une désinsertion musculaire avec un taux de complication acceptable et non spécifique aux ancres et un taux de récurrence faible.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.166

3CVD00169-Chirurgie des hernies de l'aine et de la paroi abdominale antérieure en ambulatoire

Meriem BOUZIDA, Samira IOUTICHENE, Serhane GACEM, Mustapha ZEGGANE, Mohamed CHEKKOU, Hameza LEMDANI, Khadidja DRAI, Noura ZAHI, Noureddine AIT BENAMER - (1)Service De Chirurgie Viscérale Chu De Blida, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

La chirurgie ambulatoire de la hernie n'est pas encore de pratique courante dans notre pays. Notre objectif était d'évaluer prospectivement la faisabilité de la chirurgie pariétale en ambulatoire dans notre service de chirurgie viscérale.

Méthodes

De février 2021 à mars 2025, 714 patients ont été pris en charge en ambulatoire. Cinq cent vingt-sept étaient opérés pour une hernie de l'aine, 134 pour une hernie ombilicale et 53 pour une hernie épigastrique. Tous les patients avaient une hernioplastie par laparotomie. L'évaluation de la faisabilité s'est faite sur le taux et les causes des hospitalisations non programmées ainsi que le taux de satisfaction des patients envers ce mode de prise en charge.

Résultats

L'âge moyen de notre population était de 49 ans $\pm$ 15,5 (des extrêmes allant de 14 à 87ans). Une nette prédominance masculine avec 512 hommes (71.7%) et 202 femmes (28.3%). La quasi-totalité de la population concernée était classée ASA I (65,5%) ou II (34,23%). Une rachianesthésie a été pratiquée chez 57,4 % (410) de nos patients et 42,6 % des patients (304) étaient opérés sous TAP block (transversus abdominis plane block). La durée moyenne d'admission pour l'ensemble des patients était de 356 mn $\pm$ 117, il y a eu 31 (4,3 %) hospitalisations non programmées et aucune réadmissions. La majorité de nos patients (97 %) étaient très satisfaits de ce mode de prise en charge.

Conclusion

Ces résultats révèlent que la chirurgie des hernies de l'aine et des hernies épigastriques et ombilicales peut être réalisée en ambulatoire chez des patients sélectionnés.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.167

3CVD00248-Traitement laparoscopique des éventrations et des hernies abdominales : résultats d'une série monocentrique de 100 cas

Abdelkrim CHETIBI, Rachid GHEMIT, Malika GHAZALI, Said KADEM, Salaheddine BENMANSOUR, Imadeddine BOUDIS, Mohamed Lamine ABBOU, Mohamed OUALID - (1)Chirurgie Générale, Alger

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Introduction

Les éventrations et les hernies abdominales constituent de longue date un sujet de préoccupation. Elles suscitent toujours de nombreuses discussions en fait l'objet de nombreuses recherches du fait de sa fréquence et l'incidence élevée des récidives.

Méthodes

De Novembre 2015 à Janvier 2024, 100 patients répondant aux critères d'inclusion ont participé à cette étude, ils ont été opérés par le même chirurgien, 32 patients présentant des éventrations et 68 patients présentant des hernies abdominales sont traités par laparoscopie. L'âge moyen des patients est de 45 ans (19 -74 ans). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen est de 33,3 avec des extrêmes allant de 21 à 38. Le critère principal de jugement est la récurrence. Les critères secondaires sont : la morbidité et la mortalité postopératoire, la durée d'intervention et d'hospitalisation, la qualité de vie des patients.

Résultats

Les ¾ des malades sont revus à quatre ans, 08 récidives sont observées (8%). La mortalité est nulle. La plupart de nos malades présentent une douleur post opératoire acceptable à modérée (87%). La durée moyenne d'hospitalisation est de 1,15 jour. La durée d'intervention est estimée à 115 minutes. 16 complications postopératoires bénignes sont survenues. Le taux de conversion en laparotomie est nul.

Conclusion

Le traitement des éventrations et des hernies abdominales par voie coelioscopique est une technique sûre, efficace et reproductible, apportant des résultats très satisfaisants, mais nécessite une courbe d'apprentissage.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.168

3CVD00312-Implantation d'un programme de chirurgie pariétale robot-assistée : étude descriptive unicentrique des 75 premiers cas d'éventration.

Pierre PEYRAFORT, Rayan ARIBI, Amaury FACQUE, Haythem NAJAH, Baudouin THEBAULT - (1)Chu Orléans, Orléans, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie de l'éventration représente environ 55 000 interventions annuelles (PMSI). Leur prise en charge est difficile, douloureuse, avec jusqu'à un tiers de récurrence notamment chez les patients obèses.

Méthodes

Nous avons mené une étude prospective descriptive monocentrique sur 75 patients opérés d'une éventration avec prothèse rétomusculaire par voie robotique de janvier 2019 à décembre 2024 au CHU d'Orléans. Ces interventions sont issues de notre série de 119 patients de chirurgie pariétale robotique. Nous avons colligé les caractéristiques des patients, les tailles de défaut et de prothèse, les données de séjour et la morbi-mortalité.

Résultats

Les patients sont relativement sélectionnés avec des défauts médians de 4 cm par 4 cm (hauteur maximale 25 cm, largeur maximale 15 cm) selon les critères EHS. L'IMC médian est de 29,7 kg/m² (Q1 = 24,2 ; Q3 = 33,3). La durée opératoire médiane est de 134 minutes sans aucune conversion. Les prothèses sont toutes rétomusculaires et d'une surface médiane de 450 cm², avec un overlap supérieur à 5 cm. La durée d'hospitalisation moyenne est de 0,8 jours, avec 45 patients ambulatoires (60%) dont 2 admissions non programmées (fin tardive et emphysème). On dénombre 10 complications (14%) dont 9 Clavien-Dindo grade I (emphysèmes et séromes) et 1 grade II (hématome). La mortalité est nulle.

Conclusion

La technique apparaît sûre et efficace permettant la mise en place de grandes prothèses dans l'espace rétomusculaire avec un taux de complication et une durée de séjour inférieurs à la laparotomie au prix de durées opératoires supérieures.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.169

3CVD00345-Hernies et éventrations : bilan de 4173 interventions en chirurgie digestive

Wael FERJAOUI (1), Mohamed HAJRI (2), Adel JELASSI (1), Nabil HALOUI (1), Mohamed Hedi MANNAI (1), Mohamed Bechir KHALIFA (1) - (1)Hôpital Militaire De Tunis, Tunis, Tunisie, (2)Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer par les auteurs.

Introduction

La pathologie herniaire constitue une cause majeure de recours à la chirurgie digestive, représentant la première indication de chirurgie programmée dans le monde. Cette étude multicentrique tunisienne vise à dresser un profil épidémiologique actualisé des hernies et éventrations opérées.

Méthodes

Etude rétrospective descriptive menée à partir de 4173 dossiers de patients opérés pour hernie pariétale ou éventration dans plusieurs services de chirurgie générale tunisiens. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques démographiques, cliniques, opératoires et postopératoires.

Résultats

Les patients étaient majoritairement de sexe masculin (66,5 %), avec un âge moyen de 54 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 51 à 60 ans. Le tabagisme était retrouvé dans 33,1 %, et un antécédent chirurgical abdominal dans 37 %. Les hernies de l'aine dominaient (61,9 %), principalement inguinales (58,6 %), suivies des hernies ombilicales (15,7 %) et des éventrations (15,8 %). Les cures ont été réalisées en majorité par voie classique (95,4 %), avec une prédominance des techniques prothétiques, notamment Lichtenstein (49,8 %) pour les hernies inguinales et prothèse pré- ou rétro-musculaire pour les éventrations. Le taux global de complications postopératoires restait faible : infections pariétales (1,4 %), hématomes (1,3 %), séromes (0,4 %). La récurrence précoce avant 6 mois concernait 1,7 % des patients, principalement après cure par raphie.

