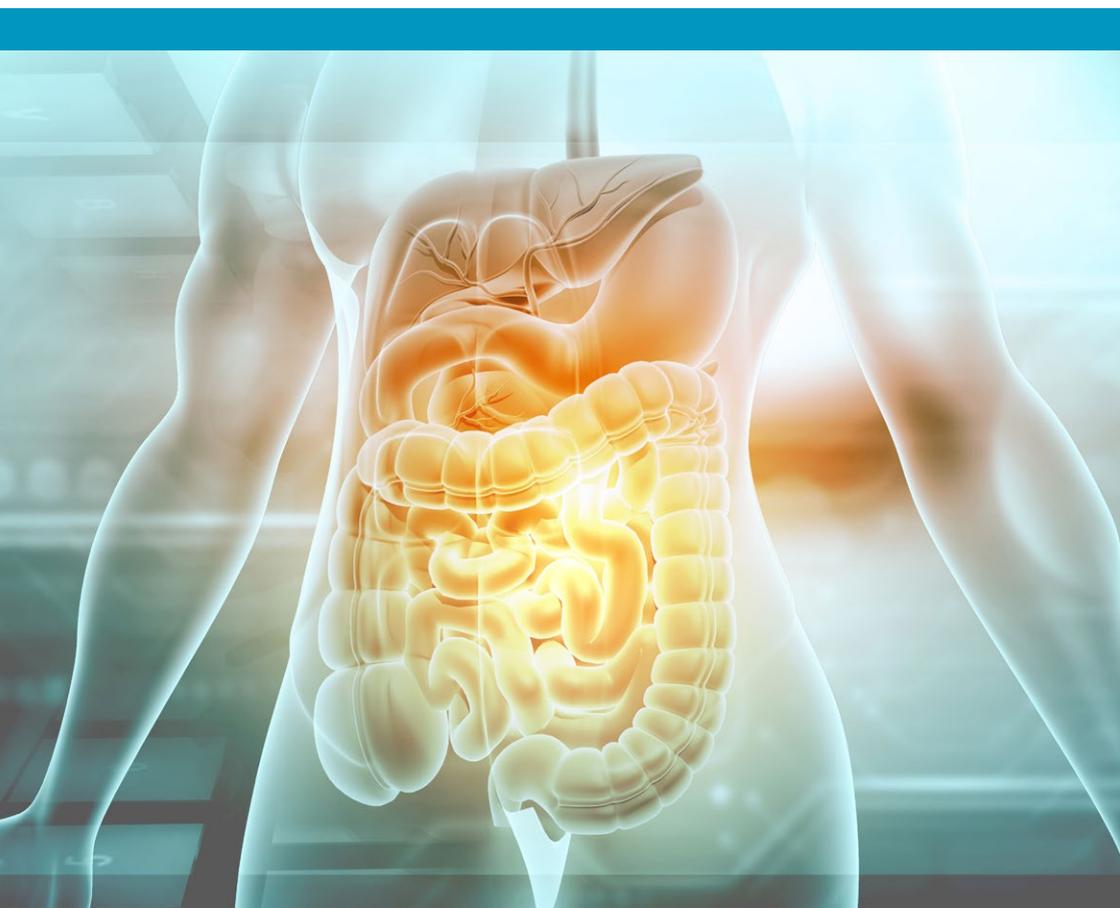


JOURNÉES PLURIDISCIPLINAIRES DE PATHOLOGIE HÉPATO-BILIAIRE, PANCRÉATIQUE ET DIGESTIVE

Jeudi 28 et vendredi 29 novembre 2024

Hôtel Royal by Manotel Group, Rue de Lausanne 41, 1201 Genève



Programme

Jeudi 28 novembre 2024

7h30 Accueil café

Matinée médico-soignante

Modérateur: Pr Jean-Louis Frossard

8h00 Angiodysplasies digestives: mise au point

Dr Léon Finci

8h20 Don d'organe: consentement présumé en 2025?

Pr Jean Villard

8h35 Vers la chirurgie augmentée... le futur de la chirurgie moderne?

Pr Michele Diana

8h50 Incidence de l'incontinence aux HUG: une prochaine épidémie

Dr Alexandre Balaphas

9h10 MetALD: update

Dr Nicolas Goossens

9h30 Transplantation hépatique avec donneurs à cœur arrêté: résultats en Suisse 2012-2023

Dre Giulia Magini

9h45 Eco-responsabilité en endoscopie: quelles pistes?

