



CONGRÈS COMMUN DE CHIRURGIE
VISCÉRALE & DIGESTIVE

15 AU 18 SEPT 2026
CNIT FOREST - PARIS

3cvd-lecongres.com

LIVRE DES RÉSUMÉS



RCHIST
Société Française de
Chirurgie Hépatobiliaire et
Transplantologie

afc

Afpe

FECAVE
Fédération Française
des Sociétés de
Chirurgie Digestive

SFCD

la sfce

Société Française de Chirurgie Endoscopique

SFCP-CH





TABLE DES MATIÈRES

COMMUNICATIONS ORALES

A.Chirurgie Colorectale	3
B.Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique.....	24
C.Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	56
D.Chirurgie Œsogastrique.....	68
E.Chirurgie de l'Obésité et Métabolique.....	79
F.Chirurgie Endocrinienne.....	85
G.Chirurgie Pariétale.....	88
H.Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé.....	91
I.Chirurgie du Péritoine.....	95

POSTERS

A.Chirurgie Colorectale.....	98
B .Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique.....	213
C.Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	369
D.Chirurgie Œsogastrique.....	388
E.Chirurgie de l'Obésité et Métabolique.....	425

F.Chirurgie Endocrinienne.....	442
G.Chirurgie Pariétale.....	474
H.Chirurgie d’Urgence et du Traumatisé.....	488
I.Chirurgie du Péritoine.....	531

COMMUNICATIONS VIDÉOS

A.Chirurgie Colorectale	542
B.Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique.....	545
C.Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale.....	558
D.Chirurgie Œsogastrique.....	559
E.Chirurgie de l’Obésité et Métabolique.....	561
F.Chirurgie Endocrinienne.....	565
G.Chirurgie Pariétale.....	566
I.Chirurgie du Péritoine.....	567
J. Nouvelles technologies robotiques.....	568

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.001

3CVD00835 - Résultats chirurgicaux et oncologiques des cancers du côlon dMMR non métastatiques opérés d'emblée : état des lieux à l'ère de l'émergence de stratégies d'immunothérapie néoadjuvante ou exclusive

Milena MUZZOLINI (1), Maxime COLLARD (1), Julien TOUZMANIAN (1), Antoine DARDENNE (2), Thomas BARON (1), Anne Sophie DULAC (1), Yann PARS (1), Jeremie LEFEVRE (1) - (1)Department Of Colorectal Surgery, Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique Hôpitaux De Paris, Sorbonne University, Paris, France, Paris, France, (2)Department Of Oncology, Hôpital Saint-Antoine, Assistance Publique Hôpitaux De Paris, Sorbonne University, Paris, France, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt

Introduction

L'immunothérapie a transformé la prise en charge des cancers du rectum avec instabilité des microsatellites (dMMR) mais celle des cancers du côlon dMMR reste débattue. L'objectif était d'évaluer les résultats péri-opératoires et oncologiques des cancers coliques non métastatiques opérables d'emblée selon le statut MMR.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique (2017 - 2025) des patients opérés pour adénocarcinome colique non métastatique, classés dMMR (instabilité des microsatellites) ou pMMR (système de réparation des mésappariements fonctionnel).

Résultats

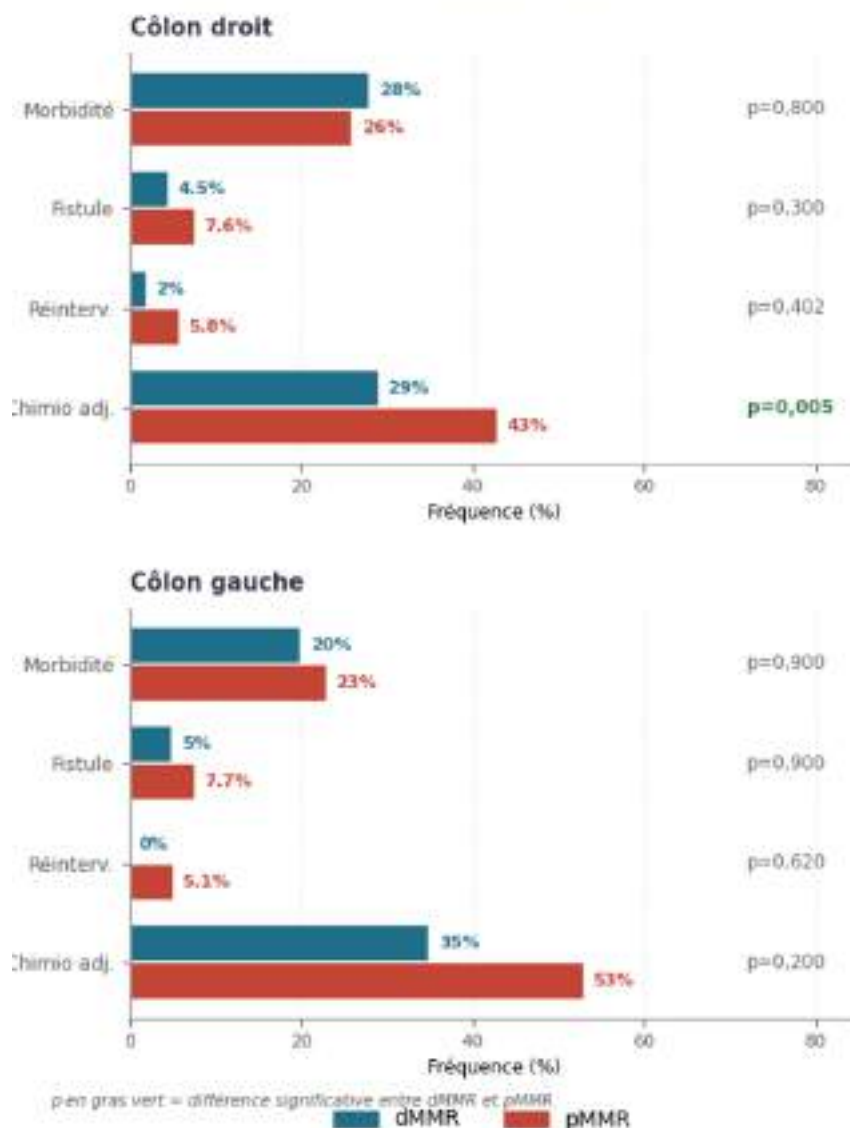
Parmi 1074 patients opérés d'un cancer du côlon, 174 (16%) étaient dMMR. Les patients dMMR étaient plus âgés (72 vs 68 ans, $p=0,007$), plus souvent des femmes (56% vs 42%, $p<0,001$), majoritairement localisés à droite (89% vs 11%, $p<0,001$). La morbidité, fistule et réintervention étaient comparables entre dMMR et pMMR à droite comme à gauche (Figure 1). Il y avait moins de chimiothérapie adjuvante administrée en cas de lésion dMMR : à droite 29% vs 43% ($p=0,005$) et à gauche 35% vs 53% ($p=0,200$). Aucune différence de survie globale (SG) ni de survie sans récurrence (SSR) entre dMMR et pMMR pour les cancers du côlon droit (SG 87% vs 75%, $p=0,200$; SSR 88% vs 82%, $p=0,2$) et gauche (SG 80% vs 85%, $p=0,640$; SSR 74% vs 84%, $p=0,460$). La survie à 5 ans des cancers du côlon dMMR était respectivement de 90%, 90% et 78% aux stades I, II et III.

Conclusion

Parmi 1074 patients opérés d'un cancer du côlon, 174 (16%) étaient dMMR. Les patients dMMR étaient plus âgés (72 vs 68 ans, $p=0,007$), plus souvent des femmes (56% vs 42%,

$p < 0,001$), majoritairement localisés à droite (89% vs 11%, $p < 0,001$). La morbidité, fistule et réintervention étaient comparables entre dMMR et pMMR à droite comme à gauche (Figure 1). Il y avait moins de chimiothérapie adjuvante administrée en cas de lésion dMMR : à droite 29% vs 43% ($p = 0,005$) et à gauche 35% vs 53% ($p = 0,200$). Aucune différence de survie globale (SG) ni de survie sans récurrence (SSR) entre dMMR et pMMR pour les cancers du côlon droit (SG 87% vs 75%, $p = 0,200$; SSR 88% vs 82%, $p = 0,2$) et gauche (SG 80% vs 85%, $p = 0,640$; SSR 74% vs 84%, $p = 0,460$). La survie à 5 ans des cancers du côlon dMMR était respectivement de 90%, 90% et 78% aux stades I, II et III.

Résultats périopératoires et chimiothérapie adjuvante selon le statut MMR et la localisation tumorale



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.002

3CVD0050- Salpingectomie opportuniste en chirurgie digestive : étude intergroupe SFCD-AFC-GRECCAR-SNFCP-FRENCH-SNGOF sur les connaissances et l'acceptabilité d'une stratégie de prévention du cancer l'ovaire

Andrius MESKAUSKAS (1), Maxime COLLARD (1), Valerie BRIDOUX (2), Leon MAGGIORI (3), Lilian SCHWARZ (2), Celine CHAULEUR (4), Quentin DENOST (5), Jeremie LEFEVRE (5) - (1)Hopital Saint-Antoine, Paris, France, (2)Chu Rouen, Rouen, France, (3)Hopital Saint-Louis, Paris, France, (4)Chu Saint-Etienne, Saint-Etienne, France, (5)Bci, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

Les données récentes montrent que : la majorité des cancers ovariens sont d'origine tubaire, la salpingectomie opportuniste (SO) réduit significativement leur incidence, sans altération de la fonction ovarienne ni augmentation de la morbidité opératoire. Les recommandations internationales encouragent désormais sa réalisation lors des chirurgies abdominales et pelviennes chez les femmes éligibles. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance des chirurgiens français et leur acceptabilité de cette pratique.

Méthodes

Un questionnaire anonyme a été diffusé auprès des sociétés savantes françaises de chirurgie digestive, gynécologique.

Résultats

352 chirurgiens ont participé (272 digestifs; 80 gynécologues). Les gynécologues connaissaient significativement mieux l'origine tubaire des cancers de l'ovaire (68,8% vs 30,9%; $p<0,001$) et le rôle préventif de la SO (72,5% vs 29,8%; $p<0,001$). Chez les digestifs, l'exercice en CHU était associé à une meilleure connaissance de l'origine tubaire (39,8 % vs 26,6%; $p=0,028$) et du rôle préventif de la SO (39,8% vs 25,0%; $p=0,013$), sans différence significative selon l'âge ou le sexe. Les chirurgiens gynécologues proposent la SO (hors hystérectomie) deux fois plus fréquemment que les digestifs (37,5% vs 17,3%; $p=0,002$). Après présentation des recommandations, 82,7% des digestifs seraient prêts à proposer une SO, dont 23,7% lors d'une chirurgie sus-mésocolique. Les principaux freins rapportés étaient le consentement, le risque de stérilité et une morbidité additionnelle ; 25,0% des gynécologues n'ont identifié aucun frein contre 8,5% des digestifs.

Conclusion

352 chirurgiens ont participé (272 digestifs; 80 gynécologues). Les gynécologues connaissaient significativement mieux l'origine tubaire des cancers de l'ovaire (68,8% vs 30,9%; $p<0,001$) et le

rôle préventif de la SO(72,5%vs 29,8%; $p<0,001$). Chez les digestifs, l'exercice en CHU était associé à une meilleure connaissance de l'origine tubaire (39,8 % vs 26,6%; $p=0,028$) et du rôle préventif de la SO (39,8%vs25,0%; $p=0,013$), sans différence significative selon l'âge ou le sexe. Les chirurgiens gynécologues proposent la SO(hors hystérectomie) deux fois plus fréquemment que les digestifs(37,5%vs17,3%; $p=0,002$). Après présentation des recommandations, 82,7% des digestifs seraient prêts à proposer une SO, dont 23,7% lors d'une chirurgie sus-mésocolique. Les principaux freins rapportés étaient le consentement, le risque de stérilité et une morbidité additionnelle ; 25,0% des gynécologues n'ont identifié aucun frein contre 8,5% des digestifs.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.003

3CVD00555-Antibiothérapie orale pendant la préparation colique préopératoire avant chirurgie laparoscopique du cancer du rectum : Un essai randomisé multicentrique en double aveugle (PREPACOL 2/GRECCAR 25)

Léon MAGGIORI (1) , Eddy COTTE (2), Jeremie LEFEVRE (3), Zaher LAKKIS (4), Jean Jacques TUECH (5), Charles SABBAGH (6), Stéphane BENOIST (7), Gilles MANCEAU (8), Anaïs LAFOREST (9), Hélène MEILLAT (10), Eric VICAUT (11), Yves PANIS (12) - (1)Chirurgie Digestive, Hopital Saint Louis, Aphp, Paris, France, (2)Chirurgie Digestive, Hopital Pierre Benite, Hcl, Lyon, France, (3)Chirurgie Digestive, Hopital Saint Antoine, Aphp, Paris, France, (4)Chirurgie Digestive, Chu Besançon, Besançon, France, (5)Chirurgie Digestive, Chu Rouen-Charles Nicolle, Rouen, France, (6)Chirurgie Digestive, Chu Amiens Sud, Amiens, France, (7)Chirurgie Digestive, Hopital De Bicêtre, Aphp, Le Kremlin Bicêtre, France, (8)Chirurgie Digestive, Hégp, Aphp, Le Kremlin Bicêtre, France, (9)Chirurgie Digestive, Institut Médico-Chirurgicale Montsouris, Paris, France, (10)Chirurgie Digestive, Institu Paoli Calmettes, Marseille, France, (11)Unité De Recherche Clinique Lariboisière-Aphp, Paris, France, (12)Hopital Privé Ambroise Paré, Neuilly, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'essai MOBILE2 a rapporté qu'une antibiothérapie orale pendant la préparation colique préopératoire (AO-PCP) avant chirurgie rectale permettait une réduction du taux d'infection du site opératoire (ISO). Cependant, plus de 75% des patients inclus étaient opérés par laparotomie. L'objectif était d'évaluer l'intérêt d'une AO-PCP avant chirurgie laparoscopique du cancer du rectum.

Méthodes

Les patients opérés d'un cancer du rectum, par voie laparoscopique et avec conservation sphinctérienne dans 13 centres du GRECCAR, étaient randomisés en double aveugle entre un groupe « AO-PCP » qui recevait une antibiothérapie orale par Gentamycine (80 mg, x4/jour) et Ornidazole (500mg, x2/jour) en association avec de l'X-PREP (1 sachet/jour) pendant 2 jours avant la chirurgie, et un groupe « PCP seule » qui recevait un placebo en association avec l'X-PREP. Le critère de jugement principal était le taux d'ISO à J30.

Résultats

Un total de 397 patients (Femmes: 36% ; Age moyen: 64±11 ; indice de masse corporelle moyen: 25±4 ; bas/moyen rectum: 78% ; traitement néoadjuvant: 70%) étaient analysés : 196 dans le groupe « AO-PCP » et 201 dans le groupe « PCP seule ». Le taux d'ISO à J30 ne présentait pas de différence entre les 2 groupes (AO-PCP: 18,2% ; PCP seule: 16,3% ; p=0,625). De la même façon, il n'existait pas de différence de taux de morbidité globale à J30, de morbidité grave à J30, et de fistule anastomotique à J90.

Conclusion

Un total de 397 patients (Femmes: 36% ; Age moyen: 64 ± 11 ; indice de masse corporelle moyen: 25 ± 4 ; bas/moyen rectum: 78% ; traitement néoadjuvant: 70%) étaient analysés : 196 dans le groupe « AO-PCP » et 201 dans le groupe « PCP seule ». Le taux d'ISO à J30 ne présentait pas de différence entre les 2 groupes (AO-PCP: 18,2% ; PCP seule: 16,3% ; $p=0,625$). De la même façon, il n'existait pas de différence de taux de morbidité globale à J30, de morbidité grave à J30, et de fistule anastomotique à J90.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.004

3CVD00354-Insufflation à Basse Pression avec CO₂ Chaud et Humidifié versus Froid et Sec en Chirurgie Colorectale Laparoscopique : Résultats de l'Essai Randomisé PAROS 3

Quentin DENOST (1) , Laura BEYER-BERJOT (2), Jean-François SOUBIROU (3), Yannick DE CAZES (3), Bruno PASTENE (4), Marie-Caroline BLANC (4), Barbara NOIRET (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux, France, (2)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Nord De Marseille Aphm, Marseille, France, (3)Service D'anesthésie Et Réanimation, Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux, France, (4)Service D'anesthésie Et Réanimation, Hôpital Nord De Marseille Aphm, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La douleur postopératoire après chirurgie colorectale mini-invasive demeure un enjeu malgré les protocoles de réhabilitation. Le pneumopéritoine à basse pression en améliore le contrôle en postopératoire. Le bénéfice d'un CO₂ réchauffé et humidifié étant peu documenté, l'objectif était de le comparer à un CO₂ froid et sec sous basse pression

Méthodes

Essai multicentrique randomisé contrôlé de supériorité. Les patients opérés d'une résection colorectale laparoscopique étaient randomisés sous basse pression : CO₂ froid et sec (contrôle) ou réchauffé et humidifié (expérimental). Inclusions : 08/2023–03/2026. Critère principal : EVA à J1 sans antalgiques de palier II ou III. Secondaires : EVA ≤3, analgésie de secours à J1, CRP J1–J4, durée d'hospitalisation. Analyse en intention de traiter (ITT).

Résultats

142 patients analysés (contrôle n=73 ; expérimental n=69). En ITT, aucune différence significative sur EVA à J1 (3 vs 3 ; p=0,692), EVA ≤3 (54,9 % vs 65,2 % ; p=0,214), prise d'analgésiques à J1 (20,5 % vs 12 % ; p=0,148), EVA ≤3 sans analgésique (52 % vs 61 % ; p=0,296), taux CRP J1–J4, durée d'hospitalisation (3 vs 3 jours, p=0,063). Dans le sous-groupe adénocarcinome (ADK, n=98), le bras expérimental permettait d'obtenir davantage de patients avec EVA ≤ 3 à J1, avec une tendance à une moindre consommation d'antalgiques (7 % vs 17 %, p=0,121). La douleur était nettement plus élevée dans les pathologies bénignes que dans les ADK (EVA médiane 5 vs 2, p<0,001).

Conclusion

142 patients analysés (contrôle n=73 ; expérimental n=69). En ITT, aucune différence significative sur EVA à J1 (3 vs 3 ;p=0,692), EVA≤3 (54,9 % vs 65,2 % ;p=0,214), prise d'analgésiques à J1 (20,5 % vs 12 % ;p=0,148), EVA≤3 sans analgésique (52 % vs 61 % ;p=0,296), taux CRP J1–J4, durée d'hospitalisation (3 vs 3 jours, p=0.063). Dans le sous-groupe adénocarcinome (ADK,n=98), le bras expérimental permettait d'obtenir davantage de patients avec EVA ≤ 3 à J1, avec une tendance à une moindre consommation d'antalgiques (7 % vs 17 %, p=0,121). La douleur était nettement plus élevée dans les pathologies bénignes que dans les ADK (EVA médiane 5 vs 2, p<0,001).

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.005

3CVD00321-Essai de phase III randomisé évaluant l'impact sur la qualité de vie d'une utilisation personnalisée versus systématique de l'iléostomie de dérivation après exérèse totale du mésorectum pour cancer du rectum — essai GRECCAR 17

Quentin DENOST (1), Antoine CAMERLO (2), Cécile DE CHAISEMARTIN (3), Laura BEYER-BERJOT (4), Mehdi KAROUI (5), Diane MEGE (6), Jean-Luc FAUCHERON (7), Jérémie LEFEVRE (8), Jean-Jacques TUECH (9), Benoit ROMAIN (10), Léonor BENHAÏM (11), Jean-Marc REGIMBEAU (12), Guillaume PIESSEN (13), Eddy COTTE (14), Adeline GERMAIN (15), Thierry BENSIGNOR (16), Benoit GIGNOUX (17), Antoine BROUQUET (18), Caroline LACOSTE (19), Valentine RENAUDEAU (20), Antoine BENARD (20), Christophe LAURENT (21) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux, France, (2)Hopital Européen De Marseille, chirurgie Digestive, Marseille, France, (3)Institut Paoli Calmettes, Chirurgie Digestive, Marseille, France, (4)Hopital Nord, Chirurgie Digestive, Marseille, France, (5)Hôpital Européen Georges Pompidou, chirurgie Digestive, Paris, France, (6)Hôpital La Timone, chirurgie Digestive, Marseille, France, (7)Chu De Grenoble, chirurgie Digestive, Grenoble, France, (8)Hôpital Saint-Antoine, chirurgie Digestive, Paris, France, (9)Chu De Rouen, Chirurgie Digestive, Rouen, France, (10)Chru De Strasbourg, chirurgie Digestive, Strasbourg, France, (11)Gustave Roussy, Chirurgie Digestive, Paris, France, (12)Chu D'amiens, chirurgie Digestive, Amiens, France, (13)Chu De Lille, chirurgie Digestive, Lille, France, (14)Chu De Lyon, Chirurgie Digestive, Lyon, France, (15)Chru De Nancy, Chirurgie Digestive, Nancy, France, (16)Hôpital Des Diaconesses, Chirurgie Digestive, Paris, France, (17)Centre Lyonnais De Chirurgie Digestive, Chirurgie Digestive, Lyon, France, (18)Hopital Bicetre, Chirurgie Digestive, Paris, France, (19)Chu De Bordeaux, Pharmacovigilance, Bordeaux, France, (20)Chu De Bordeaux, Usmr, Bordeaux, France, (21)Chu De Bordeaux, Chirurgie Digestive, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

non

Introduction

La stomie systématique après TME réduit le risque de fistule anastomotique (FA) mais associée à une morbidité significative. L'essai compare une stratégie guidée par le score AFORS (Anastomotic Failure Observed Risk Score) à la stomie systématique sur la qualité de vie (QdV) à 1 an.