Conclusion

Cette large série met en évidence les spécificités épidémiologiques de la pathologie herniaire en Tunisie. Elle souligne l'importance de la prévention, du dépistage précoce et du choix technique adapté, notamment l'intérêt des techniques prothétiques dans la réduction des récurrences.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.170

3CVD00104-Syndrome de Wilkie : Comment le manager ? Etude rétrospective monocentrique

Abdessamad MAJD, Khalid EL HATTABI, Khadija KAMAL, Abdelhak ETTAOUSSI - (1)Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le syndrome de Wilkie = la pince aortomesenterique : compression extrinsèque du 3^{ème} duodénum D3 par l'artère mesenterique supérieure et l'aorte Elle est retrouvée dans 0,13 à 0,3% de la population générale

Méthodes

Etude rétrospective descriptive au sein du service des urgences chirurgicales viscérales De Janvier 2018 à mai 2024. Série de 11 patients L'objectif : préciser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives

Résultats

L'âge moyen des patients était de 32 ans avec des extrêmes allant de 15 à 74 ans Les principaux signes cliniques : l'amaigrissement, les vomissements bilioalimentaires, les signes de déshydratation et le clapotage à jeun Figure 1 Tous nos malades ont réalisé un scanner abdominal posant le diagnostic du syndrome de la pince aorto-mesenterique et une fibroscopie oesogastroduodenale : ulcère bulbaire chez 3 malades Deux types de mensurations, l'angle aorto-mesenterique qui était compris entre 10 et 16 chez la plupart de nos malades et une distance aorto-mesenterique inférieure à 6mm chez 6 de nos malades : Figure 2 9 patients traités chirurgicalement la dérivation gastrojéjunale suivie de la duodenojéjunale Tandis que 2 malades ont simplement eu recours à un traitement médical à base d'IPP, antiémétique, régime alimentaire par voie parentérale et HBPM dose préventive avec la mise en decubitus latéral gauche une seule patiente a présenté à 1 mois post-opératoire la réapparition de vomissements : sub-sténosé du montage gastro-jéjunale 10 patients n'ont présenté aucune complication à ce jour

Conclusion

Entité rare, il faut l'évoquer devant toute occlusion duodénale haute survenant dans un contexte de dénutrition sévère

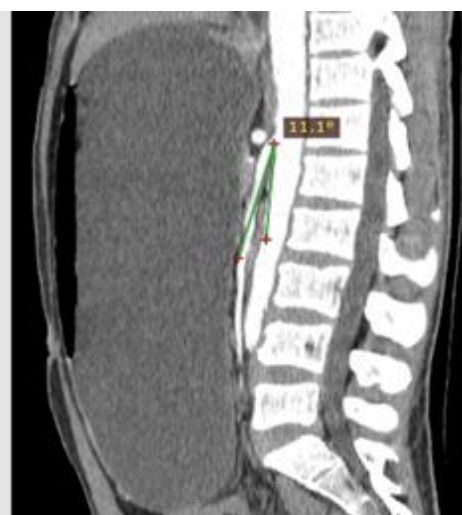
Présentation clinique de nos patients

Clinique	Nombres de malades	Pourcentage (%)
IMC	8	72%
Amaigrissement	11	100%
Signes de déshydratation	11	100%
Vomissements bilio-alimentaires	11	100%
Douleurs abdominales diffuses	8	72%
Constipation	3	27%
Clapotage à jeun	11	100%

CT Scan calculant la distance et l'angle



Coupe axiale



Coupe sagittale

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.171

3CVD00186-Syndromes occlusifs de l'intestin grêle: Quand opérer ?

Chaima YAKOUBI, Rakia SIALA, Amal AMARA, Rami GUIZANI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hopital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'occlusion intestinale aiguë grêlique est une urgence chirurgicale dont la prise en charge dépend de l'étiologie et du degré de gravité. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 150 patients admis pour une occlusion intestinale aiguë grêlique entre janvier 2017 et août 2023. Les données démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies.

Résultats

L'âge moyen de la population était de 55,6 ans avec une prédominance masculine. Le traitement chirurgical a été indiqué chez 38 % des patients moyennant une laparotomie dans 98,2 % des cas. Les principales étiologies étaient les brides postopératoires (74,7 %), la maladie de Crohn (10,7 %) et la hernie étranglée (6,7 %). Les gestes chirurgicaux réalisés comprennent une adhésiolyse (57,9 %), la résection-anastomose (15,8 %) et la résection-stomie (8,8 %). Trois décès (2,7 %) liés à un choc septique ont été rapportés. L'analyse bivariée a identifié la sténose liée à la maladie de Crohn ($p = 0,02$) et la hernie étranglée ($p < 10^{-3}$) comme facteurs significativement associés au recours à la chirurgie. L'hypertension était associée à un moindre recours à la chirurgie ($p = 0,045$). En analyse multivariée, la présence d'un épanchement intra-abdominal modéré à abondant était le seul facteur indépendant associé à la chirurgie.

Conclusion

Cette étude souligne l'importance de la surveillance rapprochée des occlusions du grêle afin de guetter les signes de gravité, notamment l'épanchement intra-abdominal modéré à abondant, pour orienter la décision chirurgicale.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.172

3CVD00197-L'indice l'Emergency Surgical Frailty Index pour prédire les complications post-opératoires chez les patients âgés atteints d'appendicite aiguë

Chaima YAKOUBI, Rakia SIALA, Rami GUIZANI, Wiem MARZOUKI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La population gériatrique opérée en urgence d'une appendicite aiguë présente un risque accru de complications postopératoires en raison de leur fragilité, des pathologies associées et de la présentation clinique atypique. L'âge ne reflète pas à lui seul la complexité du risque chirurgical. Cette étude vise à étudier la contribution de l'Emergency Surgical Frailty Index (EmSFI), un score multidimensionnel comme outil prédictif de morbidité préopératoire dans cette population.

Méthodes

Une étude rétrospective monocentrique a inclus les patients âgés de ≥ 65 ans opérés d'appendicite aiguë entre 2019 et 2023. Le score EmSFI a été calculé pour chaque patient, classant les individus en trois groupes : risque faible (0-3), intermédiaire (4-7) et élevé (>7). La morbidité postopératoire a été comparée entre les groupes.

Résultats

Sur 61 patients inclus (âge médian : 74 ans), 31 (50,8 %) étaient classés à risque faible, 20 (32,8 %) à risque intermédiaire et 10 (16,4 %) à risque élevé. Les taux de morbidité globale étaient significativement plus élevés dans les groupes à risque intermédiaire (47,63 %) et élevé (42,86 %) vs risque faible (9,52 %).

Conclusion

En conclusion, l'EmSFI semble être un marqueur indépendant pour prédire le risque préopératoire dans l'appendicite aiguë du sujet âgé. Son évaluation multifactorielle de la fragilité permet une stratification précoce des risques, permettant une optimisation des stratégies thérapeutiques personnalisées.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.173

3CVD00308-Pancréatite aigüe : Comparaison entre deux scores pronostiques BISAP et SIRS

Rami GUIZANI, Marwen ELLOUZE, Wiem MARZOUKI, Chayma YAKOUBI, Rakia SIALA, Wafa BOUABIDI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie B La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt

Introduction

La pancréatite aigüe (PA) est une urgence médico-chirurgicale fréquente. Une prise en charge rapide et standardisée a permis d'améliorer le pronostic. L'enjeu est de sélectionner les patients potentiellement graves. Plusieurs scores ont été proposés pour identifier les patients à risque. L'objectif de notre travail était de comparer l'efficacité pronostique des scores BISAP et SIRS.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective s'étalant sur 5 ans. Nous avons établi les critères d'inclusion, de non inclusion et d'exclusion selon les définitions de la conférence d'Atlanta. Afin d'étudier la pertinence des scores SIRS et BISAP nous avons dressé les courbes ROC et comparé les aires sous la courbe.

Résultats

Nous avons colligé 168 patients. Vingt-neuf patients avaient présenté une PA grave. Le taux de complications était de 27,4% et une mortalité globale de 6%. Le score BISAP était meilleur dans la prédiction de la sévérité de la PA avec une bonne capacité discriminative : Aire sous la courbe de 0,817 versus 0,686 et 0,644 respectivement pour le SIRS initial et à 48h. Le score SIRS initial était plus performant dans la prédiction de survenue de nécrose pancréatique. Le score SIRS à 48h était plus sensible et plus spécifique dans l'estimation de la mortalité (sensibilité 100% et spécificité 90,5%).