Dr Philippe Bichard

10h00 Pause-café

Modérateur: Dre Minoa Jung

10h30 Sténoses biliaires de diagnostic difficile: cholangioscopie

Dr Philippe Bichard

10h50 Nouveautés sur l'hépatite D

Dre Marie Ongaro

11h05 MICI: Le point sur les nouvelles molécules

Pr Pierre Michetti

11h20 Le point sur la xénotransplantation

Pr Philippe Compagnon

11h40 Radiothérapie métabolique/vectorisée

Pre Valentina Garibotto

12h00 - 13h30 Pause-déjeuner

Thème 1 : Séance flashs

Modérateur: Dr Nicolas Goossens

13h30 Première expérience avec le robot Mira

Pr Frédéric Ris

13h40 Impact sexuel de la chirurgie colo-rectale

Dre Emilie Liot

13h50 TIPS: Quelles sont les bonnes indications?

Dr Alexis Ricoeur

14h00 NASH: le resmetiron sera-t-il le médicament de l'avenir?

Dr Nicolas Goossens

14h10 Régime anticancer: attention danger

M. Olivier Ferlay

14h20 Voyages et MICI: conseils pratiques

Dr Pablo Gressot

14h30 Docteur, je suis tellement constipé: opérez-moi

Pr Guillaume Meurette

14h40 Probiotiques et intestin irritable: quels effets?

Dr Olivier Chatelanat

14h50 Transmission du risque d'hépatopathie de la mère à l'enfant

Dr Beat Moeckli

15h00 Pause-café

Thème 2: Conférence extra médicale

15h30 Conférence extra-médical

Thème 3: Quizz cliniques

Modérateur: Pr Laurent Spahr, Dr Alexis Ricoeur

Thème 4: Actualités sur les maladies coliques

Modérateur: Dr Philippe Bichard

16h30 Prise en charge de la diverticulite: quelles évidences scientifiques?

Dr Jeremy Meyer

16h45 Dépistage du HPV au niveau anal en 2024: une implémentation utile?

Dre Emilie Liot

17h00 Dépistage de la dysplasie au cours des MICI: quelle technique utiliser?

Dr Olivier Chatelanat

Programme

Vendredi 29 novembre 2024

7h30 Accueil café

Thème 5: Le lymphocyte dans tous ses états

Modératrice: Pre Laura Rubbia-Brandt

8h00 Signification de la lymphocytose intra-épithéliale

Dre Aurélie Bornand

8h20 Risque de cancer lors de cœliaquie réfractaire

Pr Christophe Cellier

8h40 CarT cell: update

Pr Denis Migliorini

9h00 Indications et résultats de l'immunothérapie en 2024

Dr Thibaud Koessler

9h15 Hépatite induite par l'immunothérapie

Pre Laura Rubbia-Brandt

9h30 Colite induite par l'immunothérapie

Dr Pablo Gressot

9h45 Colite collagène, colite lymphocytaire: une même entité?

Dre Aurélie Bornand

10h00 Pause-café

Thème 6 : Quand ne pas faire ou quand s'arrêter

Modérateur: Pr Philippe Bichard

10h30 Quand arrêter le régime sans gluten chez les cœliaques ?

Pr Christophe Cellier

10h45 Quand arrêter le dépistage du cancer colo rectal ?

Dr Nicolas Conquet

11h00 Quand arrêter la surveillance d'un kyste pancréatique ?

Dr Philippe Bichard

11h20 Quand arrêter les explorations d'une anémie ferriprive ?

Dr Ralph Briner

11h40 Métastase sans tumeur primaire évidente: jusqu'où explorer ?

Dr Thimothée Olivier

12h00 - 13h30 Pause-déjeuner

Thème 7 : Quizz cliniques

Modérateur: Pr Laurent Spahr, Pr Stefan Mönig

15h00 Pause-café

Modérateur: Dr François Cauchy

15h00 Chirurgie digestive en présence d'une hypertension portale

Pre Annalisa Berzigotti

15h30 Polykystose hépatique: de quoi parle-t-on ?