Méthodes

Essai randomisé multicentrique, patients randomisés 1:1 entre groupe A (pas de stomie si AFORS 0-1 [A1] ; fermeture précoce à J8-J12 si AFORS 2-6 [A2]) et groupe B (stomie systématique, fermeture à M4). Critère principal: QdV (EORTC QLQ-C30) à 12 mois. Critères secondaires: score LARS, taux de FA et de stomie.

Résultats

210 patients randomisés, 38 exclus (A1 n=48; A2 n=36; B n=88). En mITT, la QdV ne différait pas entre les groupes (différence moyenne 1,4 : p=0,52), malgré un meilleur score LARS à M8 dans le

groupe A (LARS absent/mineur : 58 % vs 42 %). La différence de FA entre les 2 groupes à M4 était de 9,6 %. En per-protocole (A1 n=45, A2=39, B n=87), les taux de FA à M1 et M4 étaient de 18 et 7% (A1), 26 et 23% (A2) et 5 et 5% (B). Les taux de stomie à M1,M4,M8,M12 étaient de 16%, 7%, 2%, 2% (A1) ; 51%, 31%, 11%, 3% (A2) ; et 99%, 26%, 3%, 1% (B). Parmi les 19 patients A2 avec fermeture précoce, seulement 2 (10 %) ont développé une fistule.

Conclusion

210 patients randomisés, 38 exclus (A1 n=48; A2 n=36; B n=88). En mITT, la QdV ne différait pas entre les groupes (différence moyenne 1,4 : p=0,52), malgré un meilleur score LARS à M8 dans le groupe A (LARS absent/mineur : 58 % vs 42 %). La différence de FA entre les 2 groupes à M4 était de 9,6 %. En per-protocole (A1 n=45, A2=39, B n=87), les taux de FA à M1 et M4 étaient de 18 et 7% (A1), 26 et 23% (A2) et 5 et 5% (B). Les taux de stomie à M1,M4,M8,M12 étaient de 16%, 7%, 2%, 2% (A1) ; 51%, 31%, 11%, 3% (A2) ; et 99%, 26%, 3%, 1% (B). Parmi les 19 patients A2 avec fermeture précoce, seulement 2 (10 %) ont développé une fistule.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.006

3CVD00300-La fistule anastomotique augmente le risque de récurrence endoscopique après résection iléo-caecale pour maladie de Crohn

Thomas BARON (1) , Nassim HAMMOUDI (2), Jean Marc GORNET (2), Helene CORTE (1), Clotilde BAUDRY (2), Chloé COTON (1), Joëlle BONNET (2), Pierre CATTAN (1), My-Linh TRAN-MINH (2), Madeleine BEZAULT (3), Matthieu ALLEZ (2), Léon MAGGIORI (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Saint-Louis, Aphp, Paris, Paris, France, (2)Service De Gastroentérologie, Hôpital Saint-Louis, Aphp, Paris, Paris, France, (3)Groupe Remind, Hôpital Saint-Louis, Aphp, Paris, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La récurrence après résection iléo-caecale (RIC) pour maladie de Crohn (MC) reste fréquente et ses facteurs pronostiques mal connus. L'objectif était d'évaluer l'impact de l'apparition d'une fistule anastomotique (FA) sur le risque de récurrence endoscopique de la MC.

Méthodes

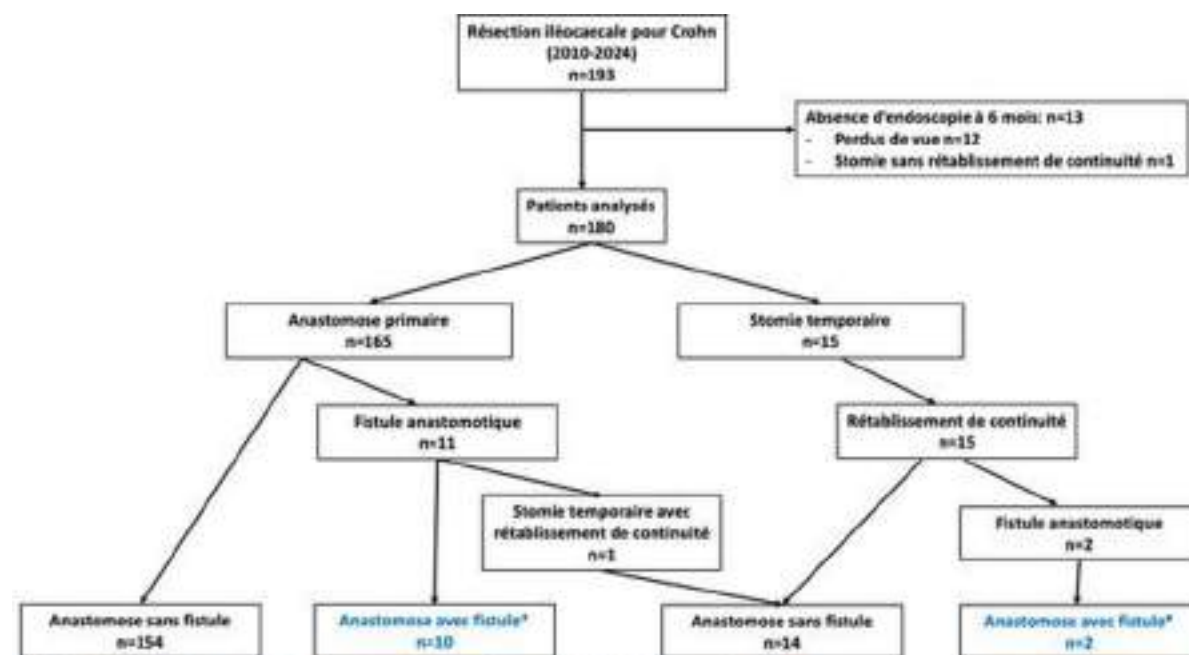
Tous les patients de notre centre participant à l'étude REMIND et opérés d'une RIC pour MC entre 2010 et 2024 ont été inclus. Seuls les patients avec anastomose iléocolique, réalisée de façon primaire ou après fermeture d'iléocolostomie temporaire, et avec endoscopie à 6 mois ont été analysés. La FA était définie par l'ensemble des complications septiques péri-anastomotiques postopératoires (péritonite, abcès, collection). La récurrence postopératoire endoscopique était définie par un score de Rutgeerts $\geq$ i2b.

Résultats

Les données de 180 patients ont été analysés (46% femmes, 33% fumeurs, 19% avec antécédent de résection, 98% de MC compliquée avec phénotype B2 ou B3, et 8% avec iléocolostomie initiale). Le taux de FA était de 7% (12/180), incluant 6% après anastomose primaire et 13% avec fermeture d'iléocolostomie temporaire (Figure 1). Un total de 78/180 (43%) patient ont reçu un traitement prophylactique de la récurrence en postopératoire. Le taux de récurrence endoscopique à 6 mois était de 67/180 (37%). En analyse multivariée par régression logistique, la fistule anastomotique était significativement liée au risque de récurrence endoscopique (Odds-ratio (OR) 3,99 ; $p=0,04$), comme le tabagisme actif (OR 2,21 ; $p=0,02$), et le traitement prophylactique (OR 0,43 ; $p=0,01$).

Conclusion

Les données de 180 patients ont été analysés (46% femmes, 33% fumeurs, 19% avec antécédent de résection, 98% de MC compliquée avec phénotype B2 ou B3, et 8% avec iléocolostomie initiale). Le taux de FA était de 7% (12/180), incluant 6% après anastomose primaire et 13% avec fermeture d'iléocolostomie temporaire (Figure 1). Un total de 78/180 (43%) patient ont reçu un traitement prophylactique de la récurrence en postopératoire. Le taux de récurrence endoscopique à 6 mois était de 67/180 (37%). En analyse multivariée par régression logistique, la fistule anastomotique était significativement liée au risque de récurrence endoscopique (Odds-ratio (OR) 3,99 ; p=0,04), comme le tabagisme actif (OR 2,21 ; p=0,02), et le traitement prophylactique (OR 0,43 ; p=0,01).



* : Patients inclus dans le groupe « fistule anastomotique » pour la corrélation à la récurrence endoscopique

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.007

3CVD00175-L'anastomose colo-anale différée sans stomie peut-elle remplacer l'anastomose colo-anale immédiate avec iléostomie de protection chez les patients en situation d'obésité ? Résultats d'une étude comparative multicentrique GRECCAR

Thomas BARON (1) , Maxime COLLARD (1), Jean-Jacques TUECH (2), Charles SABBAGH (3), Amine SOUADKA (4), Jérôme LORIAU (5), Benjamin FERNANDEZ (6), Frédéric MARCHAL (7), Adeline GERMAIN (8), Stephane BENOIST (9), Jean-Luc FAUCHERON (10), Gilles MANCEAU (11), Anne DUBOIS (12), Anais LAFOREST (13), Isabelle SOUROUILLE (14), Aurore POTRAT (15), Diane MEGE (16), Zaher LAKKIS (17), Michel PRUDHOMME (18), Simon DERIEUX (19), Yann PARC (1), Quentin DENOST (20), Jeremie LEFEVRE (1) - (1)Hopital Saint-Antoine, Paris, France, (2)Chu Rouen, Rouen, France, (3)Chu Amiens, Amiens, France, (4)Chu Amiens, Rabat, Maroc, (5)Hopital Saint Joseph, Paris, France, (6)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (7)Clcc Nancy, Nancy, France, (8)Chu Nancy, Nancy, France, (9)Chu Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France, (10)Chu Grenoble, Grenoble, France, (11)Hegp, Paris, France, (12)Chu Clermont Ferrand, Clermont Ferrand, France, (13)Imm, Paris, France, (14)Igr, Villejuif, France, (15)Chur, Lille, France, (16)Chu Timone, Marseille, France, (17)Chu Besancon, Besancon, France, (18)Chu Nice, Nice, France, (19)Hopital Diaconesses, Paris, France, (20)Bci, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit

Introduction

L'obésité majore le risque de fistule anastomotique (FA) en chirurgie rectale, mais la stomie de protection a sa propre morbidité. L'objectif était d'évaluer si l'anastomose colo-anale différée sans stomie (ACAD) peut remplacer l'anastomose colo-anale immédiate avec iléostomie (ACAI) chez le patient en situation d'obésité.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique GRECCAR (2010–2021). Patients obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) opérés d'une proctectomie avec ACAD sans stomie ou ACAI manuelle avec stomie de protection pour cancer du rectum: comparaison ACAD vs ACAI-stomie après appariement 1:1 sur l'IMC.

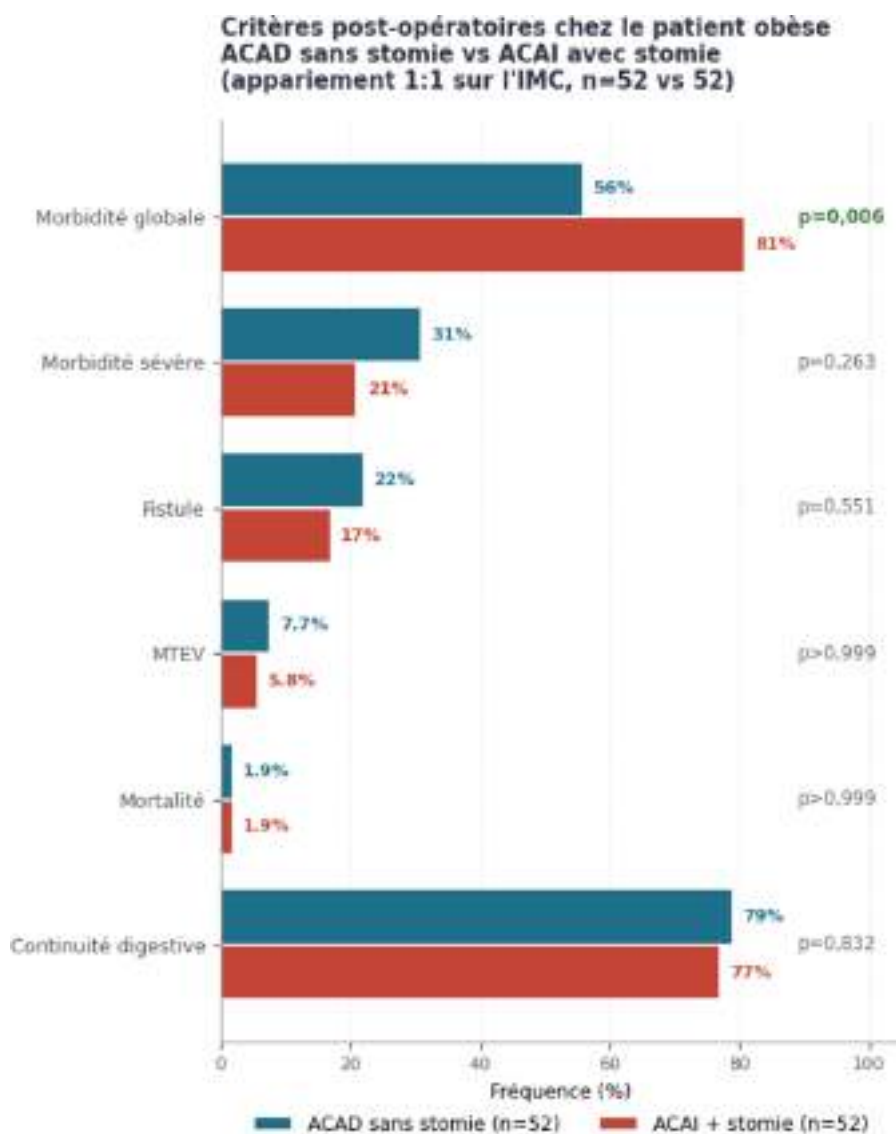
Résultats

Parmi 306 patients opérés d'ACAD, 57 (19%) étaient obèses. Chez les patients obèses vs non-obèses : plus de FA (22% vs 10%, $p=0,016$) et de MTEV (maladie thrombo-embolique veineuse) (7,0% vs 0,4%, $p=0,005$), sans différence sur le taux de nécrose du colon intra-abdominal (9% vs 10%, $p=0,840$). Après appariement 52 ACAD vs 52 ACAI-stomie chez les patients obèses: morbidité globale plus faible après ACAD (56% vs 81%, $p=0,006$), sans différence sur le taux de FA (22% vs 17%, $p=0,551$), morbidité sévère (31% vs 21%, $p=0,263$), mortalité (1,9% vs 1,9 %, $p>0,999$), MTEV (7,7% vs 5,8%, $p>0,999$) ni taux de stomie définitive (21% vs 23%, $p=0,832$). La

morbidité liée à la stomie était de 25% dans le groupe ACAI-stomie. Dans le groupe ACAD des patients obèses, 67% (38/57) n'ont jamais eu de stomie durant le suivi.

Conclusion

Parmi 306 patients opérés d'ACAD, 57 (19%) étaient obèses. Chez les patients obèses vs non-obèses : plus de FA (22% vs 10%, $p=0,016$) et de MTEV (maladie thrombo-embolique veineuse) (7,0% vs 0,4%, $p=0,005$), sans différence sur le taux de nécrose du colon intra-abdominal (9% vs 10%, $p=0,840$). Après appariement 52 ACAD vs 52 ACAI-stomie chez les patients obèses: morbidité globale plus faible après ACAD (56% vs 81%, $p=0,006$), sans différence sur le taux de FA (22% vs 17%, $p=0,551$), morbidité sévère (31% vs 21%, $p=0,263$), mortalité (1,9% vs 1,9 %, $p>0,999$), MTEV (7,7% vs 5,8%, $p>0,999$) ni taux de stomie définitive (21% vs 23%, $p=0,832$). La morbidité liée à la stomie était de 25% dans le groupe ACAI-stomie. Dans le groupe ACAD des patients obèses, 67% (38/57) n'ont jamais eu de stomie durant le suivi.



MTEV : maladie thrombo-embolique veineuse. p en gras vert = différence significative en faveur de l'ACAD.

Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.008

3CVD00156-Un flash de méthylprednisolone administrée en préopératoire pour prévenir l'iléus postopératoire en chirurgie oncologique colorectale : résultats d'un essai randomisé (CORTIFRENCH)H

Leonardo PASTORINO - (1)Chu Dijon, Dijon, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

L'iléus postopératoire (IPO) est une complication fréquente de la chirurgie colorectale, touchant jusqu'à 15 % des patients et responsable d'une augmentation de la morbidité, d'un retard de récupération fonctionnelle et à une majoration des coûts de santé. Son mécanisme repose notamment sur l'inflammation induite par le stress chirurgical. Malgré les propriétés anti-inflammatoires des corticostéroïdes, leur intérêt dans la prévention de l'IPO reste mal établi. Cette étude vise à évaluer l'effet d'une dose unique élevée de corticostéroïdes sur la survenue d'un iléus postopératoire après chirurgie pour cancer colorectal.

Méthodes

Cette étude correspond à une analyse post hoc d'un sous-groupe de patients inclus dans l'essai multicentrique randomisé CORTIFRENCH, en double aveugle contre placebo, évaluant l'effet d'une dose unique préopératoire de méthylprednisolone (20 mg/kg IV) en chirurgie oncologique digestive. Seuls les patients opérés d'un cancer colorectal ont été inclus dans cette analyse. Le critère de jugement principal était la survenue d'un iléus postopératoire dans les 30 jours suivant l'intervention.

Résultats

566 patients ont été inclus (281 dans le groupe corticostéroïdes et 285 dans le groupe placebo). Un iléus postopératoire est survenu chez 99 patients (17 %), dont 41 (15 %) dans le groupe corticostéroïdes et 58 (20 %) dans le groupe placebo ($p = 0,092$). Dans le modèle multivarié final, l'administration peropératoire de méthylprednisolone était significativement associée à une diminution du risque d'iléus postopératoire (OR 0,63 ; IC95 % 0,39–0,99 ; $p = 0,049$).

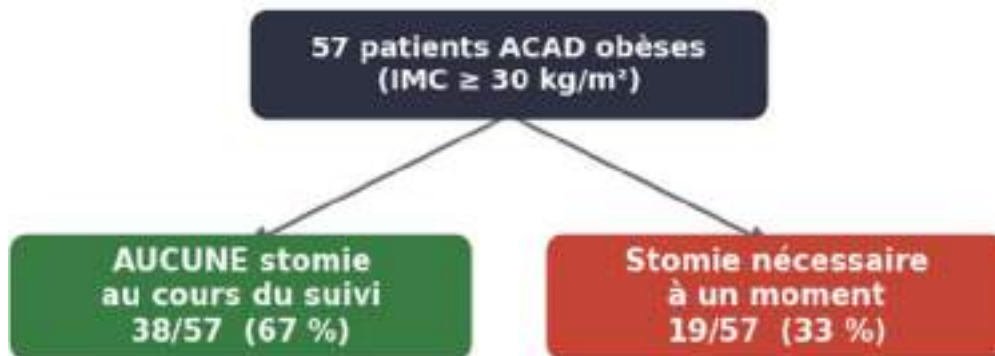
Conclusion

566 patients ont été inclus (281 dans le groupe corticostéroïdes et 285 dans le groupe placebo). Un iléus postopératoire est survenu chez 99 patients (17 %), dont 41 (15 %) dans le groupe corticostéroïdes et 58 (20 %) dans le groupe placebo ($p = 0,092$). Dans le modèle multivarié

final, l'administration peropératoire de méthylprednisolone était significativement associée à une diminution du risque d'iléus postopératoire (OR 0,63 ; IC95 % 0,39–0,99 ; p = 0,049).

Recours à une stomie chez les 57 patients ACAD obèses

(suivi complet, étude GRECCAR multicentrique)



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.009

3CVD00060-Préservation rectale après traitement néoadjuvant dans les cancers du rectum avec métastases hépatiques synchrones : étude bicentrique rétrospective

Mélanie MOUSSET (1) , Cécile DE CHAISEMARTIN (2), Bernard LELONG (2), Hélène MEILLAT (2), Marie DAZZA (2), Véronique DESFOURNEAUX (1), Aude MERDRIGNAC (1), Julien EDELINE (3), Laurent SULPICE (1), Fabien ROBIN (1) - (1)Chu Rennes, Rennes, France, (2)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France, (3)Centre Eugène Marquis, Rennes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le cancer du rectum est associé à des métastases hépatiques synchrones dans environ 25 % des cas. La chirurgie rectale radicale peut altérer significativement la qualité de vie. Si les stratégies de préservation d'organe ont démontré leur faisabilité dans certains cancers non métastatiques, leur place dans le contexte métastatique reste inconnue. L'objectif était d'identifier les patients atteints de cancer du rectum avec métastases hépatiques synchrones présentant une réponse tumorale complète ou majeure après traitement néoadjuvant afin d'évaluer la faisabilité d'une stratégie de préservation rectale.