Conclusion

En incorporant ces résultats, il semble prudent de dire que ces scores se complètent une application prudente de ces derniers permet de sélectionner les malades à risque de développer une PA grave et de les prendre en charge en milieu de réanimation

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.174

3CVD00042-Validité du PCI chirurgical dans la carcinose péritonéale d'origine ovarienne

Charif KHALED, Laurine VERSET, Laura POLASTRO, Maxime FASTREZ, Michel MOREAU, Catalin Florin POP, Veron Sanchez ANA, Gabriel LIBERALE - (1)Institut Jules Bordet, H.u.b, Ulb, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Il n'existe aucun conflit d'intérêts et aucune source de financement à déclarer.

Introduction

Les facteurs pronostiques de la carcinose péritonéale du cancer ovarien (CPCO) sont l'index chirurgical de carcinose péritonéale (cPCI), la chimiosensibilité et la radicalité de la chirurgie de cytoréduction (CCR). Cependant, le cPCI ne reflète pas les résultats anatomopathologiques finaux (pPCI). Cette étude évalue la précision et l'impact pronostique du cPCI et pPCI.

Méthodes

Étude rétrospective incluant des patientes ayant bénéficié d'une CCR complète pour CPCO entre 2013 et 2022. Le sPCI a été comparé au pPCI. Les caractéristiques tumorales, la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été évaluées aussi.

Résultats

On a inclus 97 patientes de 137 opérées. Le sPCI n'est à 100% précis que chez 6 patientes (6,2%). La corrélation par zones varie de 64,5 % (zone 4) à 84,7 % (zone 0). La valeur prédictive positive est maximale pour la zone 0 (74 %) et minimale pour les zones 4, 8 et 10 (32-33%). Les patientes avec un sPCI <14, un pPCI <7 ont une SSP et une SG significativement plus longues ($p < 0,05$). En analyse multivariée, le pPCI, la CCR complète, et la mutation BRCA sont des facteurs indépendants pour la SSP ; le pPCI, le score KELIM favorable et la mutation BRCA le sont pour la SG (HR <0,5 ; $p < 0,05$).

Conclusion

Le sPCI corrèle avec le pPCI mais reste subjectif et surestimé dans la plupart des cas. Le pPCI est plus prédictif du pronostic après CCR complète pour CPCO et doit être intégré dans l'évaluation du pronostique.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.175

3CVD00043-Validité du PCI chirurgical dans la carcinose péritonéale d'origine colorectale

Charif KHALED, Laurine VERSET, Francesco SCLAFANI, Alexandre EL KAZZI, Michel MOREAU, Veron Sanchez ANA, Vincent DONCKIER, Gabriel LIBERALE - (1)Institut Jules Bordet, H.u.b, Ulb, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Il n'existe aucun conflit d'intérêts et aucune source de financement à déclarer.

Introduction

L'index chirurgical de carcinose péritonéale (cPCI) guide le pronostique dans la carcinose péritonéale d'origine colorectale (CPCCR), mais sa concordance avec l'index anatomopathologique (pPCI) reste mal évaluée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la précision du cPCI et de comparer l'impact pronostique du cPCI par rapport au pPCI.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les patients ayant bénéficié d'une chirurgie de cytoréduction (CCR) complète pour une CPCCR, entre janvier 2013 et décembre 2022. Le cPCI total a été comparé au pPCI total, et le cPCI a été comparé au pPCI par zones. Les caractéristiques des patients et la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été également analysées.

Résultats

90 patients ont été inclus. Le cPCI était à 100% exacte chez 22 patients (24,4 %). La corrélation par zones variait de 66 % pour la zone 10 à 90% pour la zone 1. La valeur prédictive positive (VPP) était la plus élevée pour la zone 0 (76%) et la plus basse pour la zone 4 (48,8%). L'analyse KM a montré que les patients avec un cPCI <9 et un pPCI <6 ont une SSP et SG significativement plus longues ($p < 0,05$). L'analyse multivariée a montré que le pPCI est une variable indépendante pour la SSP. Cependant, le cPCI était la variable indépendante pour la SG.

Conclusion

Le cPCI surestime systématiquement le pPCI mais reste déterminant pour la SG. Le pPCI émerge comme marqueur prédictif clé de la SSP post CCR chez les patients ayant une CPCCR.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.176

3CVD00058-Métastases péritonéales d'origine colorectale à PCI faible (

Alice LIN (1) , Leonor CHALTIEL (2), Etienne BUSCAIL (1), Diane GOERE (3), Jean-Pierre DUFFAS (1), Antoine PHILIS (4), Laurent GHOUTI (4) - (1)Département De Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (2)Biostatistics And Health Science Data Uni. Iuct Oncopole, Toulouse, France, (3)Département De Chirurgie Digestive. Hopital Saint Louis. Aphp, Paris, France, (4)Département De Chirurgie Digestive - Toulouse (France), Toulouse, France

Conflits d'intérêts

AUCUN

Introduction

L'essai Prodige 7 n'a pas montré de bénéfice en termes de survie de l'association d'une chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) à l'oxaliplatine après cytoréduction complète (CRS) de métastases péritonéales d'origine colo-rectale (MPCCR). L'objectif est l'analyse des survies globale et sans récurrence après CRS suivie ou non de CHIP dans le traitement des MPCCR de faible PCI (< 10).

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique de patients traités pour MPCCR de faible PCI (<10) par CRS suivie ou non d'une CHIP à l'oxaliplatine entre 2010 et 2024.

Résultats

Parmi 270 patients traités, 175 avaient un PCI < 10 : 124 (70,9%) ont eu une CRS + CHIP, 51 (29,1%) ont eu une CRS seule. Le suivi médian était de 79,8 mois. Les médianes de survie globale et sans récurrence étaient respectivement de 61,2 mois et de 17,9 mois. Il n'y avait pas de différence significative de survie globale ($p = 0,997$) et de survie sans récurrence ($p = 0,137$) entre les 2 groupes. La morbidité à 90 jours était supérieure dans le groupe CRS + CHIP : 76,2% vs 58,8% ($p = 0,02$). La mortalité à 90 jours était identique : 1,6% dans le groupe CRS + CHIP vs 0% dans le groupe CRS seule ($p = 1$).

Conclusion

Cette étude confirme les survies prolongées obtenues après cytoréduction complète pour métastases péritonéales d'origine colo-rectale à PCI faible (<10) et soutient l'hypothèse que l'association d'une CHIP à l'oxaliplatine ne permet pas d'augmenter significativement la survie chez ce groupe de patients.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.177

3CVD00068-Comparaison de l'administration d'Oxaliplatine par différents nébuliseurs de chimiothérapie intrapéritonéale pressurisée par aérosols (PIPAC) : une étude in vivo sur modèle porcin

Elias KARAM (1), Nicolas MICHOT (1), Ali OUAISSI (1), Sarah BARBEY (2), Urs GIGER-PABST (3), Mehdi OUAISSI (3) - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepato-Biliary, Pancreatic And Liver Transplant Surgery, Trousseau Hospital, Tours, France, (2)Plateforme Pixanim, Inrae Prc, 37380, Nouzilly, France, (3)Umr1327 Ischemia „membrane Signaling And Inflammation In Reperfusion Injuries“, Université De Tours, France, Tours, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet

Introduction

Plusieurs types de nébuliseurs sont employés pour la PIPAC. Il existe peu d'études in vivo sur les effets pharmacologiques de ces nébuliseurs

Méthodes

Trois groupes de trois porcs chacun ont reçu de la PIPAC avec de l'Oxaliplatine (92 mg). Le groupe 1 avait un nébuliseur unidirectionnel avec jet à cône plein, le groupe 2 un nébuliseur unidirectionnel avec jet à cône creux et le groupe 3 un nébuliseur multidirectionnel avec jet à cône plein. Les concentrations d'Oxaliplatine ($\mu\text{g/g}$) ont été mesurées par spectrométrie de masse à plasma à couplage inductif dans le sang, le péritoine pariétal et viscéral de l'intestin grêle.