Pr Philippe Compagnon

15h40 AI en pathologie clinique

Pre Laura Rubbia-Brandt

16h00 Cirrhose alcoolique, reconsommation et pronostic

Pr Laurent Spahr

Informations pratiques

Organisation

- ▶ Service de gastroentérologie et d'hépatologie
- ▶ Service de chirurgie viscérale
- ▶ Service d'oncologie
- ▶ Service de pathologie clinique
- ▶ Service de radiologie
- ▶ Service de transplantation
- ▶ Centre hépato-biliaire et pancréatique

Crédits de formation

- ▶ 8 unités pour la gastroentérologie
- ▶ 6.5 unités pour la médecine interne
- ▶ 5 unités pour la chirurgie
- ▶ 5 unités pour la pathologie

Adresse

Hôtel Royal by Manotel Group, Rue de Lausanne 41, 1201 Genève

 022 906 14 14  www.hotelroyalgeneva.com

Inscription

Merci de vous inscrire en scannant le code QR :

Délai d'inscription : lundi 18 novembre 2024



Modalités de paiement

- ▶ En cash lors de l'enregistrement sur place
- ▶ Les cartes de crédit et autres moyens de paiement ne sont pas acceptés

Tarifs (Tarifs uniques pour les deux jours)

Hors HUG

- ▶ Médecin : Frs 100.-
- ▶ Personnel soignant et administratif : Frs 50.-

Personnel HUG

- ▶ Entrée gratuite

WE SEE A PROTECTED LIFE IN EVERY LIFE



Our plasma-derived therapies support our patients to lead better lives.



WE SEE A SECOND LIFE IN EVERY LIFE

Our plasma-derived therapies support our patients to lead better lives.



1^{RE} LIGNE

Agent biologique de 1^{re} ligne
en cas de maladie de Crohn¹

Skyrizi[®]
(risankizumab)

VIVRE LA LIBERTÉ

EFFICACITÉ DURABLE^{2, a}

CICATRISATION
MUQUEUSE^{2, b}

SUPÉRIORITÉ
VS USTÉKINUMAB^{3, c}

SÉCURITÉ
COMPARABLE À CELLE
DU PLACEBO^{2, 4, d, e}



Le premier et seul inhibiteur sélectif de l'IL-23 pour la maladie de Crohn^{1, 5}

1. Information professionnelle de SKYRIZI[®] Maladie de Crohn, www.swissmedinfo.ch **2.** Ferrante M et al. Risankizumab as maintenance therapy for moderately to severely active Crohn's disease: results from the multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, withdrawal phase 3 FORTIFY maintenance trial. *Lancet*. 2022;399:2031–43. **3.** Peyrin-Biroulet et al. Risankizumab versus Ustekinumab for Moderate-to-Severe Crohn's Disease. *N Engl J Med* 2024;391:213-23. **4.** D'Haens G et al. Risankizumab as induction therapy for Crohn's disease: results from the phase 3 ADVANCE and MOTIVATE induction trials. *Lancet*. 2022;399:2015–2030. **5.** Swissmedic, liste élargie des médicaments autorisés (fin août 2024); https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/fr/dokumente/internetlisten/erweiterte_ham.xlsx/download.xlsx/erweiterte_ham.xlsx. Les références peuvent être demandées par des spécialistes à medinfo.ch@abbvie.com.

a Définie comme une proportion élevée et constante de patients en rémission clinique (selon les critères FS/DA, définie comme une FS quotidienne moyenne $\leq 2,8$ et un score de DA quotidien moyen ≤ 1 , sans qu'aucun de ces deux paramètres ne soit moins bon qu'à l'inclusion) sur 52 semaines. **b** Cicatrisation muqueuse définie comme une endoscopie sans ulcération (sous-score SES-CD pour les ulcérations à la surface de 0 chez les patients ayant un sous-score ≥ 1 à l'inclusion). **c** SKYRIZI[®] a satisfait à tous les critères d'évaluation primaires et secondaires de l'étude tête-à-tête SEQUENCE vs. ustekinumab, y compris la supériorité en termes de rémission endoscopique à la semaine 48. **d** La comparaison de la sécurité repose sur l'analyse de la sécurité au sein des études d'homologation ADVANCE, MOTIVATE (sem. 12) et FORTIFY (sem. 52) dans l'indication de la maladie de Crohn. Pour plus d'informations, veuillez consulter l'information professionnelle actuelle de SKYRIZI[®]. **e** Placebo: dans l'étude d'entretien (FORTIFY), les patients du bras sous placebo ont reçu SKYRIZI[®] lors de la phase d'induction et un placebo lors de la phase d'entretien.