Méthodes

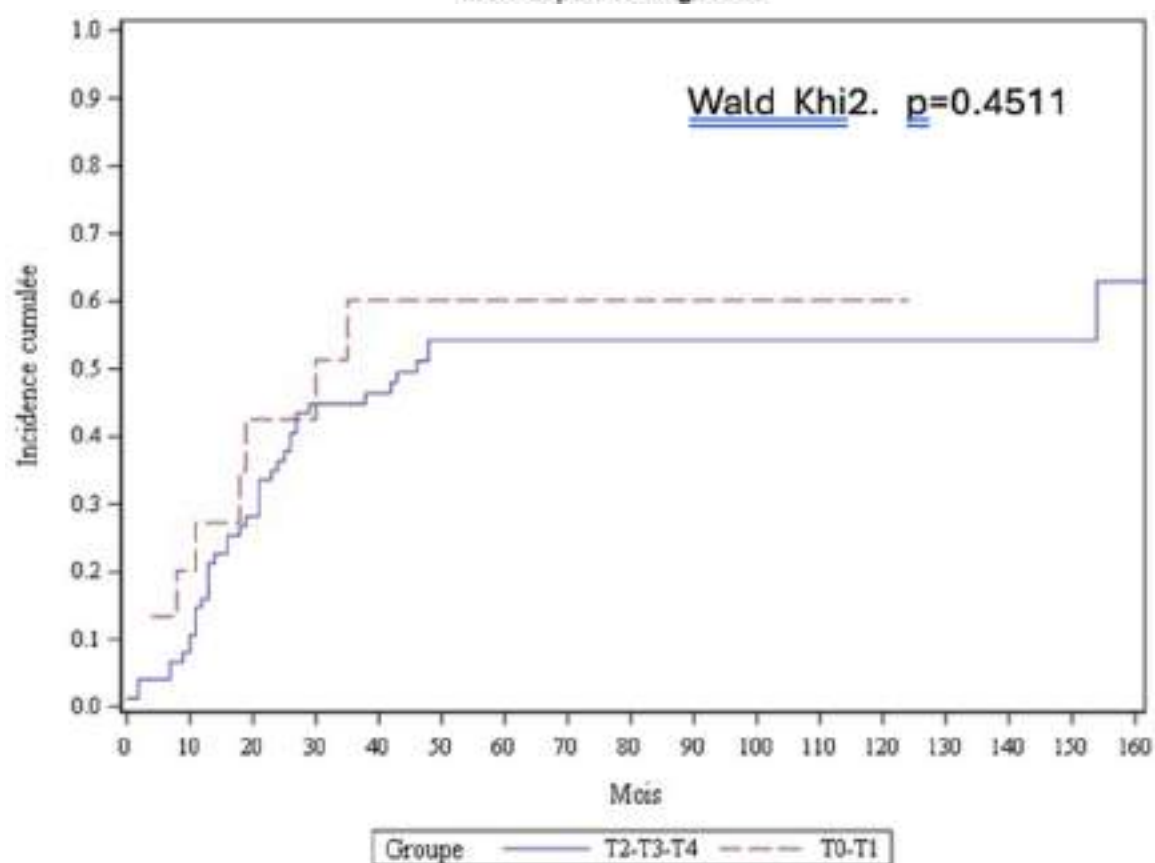
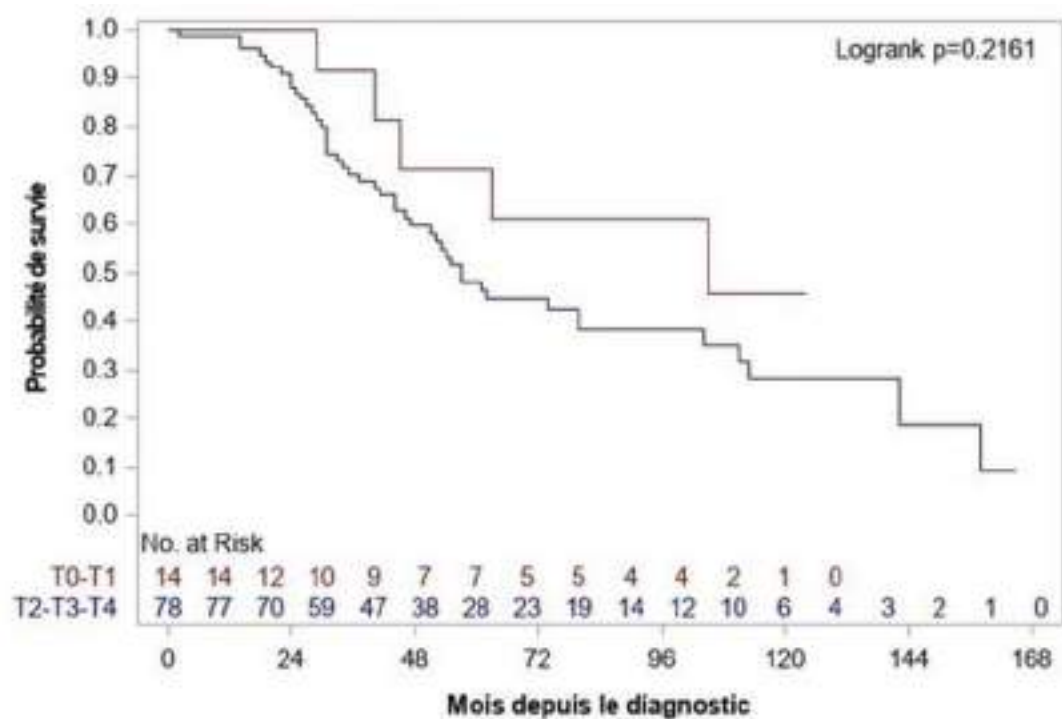
Étude rétrospective multicentrique incluant les patients pris en charge au CHU de Rennes et à l'Institut Paoli-Calmettes entre 2007 et 2023 pour un adénocarcinome du rectum bas ou moyen avec métastases hépatiques synchrones résécables. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie systémique suivie d'une radiochimiothérapie. La réponse tumorale complète / majeure était évaluée sur la pièce opératoire rectale (ypT0N0, ypT1N0 ou pT0Nx).

Résultats

Parmi les 96 patients inclus, 14 (14,6 %) présentaient une réponse histologique complète ou majeure. Les facteurs prédictifs associés étaient une réponse complète à l'IRM post-traitement (35,7 % vs 10,0 % ; $p=0,0228$) et un stade usT0 à l'échoendoscopie (71,4 % vs 29,0 % ; $p=0,0188$). Une tendance à une corrélation avec une régression hépatique > 50 % était observée ($p=0,0575$). Les récurrences locales restaient rares (<10 %) contrairement aux récurrences hépatiques (~30 % à 2 ans).

Conclusion

Parmi les 96 patients inclus, 14 (14,6 %) présentaient une réponse histologique complète ou majeure. Les facteurs prédictifs associés étaient une réponse complète à l'IRM post-traitement (35,7 % vs 10,0 % ; $p=0,0228$) et un stade usT0 à l'échoendoscopie (71,4 % vs 29,0 % ; $p=0,0188$). Une tendance à une corrélation avec une régression hépatique > 50 % était observée ($p=0,0575$). Les récurrences locales restaient rares (<10 %) contrairement aux récurrences hépatiques (~30 % à 2 ans).



Communication orale

A. Chirurgie Colorectale

CO.010

3CVD00023-Intérêt de l'infiltration péri anale lors d'une chirurgie hémorroïdaire par technique RAFAELO®

Emeric ABET (1) , Yann REDON (2), Emilie DUCHALAIS-DASSONNEVILLE (3) - (1)Chd Vendée, La Roche Sur Yon, France, (2)Clinique Mutualiste De L'estuaire, Saint Nazaire, France, (3)Chu-Nantes, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Pour diminuer les douleurs post opératoires dans la chirurgie hémorroïdaire, une infiltration pudendale peut être réalisée même s'il s'agit d'une technique dite mini-invasive. Le but de notre essai était d'évaluer l'intérêt de cette infiltration lors de la réalisation d'une chirurgie de type RAFAELO®.

Méthodes

De janvier 2023 à janvier 2026, un essai prospectif randomisé multicentrique a été mené comparant l'hémorroïdectomie de type RAFAELO® avec infiltration (groupe expérimental) versus sans (groupe standard). Le critère de jugement principal était le niveau de douleur 6 heures après la chirurgie. Les critères de jugement secondaire étaient l'évaluation de la douleur à H3, H12 et H24, la consommation d'antalgiques, d'AINS, la reprise des activités professionnelles et l'évaluation de la qualité de vie par l'HemofissQol à 1 mois de l'intervention. Un nombre de 140 patients devaient être inclus.

Résultats

69 patients ont été inclus dans le groupe expérimental versus 65 dans le groupe standard. Six patients ont été exclus. Le niveau de la douleur à H6 était de 1,9[-2,5 ; 6,2] dans le groupe expérimental versus 1,5[-2,8 ; 5,9] dans le groupe standard (p=0,25). Il n'existait pas de différence à H3, H12, H24 (p=0,57). Il n'existait aucune différence sur le délai de la reprise du travail (p>0,9), sur la consommation d'AINS (p=0,5), la consommation d'antalgiques (p=0,8) et sur le score de qualité de vie à 1 mois quelque soit la dimension (physique p=0,4; psychologique p=0,14; défécation p=0,8; sexualité p=0,08).

Conclusion

69 patients ont été inclus dans le groupe expérimental versus 65 dans le groupe standard. Six patients ont été exclus. Le niveau de la douleur à H6 était de 1,9[-2,5 ; 6,2] dans le groupe expérimental versus 1,5[-2,8 ; 5,9] dans le groupe standard (p=0,25). Il n'existait pas de différence à H3, H12, H24 (p=0,57). Il n'existait aucune différence sur le délai de la reprise du

travail ($p>0,9$), sur la consommation d'AINS ($p=0,5$), la consommation d'antalgiques ($p=0,8$) et sur le score de qualité de vie à 1 mois quelque soit la dimension (physique $p=0,4$; psychologique $p=0,14$; défécation $p=0,8$; sexualité $p=0,08$).

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.011

3CVD00885-Adhésion aux essais randomisés en chirurgie pancréatique : enquête internationale auprès de 228 chirurgiens (ACHBPT et IAHPBA).

Mehdi BOUBADDI (1) , Belkacem ACIDI (2), Christophe LAURENT (1), Maximiliano GELLI (2), Sébastien GAUJOUX (2) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Institut Gustave Roussy, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Quatre essais randomisés récents (LEOPARD, DIPLOMA, PANDORINA, PORSCHE) ont modifié les standards de la pancréatectomie distale et de sa prise en charge périopératoire. L'adhésion réelle à ces recommandations en pratique courante reste mal documentée, et la position française dans le paysage international demeure inconnue.

Méthodes

Enquête transversale internationale par questionnaire électronique adressé aux chirurgiens digestifs hépato-bilio-pancréatiques. Variables recueillies : démographie, environnement de pratique, volumes opératoires personnels et institutionnels, adhésion déclarée aux quatre essais et pratiques de drainage.

Résultats

Au total, 228 chirurgiens issus de 49 pays ont répondu, dont 82 français (36 %). Les répondants français étaient plus jeunes (médiane 42 versus 48 ans, $p < 0,001$) et moins souvent affiliés à une équipe hépato-bilio-pancréatique dédiée (69,5 versus 91,1 %, $p < 0,001$). L'adhésion à LEOPARD était comparable (93,9 versus 86,2 %, $p = 0,119$), mais celle à DIPLOMA supérieure en France (93,8 versus 80,0 %, $p = 0,009$). L'adhésion à PORSCHE était quasiment doublée en France (55,6 versus 34,7 %, $p = 0,004$). Aucune différence n'a été observée pour PANDORINA, dont l'adhésion partielle ou complète restait limitée (44 % globalement). Le taux d'abord mini-invasif, le type de drain utilisé et la politique de scanner postopératoire systématique (31,7 versus 6,2 %) différaient significativement (tous $p < 0,001$).

Conclusion

Au total, 228 chirurgiens issus de 49 pays ont répondu, dont 82 français (36 %). Les répondants français étaient plus jeunes (médiane 42 versus 48 ans, $p < 0,001$) et moins souvent affiliés à une équipe hépato-bilio-pancréatique dédiée (69,5 versus 91,1 %, $p < 0,001$). L'adhésion à LEOPARD était comparable (93,9 versus 86,2 %, $p = 0,119$), mais celle à DIPLOMA supérieure en France (93,8 versus 80,0 %, $p = 0,009$). L'adhésion à PORSCHE était quasiment doublée en

France (55,6 versus 34,7 %, $p = 0,004$). Aucune différence n'a été observée pour PANDORINA, dont l'adhésion partielle ou complète restait limitée (44 % globalement). Le taux d'abord mini-invasif, le type de drain utilisé et la politique de scanner postopératoire systématique (31,7 versus 6,2 %) différaient significativement (tous $p < 0,001$).

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.012

3CVD00365-Réponse radiologique (mRECIST) à la chimioembolisation (TACE) comme test de stress biologique chez les candidats à la transplantation hépatique (TH) pour CHC

Giorgia PORRELLO (1), Christian HOBEIKA (1), Claire FRANCOZ (1), Francois CAUCHY (1), Mohamed BOUATTOUR (1), Heithem JEDDOU (2), Fabien ROBIN (2), Vanessa BRUN (2), Daniel PIETRASZ (3), Daniel CHERQUI (3), Clara PRUD'HOMME (3), Kayvan MOHKAM (4), Jean-Yves MABRUT (4), Agnès RODE (4), Olivier SCATTON (5), Chetana LIM (5), Mathilde WAGNER (5), Sophie CHOPINET (6), Farouk TRADI (6), Alexis LAURENT (7), Haytam DERBEL (7), Louise BARBIER (8), Ephrem SALAMÉ (8), Maire BESSON (8), Mickaël LESURTEL (1), Valérie PARADIS (1), Maxime RONOT (1), Valérie VILGRAIN (1), Marco DIOGUARDI BURGIO (1) - (1)Beaujon, Clichy, France, (2)Pontchaillou, Rennes, France, (3)Paul Brousse, Villejuif, France, (4)Croix-Rousse, Lyon, France, (5)Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (6)La Timone, Marseille, France, (7)Mondor, Creteil, France, (8)Trousseau, Tour, France

Conflits d'intérêts

non

Introduction

L'objectif était de corréler la réponse mRECIST du/des CHC(s) cible(s) après chimioembolisation (TACE) aux résultats post-transplantation hépatique (TH).

Méthodes

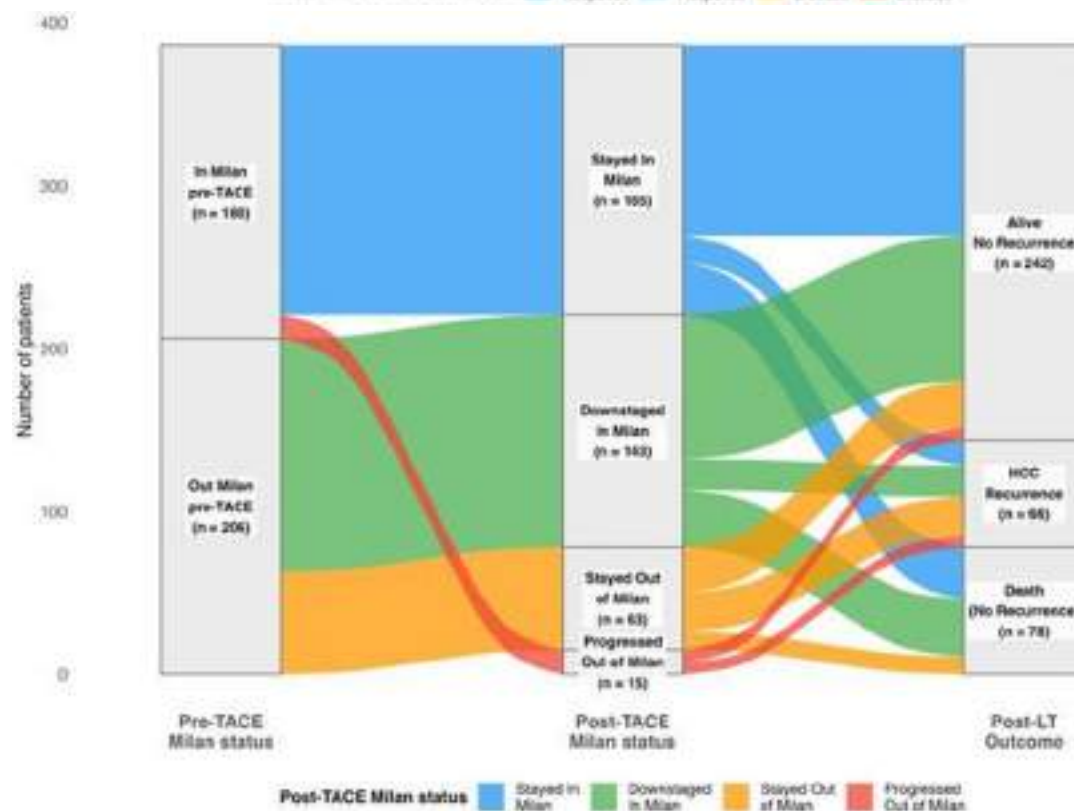
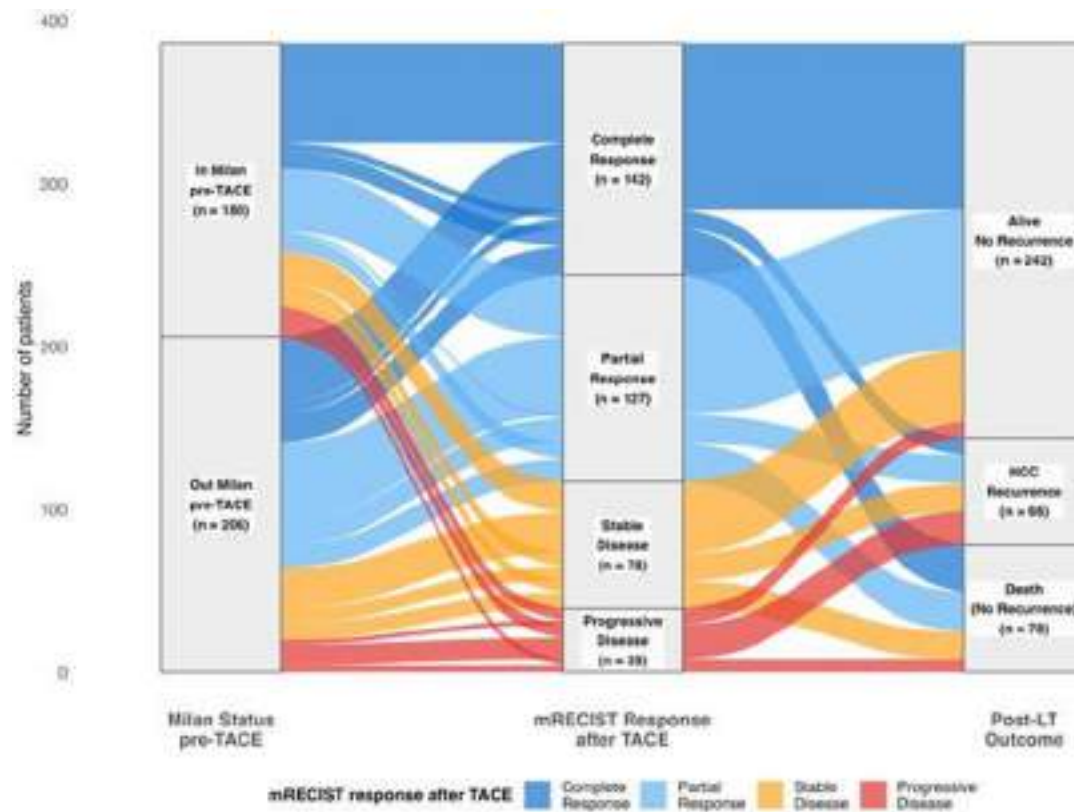
Des transplantés hépatiques après TACE(s) de 8 centres français (2012-2017) ont été inclus. La réponse mRECIST du/des CHC(s) cible(s) a été relue et corrélée à la réponse histologique. Analyses avec effet centre.

Résultats

Parmi 386 patients (suivi 103 mois), la réponse à/aux TACE(s) était complète (RC, 36,8%), partielle (RP, 32,9%), stable (MS, 20,2%) ou progressive (MP, 10,1%). Les malades avec RC (SSR : HR 0,32, IC95% 0,20-0,52 ; SG : HR 0,32, 0,18-0,55) et RP (SSR : HR 0,52, 0,33-0,82 ; SG : HR 0,54, 0,32-0,92) avaient de meilleurs résultats que ceux avec MS, et ceux avec MP, de moins bons (SSR : HR 1,97, 1,18-3,28 ; SG : HR 1,66, 1,14-2,41), indépendamment de la charge tumorale initiale. Les malades avec MP avaient plus d'invasion microvasculaire (59,0% vs 8,5%, 23,6% et 24,4% ; $p < 0,001$) sur l'explant. Après IPTW, les patients downstagés dans Milan avaient des résultats comparables à ceux restés dans Milan (SSR : HR 1,28, 0,96-1,69 ; SG : HR 1,28, 0,94-1,74) ; à l'inverse, ceux restés ou progressés hors Milan faisaient moins bien (SSR : HR 2,07, 1,38-3,10 ; SG : HR 1,94, 1,26-2,96). La RC prédisait la réponse histologique complète (rPC) (VPP 54,9%, VPN 82,4%). Les répondeurs profonds (-57% de réduction tumorale) approchaient les rPC en terme de survie (SSR/SG 76,5%/80,6% vs 87,6%/87,6%).

Conclusion

Parmi 386 patients (suivi 103 mois), la réponse à/aux TACE(s) était complète (RC, 36,8%), partielle (RP, 32,9%), stable (MS, 20,2%) ou progressive (MP, 10,1%). Les malades avec RC (SSR : HR 0,32, IC95% 0,20-0,52 ; SG : HR 0,32, 0,18-0,55) et RP (SSR : HR 0,52, 0,33-0,82 ; SG : HR 0,54, 0,32-0,92) avaient de meilleurs résultats que ceux avec MS, et ceux avec MP, de moins bons (SSR : HR 1,97, 1,18-3,28 ; SG : HR 1,66, 1,14-2,41), indépendamment de la charge tumorale initiale. Les malades avec MP avaient plus d'invasion microvasculaire (59,0% vs 8,5%, 23,6% et 24,4% ; $p < 0,001$) sur l'explant. Après IPTW, les patients downstagés dans Milan avaient des résultats comparables à ceux restés dans Milan (SSR : HR 1,28, 0,96-1,69 ; SG : HR 1,28, 0,94-1,74) ; à l'inverse, ceux restés ou progressés hors Milan faisaient moins bien (SSR : HR 2,07, 1,38-3,10 ; SG : HR 1,94, 1,26-2,96). La RC prédisait la réponse histologique complète (rPC) (VPP 54,9%, VPN 82,4%). Les répondeurs profonds (-57% de réduction tumorale) approchaient les rPC en terme de survie (SSR/SG 76,5%/80,6% vs 87,6%/87,6%).



Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CO.013

3CVD00864-Pancréatectomie pour Adénocarcinome : Impact de l'Heure de la Chirurgie sur la Survie - L'Avenir Appartient à Ceux qu'on Opère Tôt

Daniel PIETRASZ (1), Andrea PELOSO (2), Gabriella PITTAU (1), Edoardo MUTTILLO (1), Nelly GAUDERON (2), Walter SIRCO (1), Christian TOSO (2), Francis LEVI (3), Antonio SA CUNHA (1), René ADAM (1) - (1)Centre Hépto-Biliaire, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France, (2)Service De Chirurgie Viscérale, Hôpitaux Universitaires De Genève, Genève, Suisse, (3)Service D'oncologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

Les rythmes circadiens modulent des mécanismes clés de la biologie tumorale (cycle cellulaire, réparation de l'ADN, surveillance immunitaire). Cette étude visait à déterminer la valeur pronostique de l'horaire de la chirurgie chez les patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas (AP).

Méthodes

Eude rétrospective bicentrique. L'heure de l'incision chirurgicale (HDI) a été utilisée comme indicateur indirect du timing biologique de la résection pancréatique, et son impact sur la survie sans récurrence (SSR) et la survie globale (SG) analysés par stratification en plages horaires et modélisation de Cox par splines cubiques restreintes.

Résultats

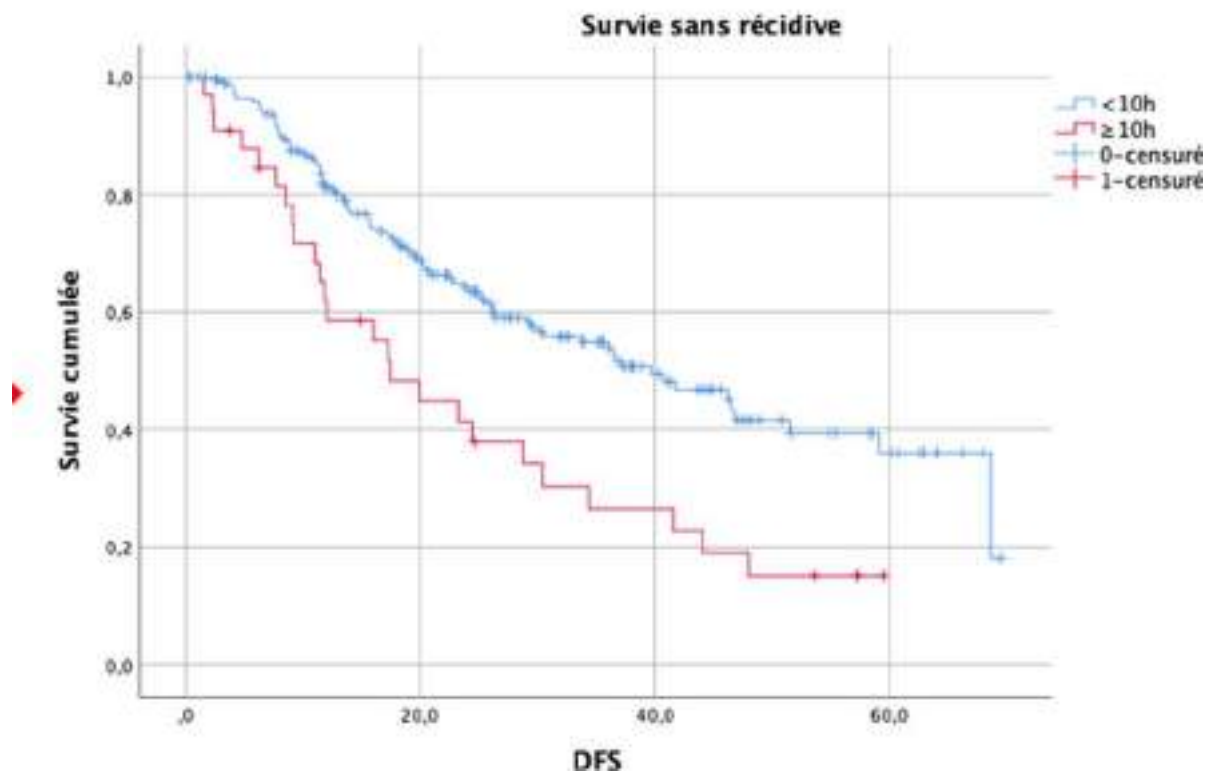
Entre 2019 et 2024, sur 254 patients consécutifs opérés d'une pancréatectomie pour AP, 235 ont été retenus après exclusion des pancréatectomies totales (hommes=49,7%, âge médian 68[36-86], IMC 24[15-36], duodénopancréatectomies céphaliques [DPC] n=176). Les patients ont été répartis en deux groupes correspondant aux plages d'HDI : matinée précoce (MP) (incision<10h00, n=202) et matinée tardive (MT) (incision≥10h00, n=33). Les caractéristiques initiales étaient comparables. L'HDI en MP était associée à un risque de récurrence significativement inférieur (HR 0,49; IC95 % 0,31–0,76, p=0,001). Après un suivi de 38,2 mois, les patients opérés avant 10h présentaient une SSR (39,7 vs. 17,5 mois, p=0,001) et une SG (41,1 vs. 28,8 mois, p=0,038) significativement supérieures aux patients du groupe MT. L'analyse multivariée confirmait le rôle indépendant de l'HDI sur les résultats oncologiques (HR 0,42; IC95 % 0,21–0,84 ; p=0,015).

Conclusion

Entre 2019 et 2024, sur 254 patients consécutifs opérés d'une pancréatectomie pour AP, 235 ont été retenus après exclusion des pancréatectomies totales (hommes=49,7%, âge médian 68[36-86], IMC 24[15-36], duodéno pancréatectomies céphaliques [DPC] n=176). Les patients ont été répartis en deux groupes correspondant aux plages d'HDI : matinée précoce (MP) (incision<10h00, n=202) et matinée tardive (MT) (incision≥10h00, n=33). Les caractéristiques initiales étaient comparables. L'HDI en MP était associée à un risque de récurrence significativement inférieur (HR 0,49; IC95 % 0,31–0,76, p=0,001). Après un suivi de 38,2 mois, les patients opérés avant 10h présentaient une SSR (39,7 vs. 17,5 mois, p=0,001) et une SG (41,1 vs. 28,8 mois, p=0,038) significativement supérieures aux patients du groupe MT. L'analyse multivariée confirmait le rôle indépendant de l'HDI sur les résultats oncologiques (HR 0,42; IC95 % 0,21–0,84 ; p=0,015).

Comparaisons globales

	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	10,347	1	,001
Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de DIXHEURES.			



Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CO.014

3CVD00822-Le registre national FVSR: le bilan à 2 ans du premier volet pancréatique

Ugo MARCHESE (1), Alexandre DOUSSOT (2), Mehdi EL AMRANI (3), Pietro ADDEO (4), Christophe LAURENT (5), Henri BENSADOUN (5), Patrick BAQUE (6), Morgane BOUQUOT (7), Raphael BOURDARIAT (8), Jeanne DEMBINSKI (9), Alain SAUVANET (9), Elena FERNANDEZ DE SEVILLA (10), Maximiliano GELLI (10), Marie LACLAU-LACROUTS (11), Renaud GONTIER (11), Olivier FACY (12), Le Roy BERTRAND (13), Laurence CHICHE (5), Sophie CHOPINET (14), Renato LUPINACCI (15), Frederique PESCHAUD (15), Petru BUCUR (16), Lucas DE CRIGNIS (17), Daniela MARIAGE (6), Nicolas REGENET (18), Jean-Marc REGIMBEAU (19), Edoardo ROSSO (20), Francois-Regis SOUCHE (21), Francois MITHIEUX (8), Nicolas BOYER (22), Paul BOULARD (23), Gabriella PITTAU (24), Stephanie TRUANT (3), Pierre TROCARD (25), Antonio SA CUNHA (24), Emilie LERMITE (26), Stylianos TZEDAKIS (1), Julie VEZIAN (3), Damien ANDRIEUX (25), Sebastien GAUJOUX (27), Maxime POLO (8), Benjamin DARNIS (28), Christophe TRESALLET (29), Muriel MATHONNET (30), Lilian SCHWARZ (31) - (1)Hopital Cochin, Paris, France, (2)Chu Besançon, Besançon, France, (3)Chu Lille, Lille, France, (4)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (5)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (6)Chu Nice, Nice, France, (7)Centre Hospitalier De Versailles, Versailles, France, (8)Hôpital Privé Jean Mermoz-Lyon, Lyon, France, (9)Hopital Beaujon, Clichy, France, (10)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (11)Ch De La Côte Basque-Bayonne, Bayonne, France, (12)Chu Dijon, Dijon, France, (13)Chu Nord Saint-Etienne, Saint Etienne, France, (14)Chu La Timone, Marseille, France, (15)Hopital Ambroise Pare, Boulogne, France, (16)Chu Tours, Tours, France, (17)Centre Léon Berard, Lyon, France, (18)Chu Nantes, Nantes, France, (19)Chu Amiens, Amiens, France, (20)Centre Medico Chirurgical Du Mans-Pole Sante Sud, Le Mans, France, (21)Chu Montpellier, Montpellier, France, (22)Hôpital Henri Mondor, Créteil, France, (23)Chu Toulouse, Toulouse, France, (24)Hopital Paul Brousse, Villejuif, France, (25)Clinique Pasteur, Toulouse, France, (26)Chu Angers, Angers, France, (27)Hopital La Pitié Salpetriere, Paris, France, (28)Clinique De La Sauvegarde-Lyon, Lyon, France, (29)Hopital AvicenneLyon, Bobigny, France, (30)Chu Limoge, Limoge, France, (31)Chu Rouen, Rouen, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie pancréatique reste grevée d'une morbidité élevée, et les bases médico-administratives nationales ne capturent pas les données cliniques fines (grade de fistule, voie d'abord, histologie). Nous rapportons la première analyse du registre prospectif multicentrique FVSR afin d'en évaluer la faisabilité, la qualité du recueil et les résultats périopératoires.

Méthodes

Patients ayant eu une résection pancréatique, inclus prospectivement dans 42 centres depuis mai 2024. eCRF détaillé : caractéristiques, comorbidités (Charlson), voie d'abord, données per-opératoires, histologie, fistule (ISGPS), morbidité (Clavien-Dindo), durée de séjour, mortalité à 90 jours.

Résultats

1 642 résections analysées ($\approx$ 821/an, soit environ un quart de l'activité nationale) : duodéno pancréatectomie 60 %, pancréatectomie gauche 30 %. Recueil profond : Clavien disponible chez 100 %, voie d'abord 98 %, histologie chez 1 094 patients, grade ISGPS 75 %. L'histologie retrouvait 49 % d'adénocarcinomes, 14 % de cancers péri-ampullaires, 12 % de tumeurs neuroendocrines, 11 % de TIPMP. Résultats favorables : morbidité majeure (Clavien $\geq$ IIIa) 6,7 %, fistule B/C 15,0 %, mortalité à 90 jours 3,5 %, durée de séjour médiane 13 jours. La fistule cliniquement significative doublait la durée de séjour (12 vs 22 jours ; $p < 0,0001$).

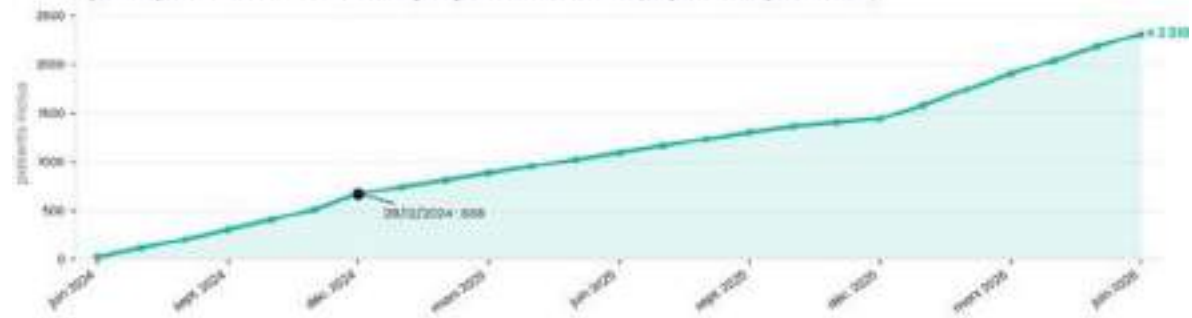
Conclusion

1 642 résections analysées ($\approx$ 821/an, soit environ un quart de l'activité nationale) : duodéno pancréatectomie 60 %, pancréatectomie gauche 30 %. Recueil profond : Clavien disponible chez 100 %, voie d'abord 98 %, histologie chez 1 094 patients, grade ISGPS 75 %. L'histologie retrouvait 49 % d'adénocarcinomes, 14 % de cancers péri-ampullaires, 12 % de tumeurs neuroendocrines, 11 % de TIPMP. Résultats favorables : morbidité majeure (Clavien $\geq$ IIIa) 6,7 %, fistule B/C 15,0 %, mortalité à 90 jours 3,5 %, durée de séjour médiane 13 jours. La fistule cliniquement significative doublait la durée de séjour (12 vs 22 jours ; $p < 0,0001$).

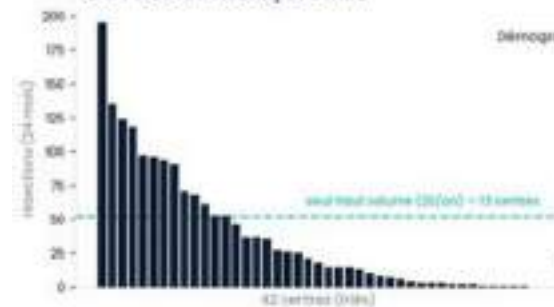
Centre de prospective chirurgicale - 1642 résections analysées - 42 centres - 1821 ans (-3 de l'Institut national)

Centre de prospective chirurgicale - 1642 résections analysées - 42 centres - 1821 ans (-3 de l'Institut national)

Dynamique d'inclusion – inclusions prospectives cumulées (import rétrospectif exclu)



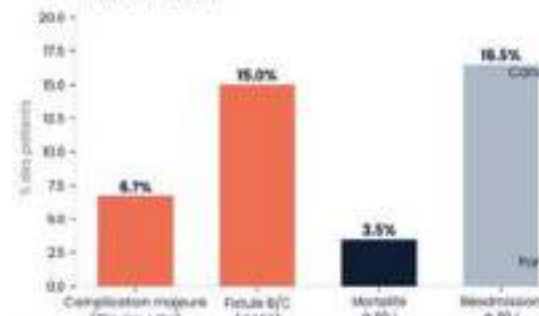
Volume de résections par centre



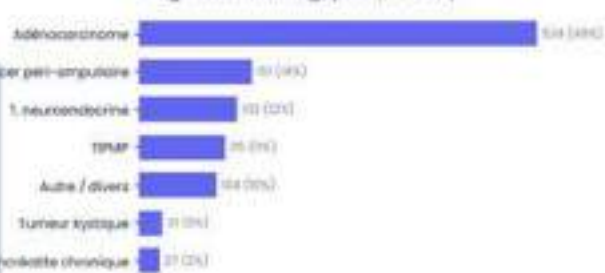
Complétude des données clés



Morbidity-mortality



Diagnostics histologiques (n=1034)



(Lorenz + 1984) (2004a) (1997) (1997)

Annual worldwide growth of agricultural production (excluding livestock), 1961-2000, excluding the 1970-71 and 1979-80 crop years (1997)

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.015

3CVD00724-Impact du traitement de conversion sur la nécessité de marges de résection larges dans le carcinome hépatocellulaire initialement non résécable : expérience monocentrique.

Roberta VELLA - (1)Centre Hepato Biliaire-Hopital Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

no

Introduction

La résection hépatique est le traitement curatif de référence du carcinome hépatocellulaire (CHC). Les traitements locorégionaux et systémiques ont élargi les indications chirurgicales en permettant le downstaging de tumeurs initialement non résécables. Cependant, l'impact de la largeur des marges de résection après traitement de conversion reste incertain.

Méthodes

Les patients ayant bénéficié d'une résection hépatique après un downstaging réussi entre janvier 2020 et octobre 2025 ont été rétrospectivement analysés. Les données cliniques, histopathologiques, périopératoires et oncologiques ont été recueillies.

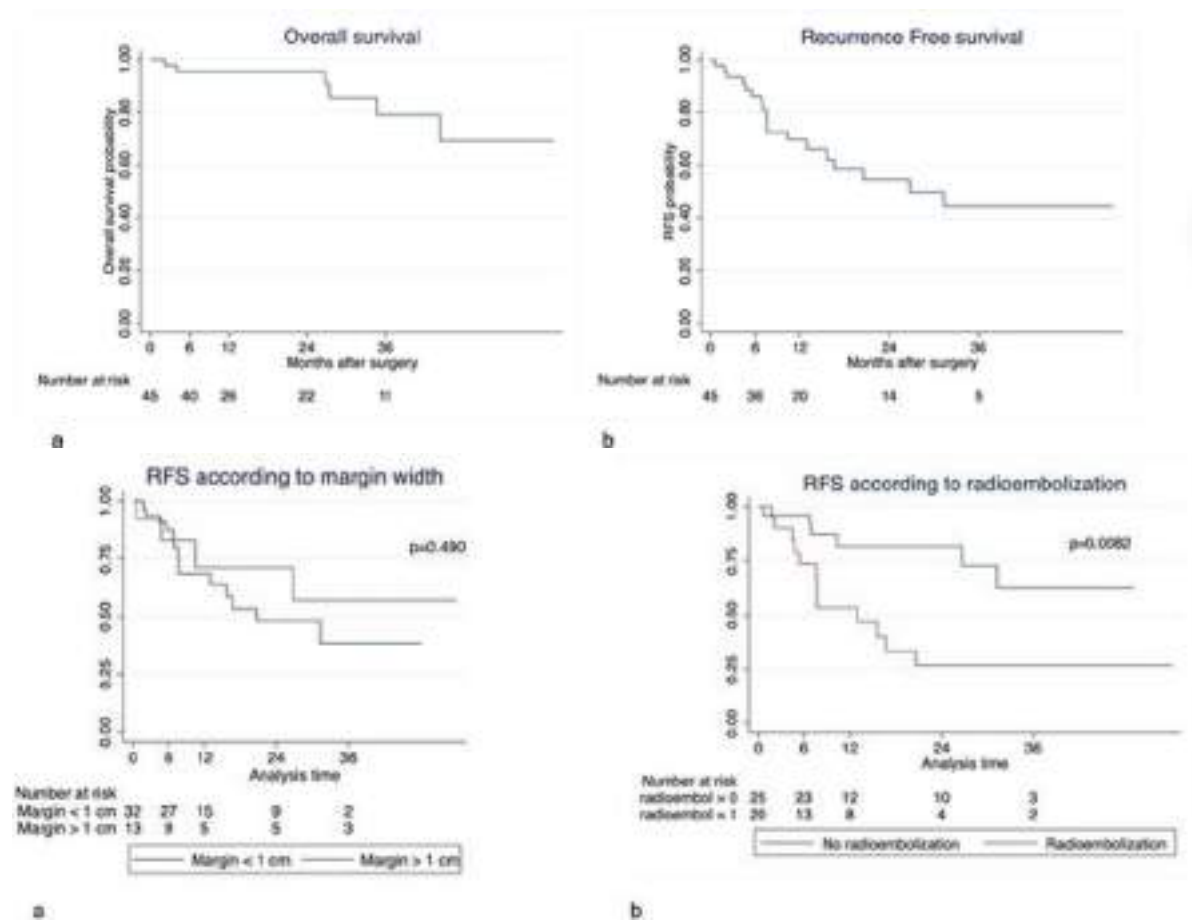
Résultats

Quarante-cinq patients ont été inclus. Les traitements de conversion comprenaient la chimioembolisation transartérielle, la radioembolisation et/ou l'immunothérapie avec ou sans inhibiteurs de tyrosine kinase. Après un suivi médian de 26,2 mois, la survie globale médiane n'était pas atteinte. Une récurrence est survenue chez 15 patients (33,3 %), avec un délai médian de 26,7 mois. Treize patients (28,9 %) présentaient une marge > 1 cm. En analyse univariée, une marge > 1 cm n'était associée ni à la survie globale ($p = 0,630$) ni à la récurrence ($p = 0,494$). Des résultats similaires ont été observés lorsque la largeur des marges était analysée comme variable continue. En analyse multivariée, la radioembolisation préalable était associée à un risque accru de récurrence, tandis que la résection anatomique avait un effet protecteur.

Conclusion

Quarante-cinq patients ont été inclus. Les traitements de conversion comprenaient la chimioembolisation transartérielle, la radioembolisation et/ou l'immunothérapie avec ou sans inhibiteurs de tyrosine kinase. Après un suivi médian de 26,2 mois, la survie globale médiane n'était pas atteinte. Une récurrence est survenue chez 15 patients (33,3 %), avec un délai médian de 26,7 mois. Treize patients (28,9 %) présentaient une marge > 1 cm. En analyse univariée, une marge > 1 cm n'était associée ni à la survie globale ($p = 0,630$) ni à la récurrence ($p = 0,494$). Des

résultats similaires ont été observés lorsque la largeur des marges était analysée comme variable continue. En analyse multivariée, la radioembolisation préalable était associée à un risque accru de récurrence, tandis que la résection anatomique avait un effet protecteur.



Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CO.016

3CVD00690-Modalité optimale d'alimentation avant cholécystectomie pour pancréatite aiguë biliaire : étude de cohorte prospective nationale en vie réelle

Charles DE PONTAUD (1), Frederic MORYOUSSEF (2), Denis GRASSET (3), Pierre MAYER (4), Vinciane REBOURS (5), Gilles MACAIGNE (6) - (1)Chirurgie Digestive-Pitié Salpêtrière, Paris, France, (2)Endoscopie-Ch Poissy, Poissy, France, (3)Endoscopie-Ch Vannes, Vannes, France, (4)Endoscopie-Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (5)Gastro-Entérologie Et Pancréatologie-Beaujon, Clichy, France, (6)Endoscopie-Montfermeil, Montfermeil, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

Le choix de l'alimentation (A jeun, oral, entéral) avant cholécystectomie après pancréatite aiguë biliaire (PAB) reste débattue en raison du risque de récurrence d'événements biliaires (colique hépatique, migration, enclavement, angiocholite, récurrence de pancréatite aiguë, cholécystite aiguë).

Méthodes

Etude observationnelle prospective multicentrique (60 centres) incluant des patients présentant une PAB entre 2022 et 2023. Toutes les données d'alimentation, complications, etc. ont été recueillies jusqu'à la cholécystectomie. Suivi jusqu'à 6 mois après sortie d'hospitalisation. Utilisation d'un modèle de cox à covariables dépendantes et d'Anderson Gill.

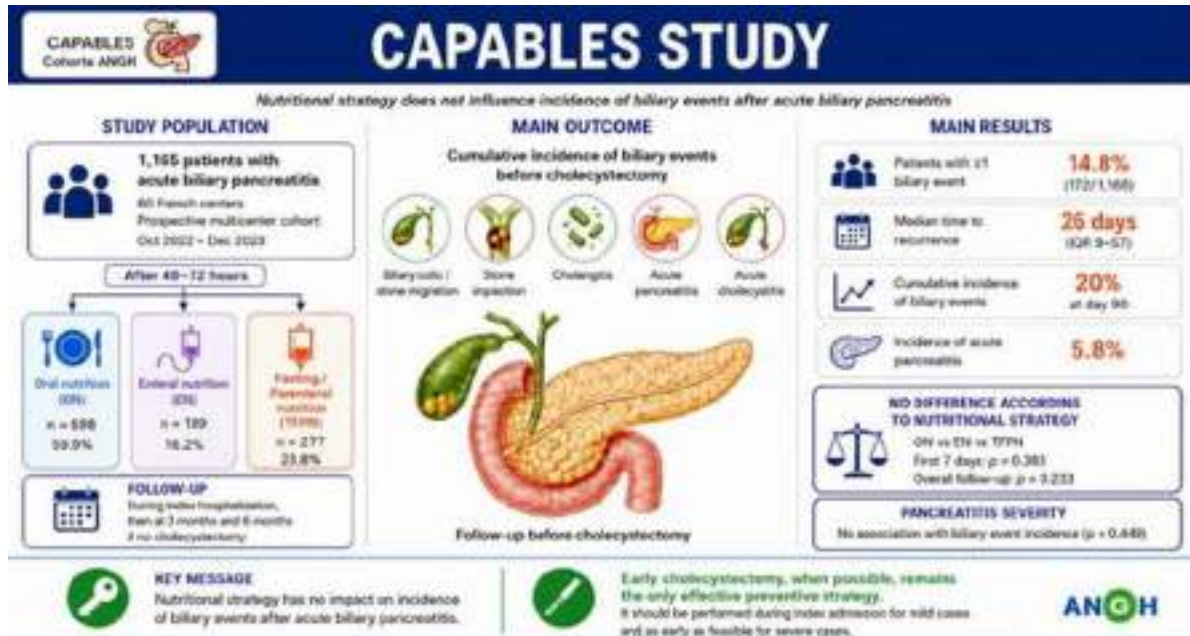
Résultats

Inclusion prospective de 1165 PAB dont 39 (3,3%) PAB sévère. Après 72 heures, l'alimentation orale était reprise chez 59,9% des patients (n=698), une nutrition entérale chez 16,2% (n=189) et un jeûne total avec nutrition parentérale chez 23,8% (n=277). Au cours du suivi, 236 événements biliaires sont survenus chez 172 patients (14,8% des patients), avec un délai médian de 26 jours. L'incidence cumulée des événements biliaires avant cholécystectomie atteignait 20% à 90 jours. Au cours des sept premiers jours, aucune différence d'incidence des événements biliaires n'a été observée entre les trois modalités nutritionnelles (p=0,383). Sur l'ensemble du suivi, aucune association significative n'a non plus été retrouvée entre le type de nutrition (orale versus entérale), gravité de la PAB, et l'incidence des événements biliaires (p=0,233).

Conclusion

Inclusion prospective de 1165 PAB dont 39 (3,3%) PAB sévère. Après 72 heures, l'alimentation orale était reprise chez 59,9% des patients (n=698), une nutrition entérale chez 16,2% (n=189) et un jeûne total avec nutrition parentérale chez 23,8% (n=277). Au cours du suivi, 236

événements biliaires sont survenus chez 172 patients (14,8% des patients), avec un délai médian de 26 jours. L'incidence cumulée des événements biliaires avant cholécystectomie atteignait 20% à 90 jours. Au cours des sept premiers jours, aucune différence d'incidence des événements biliaires n'a été observée entre les trois modalités nutritionnelles ($p=0,383$). Sur l'ensemble du suivi, aucune association significative n'a non plus été retrouvée entre le type de nutrition (orale versus entérale), gravité de la PAB, et l'incidence des événements biliaires ($p=0,233$).



Moryoussef et al., 2026

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.017

3CVD00618-Stent couvert versus embolisation artérielle dans le traitement des hémorragies après duodéno pancréatectomie céphalique: résultats étude bicentrique

Azadeh BOURDARIAT (1), Pierre-Emmanuel BONNOT (2), Raphael BOURDARIAT (2), Francois MITHIEUX (2), Pierre-Olivier THINEY (3), Frédéric BECK (3), Vincent MOUTARDIER (1), Stéphane BERDAH (1), Jerome SOUSSAN (4), Théophile GUILBAUD (1), David BIRNBAUM (1) - (1)Service Chirurgie Digestive, Hôpitaux Nord, Marseille, France, (2)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France, (3)Chirurgie Vasculaire, Hopital Privé Jean Mermoz, Lyon, France, (4)Service Radiologie, Hopitaux Nord, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les hémorragies post-DPC constituent une complication grave dont la prise en charge repose principalement sur les traitements endovasculaires percutanés: l'embolisation artérielle sélective(TAE) et la mise en place de stents couverts(CS). L'objectif était de comparer les résultats de ces stratégies.

Méthodes

Tous les patients ayant bénéficié d'un traitement endovasculaire pour une hémorragie post-DPC entre 01/2013 et 05/2023 dans deux centres ont été inclus. Les patients avec hémorragies de grade A, traités par chirurgie/endoscopie ou avec angiographie négative sans geste ont été exclus. Ils ont été répartis en deux groupes:TAE et CS. Les critères étudiés comprenaient les taux de succès clinique, la morbi-mortalité, la récurrence hémorragique et la durée d'hospitalisation.

Résultats

Parmi 806 DPC, 105 patients(13%) ont présenté une hémorragie nécessitant 78 traitements endovasculaires - 29(37%)TAE et 49(63%)CS. Le taux de succès clinique(62%vs 75.5%, $p=0,2$) était comparable sans différence sur les taux de complications globales. La récurrence hémorragique était de 26 %, sans différence entre les groupes($p=0,8$)-50% ont bénéficié d'un nouveau stent dans le bras CS. Malgré 14% de thrombose de stent (1 précoce, 6 tardives), les complications hépatiques(24%vs 6%, $p=0,034$), la durée d'hospitalisation($p=0,007$) et la mortalité(27.5%vs 6%, $p=0,007$) étaient significativement plus élevées dans le groupe TAE.Dans les hémorragies du moignon gastroduodénal(59%), il y avait une tendance à un meilleur succès par stent(40%vs85%, $p=0.051$) et le TAE était significativement associé à davantage de complications hépatiques(36%vs6%, $p=0.023$) et une mortalité plus élevée(50% vs 6%, $p=0.003$).

Conclusion

Parmi 806 DPC, 105 patients(13%) ont présenté une hémorragie nécessitant 78 traitements endovasculaires - 29(37%)TAE et 49(63%)CS. Le taux de succès clinique(62%vs 75.5%, $p=0,2$) était comparable sans différence sur les taux de complications globales. La récurrence hémorragique était de 26 %, sans différence entre les groupes($p=0,8$)-50% ont bénéficié d'un nouveau stent dans le bras CS. Malgré 14% de thrombose de stent (1 précoce, 6 tardives), les complications hépatiques(24%vs 6%, $p=0,034$), la durée d'hospitalisation($p=0,007$) et la mortalité(27.5%vs 6%, $p=0,007$) étaient significativement plus élevées dans le groupe TAE. Dans les hémorragies du moignon gastroduodénal(59%), il y avait une tendance à un meilleur succès par stent(40%vs85%, $p=0.051$) et le TAE était significativement associé à davantage de complications hépatiques(36%vs6%, $p=0.023$) et une mortalité plus élevée(50% vs 6%, $p=0.003$).

Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CO.018

3CVD00534-Impact de la dotation robotique sur la prise en charge chirurgicale des patients avec un carcinome hépatocellulaire sur foie fibreux – Étude rétrospective multicentrique

Lucas PFLIEGER (1) , Chetana LIM (2), Boris AMORY (3), Natacha BOULANGER (1), Claire GOUMARD (2), Kayvan MOHKAM (1), Daniele SOMMACALE (3), Jean-Yves MABRUT (1), Raphaele BRUSTIA (3), Olivier SCATTON (2), Xavier MULLER (1) - (1)Croix Rousse, Lyon, France, (2)Pitié-Salpêtrière, Paris, France, (3)Henri Mondor, Créteil, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

L'abord robotique a montré des avantages par rapport à la laparoscopie pour les hépatectomies pour CHC. Cependant, l'impact du robot sur la prise en charge chirurgicale globale de ces patients reste non évalué.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique du 01.01.2020–31.06.2025 comparant les caractéristiques opératoires et résultats postopératoires de tous les patients adultes consécutifs opérés pour CHC sur foie fibreux (F2-F4), répartis en deux groupes : Avant (Av-Robot) et Après (Ap-Robot) la dotation robot.

Résultats

L'étude inclus 109 et 101 patients dans le groupe Av-Robot et Ap-Robot, respectivement (Tableau 1). Leurs caractéristiques générales et oncologiques étaient comparables. Le taux d'abord mini-invasif a significativement augmenté dans le groupe Ap-Robot (73% vs 51%; $p < 0,001$) avec une baisse significative de la laparotomie et la laparoscopie mais sans différence de taux d'hépatectomies majeures (40.4% vs 35.6%; $p = 0,574$) ni de difficulté opératoire (IWATE: 7 vs 7; $p = 0,519$, Figure 1). La morbidité globale à 90j était réduite dans le groupe Ap-Robot (34,7% vs 49,5%; $p = 0,041$), avec une diminution de l'ascite postopératoire (3,0% vs 14,7%; $p = 0,003$), sans différence sur les complications CD>II ni la mortalité à 90j (2,0% vs 7,3%; $p = 0,081$) (Tableau 1). Le taux de R0 (90,0% vs 82,2%; $p = 0,16$), la survie sans récurrence (70% vs 70%; $p = 0,57$) et la survie à 1 an (94% vs 87%; $p = 0,56$) étaient comparables.

Conclusion

L'étude inclus 109 et 101 patients dans le groupe Av-Robot et Ap-Robot, respectivement (Tableau 1). Leurs caractéristiques générales et oncologiques étaient comparables. Le taux d'abord mini-invasif a significativement augmenté dans le groupe Ap-Robot (73%

Tableau 1 : Caractéristiques préopératoires et résultats per et post opératoires.

[illegible]

AV-ROBOT

IWATE **Abord**

Experience Level	Percentage
Expert	24.8%
Advanced	30.3%
Intermediate	22.9%
Low	22%
Coelo	51.4%
Laparo	48.6%

Conversion : n = 7
n = 109

AP-ROBOT

IWATE **Abord**

Experience Level	Percentage
Expert	22.8%
Advanced	28.7%
Intermediate	25.7%
Low	22.8%
Robot	50.5%
Coelo	22.8%
Laparo	26.7%

Conversion : n = 3
n = 101

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.019

3CVD00467-Repancréatectomie pour tumeur du pancréas restant : Indications, aspects techniques et résultats

Nizar EL ANSARI (1) , Safi DOKMAK (2), Raphaël BOURDARIAT (3), Arthur MARICHEZ (4), Charlotte MAULAT (5), Pietro ADDEO (6), Julie NAVEZ (7), Elena FERNANDEZ-DE-SEVILLA (8), Régis SOUCHE (9), David BIRNBAUM (10), Alexandre DOUSSOT (1), Achbpt REPANC STUDY GROUP (1) - (1)Chu Besancon, Besançon, France, (2)Hôpital Beaujon, Clichy, France, (3)Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon, France, (4)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (5)Chu Toulouse, Toulouse, France, (6)Chu Strasbourg, Strasbourg, France, (7)Hôpital Universitaire De Bruxelles, Bruxelles, Belgique, (8)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (9)Chu Montpellier, Montpellier, France, (10)Hôpital Nord, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La repancréatectomie programmée est rarement pratiquée. Ainsi, les données concernant de ces repancréatectomies restent limitées.

Méthodes

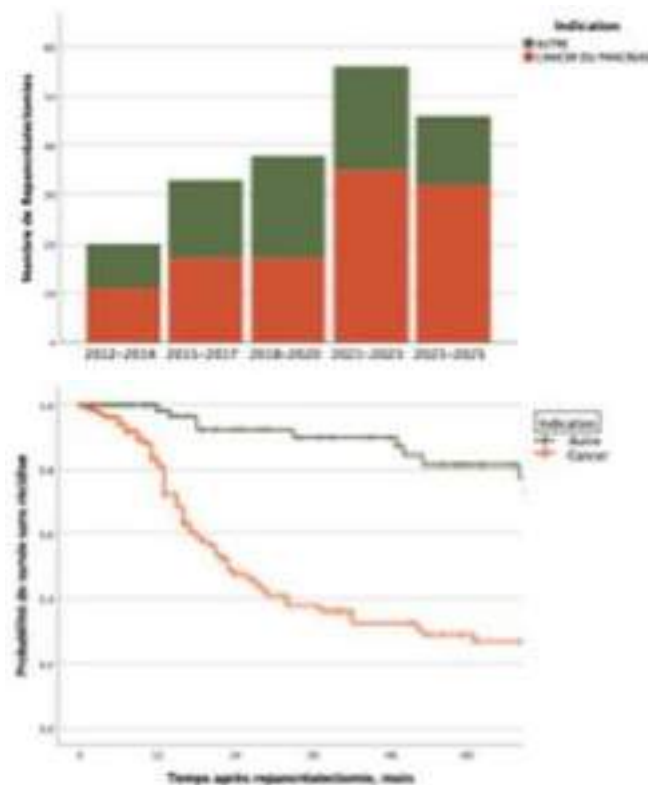
Cette étude rétrospective multicentrique nationale incluait les repancréatectomies programmées pour tumeur du pancréas réalisées entre 2012 et 2025 dans 19 centres. Les repancréatectomies réalisées en urgence étaient exclues. Les indications, les modalités techniques et les résultats postopératoires étaient analysés.

Résultats

Au total, 193 patients étaient inclus, avec un intervalle médian de 37 mois entre les 2 pancréatectomies. Plus de la moitié des repancréatectomies (55.9%, n=102) étaient réalisées après 2020. La principale indication était le cancer du pancréas (n=112, 58%) et celle-ci augmentait au cours du temps (p=0,028, Figure 1). La majorité des repancréatectomies (82,9%, n=160) étaient une totalisation. Le taux global de mortalité à 90 jours était de 2,1% (n=4), et le taux de complications sévères de 17,1% (n=33). Après repancréatectomie partielle, le taux de diabète pancréatoprive était de 39,4% (n=13). Concernant les repancréatectomies pour cancer du pancréas (n=112), 92 patients (82,1%) avaient eu leur première pancréatectomie pour cancer du pancréas et 12 (10,7%) pour TIPMP non dégénérée. Parmi eux, 33 patients (29,5%) ont reçu un traitement néoadjuvant avant repancréatectomie et 83 (76,9%) un traitement adjuvant. Une totalisation était majoritairement réalisée (n=108,96,4%). La médiane de survie globale et sans récurrence pour ces patients était de 42,4 et 23 mois, respectivement (Figure 2).

Conclusion

Au total, 193 patients étaient inclus, avec un intervalle médian de 37 mois entre les 2 pancréatectomies. Plus de la moitié des rep Pancréatectomies (55.9%, n=102) étaient réalisées après 2020. La principale indication était le cancer du pancréas (n=112, 58%) et celle-ci augmentait au cours du temps (p=0,028, Figure 1). La majorité des rep Pancréatectomies (82,9%, n=160) étaient une totalisation. Le taux global de mortalité à 90 jours était de 2,1% (n=4), et le taux de complications sévères de 17,1% (n=33). Après rep Pancréatectomie partielle, le taux de diabète pancréatoprive était de 39,4% (n=13). Concernant les rep Pancréatectomies pour cancer du pancréas (n=112), 92 patients (82,1%) avaient eu leur première pancréatectomie pour cancer du pancréas et 12 (10,7%) pour TIPMP non dégénérée. Parmi eux, 33 patients (29,5%) ont reçu un traitement néoadjuvant avant rep Pancréatectomie et 83 (76,9%) un traitement adjuvant. Une totalisation était majoritairement réalisée (n=108,96,4%). La médiane de survie globale et sans récurrence pour ces patients était de 42,4 et 23 mois, respectivement (Figure 2).



Communication orale

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CO.020

3CVD00348-Chirurgie combinée ou différée pour les métastases hépatiques synchrones du cancer du rectum : résultats d'un essai cible émulé à l'échelle nationale

Stylianos TZEDAKIS (1), Francesco MARCHEGIANNI (1), Alix DHOTE (1), Alexandra NASSAR (1), Anna PELLAT (2), Ugo MARCHESE (1), Romain CORIAT (2), Heithem JEDDOU (3), Karim BOUDJEMA (3), Emilie LANOY (4), Sandrine KATSAHIAN (4), David FUKS (1) - (1)Service De Chirurgie Hepatobiliaire, Digestive Et Endocrinienne, Hopital Cochin, Paris, France, (2)Service De Gastroenterologie Et Oncologie Digestive, Paris, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Hepatobiliaire Et Transplantation, Hopital Pontchaillou, Rennes, France, (4)Service D'epidemiologie Et Biostatistique, Centre D'investigation Clinique, Hecp, Paris, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La séquence optimale des résections rectale et hépatique pour métastases hépatiques synchrones d'un cancer du rectum reste débattue, avec des données spécifiques au rectum encore limitées.