Résultats

Aucune différence significative dans les concentrations moyennes globale d'Oxaliplatine n'a été retrouvée dans les échantillons de péritoine (groupe 1 : 12.37 ± 10.81 ; groupe 2 : 5.83 ± 6.18 ; groupe 3 : 9.46 ± 6.10 ; $p = 0.1067$). Le groupe 3 montrait une concentration moyenne d'Oxaliplatine plus élevée dans le péritoine viscéral comparée au groupe 1 (1.31 ± 0.26) et au 2 (1.06 ± 0.18) ($p = 0.028$). L'absorption tissulaire moyenne (mg : min-max) était significativement plus élevée dans le groupe 3 (41.98: 43.66 - 53.50) que dans le 1 (28.14: 24.66 - 30.50; $p = 0.05$), mais non significative par rapport au 2 (36.65: 35.73 - 38.19 ; $p=0.700$). Aucune différence n'a été retrouvée dans les concentrations sanguines ($p=0.106$).

Conclusion

Le nébuliseur multidirectionnel avec jet à cône plein permet des concentrations moyennes plus élevées dans le péritoine viscéral de l'intestin grêle.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.178

3CVD00070-Analyse comparative ex vivo de la distribution spatiale, de la concentration et de la pénétration tissulaire de la chimiothérapie intrapéritonéale pressurisée par aérosols (PIPAC) selon le type de nébulisateur

Urs GIGER-PABST (1), Karam ELIAS (2), Sarah BARBEY (3), Anthony SEBILLOT (4), Roselyne VIEL (4), Nicolas MICHOT (2), Sebastien ROGER (2), Mehdi OUAISSI (2) - (1)Fliedner Fachhochschule, University Of Applied Sciences Düsseldorf, Dusseldorf, Allemagne, (2)Umr1327 Ischemia „membrane Signaling And Inflammation In Reperfusion Injuries”, Université De Tours, Tours, France, (3)Plateforme Pixanim, Inrae Prc, 37380, Nouzilly, France, Nouzilly, France, (4)Plateforme H2p2, Ums/uar Cnrs 3480-Inserm 018, Université De Rennes, Rennes, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflits d'intérêt

Introduction

Etude comparative ex vivo de l'impact du type de nébulisateur de PIPAC sur la distribution spatiale, la concentration et la pénétration tissulaire de la chimiothérapie.

Méthodes

Comparaison de trois types de nébulisateur dans un modèle de PIPAC ex vivo : le groupe 1 avec jet à cône plein multidirectionnel (FSC-MDN), le groupe 2 avec jet à cône plein unidirectionnel (FSC-SDN) et le groupe 3 avec jet à cône creux unidirectionnel (HSC-SND). La distribution spatiale de bleu de méthylène était mesurée par gravimétrie 3D (g). La concentration tissulaire de cisplatine ($\mu\text{g/g}$) et la pénétration tissulaire de doxorubicine (μm) étaient mesurées respectivement par spectrométrie de masse à plasma à couplage inductif et microscopie à fluorescence.

Résultats

Le groupe 3 avait un dépôt de bleu de méthylène significativement plus important sur le fond de la boîte (35.59 ± 1.46) par rapport aux groupes 1 (24.2 ± 0.23 , $p = 0.0022$) et 2 (31.47 ± 0.52 , $p = 0.0001$). Inversement, le groupe 1 avait significativement plus de dépôt sur les côtés et le sommet (10.11 ± 0.26) que les groupes 2 (5.02 ± 0.15 , $p = 0.0022$) et 3 (3.99 ± 0.16 , $p = 0.0022$). Le groupe 1 avait également une concentration totale de cisplatine significativement plus importante (6.254 ± 2.57 , $p = 0.05$) et une pénétration plus profonde de doxorubicine (179.9 ± 78.77 , $p = 0.05$) que les autres groupes.

Conclusion

Le nébulisateur avec un jet à cône plein multidirectionnel (FSC-MDN) montre une meilleure distribution spatiale, correspondant à une meilleure délivrance de la chimiothérapie.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.179

3CVD00206-Traitement laparoscopique du lymphangiome kystique abdominal : à propos de 29 cas

Mohamed ELLEUCH, Amine SEBAI, Souhaib ATRI, Ahmed BEN MAHMOUD, Houcine MAGHREBI, Youssef CHAKER, Wael REBAI, Amine MAKNI, Amine DAGHFOUS, Rachid KSANTINI, Mohamed JOUINI, Anis HADDAD, Jamel Montacer KACEM - (1)Service De Chirurgie A , Chu La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt financier concurrent.

Introduction

Le lymphangiome kystique est une malformation bénigne du système lymphatique, touchant le plus souvent la région cranio-faciale, le cou ou le thorax. Le LK abdominal est rare et présente des manifestations cliniques très variables. Cette étude rétrospective examine les patients ayant subi une intervention chirurgicale pour un LK abdominal dans notre hôpital.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les patients opérés consécutivement pour un lymphangiome kystique entre janvier 2015 et décembre 2023 au service de chirurgie A de l'hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie.

Résultats

Vingt-neuf patients ont été inclus. L'âge moyen était de 50 ans (entre 14 et 80 ans). La douleur abdominale était retrouvée chez 18 patients (62,1 %). L'examen clinique a mis en évidence une masse abdominale chez 5 patients (17,2 %). Chez quatre patients (13,8 %), le lymphangiome kystique a été découvert de façon fortuite. Le diagnostic de LK a été établi en préopératoire chez 19 patients (65 %). La taille moyenne de la tumeur était de 10 cm. Tous les patients ont été opérés par voie laparoscopique. Aucune conversion n'a été nécessaire. Une ponction kystique a été réalisée chez cinq patients (17 %) afin de faciliter l'intervention. La résection kystique était complète chez 96 % des patients. Seulement deux patients (7 %) ont présenté une récurrence.

Conclusion

La présentation clinique du lymphangiome kystique est variée. Le diagnostic est suggéré par l'imagerie, mais nécessite une confirmation histologique. Le traitement repose sur une résection chirurgicale complète. La laparoscopie est recommandée : elle est sûre et reproductible.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.180

3CVD00275-Lymphangiomes kystiques intra péritonéaux. À propos de 12 cas

Salah HADDAD, Oussema BARAKET, Amine CHAMAKHI, Ines BEJAOU, Wissem TRIKI, Sami BOUCHOUCHA - (1)Hôpital H.bougatfa, Service De Chirurgie, Bizerte, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette étude.

Introduction

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne malformative rare des vaisseaux lymphatiques. Dans l'abdomen, sa localisation la plus fréquente est mésentérique et/ou rétro péritonéale. Cette étude rétrospective porte sur les patients opérés pour un lymphangiome kystique abdominal dans notre hôpital. Elle a pour but de préciser les manifestations cliniques de cette maladie, ses complications, et ses éventuelles différences selon sa découverte à l'âge pédiatrique ou adulte.

Méthodes

Etude rétrospective colligeant 12 patients opérés pour un lymphangiome kystique abdominal Entre 2003 et 2020 au service de chirurgie générale de l'hôpital de Bizerte.

Résultats

L'âge moyen était de 37 ans. La symptomatologie était dominée par les douleurs abdominales dans 8 cas. La perception d'une masse dans 4 cas et des troubles du transit dans 3 cas. Tous les patients étaient explorés par une échographie et un scanner abdominal. Les lésions étaient le plus souvent de forme micro-polykystiques (44 %). La localisation était intra péritonéale dans 6 cas et rétro péritonéale dans 6 cas. (50 %). L'excision a été complète pour 10 patients et subtotale chez 2 patients. Le taux de mortalité était nul. Aucune complication d'ordre chirurgical n'était notée. Un seul cas de récurrence était noté avec un recul médian de 36 mois., dont une récurrence.

Conclusion

En cas de lésions symptomatiques ou de complication, l'exérèse chirurgicale complète des lymphangiomes kystiques, lorsqu'elle est possible sans sacrifice majeur, semble être la meilleure option thérapeutique pour limiter le risque de récurrence et avoir une confirmation diagnostique par étude anatomopathologique des lésions.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00263 Compartimentectomie Gauche Robotique en-monobloc pour Adénocarcinome localement avancé de la flexure splénique.

Marcucci FRANCESCA (1), Fassari ALESSIA (2), Amariutei ALEXANDRE (1), Rosso EDOARDO (1) - (1)Centre De Chirurgie Digestive-Pôle Santé Sud, Le Mans, France, (2)Centre De Chirurgie Générale, Luxembourg, Luxembourg

Conflits d'intérêts

Les Authors F.Marcucci, A.Fassari, A.Amariutei, et E. Rosso déclarent n'ayant pas des conflits d'intérêt.