DA = douleur abdominale | **CDAI** = Crohn's Disease Activity Index (indice d'activité de la maladie de Crohn) | **SES-CD** = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (score endoscopique simple pour la maladie de Crohn) | **FS** = fréquence des selles.

Information professionnelle abrégée de SKYRIZI[®] (risankizumab) : 1. Traitement de la maladie de Crohn modérée à sévère active chez les patients adultes ayant présenté une réponse insuffisante à un traitement conventionnel ou à un agent biologique, qui ne répondent plus ou qui ne les ont pas tolérés. **D :** Dose recommandée est de 600 mg en perfusion i.v. les semaines 0, 4 et 8, suivies de 360 mg en injection s.c. à la semaine 12, puis toutes les 8 semaines. Chez les patients qui ne montrent aucun signe de bénéfice thérapeutique après 12 semaines, il convient d'envisager l'arrêt du traitement. **CI :** Hypersensibilité au principe actif/à un excipient. Infection active cliniquement significative (par ex. tuberculose active). **P :** En cas d'infection cliniquement significative, surveiller étroitement le patient et interrompre ou ne pas instaurer le traitement par SKYRIZI[®] avant disparition de l'infection. Avant le traitement par SKYRIZI[®], évaluation d'une infection tuberculeuse (infection TB), en cas de TB latente, commencer d'abord le traitement contre la TB. Surveillance de la TB pendant le traitement. Pas de vaccins vivants pendant le traitement. En cas de réaction d'hypersensibilité sévère, interrompre le traitement. **IA :** Aucune interaction importante observée. **EI :** Très fréquents : Infection des voies aériennes supérieures. Y compris : Infection des voies aériennes (virale, bactérienne ou non spécifiée), sinusite (également aiguë), rhinite, rhinopharyngite, pharyngite (également virale), angine, laryngite, abcès périamygdaalien. **P :** SKYRIZI[®] 600 mg concentré pour la préparation d'une solution pour perfusion. SKYRIZI[®] 360 mg solution injectable en cartouche pour un dispensateur de dose. Liste B. **T :** AbbVie AG, Alte Steinhauserstrasse 14, 6330 Cham, Tel. (+41) 41 399 15 00 (V2). Pour des informations complètes, veuillez consulter l'information professionnelle du médicament : www.swissmedinfo.ch.

abbvie

AbbVie AG | Alte Steinhauserstrasse 14 | 6330 Cham

CH-SKZG-240064 FR 09/2024

NOUVEAU désormais remboursé*

RINVOQ[®]
upadacitinib

PUISSANT

contre la colite ulcéreuse
et la maladie de Crohn^{1,*}

- ✓ Réponse rapide
dès la 1^{re} semaine^{2,3,a,**}
- ✓ Cicatrisation muqueuse
dès l'induction^{1,4,6,7,c}
- ✓ Rémission durable
sur 52 semaines^{4,5,b}
- ✓ Profil de sécurité bien étudié
dans 6 indications^{1,d}

**Le premier et le seul inhibiteur de JAK-1 s'administrant
par voie orale 1x par jour dans la CU et la MC¹**

* Grâce à une réponse rapide^{2,3,a,**}, une rémission clinique^{4,5,b} et une cicatrisation muqueuse après la phase d'induction^{1,4,6,7,c} et la phase d'entretien à la semaine 52. ^{1,4,c} ** Analyse groupée post-hoc de patients atteints de **CU**: 51,5 %, **MC**: 72 % et sans échec préalable d'un traitement biologique dans la **CU**: 48,5 % et dans la **MC**: 28 %, ^{2,3,a} RINVOQ[®] n'est pas autorisé en Suisse pour les patients nés de traitement biologique.