Méthodes

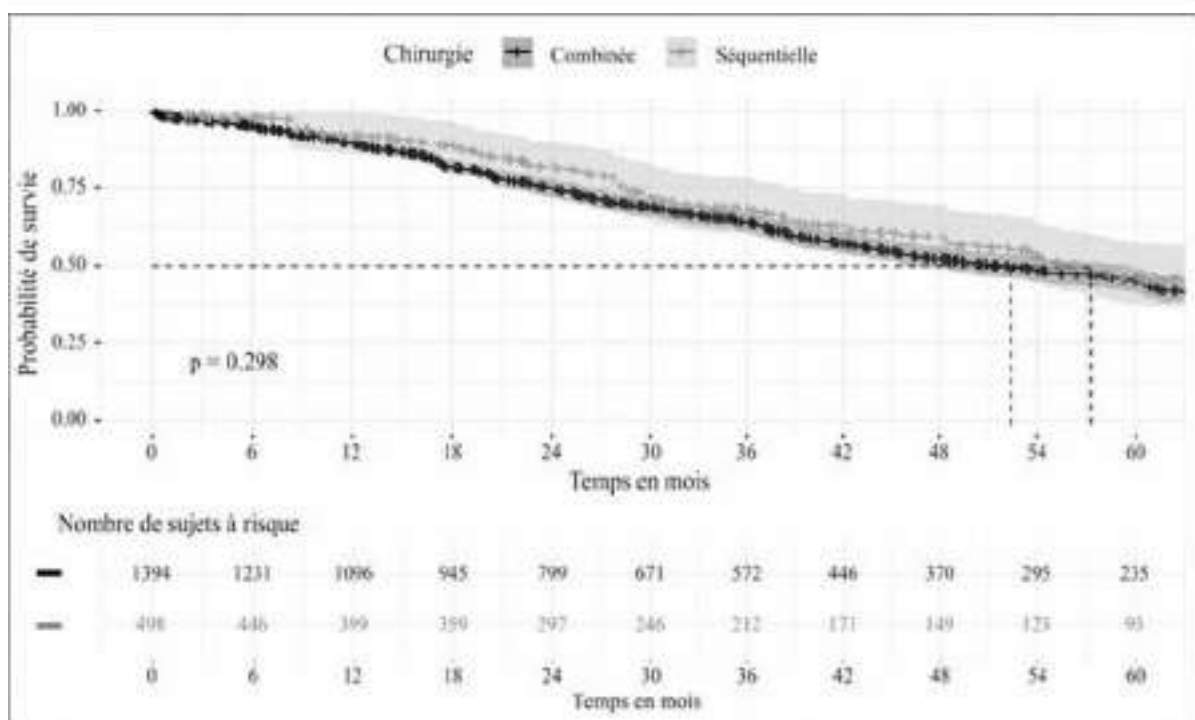
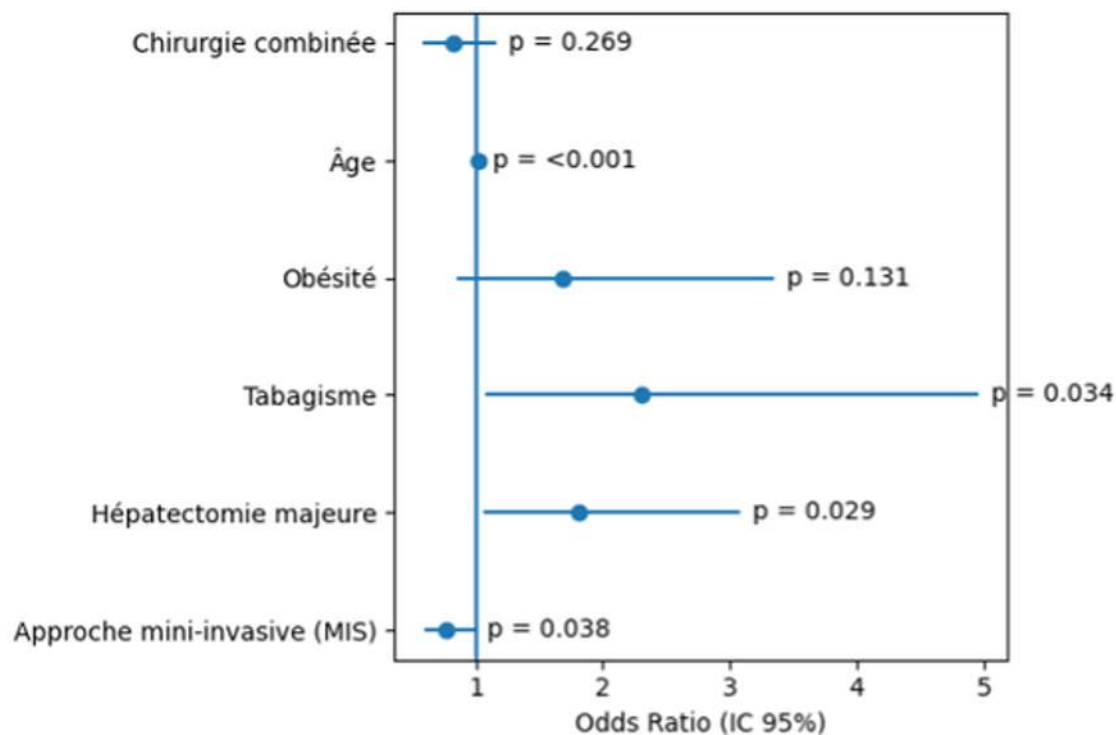
Un essai cible national (METASYNC-R) a été émulé à partir du PMSI (2014–2023). Les adultes ayant bénéficié des résections pour métastases synchrones étaient éligibles. La chirurgie combinée était comparée aux stratégies différées (rectum-premier ou foie-premier). L'effet du traitement était estimé par l'inverse de la probabilité de traitement (IPTW). Les complications graves à 30 jours (Clavien-Dindo $\geq$ III) étaient analysées par régression logistique marginale pondérée ; la survie globale par modèle de Cox pondéré avec analyses landmark à 3, 6, 12 et 24 mois.

Résultats

Parmi 9 632 patients, 1 872 répondaient aux critères d'inclusion (âge médian 64 ans) : 1 365 (73%) en chirurgie combinée, 507 (27%) en stratégie différée. Les complications graves survenaient dans 39,7% versus 45,3% ($p=0,20$); la chirurgie combinée n'était pas associée à un sur-risque (OR ajusté: 0,82; IC95%: 0,58–1,16). L'hépatectomie majeure augmentait indépendamment ce risque (OR ajusté: 1,81; IC95%: 1,06–3,08)(Figure 1). La mortalité à 30 jours était comparable (1,8% vs 1,5%). La chirurgie combinée n'était pas associée à une survie inférieure (HR ajusté: 0,88; IC95%: 0,65–1,19; $p=0,40$; survie médiane 52,4 vs 57,3 mois - Figure 2), avec des résultats cohérents aux analyses landmark.

Conclusion

Parmi 9 632 patients, 1 872 répondaient aux critères d'inclusion (âge médian 64 ans) : 1 365 (73%) en chirurgie combinée, 507 (27%) en stratégie différée. Les complications graves survenaient dans 39,7% versus 45,3% ($p=0,20$); la chirurgie combinée n'était pas associée à un sur-risque (OR ajusté: 0,82; IC95%: 0,58–1,16). L'hépatectomie majeure augmentait indépendamment ce risque (OR ajusté: 1,81; IC95%: 1,06–3,08)(Figure 1). La mortalité à 30 jours était comparable (1,8% vs 1,5%). La chirurgie combinée n'était pas associée à une survie inférieure (HR ajusté: 0,88; IC95%: 0,65–1,19; $p=0,40$; survie médiane 52,4 vs 57,3 mois - Figure 2), avec des résultats cohérents aux analyses landmark.



Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.021

3CVD00283-Influence du délai entre le drainage biliaire et la déprivation veineuse hépatique (concomitant vs différé) sur la régénération hépatique et la prise en charge péri- opératoire des hépatectomies majeures pour pathologie biliaire. Etude rétrospective et mu

Philippine CNOCKAERT, Fabrice MUSCARI - (1)Chu Toulouse, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Absence de conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

Introduction

Le drainage biliaire (DB) et la déprivation veineuse hépatique (DVH) participent à l'optimisation du futur foie restant (FFR) avant une hépatectomie majeure. Le délai optimal entre ces deux procédures reste mal défini tout comme son influence sur la régénération hépatique et la prise en charge des patients.

Méthodes

Cette étude rétrospective et multicentrique a inclus les patients ayant nécessité au moins un DB et une DVH avant une hépatectomie majeure entre le 1er janvier 2015 et le 1er janvier 2023 dans trois centres hospitalo-universitaires français (Toulouse, Bordeaux et Lille). Les patients ont été répartis en deux groupes selon le délai DB-DVH : concomitant ($DB-DVH \leq 7$ jours) et différée ($DB-DVH > 7$ jours).

Résultats

84 patients ont été inclus, dont 28 dans le groupe concomitant et 56 dans le groupe différé. Une stratégie différée était associée à une prise en charge plus longue avec davantage de procédures DB et d'hospitalisations avant chirurgie. L'accès à la chirurgie curative était significativement diminué au sein du groupe différé (78,6% vs 100%, $p = 0,008$) L'hypertrophie du FFR était comparable entre les deux groupes malgré une bilirubinémie plus élevée au moment de la DVH dans le groupe différé. Aucune différence significative n'était observée concernant la morbi-mortalité post-opératoire, la survie globale ou la survie sans récurrence.

Conclusion

84 patients ont été inclus, dont 28 dans le groupe concomitant et 56 dans le groupe différé. Une stratégie différée était associée à une prise en charge plus longue avec davantage de procédures DB et d'hospitalisations avant chirurgie. L'accès à la chirurgie curative était significativement diminué au sein du groupe différé (78,6% vs 100%, $p = 0,008$) L'hypertrophie du FFR était comparable entre les deux groupes malgré une bilirubinémie plus élevée au

moment de la DVH dans le groupe différé. Aucune différence significative n'était observée concernant la morbi-mortalité post-opératoire, la survie globale ou la survie sans récurrence.

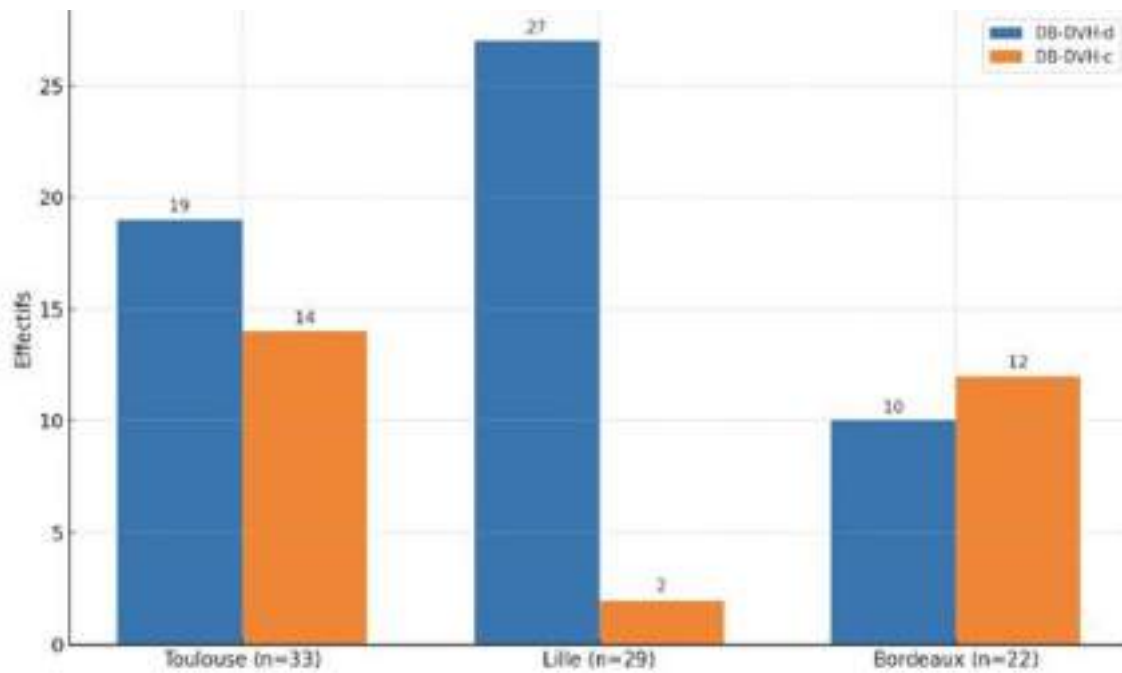


Figure 1 : Répartition des patients par centre selon la stratégie de prise en charge

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.022

3CVD00260-« Divestement artériel » ou résection artérielle dans les tumeurs localement avancées ? Facteurs prédictifs d'envahissement histologiques artériel dans l'adénocarcinome du pancréas contraindiquant le divestement

Pietro ADDEO, Victor ROTH, Pierre DE MARINI, Chloe PAUL, Pierre DE MATHELIN, Gerlinde AVEROUS, Philippe BACHELLIER - (1)Chu Strasbourg, Hopital De Hautepierre, Chu Strasbourg Hopital De Hautepierre, France

Conflits d'intérêts

non

Introduction

Le divestment artériel est une alternative potentielle à la résection artérielle dans l'adénocarcinome canalaire pancréatique localement avancé (LA-PDAC). Cette étude visait à identifier les facteurs prédictifs d'une infiltration artérielle histologique rendant cette technique impossible.

Méthodes

Les données de 191 patients ayant eu une pancréatectomie avec résection artérielle ont été analysées rétrospectivement. L'infiltration artérielle a été classée selon la classification de Miao : les grades G0–G1 étaient considérés comme potentiellement compatibles avec un divestment artériel, tandis que les grades G2–G3 étaient considérés comme non compatibles.

Résultats

L'analyse histologique a retrouvé 17 cas de G0, 26 G1, 129 G2 et 19 G3. Au total, 43 artères (22,5 %) étaient potentiellement préservables par divestment artériel, contre 148 (77,5 %) non préservables. Les patients du groupe G0–G1 présentaient plus fréquemment une normalisation du CA19-9, une taille tumorale plus faible, un taux plus élevé de résection R0, un contact tumeur–artère plus limité et une moindre fréquence du « string sign » radiologique. En analyse multivariée, l'absence de normalisation du CA19-9 et la présence d'un « string sign » étaient des facteurs indépendants prédictifs d'une infiltration artérielle non compatible avec un dégagement artériel. Les patients présentant une infiltration limitée (G0–G1) avaient une meilleure survie globale (à 5 ans) que ceux avec une infiltration plus profonde (32,7 vs 20,5 mois ; : 25 % vs 11 %).

Conclusion

L'analyse histologique a retrouvé 17 cas de G0, 26 G1, 129 G2 et 19 G3. Au total, 43 artères (22,5 %) étaient potentiellement préservables par divestment artériel, contre 148 (77,5 %) non préservables. Les patients du groupe G0–G1 présentaient plus fréquemment une normalisation

du CA19-9, une taille tumorale plus faible, un taux plus élevé de résection R0, un contact tumeur-artère plus limité et une moindre fréquence du « string sign » radiologique. En analyse multivariée, l'absence de normalisation du CA19-9 et la présence d'un « string sign » étaient des facteurs indépendants prédictifs d'une infiltration artérielle non compatible avec un dégagement artériel. Les patients présentant une infiltration limitée (G0-G1) avaient une meilleure survie globale (à 5 ans) que ceux avec une infiltration plus profonde (32,7 vs 20,5 mois ; : 25 % vs 11 %).

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.023

3CVD00068-Perfusion de somatostatine après hépatectomie pour carcinome hépatocellulaire sur foie fibreux : Essai randomisé SOMAPROTECT

Kayvan MOHKAM (1) , Mickaël LESURTEL (2), Millet GUILLAUME (3), Sulpice LAURENT (4), Chiche LAURENCE (5), Hartwigsen JEAN (6), Muller XAVIER (1), Muscari FABRICE (7), Mabrut JEAN-YVES (1) - (1)Hcl, Lyon, France, (2)Aphp, Clichy, France, (3)Chu Lille, Lille, France, (4)Chu Rennes, Rennes, France, (5)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (6)Aphm, Marseille, France, (7)Chu Toulouse, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les hépatectomies pour carcinome hépatocellulaire (CHC) développés sur fibrose sont associés à une morbidité importante, notamment du fait de l'hyperperfusion portale induite par la résection. La modulation pharmacologique du flux porte pourrait réduire cette morbidité.

Méthodes

Cet essai multicentrique, randomisé, en double-insu, versus placebo, réalisé dans 7 centres Français entre 2018 et 2024 incluait les patients opérés d'un CHC développé sur fibrose ($\geq F2$). Ceux-ci recevaient après fermeture abdominale une perfusion de somatostatine intraveineuse ou de placebo, pendant 5 jours. Le critère de jugement principal était la survenue d'une ascite postopératoire dans les 90 jours (drain ≥ 500 mL/jour pendant 3 jours ou nécessitant un geste invasif).

Résultats

Quatre-vingt patients étaient randomisés dans le groupe somatostatine et 79 dans le groupe placebo. Une ascite postopératoire est survenue chez 32 patients (40,0%) versus 40 (50,6%) dans les groupes somatostatine et placebo (RR ajusté=0,78, IC95=0,56–1,12, P=0,18). Un(e) ponction/drainage d'ascite était effectué chez 4 (5,0%) et 12 (15,2%) patients (RR=0,33, IC95 0,07–0,98), des complications grade $\geq III$ sont survenues chez 20 (25,0%) et 34 patients (43,0%) (RR=0,58, IC95 0,37–0,92), et un décès postopératoire est survenu chez 6 et 8 patients dans le groupe somatostaine et placebo, respectivement. Un bénéfice de la somatostatine était suggéré chez les patients F4 et chez ceux ayant un gradient de pression porto-cave post-résection ≥ 8 mmHg.

Conclusion

Quatre-vingt patients étaient randomisés dans le groupe somatostatine et 79 dans le groupe placebo. Une ascite postopératoire est survenue chez 32 patients (40,0%) versus 40 (50,6%)

dans les groupes somatostatine et placebo (RR ajusté=0,78, IC95=0,56–1,12, P=0,18). Un(e) ponction/drainage d'ascite était effectué chez 4 (5,0%) et 12 (15,2%) patients (RR=0,33, IC95 0,07–0,98), des complications grade $\geq$ III sont survenues chez 20 (25,0%) et 34 patients (43,0%) (RR=0,58, IC95 0,37–0,92), et un décès postopératoire est survenu chez 6 et 8 patients dans le groupe somatostatine et placebo, respectivement. Un bénéfice de la somatostatine était suggéré chez les patients F4 et chez ceux ayant un gradient de pression porto-cave post-résection $\geq$ 8 mmHg.

Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.024

3CVD00105-Quel est le devenir des cholangiocarcinomes péri-hilaires nouvellement diagnostiqués ? Résultats à court et long terme en vie réelle, au travers d'un parcours multidisciplinaire dédié (RAPTOR : Rapid Approach for Perihilar TumOr).

Clotilde DUMAS (1) , Fabrice CAILLOL (2), Anais PALEN (1), Jean Philippe RATONE (2), Jean IZAARYÈNE (3), Jacques EWALD (1), Brice CHANEZ (4), Flora POIZAT (5), Solene HOIBIAN (2), Yanis DAHEL (2), Gilles PIANA (3), Simon LAUNAY (4), Marion FAUCHER (6), Djamel MOKART (6), Marc GIOVANNINI (6), Olivier TURRIN (1), Jonathan GARNIER (1) - (1)Département D'oncologie Chirurgicale, Institut Paoli-Calmettes, Aix-Marseille Université Um105, Marseille, France, Marseille, France, (2)Département De Gastroentérologie Interventionnelle, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, Marseille, France, (3)Département De Radiologie Interventionnelle, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, Marseille, France, (4)Département D'oncologie, Institut Paoli-Calmettes, Aix-Marseille Université Um105, Marseille, France, Marseille, France, (5)Département D'anatomopathologie, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, Marseille, France, (6)Département D'anesthésie Et De Soins Intensifs, Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

Le cholangiocarcinome péri-hilaire (CPH) est une tumeur maligne agressive associée à des défis diagnostiques et thérapeutiques majeurs. Cette étude évalue en vie réelle l'efficacité d'une filière multidisciplinaire centralisée — RAPTOR (Rapid Approach for Perihilar TumOr) — sur la sélection des patients, les délais thérapeutiques et les résultats oncologiques.

Méthodes

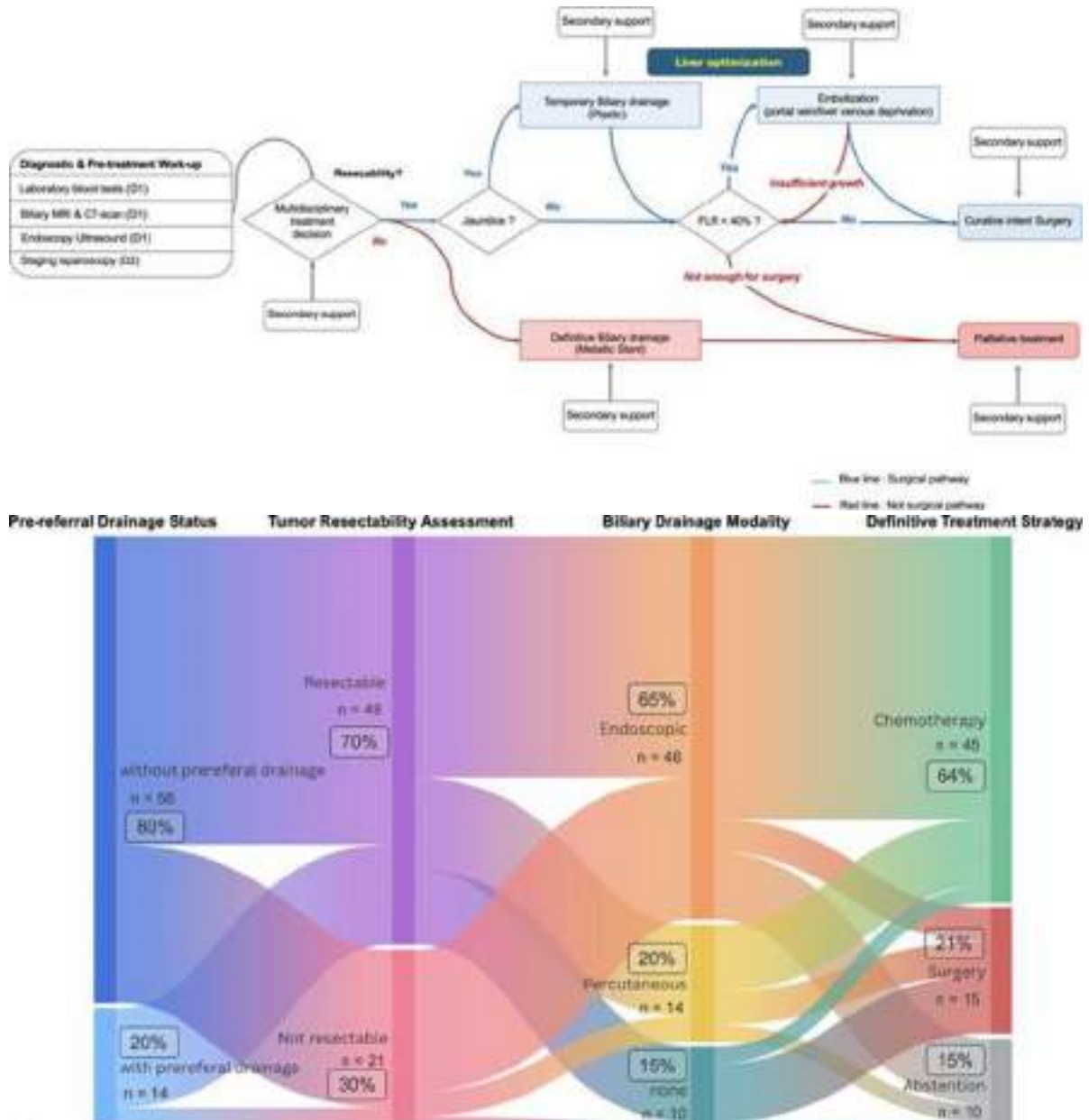
Étude prospective monocentrique incluant tous les patients adressés pour suspicion de CPH entre 2020 et 2025, intégrés dans un parcours patient dédié (Fig. 1). Le critère principal était la réussite du diagnostic précoce (< 7 jours), l'accès au traitement recommandé par la réunion de concertation pluridisciplinaire et oncologique avec la survie ≥ 6 mois.