Résumé de la vidéo

Il s'agit d'une patiente de 55 ans que nous avons pris en charge initialement pour une occlusion colique sur une tumeur de l'angle colique gauche localement avancé. Sommes intervenus une première fois pour réaliser une colostomie sous coelioscopie. Le bilan d'extension à la suite de l'intervention confirmait la présence d'un adénocarcinome bien différencié de l'angle colique gauche avec envahissement de la queue du pancréas et de la paroi postérieure de l'estomac. Après discussion à la RCP d'oncologie était retenu l'indication en chirurgie première.
Intervention réalisée avec Da Vinci modèle X, patiente en Anti-Trendelenburg 15° et rotation vers la droite le patient 6°. Nous avons utilisé 4 robotiques et un trocart assistant. Nous avons procédé à la résection en bloc de l'angle colique gauche de la queue du pancréas avec la rate de la paroi postérieure de l'estomac avec courage ganglionnaire de l'artère colique média de l'artère mésentérique inférieure. Rétablissement de la continuité digestive par anastomose latéro-latérale manuelle. Suites opératoires marquées par fistule pancréatique type B traitée par drainage percutané. Examen anatomopathologique définitive : adénocarcinome bien différencié de stade pT4N2 R0. Chimiothérapie adjuvante démarrée à J28.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

3CVD00405 Colectomie droite ambulatoire avec exérèse totale du mésocolon par abord supra-pubien assistée du robot Da Vinci Single Port

Romain LESOURD, Leonor BENHAIM, Maxime COLLARD, Belkacem ACIDI, Nawar AL CHIRAZI, Matthieu FARON, Charles HONORE, Isabelle SOURROUILLE, Elena FERNANDEZ DE SEVILLA, Sophie DEROCHE, Stephanie SURIA, Maximiliano GELLI - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Le Dr Benhaim est proctor pour la société Intuitive.

Résumé de la vidéo

La chirurgie coelioscopique représente l'abord mini-invasif de référence pour la colectomie droite avec exérèse complète du mésocolon (CME). Cependant, de nombreuses études soulignent les avantages de l'abord robot assisté : récupération plus rapide, durée d'hospitalisation plus courte et morbidité réduite. Cette vidéo décrit la première colectomie droite par abord sus-pubien assistée du robot Da Vinci Single Port réalisée en Europe, réalisée en mars 2025. Le patient présentait une tumeur à l'angle colique droit non métastatique et sans comorbidités. L'intervention s'est déroulée en position de Trendelenburg 10° et rotation gauche 10°. Une incision sus-pubienne a permis l'introduction du mono-trocart robotique. En raison de l'absence d'agrafeuse mécanique robotique, un trocart d'aide supplémentaire a été nécessaire en flanc gauche. La dissection s'est effectuée selon une approche centrifuge le long du bord droit des vaisseaux mésentériques supérieurs, afin de réaliser l'exérèse complète du mésocolon. Les structures sensibles telles que l'uretère, le duodénum, le pancréas, la veine et l'artère mésentériques supérieures ont été respectées. Nous avons réalisé une anastomose iléocolique latéro-latérale iso-péristaltique intracorporelle semi-mécanique. La durée opératoire était de 210 minutes. Le patient a pu quitter l'hôpital le jour même, sans complication post-opératoire ni douleurs et bénéficier de sa chimiothérapie adjuvante dans des conditions optimales.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00180 Cholangiocarcinome perihilaire: Hépatectomie droite élargie au segment I et IV avec résection de la convergence biliaire robot assistée

Boris AMORY, Stylianos TZEDAKIS - (1)Cochin, Paris, France

Conflits d'intérêts

Non

Résumé de la vidéo

Nous rapportons le cas d'une patiente de 63 ans, ayant comme antécédents médicaux une appendicectomie et une hypothyroïdie, chez qui une cholestase associée à une cytolyse a été découverte fortuitement lors d'un bilan biologique. L'IRM hépatique a mis en évidence une masse polypoïde intracanalair localisée dans le canal hépatique droit, s'étendant jusqu'à la convergence biliaire, sans dilatation du canal gauche. Une écho-endoscopie avec biopsie a permis de poser le diagnostic de cholangiocarcinome bien différencié. Une embolisation portale droite a été réalisée en préopératoire. Le volume du lobe gauche a été estimé à 403 ml, soit 39 % du volume hépatique total. La patiente a ainsi bénéficié d'une hépatectomie droite élargie incluant les segments I et IV, avec confection d'une anastomose hépatico-jéjunale, réalisée par voie coelioscopique robot-assistée. Les suites ont été simples et la patiente a quitté le service au 7^{ème} jour post-opératoire. Ce cas illustre la faisabilité et la sécurité d'une hépatectomie majeure par voie mini-invasive dans le cadre d'une néoplasie biliaire. L'approche robot-assistée a permis une dissection fine et précise, offrant une alternative moderne et prometteuse aux techniques conventionnelles, avec des bénéfices attendus en termes de récupération postopératoire, de réduction de la morbidité.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00407 Imagerie, approche robotique et ligament d'Arantius: 3 éléments clés pour le contrôle de la plaque hilaire gauche et de la veine hépatique gauche

Jean-Yves MABRUT, Xavier MULLER, Guillaume ROSSIGNOL, Kayvan MOHKAM - (1)Hospices Civils De Lyon, Lyon, France

Conflits d'intérêts

aucun

Résumé de la vidéo

Cette vidéo détaille les points clés de la dissection et du contrôle de la plaque hilaire gauche et de la veine hépatique gauche en chirurgie hépatique à partir d'une intervention de prélèvement de lobe gauche chez un donneur vivant. L'analyse de l'imagerie préopératoire, l'approche robotique et la connaissance de l'anatomie du ligament d'Arantius représentent 3 éléments indispensables à un contrôle en sécurité de la plaque hilaire et de la veine hépatique gauche. Les points techniques sont expliqués point par point, la magnification de l'image en chirurgie robotique permet une analyse plus fine de la compréhension et du contrôle en sécurité de la plaque hilaire gauche.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

3CVD00426 Adénocarcinome borderline du pancréas ; la chirurgie vasculaire au service de l'oncologie

Anais PALEN (1) , Philippe AMABILE (2), Jacques EWALD (1), Jean IZAARYENE (3), Flora POIZAT (4), Olivier TURRINI (1), Jonathan GARNIER (1) - (1)Institut Paoli Calmettes, Chirurgie Oncologique, Marseille, France, (2)Hopital Nord, Chirurgie Vasculaire, Marseille, France, (3)Institut Paoli Calmettes, Radiologie, Marseille, France, (4)Institut Paoli Calmettes, Biopathologie, Marseille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Résumé de la vidéo

Un traitement néoadjuvant est recommandé dans la prise en charge des adénocarcinomes borderline du pancréas (BR-PC). A l'issue de la chimiothérapie (6 à 8 cures) la décision opératoire repose sur 3 critères : l'anatomie (possibilités de reconstruction vasculaire artérielle et veineuse), la biologie (diminution voire normalisation du CA 19.9) et la clinique (état général du patient compatible avec la chirurgie). Dans notre expérience un picking ganglionnaire inter-aortico cave positif témoin d'un envahissement métastatique après chimiothérapie, constitue notre limite à la résection pancréatique avec reconstruction artérielle. Nous présentons ici la standardisation des étapes oncologiques et chirurgicales dans la prise en charge des BR-PC. L'approche peropératoire repose sur : l'identification des axes vasculaires à reconstruire l'approche artérielle; reconstruction première de l'artère hépatique et « divestment » de l'artère mésentérique supérieure la conservation sélective des branches de la veine mésentérique supérieure la reconstruction veineuse, idéalement directe avec discussion de la conservation ou de la réimplantation de la veine splénique Cette stratégie se base sur la hiérarchisation de la biologie tumorale, de la planification rigoureuse de la chirurgie et sur l'expertise technique du chirurgien hepato biliaire et vasculaire. Des études multicentriques sont nécessaires pour valider cette approche.