a Différence significative entre RIN 45 mg et le PBO en termes de soulagement des symptômes. **CU**: dès le 1^{er} jour, SFS \leq 1 et RBS = 0; **MC**: dès la S1 (jour 5): FS \leq 3 et APS \leq 1. **b** Rémission clinique durable à la S 52 chez les patients qui étaient en rémission clinique après l'induction. **CU**: selon l'aMS: SFS \leq 1 et \leq valeur initiale, RBS = 0 et ESS \leq 1 sans friabilité: 72,5 % sous RIN 30 mg, 60,6 % sous RIN 15 mg, contre 2,8 % sous PBO; **MC**: FS quotidien moyen avec des selles très molles ou liquides \leq 2,8 et APS \leq 1, les deux paramètres étant \leq valeur initiale: 60 % sous RIN 30 mg, 44,2 % sous RIN 15 mg, contre 13 % sous placebo; **c** **CU**: ESS \leq 1 sans friabilité à la S 8²: 27 % sous RIN 45 mg contre 17 % sous PBO, resp. 37,1 % contre 4,8 % et à la S 52⁴: 59,2 % sous RIN 30 mg, 43,9 % sous RIN 15 mg, contre 7,4 % sous PBO, ainsi qu'après un ESS = 0 et un score de Geboes \geq 2 après la S 52⁴: 18,7 % sous RIN 30 mg, 15,7 % sous RIN 15 mg, contre 2,7 % sous PBO; **MC**: endoscopie sans ulcération: sous-score SES-CD pour la surface des ulcérations = 0 chez les patients présentant un ulcération pour la surface des ulcérations \geq 1 au début de l'étude. S 12¹: 17 % sous RIN 45 mg, contre 0 % sous PBO. S 52¹: 20 % sous RIN 30 mg, 12 % sous RIN 15 mg, contre 2 % sous PBO. **d** Autorisé au total dans 6 indications en rhumatologie, dermatologie, gastroentérologie.

aMS = score de Mayo adapté; **APS** = Abdominal Pain Score (score de douleur abdominale); **CU** = colite ulcéreuse; **ESS** = Endoscopic Subscore (sous-score endoscopique); **FS** = fréquence des selles; **MC** = maladie de Crohn; **PBO** = placebo; **RBS** = Rectal Bleeding Subscore (sous-score d'hémorragie rectale); **RIN** = RINVOQ[®]; **S** = semaine; **SES-CD** = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (score endoscopique simple pour la maladie de Crohn); **SFS** = Stool Frequency Subscore (sous-score pour la fréquence des selles).

1 Information professionnelle de RINVOQ (upadacitinib). www.swissmedinfo.ch. **2** Loftus EV, et al. Upadacitinib Therapy Reduces Ulcerative Colitis Symptoms as Early as Day 1 of Induction Treatment. Clin Gastroenterol and Hepatol. 2023;21(10):2347-2358.e6. **3** Colombel JF, et al. Upadacitinib Reduces Crohn's Disease Symptoms Within the First Week of Induction Therapy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;14:S1542-3565(24)00254-4. **4** Vermeire S, et al. Efficacy and safety of upadacitinib maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis in patients responding to 8 week induction therapy (U-ACHIEVE Maintenance): overall results from the randomised, placebo-controlled, double-blind, phase 3 maintenance study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023;8(11):976-989. Incl. Suppl. **5** Schreiber SW, et al. P630. Upadacitinib Improves Clinical Outcomes in Patients with Moderate to Severely Active Crohn's Disease Irrespective of Previous Failure to Respond to Biologics or Conventional Therapies. Poster Presented at ECCO March 2023. Journal of Crohn's and Colitis. 2023;17(S1):759-760. **6** Danese S, et al. Upadacitinib as induction and maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis: results from three phase 3, multicenter, double-blind, randomised trials. Lancet. 2022;399:213-28. Incl. Suppl. **7** Loftus ET, et al. Upadacitinib Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease. NEJM. 2023;388:1966-1980. Incl. Suppl. Les références peuvent être demandées par des spécialistes à medinfo.ch@abbvie.com. **8** Liste des spécialités. www.spzialtaetenliste.ch.