Résultats

Soixante-dix patients ont été inclus (âge moyen 70 ± 10 ans ; 56 % d'hommes). Le succès diagnostique a été obtenu chez 96 % des patients et l'accès au traitement chez 83 %. Le drainage biliaire était nécessaire chez 79 % des patients. Parmi les 49 patients non métastatiques, 33 étaient candidats à la chirurgie, mais seuls 15 ont bénéficié d'une résection curative (Fig. 2). Un traitement a été initié chez 82 % des patients, avec un délai médian de 63 jours (IQR : 41,5–102,0) et une mortalité postopératoire de 6 %. La survie médiane était de 12,3 mois (IC 95 % : 10,2–20,0) ; elle n'était pas atteinte chez les patients résequés.

Conclusion

Soixante-dix patients ont été inclus (âge moyen 70±10 ans ; 56 % d'hommes). Le succès diagnostique a été obtenu chez 96 % des patients et l'accès au traitement chez 83 %. Le drainage biliaire était nécessaire chez 79 % des patients. Parmi les 49 patients non métastatiques, 33 étaient candidats à la chirurgie, mais seuls 15 ont bénéficié d'une résection curative (Fig. 2). Un traitement a été initié chez 82 % des patients, avec un délai médian de 63 jours (IQR : 41,5–102,0) et une mortalité postopératoire de 6 %. La survie médiane était de 12,3 mois (IC 95 % : 10,2–20,0) ; elle n'était pas atteinte chez les patients réséqués.



Communication orale

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CO.025

3CVD00026-Étude prospective multicentrique à bras unique évaluant l'efficacité et la sécurité de l'embolisation portale sélective temporaire préopératoire chez des patients nécessitant une résection hépatique majeure : essai de phase II EMBORES (NCT02945059)

Hadrien TRANCHART (1), Sophie MAITRE (1), Edouard GIRARD (2), Julien GHELFI (2), Maximiliano GELLI (3), Lambros TSELIKAS (3), David FUKS (4), Anthony SARRAN (4), Stéphane BENOIST (5), Olivier MEYRIGNAC (5), Ailton SEPULVADA (6), Maxime RONOT (6), Maryne POU (1), Mircea CHIRICA (2), Ibrahim DAGHER (1) - (1)Hôpital Antoine Béchère, Clamart, France, (2)Chu Grenoble Alpes, La Tronche, France, (3)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France, (4)Imm, Paris, France, (5)Hôpital Du Kremlin Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France, (6)Hôpital Beaujon, Clichy, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

L'embolisation portale (PVE) est utilisée avant une hépatectomie majeure pour induire l'hypertrophie du futur foie restant (FLR) et réduire le risque d'insuffisance hépatique. Les agents d'embolisation permanents peuvent exposer à des complications. Une PVE temporaire avec agent d'embolisation résorbable pourrait être une alternative plus sûre. L'essai EMBORES a évalué son efficacité et sa sécurité.

Méthodes

Étude prospective multicentrique à bras unique de phase II menée dans six centres français. Des patients adultes nécessitant une hépatectomie majeure ont bénéficié d'une PVE sélective par poudre de gélatine résorbable. Le critère principal était le taux d'hypertrophie du FLR à 4–6 semaines. Les critères secondaires incluaient faisabilité, morbidité, recanalisation et résultats chirurgicaux. Étude financée par le PHRC (PHRC-15-15-0201), promue par l'AP-HP, avec le soutien du réseau FRENCH.

Résultats

Trente-quatre patients ont été inclus, 32 traités (âge moyen 63,4 ans). L'indication principale était les métastases colorectales (56 %). Le succès technique était de 100 %. Une complication cliniquement significative (3,1 %) est survenue. Une recanalisation complète était observée chez 53 % des patients et partielle chez 28 % des patients. Le volume du FLR a augmenté de 580 à 690 mL, soit un taux d'hypertrophie de 9,5 %, comparable à la PVE conventionnelle. Cinq patients ont nécessité une seconde embolisation. Vingt-trois (71,8 %) ont été opérés. La morbidité à 90 jours était de 47,8 %, avec deux insuffisances hépatiques, sans mortalité.

Conclusion

Trente-quatre patients ont été inclus, 32 traités (âge moyen 63,4 ans). L'indication principale était les métastases colorectales (56 %). Le succès technique était de 100 %. Une complication cliniquement significative (3,1 %) est survenue. Une recanalisation complète était observée chez 53 % des patients et partielle chez 28 % des patients. Le volume du FLR a augmenté de 580 à 690 mL, soit un taux d'hypertrophie de 9,5 %, comparable à la PVE conventionnelle. Cinq patients ont nécessité une seconde embolisation. Vingt-trois (71,8 %) ont été opérés. La morbidité à 90 jours était de 47,8 %, avec deux insuffisances hépatiques, sans mortalité.

Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CO.026

3CVD00862-Autogreffe d'ilots pancréatiques par voie intramusculaire IM-IAT après pancréatectomie élargie: essai multicentrique prospectif

Mikael CHETBOUN (1) , Frédérique DEFRANCE (1), Valéry GMYR (2), Violeta RAVERDY (2), Mehdi MAANAOU (1), Nathalie DELALLEAU (2), Anaïs CODEVILLE (2), Julien THEVENET (2), Gianni PASQUETTI (2), Aurélie LOBEZ (1), Anne-Sophie PARANTHOEN (1), Thomas HUBERT (2), Alain DUHAMEL (1), Jean-Marc REGIMBEAU (3), Michel SCOTTE (4), Alain SAUVANET (5), Jean-Robert DELPERO (6), Marie-Christine VANTYGHEM (1), Robert CAIAZZO (1), Julie KERR-CONTE (1), Francois PATTOU (1) - (1)Chu Lille, Lille, France, (2)Université De Lille, Lille, France, (3)Chru D'amiens, Amiens, France, (4)Chu De Rouen, Rouen, France, (5)Hopital Beaujon, Clichy, France, (6)Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

Conflits d'intérêts

non

Introduction

La pancréatectomie élargie expose au risque de diabète post-opératoire. L'autogreffe d'ilots pancréatiques par voie intra-portale permet de prévenir ce risque, mais elle est contre-indiquée dans certaines situations cliniques notamment dans certains polytraumatismes abdominaux. L'autogreffe d'ilots pancréatiques par voie intramusculaire IM-IAT représente une alternative mini-invasive prometteuse. Cette étude de phase I/II multicentrique prospective évaluait l'efficacité et la sécurité de l'IM-IAT après pancréatectomie élargie.

Méthodes

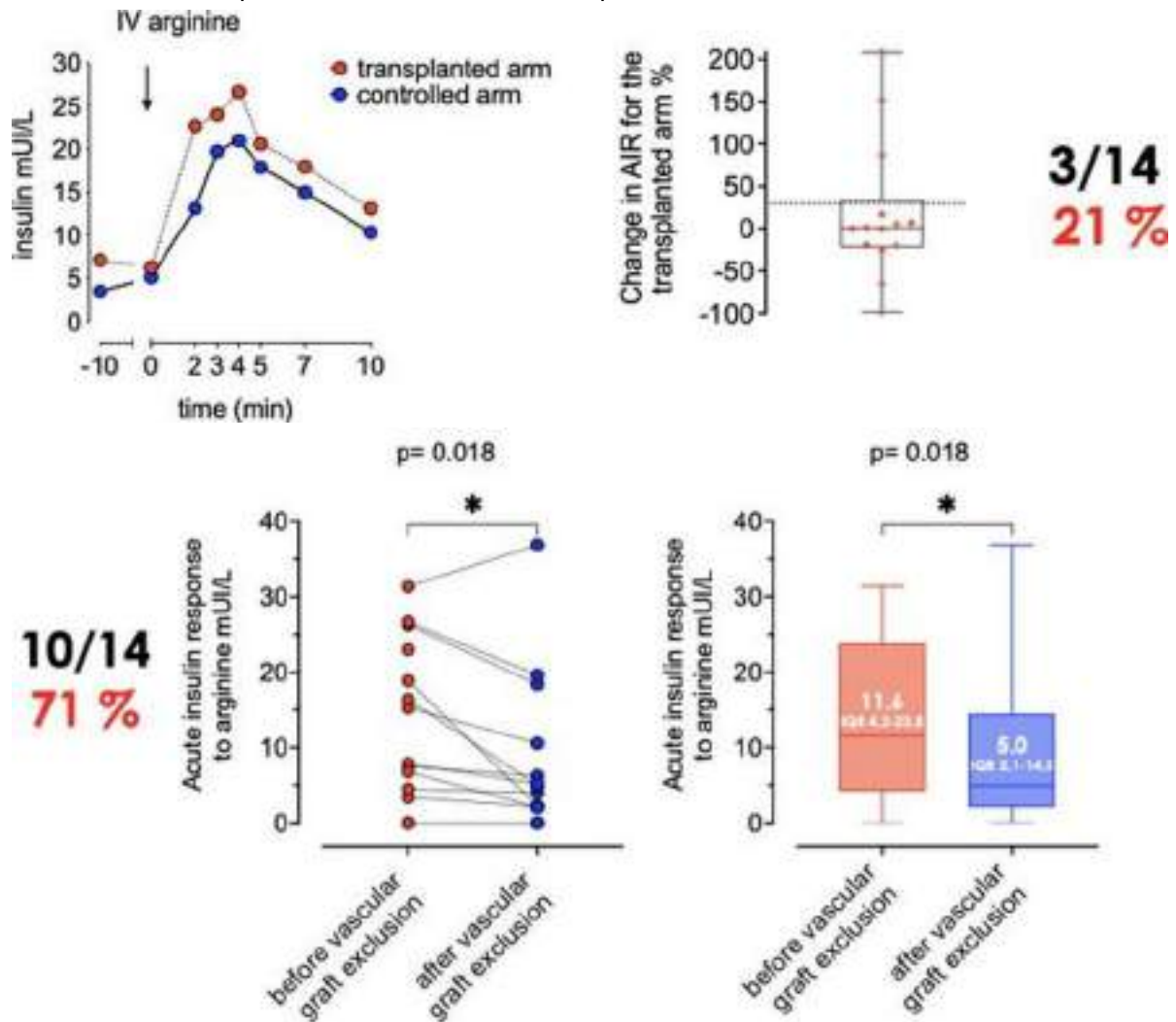
Des patients non-diabétiques devant bénéficier d'une pancréatectomie élargie pour pathologie pancréatique non-maligne ont été inclus dans cet essai. Les ilots isolés à partir du tissu pancréatique réséqué étaient injectés dans le muscle brachioradial. Le critère principal était le succès à 3 mois, défini par une augmentation $\geq 30\%$ de la réponse insulino-aiguë à l'arginine dans le bras greffé versus non-greffé. Les critères secondaires incluaient la survie du greffon à 3 mois (exclusion vasculaire au brassard) et l'équilibre métabolique à 1 an.

Résultats

14 patients (2013-2022) ont été inclus après pancréatectomie gauche (n=11), totale (n=2) ou céphalique (n=1). La masse moyenne d'ilots transplantée était de 101554 ± 79775 IEQ (pureté 44%, viabilité 92%). À 3 mois, le succès était atteint chez 3/14 patients (21%) et une survie du greffon objectivée chez 10/14 patients. À 1 an, l'HbA1c était de $6,0 \pm 0,6\%$ sans hypoglycémie sévère et 50% des patients étaient insulino-indépendants.

Conclusion

14 patients (2013-2022) ont été inclus après pancréatectomie gauche (n=11), totale (n=2) ou céphalique (n=1). La masse moyenne d'îlots transplantée était de 101554 ± 79775 IEQ (pureté 44%, viabilité 92%). À 3 mois, le succès était atteint chez 3/14 patients (21%) et une survie du greffon objectivée chez 10/14 patients. À 1 an, l'HbA1c était de $6,0 \pm 0,6\%$ sans hypoglycémie sévère et 50% des patients étaient insulino-indépendants.



Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CO.027

3CVD00549-Impact de la perfusion hypothermique oxygénée des greffons hépatiques sur la coagulation après transplantation

Pierre-Louis DUBOIS, Xavier MULLER, Aurélie BONNET, Pierre JACQUENOT, Jean-Yves MABRUT, Kayvan MOHKAM, Guillaume ROSSIGNOL, Alice BLET, Marie-Charlotte DELIGNETTE - (1)Institut D'hépatologie De Lyon, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer en lien avec ce travail.

Introduction

La perfusion hypothermique oxygénée (HOPE) a montré des bénéfices pour la fonction du greffon hépatique après transplantation mais son impact sur la coagulation reste peu exploré.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant toutes les transplantations hépatiques (TH) adultes de 2020-2025 comparant la coagulation post-reperfusion, les besoins transfusionnels et les reprises chirurgicales pour saignement entre les greffons traités avec ou sans HOPE. La coagulation était évaluée de l'induction à J3 post-transplantation par la thromboélastométrie rotatoire (ROTEM).

Résultats

Parmi 429 transplantations hépatiques, 130 (30%) bénéficiaient de HOPE. Les caractéristiques des receveurs et donneurs étaient comparables entre les groupes à l'exception de plus de greffons partiels dans le groupe HOPE (18% vs 3%, $p < 0,001$). La coagulation préopératoire n'était pas significativement différente (Figure 1). Après reperfusion, le groupe HOPE avait une fibrinogénémie significativement abaissée (1,5 vs 1,6g/L, $p = 0,02$) et un MCF EXTEM et A10 FIBTEM abaissés (Figure 2). Le taux de plaquettes était significativement abaissé jusqu'à J3 post-TH (62 vs 69g/L, $p = 0,03$). Ces différences persistaient après exclusion des greffons partiels. Les apports moyens en fibrinogène exogène étaient majorés dans le groupe HOPE (1,6 vs 1,2 g, $p = 0,04$). Les taux de transfusions sanguines, de plasma et de plaquettes n'étaient pas significativement différents. Les reprises pour saignement n'étaient pas majoré dans le groupe HOPE (9% vs 12%, $p = 0,56$).

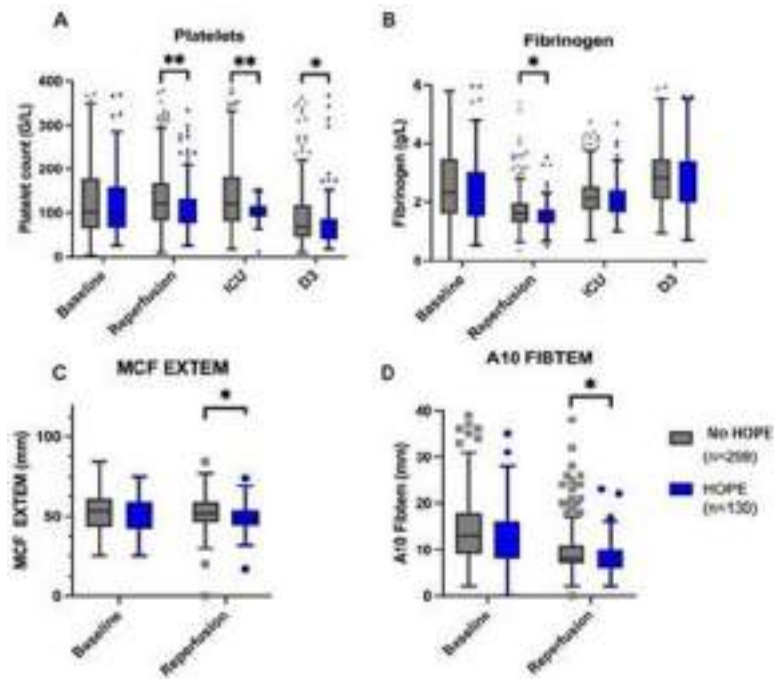
Conclusion

Parmi 429 transplantations hépatiques, 130 (30%) bénéficiaient de HOPE. Les caractéristiques des receveurs et donneurs étaient comparables entre les groupes à l'exception de plus de greffons partiels dans le groupe HOPE (18% vs 3%, $p < 0,001$). La coagulation préopératoire n'était pas significativement différente (Figure 1). Après reperfusion, le groupe HOPE avait une

fibrinogénémie significativement abaissée (1,5 vs 1,6g/L, $p=0,02$) et un MCF EXTEM et A10 FIBTEM abaissés (Figure 2). Le taux de plaquettes était significativement abaissé jusqu'à J3 post-TH (62 vs 69g/L, $p=0,03$). Ces différences persistaient après exclusion des greffons partiels. Les apports moyens en fibrinogène exogène étaient majorés dans le groupe HOPE (1,6 vs 1,2 g, $p=0,04$). Les taux de transfusions sanguines, de plasma et de plaquettes n'étaient pas significativement différents. Les reprises pour saignement n'étaient pas majorées dans le groupe

	HOPE (n=130)	No HOPE (n=299)	p
Baseline (Pre-transplantation)			
CT EXTEM (s)	69 [61–81]	69 [60–80]	0.92
A10 EXTEM (mm)	44 [35–50]	45 [36–54]	0.12
MCF EXTEM (mm)	51 [43–59]	54 [43–61]	0.07
A10 FIBTEM (mm)	12 [8–16]	13 [9–18]	0.30
Hb (g/L)	115 [94–133]	111 [92–130]	0.29
Platelet count ($\times 10^9/L$)	95 [67–159]	101 [65–177]	0.29
INR	1.5 [1.2–2.1]	1.6 [1.1–2.2]	0.73
Fibrinogen (g/L)	2.4 [1.5–3.0]	2.4 [1.6–3.5]	0.27
After Reperfusion (Declamping)			
CT EXTEM (s)	73 [62–83]	72 [62–88]	0.91
A10 EXTEM (mm)	40 [35–45]	42 [36–49]	0.054
MCF EXTEM (mm)	49 [45–54]	52 [46–59]	0.019
A10 FIBTEM (mm)	8 [6–10]	8 [7–11]	0.035
Hb (g/L)	91 [80–103]	92 [81–106]	0.33
Platelet count ($\times 10^9/L$)	101 [79–131]	120 [83–168]	0.007
INR	2.5 [1.8–3.7]	2.2 [1.6–3.3]	0.025
Fibrinogen (g/L)	1.5 [1.3–1.7]	1.6 [1.3–1.9]	0.022
Postoperative Day 1			
Hb (g/L)	99 [88–111]	96 [84–108]	0.23
Platelet count ($\times 10^9/L$)	80 [57–118]	91 [61–143]	0.041
INR	1.7 [1.4–2.1]	1.7 [1.4–2.1]	0.31
Fibrinogen (g/L)	2.4 [2.0–3.2]	2.7 [2.0–3.3]	0.23
Postoperative Day 3			
Hb (g/L)	86 [78–97]	86 [76–97]	0.90
Platelet count ($\times 10^9/L$)	62 [40–87]	69 [44–117]	0.030
INR	1.2 [1.1–1.4]	1.2 [1.1–1.4]	0.15
Fibrinogen (g/L)	2.6 [2.0–3.4]	2.8 [2.1–3.5]	0.17
Transfusion Requirements (Intraoperative)			
Red blood cells (units)	0 [0–2]	0 [0–1]	0.20
Fresh frozen plasma (units)	0 [0–0]	0 [0–0]	0.67
Platelet concentrates (units)	0 [0–0]	0 [0–0]	0.91
Fibrinogen concentrate (g)	0 [0–3]	0 [0–3]	0.047
Tranexamic acid	0 [0–1]	0 [0–1]	0.85
Transfusion Requirements (ICU 0–72h)			
Red blood cells (units)	0 [0–1]	0 [0–2]	0.89
Fresh frozen plasma (units)	0 [0–0]	0 [0–0]	0.98
Platelet concentrates (units)	0 [0–0]	0 [0–0]	0.35
Fibrinogen concentrate (g)	0 [0–0]	0 [0–0]	0.96

HOPE (9% vs 12%, p=0,56).



Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CO.028

3CVD00530-Utilisation de HOPE pour les greffons hépatiques de donneurs Maastricht III âgés: résultats d'une étude bicentrique.

Maxime FOGUENNE (1), Anoine DUBOIS (1), Joris BLONDEEL (2), Lancelot MARIQUE (1), Laurent COUBEAU (1), Olga CICCARELLI (1), Géraldine DAHLQVIST (3), Kristof VANDEVOORDE (2), Karlien DEGEZELLE (2), Ina JOCHMANS (2), Mauricio SAINZ-BARRIGA (2), Jacques PIRENNE (2), Eliano BONACCORSI RIANI (1), Diethard MONBALIU (2) - (1)Cliniques Universitaires Saint-Luc, Service De Chirurgie Et Transplantation Abdominale, Bruxelles, Belgique, (2)Universitaire Ziekenhuis Leuven, Abdominal Transplantation Department, Leuven, Belgique, (3)Cliniques Universitaires Saint-Luc, Service D'hépto-Gastroentérologie, Bruxelles, Belgique

Conflits d'intérêts

Les autres déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Les greffons hépatiques prélevés après mort circulatoire (M3) développent plus de complications liés à l'ischémie-reperfusion. Le vieillissement observé des donneurs majore d'autant plus ce risque. La perfusion hypothermique oxygénée (HOPE) réduit l'incidence de ces complications. Néanmoins, les données disponibles pour les greffons M3 très âgés (≥ 70 ans) restent limitées. Cette étude tente d'établir l'impact de HOPE sur ces greffons marginaux, en se basant sur une cohorte rétrospective bicentrique.