Visual abstract

Oncological Landmarks in Borderline Pancreatic Cancer Surgery

Biology first

Neoadjuvant chemo duration

=> FOLFIRINOX 8 cycles

Biological resectability

=> CA 19-9 normalization (20 kU/L)

PALN sampling

=> Arterial resection if negative



Preoperative planning

Opportunity for divestment?

Reconstructability ?

Look for the target (s) !



Surgical technical points

Target

SMA divestment

Hepatic artery first

One vein is enough

End-to-end vein recon



Etapes de la double reconstruction vasculaire

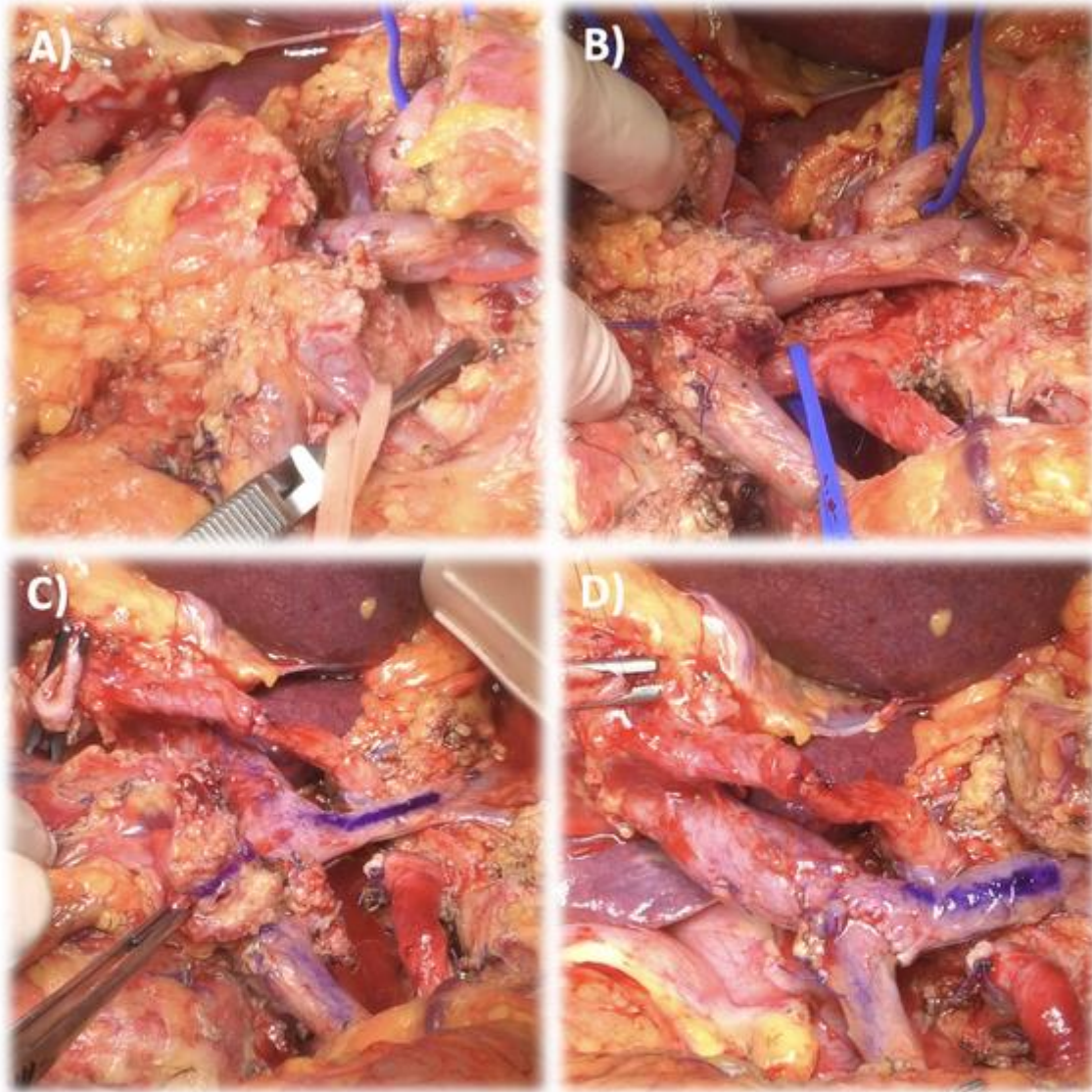


Figure 2. Intraoperative steps for double vascular reconstruction in borderline pancreatic cancer surgery. Selective and sequential clamping (A) Targeting the inflow for SMV reconstruction is essential. One branch (the ileal branch) must be spared. Test clamp for the other one (jejunal branch) **(B)** Artery-first approach for SMA divestment and HA reconstruction **(C)** HA is reconstructed through the inverted splenic artery. Clamping time: 25 min. Retroportal lamina is done with the hanging technique **(D)** In case of pancreatoduodenectomy, if the LGV or the IMV cannot be spared, preservation or reconstruction of the SV should be discussed. Vein reconstruction is performed last. Clamping time: 17 min.

IMV, inferior mesenteric vein; LGV, left gastric vein; SMA, superior mesenteric artery; SV, splenic vein; SMV, superior mesenteric vein; RHA, right hepatic artery.

Communication vidéo

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

3CVD00470 Transplantation multiviscérale à 6 organes incluant en monobloc le rein droit

Safi DOKMAK (1) , Béatrice AUSSILHOU (1), Jeanne DEMBINSKI (1), Christian HOBEIKA (1), Adelina POPESCU (2), Pauline DEVAUCHELLE (2), Lore BILLIAUWS (3), Francisca JOLY (3), Mickael LESURTEL (1) - (1)Chirurgie Hbp Et De Transplantation Hépatique, Clichy, France, (2)Anesthésie-Réanimation, Clichy, France, (3)Assistance Nutritive, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Un patient de 33 ans qui présente un rejet chronique intestinal et hépatique après avoir été transplanté à l'âge de 7 ans (foie, intestin grêle et colon) dans les suites d'une maladie de Hirshprung. Il a une récurrence depuis 2 ans nécessitant une reprise de l'alimentation parentérale, des angiocholites à répétition avec des prothèses biliaires métalliques et une altération de la fonction rénale. Nous avons décidé de faire une rétransplantation multiviscérale incluant en monobloc le rein droit. Le patient avait une thrombose chronique de la veine cave retro-hépatique et l'anastomose cave sera réalisée sur la veine cave intrathoracique (une seule anastomose). Des détails techniques seront données dans la vidéo. La durée opératoire était de 12 heures avec la transfusion de 16 CG. L'incident majeur peropératoire était la survenue d'un arrêt cardiaque de moins d'une minute au déclapage avec une récupération très rapide. Par manque de place, nous n'avons pas inclus le colon et la rate a été retirée pour des raisons immunologiques. La principale complication postopératoire était la reprise au bloc opératoire à 2 mois et 10 jours pour un pseudoanévrisme de l'anastomose artérielle sur l'aorte. A 3 mois de l'intervention, le patient va bien.

Communication vidéo

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00449 Sténose caustique de l'oesophage: reconstruction par iléocoloplastie droite

Samuel DOS SANTOS (1) , Alexandre CHALLINE (2), Milena MUZZOLINI (2), Pierre CATTAN (2), Hélène CORTE (2) - (1)Chu Rennes, Rennes, France, (2)Ap-Hp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Il n'existe aucun lien d'intérêt.