h: Adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère présentant une réponse insuffisante ou ne tolérant pas un traitement avec un ou plusieurs antirhumatisants modificateurs de la maladie de synthèse conventionnels (csDMARDs). En association avec le méthotrexate ou d'autres csDMARDs ou en monothérapie; Adultes atteints d'arthrite psoriasique (AP) active dont la réponse au traitement par un ou plusieurs antirhumatisants modificateurs de la maladie (DMARD) est insuffisante ou qui ne l'ont pas toléré. En monothérapie ou en association avec des DMARD non biologiques; Adultes atteints de spondylarthrite ankylosante (SA, Morbus Bechterew) active dont la réponse aux antirhumatisants non stéroïdiens (AINS) est insuffisante; Adultes atteints de dermatite atopique (DA) modérée à sévère lorsqu'une thérapie par des médicaments topiques conventionnels ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie ou n'est pas recommandée; Adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) active modérée à sévère, présentant une réponse insuffisante ou une perte de réponse à au moins un agent biologique qui ne l'ont pas toléré ou pour lesquels ce type de traitement est contre-indiqué. Adultes atteints d'une maladie de Crohn (MC) active modérée à sévère, présentant une réponse insuffisante ou une perte de réponse à au moins un agent biologique, qui ne l'ont pas toléré ou pour lesquels ce type de traitement est contre-indiqué. **PM**: Pour les patients atteints de PR, AP, SA ou DA: Dose orale recommandée est de 15 mg une fois par jour; Pour les patients atteints de CU et MC: Dose d'induction est de 45 mg une fois par jour pendant 8 semaines pour CU et 12 semaines pour MC. Si le bénéfice thérapeutique est insuffisant à la fin de la phase d'induction, une prolongation de l'induction de 8 semaines supplémentaires à 45 mg une fois par jour pour CU ou de 12 semaines supplémentaires à 30 mg une fois par jour pour MC peut être envisagée. Dose d'entretien est de 15 mg ou 30 mg une fois par jour. Dose de 30 mg peut être envisagée pour les patients présentant une activité élevée de la maladie, qui ont eu besoin d'un traitement d'induction prolongé ou qui n'ont pas obtenu une réponse suffisante avec 15 mg une fois par jour. Pour une période d'induction prolongée et pour la sélectivité de la dose d'entretien, le risque de MACC, de LEV et de maladies malignes doit être pris en compte. Pour les patients recevant des inhibiteurs puissants du CYP3A4, présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée (Child-Pugh A ou B) ou une insuffisance rénale sévère: Dose d'induction de 30 mg une fois par jour et dose d'entretien de 15 mg une fois par jour. Pour les patients \geq 65 ans: Dose d'entretien de 15 mg une fois par jour; L'utilisation n'est pas recommandée en cas de numération absolue des lymphocytes (NAL) $<$ 500 cellules/mm³; de numération absolue des neutrophiles (NAN) $<$ 1000 cellules/mm³; de taux d'hémoglobine (Hb) $<$ 8 g/dl; d'insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C) ou d'insuffisance rénale en phase terminale. Interruption en cas d'infection grave. **Ch**: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Tuberculose active**. **M**: Pour les patients suivants atteints de PR, AP, SA ou DA, utiliser uniquement si des alternatives thérapeutiques adéquates ne sont pas disponibles. Plus de 15 mg (anciens fumeurs, autres facteurs risque pour les maladies malignes (y compris le cancer de la peau non mélanocytaire, NIMSC) ou autres facteurs de risque cardiovasculaire; Pour les patients suivants atteints de CU et de MC, utiliser avec précautions particulières: Plus de 65 ans, (anciens) fumeurs, autres facteurs risque pour les maladies malignes (y compris NIMSC), ou autres facteurs de risque cardiovasculaire; Par rapport à la dose de 15 mg, le traitement avec une dose de 30 mg une fois par jour comporte un risque accru d'effets indésirables, un taux plus élevé d'infections graves et de tumeurs malignes; Éviter chez les patients souffrant d'une infection active grave. Observer étroitement afin de détecter les signes et symptômes. Interrompre le traitement jusqu'à ce que l'infection soit sous contrôle. Dépister la tuberculose (TB) et l'hépatite virale chez les patients avant d'entamer le traitement et surveiller la réactivation. Mise en place une prophylaxie antituberculeuse avant le traitement chez les patients porteurs d'une tuberculose latente non traitée. Si le patient développe un zona envisager d'interrompre le traitement jusqu'à la résolution de l'épisode. Il est recommandé d'actualiser le statut vaccinal avant le traitement, y compris les vaccinations contre la varicelle/le zona. L'utilisation de vaccins vivants atténués pendant ou immédiatement avant le traitement n'est pas recommandée; Examiner les patients présentant des signes et des symptômes d'événements thromboemboliques et arrêter le traitement en cas de suspicion; Interrompre le traitement en cas de réaction d'hypersensibilité cliniquement significative; Utiliser avec précaution chez les patients pouvant présenter un risque de perforation gastro-intestinale; Surveiller l'NAN, l'NAL, l'Hb, les taux de lipides et les transaminases hépatiques; Résidu de médicament possible dans les selles ou les effluents de stomie. **IA**: Prudence en cas d'administration concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4. L'administration concomitante avec des inducteurs puissants du CYP3A4 (par exemple la rifampicine) n'est pas recommandée. **GA**: Ne pas utiliser pendant la grossesse ou l'allaitement. **EI**: Très fréquents (\geq 1/10): infections des voies respiratoires supérieures (VRS, chez DA), acné (chez DA). **P**: Blistre de 28 comprimés à libération prolongée de 15 mg, 30 mg et 45 mg. Liste B. Remboursé par les caisses-maladie. **T**: AbbVie AG, Alte Steinhausstrasse 14, 6330 Cham, tel. (+41) 41 399 15 00. (V7) Pour informations détaillées voir l'information professionnelle du médicament: www.swissmedinfo.ch

abbvie

NOUVEAU - DÉSORMAIS REMBOURSÉ¹

omvoh[®]
mirikizumab

LE PREMIER ANTI-IL-23p19

INDIQUÉ DANS LA COLITE ULCÉREUSE ACTIVE MODÉRÉE À SÉVÈRE^{2,3}



✓ Efficacité durable

Après 2 ans, 83% des patients ont obtenu une rémission sans corticostéroïdes^{4,5} et 88% une rémission endoscopique^{4,5,6,3}

✓ Contrôle durable des symptômes, y.c. des besoins impérieux

Amélioration significative de la fréquence des selles, des saignements rectaux et des besoins impérieux⁷ dès la 2^{ème} semaine et maintenue sur 2 ans.^{3,4}

✓ Tolérance convaincante

Profil d'effets secondaires similaire au placebo et constant sur 2 ans de traitement^{3,5}

Omvoh[®] est indiqué dans le traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique^{2,3}. Parmi les patients qui ont obtenu une réponse clinique à la semaine 12 de LUCENT-1 et une rémission clinique à la semaine 52 de LUCENT-2. Réponse clinique basée sur le MMS et définie par une diminution du MMS ≥ 2 points et une diminution $\geq 30\%$ par rapport à la valeur initiale, et une diminution de ≥ 1 point du sous-score SR par rapport à l'inclusion ou un score SR = 0 ou 1. Rémission clinique basée sur le MMS et définie par un sous-score FS = 0 ou 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à la valeur d'inclusion, un sous-score SR = 0 et un sous score SE = 0 ou 1 (sans friabilité). Cas observés (OC), analyse intermédiaire de LUCENT-3.³
§ Rémission sans corticostéroïdes définie comme suit: rémission clinique sans utilisation de corticostéroïdes depuis ≥ 12 semaines. **§§ Rémission endoscopique** définie comme: SE = 0 ou 1 (sans friabilité).³ * Les besoins impérieux sont les besoins soudains et immédiats d'aller à la selle. **§§§ Rémission des besoins impérieux:** Score de 0 ou 1 chez les patients avec un score de l'échelle d'évaluation numérique de l'urgence (Urgency NRS) ≥ 3 à l'inclusion dans LUCENT-1.³
FS = fréquence des selles; **MMS** = score Mayo modifié; **SE** = sous-score endoscopique; **SR** = saignement rectal.

1. Omvoh[®] liste des spécialités, www.listedespecialites.ch, consulté le 1er août 2024. 2. Information professionnelle Omvoh[®], www.swissmedicinfo.ch. 3. Sands BE et al. Two-Year Efficacy and Safety of Mirikizumab Following 104 Weeks of Continuous Treatment for Ulcerative Colitis: Results From the LUCENT-3 Open-Label Extension Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2024;120e024. 4. Danese S et al. Early and Sustained Symptom Control with Mirikizumab in Patients with Ulcerative Colitis in the Phase 3 LUCENT Program. *Journal of Crohn's and Colitis* 2024;18(9):e088. 5. D'Haens G et al. Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *N Engl J Med.* 2023;388(26):2444-2455.

Les spécialistes de la santé peuvent demander les références auprès de l'entreprise en tout temps.