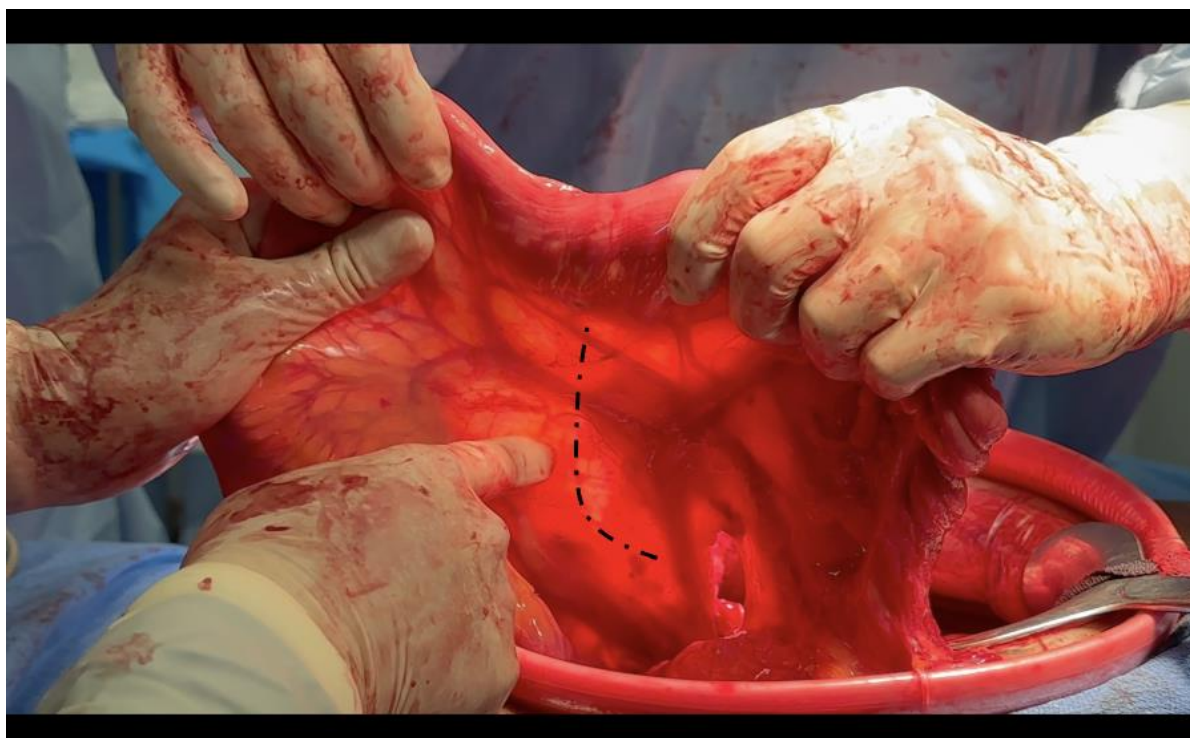
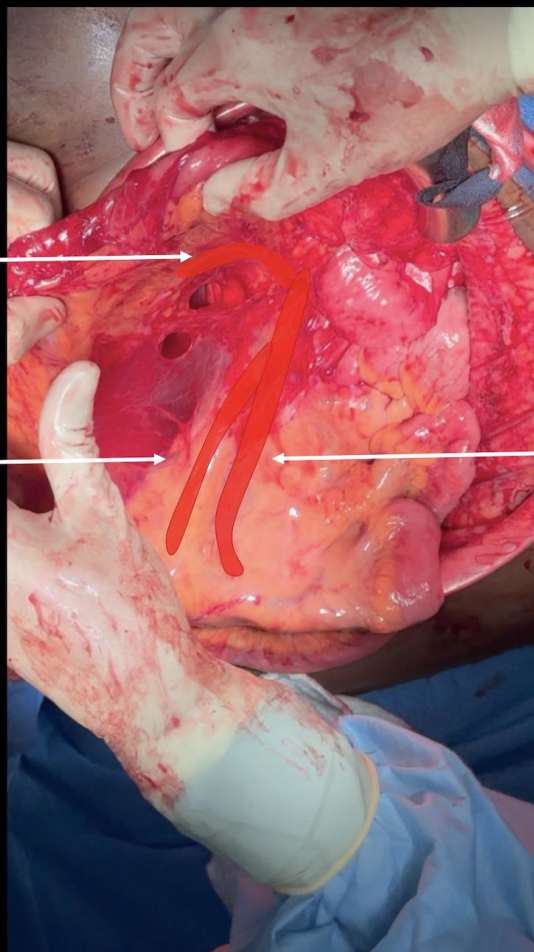
Résumé de la vidéo

Nous présentons la reconstruction œsophagienne d'une patiente de 40 ans, présentant une sténose caustique sévère de l'œsophage dans un contexte de tentative d'autolyse. L'ingestion d'un verre de décapant a entraîné des lésions de grade IIa de l'œsophage et de grade II gastriques au scanner initial. Devant l'aphagie persistante à trois semaines, le diagnostic de sténose œsophagienne longue et infranchissable est posé au TOGD. Une jéjunostomie d'alimentation et une antrectomie ont été réalisées. Une indication de coloplastie secondaire est retenue. Nous décrivons la réalisation d'une iléocoloplastie droite. Après mobilisation du côlon droit, les vaisseaux nourriciers (artère iléo-cæcale et artère colique supérieure droite) sont disséqués à leur origine. Une épreuve de clampage permet de valider la vascularisation du transplant. Le trajet rétrosternal est créé après résection partielle du manubrium et de la clavicule gauche, afin d'éviter une compression veineuse de la plastie. La vascularisation du greffon est contrôlée à chaque étape. Le transplant iléocolique est ascensionné, avec une attention portée à l'absence de torsion du pédicule. Une anastomose iléo-colique assure la continuité colique, suivie de la confection d'une anastomose cologastrique sur l'estomac. L'anastomose œso-iléale cervicale est réalisée en termino-latéral. Cette vidéo illustre les temps clés d'une iléocoloplastie dans un contexte de sténose caustique complexe.

**A. Colique
supérieure droite**

A. Iléo-cecale

AMS



Communication vidéo

D. Chirurgie Œsogastrique

3CVD00454 Oesophagectomie selon Lewis Santy par voie totalement robot assistée

Edouard WASIELEWSKI, Marie LIVIN, Fabien ROBIN, Laurent SULPICE - (1)Chu Rennes, Rennes, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Résumé de la vidéo

Cette vidéo illustre une œsophagectomie selon la technique de Lewis-Santy, par voie totalement mini-invasive robot-assistée, dans le cadre de la prise en charge d'un adénocarcinome du bas œsophage. Le temps abdominal permet, après dissection et libération totale de l'estomac, ainsi que le contrôle du pédicule gastrique gauche, de préparer la plastie gastrique en intra-abdominal. Entre les temps abdominal et thoracique, une injection de 2 mL de vert d'infracyanine est réalisée au niveau des 1er et 2e espaces interdigitaux des pieds, de façon bilatérale. Pour le temps thoracique, le patient est placé en position semi-prone avec intubation sélective. Après dissection de tout le bas et moyen œsophage, avec notamment un contrôle visuel par fluorescence de la position et un contrôle par clips du canal thoracique, la plastie gastrique est montée en intra-thoracique afin de réaliser une anastomose termino-terminale manuelle. Les suites opératoires ont été simples, avec un test au bleu à J7 n'objectivant pas de fistule anastomotique, permettant la reprise progressive de l'alimentation. La sortie du patient a été possible à J15. L'anatomopathologie retrouve la persistance, au niveau du bas œsophage, d'un adénocarcinome intra-muqueux bien différencié.

Communication vidéo

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

3CVD00452 Démontage de Nissen-Sleeve et conversion en bypass en Y

Maroïn KALIFI, Maud ROBERT - (1)Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Résumé de la vidéo

Les complications d'une chirurgie de Nissen Sleeve mais potentiellement grave. Il s'agit du cas d'une jeune patiente ayant bénéficiée d'une chirurgie de Nissen Sleeve, compliquée d'une fistule au sommet de la rangée d'agrafe, en dessous de la valve de Nissen, et d'une sténose médiogastrique nécessitant une reprise chirurgicale J4. Dans les suites, il a été observé une amélioration clinique au prix de plusieurs gestes de drainage endoscopique, permettant finalement, et après plusieurs mois, une reprise alimentaire. Un écoulement purulent en regard de l'ancien orifice de drainage mettra en évidence une fistule gastro-cutanée, une indication de démontage de Nissen-sleeve, fundectomie emportant la fistule, et conversion en bypass en Y est posée devant l'échec du traitement endoscopique.