Omvoh[®] (mirikizumab)

I: Traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. **Pos:** Instauration du traitement: 300 mg en perfusion intraveineuse pendant au moins 30 minutes aux semaines 0, 4 et 8. **Traitement d'entretien:** 200 mg en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12, après la fin de la dose d'induction. Une dose d'entretien complète consiste en deux stylos préremplis de 100 mg. Si les patients recevant la dose d'induction ne présentent pas de réponse adéquate à la semaine 12, envisager de poursuivre le traitement avec 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse aux semaines 12, 16 et 20 (traitement d'induction prolongé). Le mirikizumab doit être interrompu chez les patients qui ne présentent aucun signe de bénéfice thérapeutique du traitement d'induction prolongé à la semaine 24. Les patients qui perdent leur réponse thérapeutique pendant le traitement d'entretien peuvent recevoir 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse toutes les 4 semaines pour un total de 3 doses. Si un bénéfice clinique est obtenu avec ce traitement intraveineux supplémentaire, le traitement peut être repris avec du mirikizumab sous-cutané toutes les 4 semaines, sinon, interrompre le traitement par mirikizumab. **CI:** Hypersensibilité sévère à la substance active ou à l'un des excipients, selon la composition. Infection active cliniquement pertinente. **Pr/MG:** Réactions d'hypersensibilité graves, y compris anaphylaxie; le mirikizumab doit être arrêté immédiatement et un traitement approprié doit être instauré. Risque accru d'infections: ne pas être administré aux patients présentant une infection active cliniquement significative; peser les bénéfices et les risques du traitement chez les patients présentant une infection chronique ou des antécédents d'infections récurrentes; si une infection grave se développe, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à la résolution de l'infection. Tuberculose (TB): ne pas administrer aux patients atteints de TB active; chez les patients atteints de TB latente, le traitement antituberculeux doit être initié avant le début du traitement par mirikizumab. Élévations des aminotransférases: évaluer les enzymes hépatiques selon les indications cliniques; si des augmentations de l'ALAT ou de l'ASAT sont observées et qu'une lésion hépatique associée au médicament est suspectée, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à ce que ce diagnostic soit exclu. Vaccins: avant de commencer le traitement par mirikizumab, toutes les vaccinations appropriées doivent être effectuées; l'utilisation de vaccins vivants doit être évitée. Tumeurs malignes: risque augmenté chez les patients atteints de colite ulcéreuse et les médicaments immunomodulateurs peuvent augmenter le risque de tumeur maligne. **IA:** aucune connue. **GA:** Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins 10 semaines après le traitement. Par mesure de précaution, l'utilisation d'Omvoh doit être évitée pendant la grossesse. Une décision doit être prise soit d'interrompre l'allaitement, soit de renoncer au traitement par Omvoh. **Ek:** Fréquent: infection des voies respiratoires supérieures, rhinopharyngite, sinusite, infection urinaire, mycose vulvo-vaginale, herpès zoster, rhinite, maux de tête, migraine, hypoesthésie, toux, douleurs oropharyngées, reflux gastroœsophagien, éruption cutanée, arthralgies, réactions au site d'injection, hypertension. **Occasionnel:** herpès simplex, réactions d'hypersensibilité, dépression, vertiges, sécheresse oculaire, congestion nasale, dermatite de contact, élévation de l'ALAT/ASAT. **P:** Omvoh 300 mg solution à diluer pour perfusion; 1 fioçon Omvoh 100 mg solution injectable; 2 stylos préremplis. Catégorie de remise B.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch, Eli Lilly (Suisse) SA, ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), VII-2023

Lilly

Remerciements

Nous remercions très chaleureusement nos partenaires pour leur soutien lors de ces deux journées pluridisciplinaires de pathologie hépatobiliaire, pancréatique et digestive.

abbvie

 **admedics**
ADVANCED MEDICAL SOLUTIONS

AstraZeneca 

 **Biotest**
From Nature for Life

 Bristol Myers Squibb™

 **DIANAPATH**
Centre de pathologie

 **DIANALABS**
Analyses médicales

 *Dr Falk*

DU  **OMED**
Exclusive pour la Santé

Lilly

ewimed

FERRING
PHARMACEUTICALS

 **GILEAD**

Johnson & Johnson

OLYMPUS

 **Pfizer**

sanofi

 *Takeda*

 **Unilabs**

 **VIOLLIER**