Communication vidéo

G. Chirurgie Pariétale

3CVD00417 Mise en place d'une prothèse pariétale rétromusculaire par voie extra-péritonéale exclusive robot-assistée pour éventration

Pierre PEYRAFORT, Rayan ARIBI, Haythem NAJAH, Olivier SAINT MARC, Baudouin THEBAULT - (1)Chu Orléans, Orleans, France

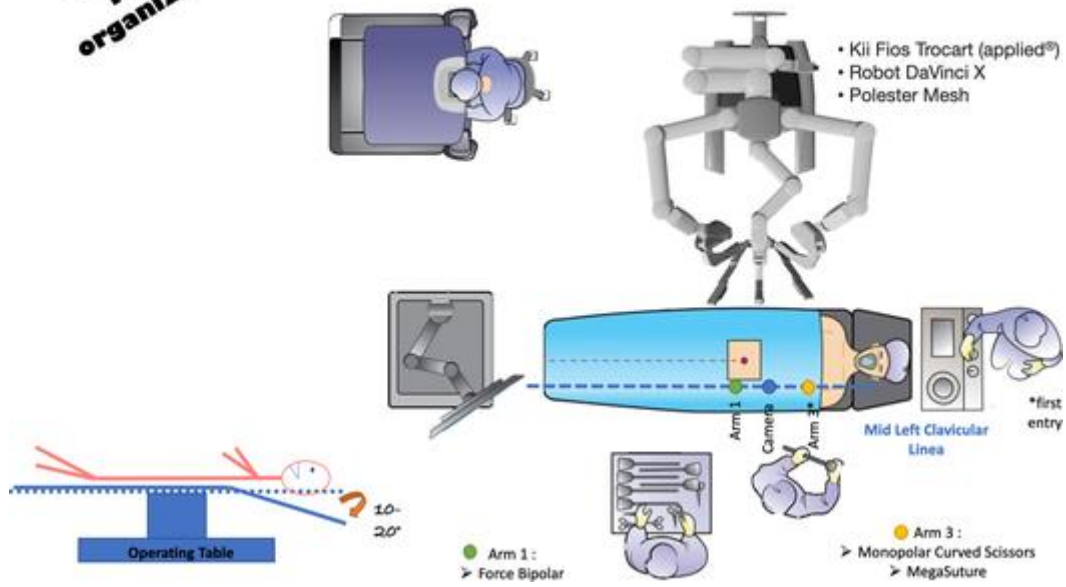
Conflits d'intérêts

Intuitive Surgical pour le Dr Olivier Saint Marc

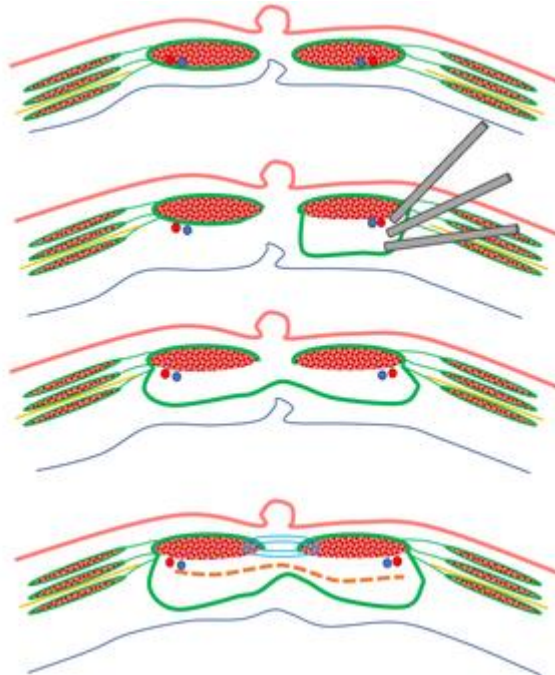
Résumé de la vidéo

La prise en charge des éventrations est un défi majeur chez des patients avec des IMC de plus en plus important dans un contexte d'épidémie mondiale d'obésité. Dans ce contexte les approches mini-invasives permettent de combiner une épargne pariétale associée à un positionnement retro-musculaire de la prothèse. Nous rapportons le cas d'une femme d'une cinquantaine d'années, présentant une éventration avec un collet de 7 centimètres de grand axe de contenu grêlique. Nous avons opté pour la mise en place d'une prothèse retro-musculaire en polyester de grande taille (30 cm de haut par 20 cm de large) avec un overlap d'au moins 5 cm par une technique totalement extra-péritonéale (e-TEP : enhanced enhanced view-totally extraperitoneal technique) adaptée à la voie robotique pour profiter des facilités de dissection robotique tout en préservant le péritoine et l'aponévrose postérieure homolatérale par rapport à la r-TARUP (robotic Trans-Abdominal Retromuscular Umbilical Prosthesis). Par ailleurs l'assistance robotique semble bénéfique en termes de durée d'hospitalisation, douleur post-opératoire et de reprise du travail malgré un coût encore important. Dans cette vidéo nous montrons successivement les étapes permettant la réalisation standardisée de cette intervention par voie robotique.

Operating Room organization



Surgical Steps



Communication vidéo

G. Chirurgie Pariétale

3CVD00464 Réparation eTEP Rives-Stopppa Robot-assistée: technique chirurgicale

Jose Luis CARRILLO LIZARAZO, Jean-Pierre FAURE, David SOUSSI-BERJONVAL - (1)Chu Poitiers, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

José Luis Carrillo Lizarazo déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts à signaler. Jean-Pierre Faure est proctor certifié da Vinci. David Soussi Berjounval est également proctor certifié da Vinci.

Résumé de la vidéo

Nous présentons une vidéo illustrant la réparation d'une hernie médiane récidivante par voie robotique selon la technique eTEP (enhanced-view Totally Extraperitoneal). Cette approche, encore peu répandue en France (par voie robotique), permet une dissection extrapéritonéale large, la fermeture de la ligne médiane et le placement d'une prothèse sans contact direct avec les viscères. Le cas concerne une patiente ayant des antécédents de grossesses, cure d'hernie ombilicale déjà traitée par rafia simple, et cholécystectomie. L'intervention s'est déroulée sans complications. La patiente a été hospitalisée une nuit, revue à deux mois en consultation avec un excellent résultat clinique et esthétique, et un scanner de contrôle est prévu à un an conformément au protocole. Cette vidéo vise à illustrer la faisabilité, la reproductibilité et les bénéfices esthétiques et fonctionnels de cette technique chez les patients porteurs de défauts pariétaux complexes.

Communication vidéo

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

3CVD00456 Plaie thoraco-abdominale traitée par voie coelioscopique

Dorra MAHFOUDHI, Ahmed BEN MAHMOUD, Souhaib ATRI, Amine SEBEL, Youssef CHAKER, Jamel Montassar KACEM - (1)Service Chirurgie Générale A, La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Résumé de la vidéo

Les plaies par armes blanches touchent majoritairement les jeunes hommes. Leur prise en charge rapide et adaptée conditionne le pronostic. Si la laparotomie est la voie classique pour explorer les plaies abdominales, la coelioscopie peut être une alternative dans les cas stables, sans atteinte vasculaire ni lésion d'organes pleins. Nous rapportons le cas d'un patient de 17 ans victime d'une plaie par arme blanche basi-thoracique gauche. Il était stable à son admission cinq heures après la présumée agression. Il avait une plaie linéaire de 3cm basi-thoracique latérale gauche avec défense épigastrique et de l'hypochondre gauche. Le bilan tomodensitométrique montrait un pneumothorax minime, un hémithorax et un pneumopéritoine avec épanchement péri-gastrique, sans lésion d'organes pleins. On a décidé de l'aborder par voie coelioscopique. L'exploration a révélé une plaie diaphragmatique colmatée par l'épiploon, un hémithorax modéré et une perforation millimétrique du fundus gastrique. Après toilette pleurale et péritonéale, les lésions ont été suturées et un drain thoracique mis en place. L'évolution post-opératoire a été favorable avec une sortie à J7. Ce cas illustre l'intérêt de la coelioscopie dans les plaies thoraco-abdominales pénétrantes sélectionnées, permettant une exploration complète et des gestes réparateurs ciblés. Cette voie d'abord apporte l'avantage de préservation pariétale avec une réhabilitation précoce.



CONGRÈS COMMUN DE CHIRURGIE
VISCÉRALE & DIGESTIVE

16 au 19 sept 2025
CNIT - Paris

3cvc-lecongres.com



ACHBT
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE CHIRURGIE
HÉPATOBILIAIRE ET
TRANSPLANTATION



lasfce

Société Française de chirurgie Endoscopique



SFCP-CH
Société Française de Chirurgie Péritonéale
et Coloproctologique