Méthodes

Nonante-six transplantations hépatiques (TH) avec greffons M3 ≥ 70 ans, réalisées entre 2015 et 2025 et présentant un follow-up minimal de 6 mois sont incluses dans l'étude. Parmi eux, 54 ont été perfusé selon HOPE (Old-M3-HOPE) et 42 ont été conservé dans la glace, statiquement (Old-M3-SCS).

Résultats

Les caractéristiques des receveurs et les durées d'ischémie sont comparables. Le taux de complications liées au greffon est plus faible dans le groupe Old-M3-HOPE (0.67/patient vs. 1.12/patient, $p=0.034$), malgré des donneurs plus âgés ($p<0.001$). La perte du greffon (décès/reTH) liée à ces complications est également inférieur (7.4% vs. 28.6%, $p=0.019$). En particulier, l'incidence des cholangiopathies ischémique est réduite (7.4% vs. 33.3%, $p=0.003$) (Tableau 1). Aucune différence n'a été observée concernant la survie du greffon à 1 an (84.0 % vs 76.0 %, $p=0.238$).

Conclusion

Les caractéristiques des receveurs et les durées d'ischémie sont comparables. Le taux de complications liées au greffon est plus faible dans le groupe Old-M3-HOPE (0.67/patient vs.

1.12/patient, $p=0.034$), malgré des donneurs plus âgés ($p<0.001$). La perte du greffon (décès/reTH) liée à ces complications est également inférieure (7.4% vs. 28.6%, $p=0.019$). En particulier, l'incidence des cholangiopathies ischémiques est réduite (7.4% vs. 33.3%, $p=0.003$) (Tableau 1). Aucune différence n'a été observée concernant la survie du greffon à 1 an (84.0 % vs 76.0 %, $p=0.238$).

Tableau 1. Comparaison entre les groupes ayant bénéficiés ou non d'une perfusion HOPE pré-implantatoire.

	OLD-M3-HOPE (N=54)	OLD-M3-SCS (N=42)	Valeur p
Indication de TH			
Oncologique	15 (27.8%)	17 (40.5%)	0.275
Cirrhose toxique (alcool)	18 (33.3%)	12 (28.6%)	0.781
Cirrhose MASLD	8 (14.8%)	4 (9.5%)	0.641
Cirrhose cholestastique	8 (14.8%)	4 (9.5%)	0.641
Autres	5 (9.3%)	5 (11.9%)	0.933
Age (en années)			
Donneur	76.9 ± 5.7	73.5 ± 2.9	<0.001
Receveur	60.8 ± 10.8	63.2 ± 9.4	0.256
MELD à la TH	16 ± 8	17 ± 9	0.552
Durée d'ischémie (minutes)			
SCS	216 ± 67	332 ± 91	<0.001
HOPE	172 ± 84	/	/
Ischémie chaude	42 ± 10	41 ± 11	0.534
Complications liées au greffon après 6 mois			
PNF	0 (0.0%)	2 (4.8%)	0.368
EAD	9 (16.7%)	15 (35.7%)	0.057
Cholangiopathie ischémique	4 (7.4%)	14 (33.3%)	0.003
Sténose biliaire anastomotique	18 (33.3%)	15 (35.7%)	0.978
Fistule biliaire	1 (1.9%)	1 (2.4%)	0.857
Complications vasculaires	4 (7.4%)	4 (9.5%)	0.709
Hémorragie, nécessitant reprise chirurgicale	5 (9.3%)	6 (14.3%)	0.657
Reprise chirurgicale endéans les 10 jours (à l'exclusion de l'hémorragie)	3 (5.6%)	2 (4.8%)	0.862
Rejet	1 (1.9%)	3 (7.1%)	0.440
Complications liées au greffon/patient	0.67	1.12	0.034
Complications liées au greffon et menant à sa perte (décès/reTH)	4 (7.4%)	12 (28.6%)	0.019

Légende: EAD: early allograft dysfunction, HOPE: perfusion hypothermique oxygénée, PNF: primary non-function, SCS: conservation statique au froid, TH: transplantation hépatique.

Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CO.029

3CVD00525-Validation externe d'un modèle prédictif de stéatose macro-vacuolaire du greffon hépatique sur une cohorte lilloise de 346 patients transplantés

Juba AIT MOHAND - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La pénurie d'organes conduit à recourir à des greffons à critères élargis, notamment les greffons stéatosiques. La stéatose macro-vacuolaire supérieure à 30% s'associe à un risque de perte du greffon. Elle s'estime par une biopsie hépatique extemporanée, malgré de nombreuses limites. Un modèle prédictif de stéatose macro-vacuolaire, fondé sur les paramètres préopératoires du donneur, a été construit précédemment. L'objectif est de tester la validation externe du modèle sur une nouvelle cohorte de greffons transplantés.

Méthodes

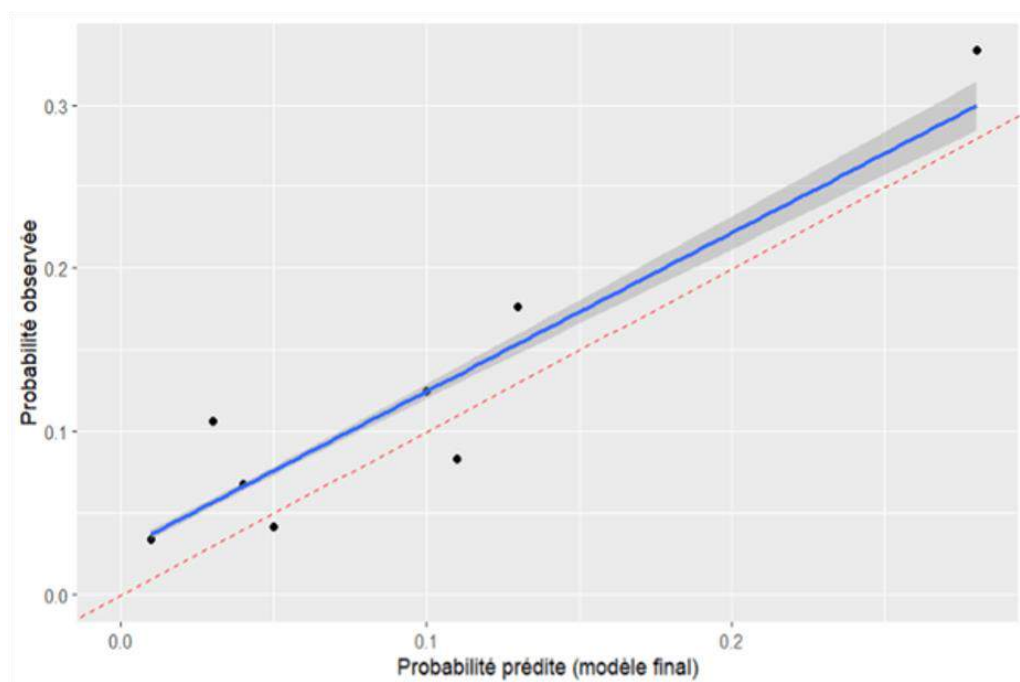
Etude monocentrique rétrospective d'une cohorte de patients greffés entre 2019 et 2024. Le critère de jugement principal est la stéatose macro-vacuolaire du greffon $\geq 30\%$ objectivée par la biopsie de reperfusion. Les variables explicatives exclusivement du donneur, sont recueillies sur la base de données CRISTAL. Des analyses de performance (MAE, RMSE) de calibration et de discrimination (AUROC), sont réalisées avec les données de la cohorte de validation, à la fois pour le modèle brut et pour le modèle final.

Résultats

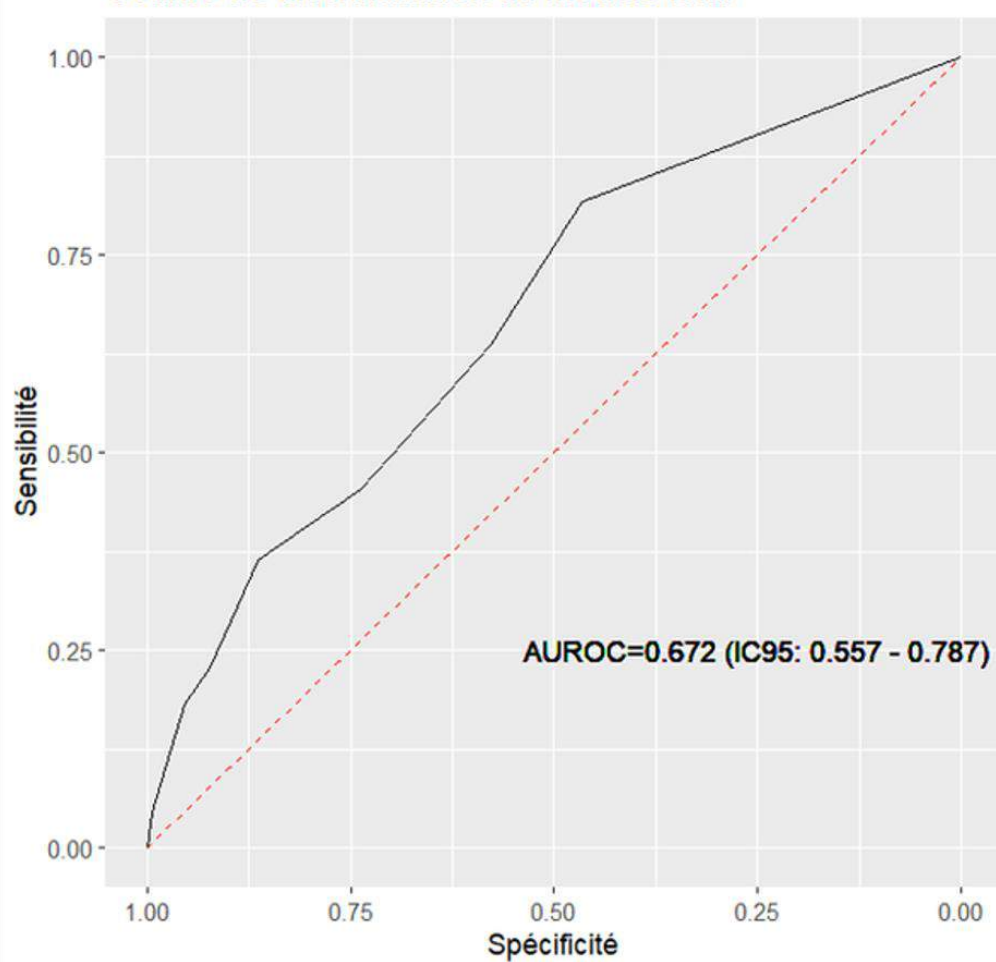
Ont été inclus 346 greffons, dont 22 (6%) présentaient une stéatose macro-vacuolaire $\geq 30\%$. Le modèle brut avait une MAE à $\pm 9,95\%$ et une RMSE à 23,9% avec une AUROC à 0,714 (IC95% : 0,593 – 0,835), tandis que le modèle final avait une MAE à $\pm 9,3\%$, une RMSE à 24,1% avec une AUROC à 0,672 (IC95% : 0,557 – 0,787).AA

Conclusion

Ont été inclus 346 greffons, dont 22 (6%) présentaient une stéatose macro-vacuolaire $\geq 30\%$. Le modèle brut avait une MAE à $\pm 9,95\%$ et une RMSE à 23,9% avec une AUROC à 0,714 (IC95% : 0,593 – 0,835), tandis que le modèle final avait une MAE à $\pm 9,3\%$, une RMSE à 24,1% avec une AUROC à 0,672 (IC95% : 0,557 – 0,787).AA



Courbe de discrimination du modèle final



Communication orale

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CO.030

3CVD00433-L'obésité impacte-t-elle réellement les résultats de la transplantation hépatique ? Analyse rétrospective monocentrique de 544 transplantations.

Martial TRISTANT, Thibault DURIN - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'impact de l'obésité sur les résultats de la transplantation hépatique (TH) reste controversé. L'objectif était d'évaluer l'association entre IMC pré-transplantation, survie, morbidité et évolution pondérale après TH.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des patients transplantés hépatiques entre 2018 et 2023. Le critère principal était la survie globale. Les critères secondaires étaient la mortalité à un an, les complications sévères à 3 mois, les réadmissions et l'évolution pondérale postopératoire.

Résultats

Parmi 544 patients inclus, 34 % avaient un IMC normal, 56% un surpoids ou une obésité de classe I, 6,5 % une obésité de classe II et 2,9 % une obésité de classe III. En analyse multivariée, le surpoids (HR 0,58 ; $p < 0,05$) et l'obésité de classe I (HR 0,33 ; $p < 0,01$) étaient associés à une meilleure survie globale. L'obésité de classe I diminuait également le risque de mortalité à un an (OR 0,18 ; $p < 0,05$). L'obésité de classe II augmentait le risque de complications sévères à 3 mois (OR 3,32 ; $p < 0,05$) et de réadmission (OR 5,69 ; $p < 0,001$). L'IMC pré-transplantation influençait significativement l'évolution pondérale avec des pertes de poids à 6 mois de -7 %, -9 %, -14 % et -13 % chez les patients en surpoids, obèses de classe I, II et III respectivement ($p < 0,001$).

Conclusion

Parmi 544 patients inclus, 34 % avaient un IMC normal, 56% un surpoids ou une obésité de classe I, 6,5 % une obésité de classe II et 2,9 % une obésité de classe III. En analyse multivariée, le surpoids (HR 0,58 ; $p < 0,05$) et l'obésité de classe I (HR 0,33 ; $p < 0,01$) étaient associés à une meilleure survie globale. L'obésité de classe I diminuait également le risque de mortalité à un an (OR 0,18 ; $p < 0,05$). L'obésité de classe II augmentait le risque de complications sévères à 3 mois (OR 3,32 ; $p < 0,05$) et de réadmission (OR 5,69 ; $p < 0,001$). L'IMC pré-transplantation influençait significativement l'évolution pondérale avec des pertes de poids à 6 mois de -7 %, -9 %, -14 % et -13 % chez les patients en surpoids, obèses de classe I,

II et III respectivement ($p < 0,001$).

Figure 3: Patient survival by BMI

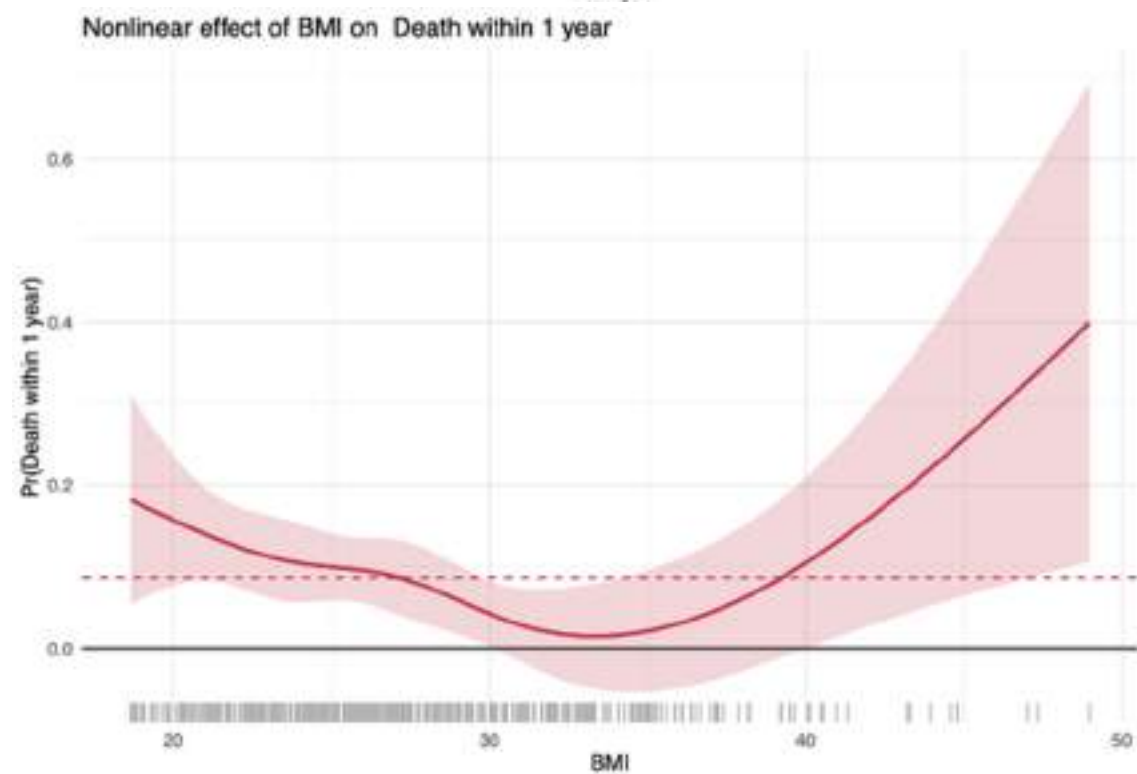
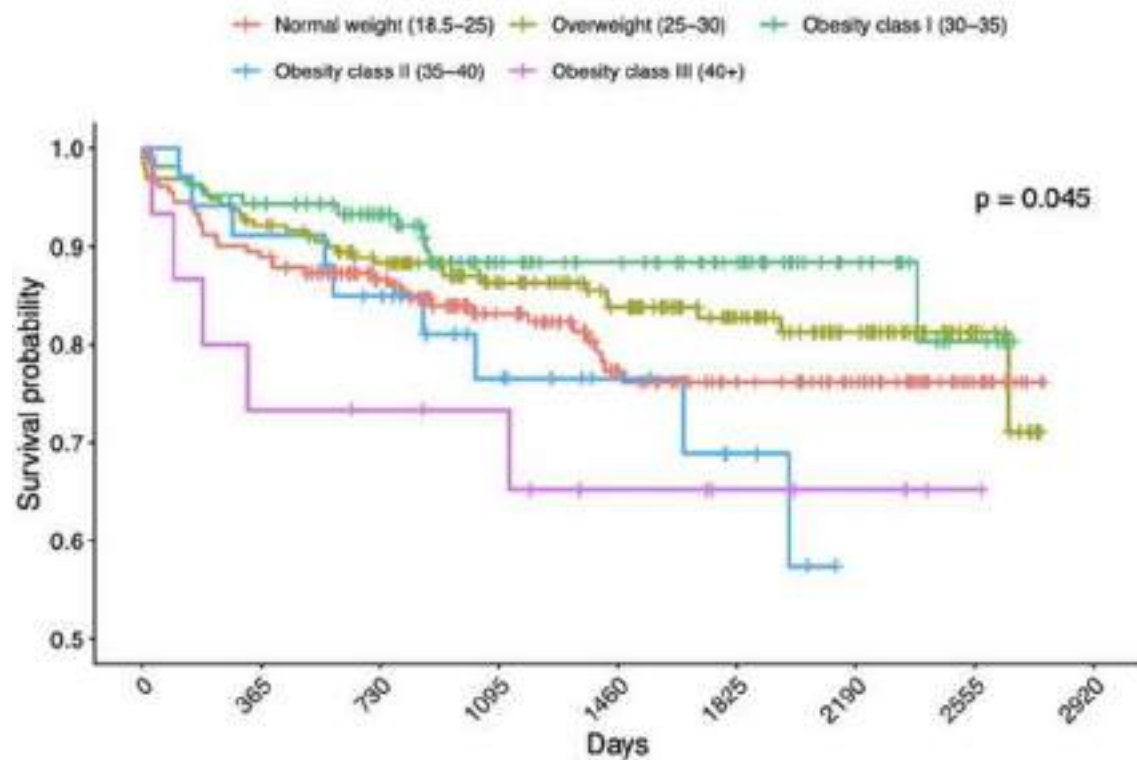


Figure 8: Nonlinear effect of BMI on death within 1 year

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

CO.031

3CVD00851-Textbook Outcome et survie après oesophagectomie selon Lewis-Santy: comparaison des approches hybride et totalement mini-invasive dans un centre à haut volume

Eloise BONNIN, Emeline CAILLIAU, Helene BEHAL, Adrien OULHEN, Guillaume PIESEN, Julie VEZIAN - (1)Chu, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'approche hybride (HMIE) est la référence pour l'œsophagectomie selon Lewis-Santy (essai MIRO, NEJM 2019). Aucun essai randomisé n'a encore comparé l'HMIE à l'approche totalement mini-invasive (TMIE) dont les bénéfices restent controversés, avec un surrisque de fistule rapporté. L'objectif était de comparer ces deux approches à l'aide d'un critère composite de qualité des soins chirurgicaux, le Textbook Outcome (TBO).

Méthodes

Étude rétrospective de 849 patients (HMIE n=459, TMIE n=390) opérés selon Lewis-Santy pour cancer dans un centre à haut-volume (2010-2024). Le CJP était le taux de complétion du TBO (Kalf-2021), comparé par GEE pondéré IPTW. Les survies ont été analysées par Cox pondéré IPTW, l'effet du TBO avec Landmark à 90 jours.

Résultats

Le taux de TBO était comparable (HMIE 27,7% vs TMIE 27,9%, OR 0,93 [0,67-1,28], p=0,65). L'approche TMIE était associée à plus de fistule anastomotique (24,6% vs 11,1%, OR 3,10 [2,09-4,61], p<0,001) et de ré-hospitalisation à 30 jours (21,3% vs 10,2%, OR 2,27 [1,50-3,42], p<0,001), et moins de réadmissions en réanimation/USC (OR 0,63 [0,40-0,98], p=0,039). La SG à 5 ans était de 52,9%, sans différence entre les deux approches (p=0,19) Figure1. L'approche TMIE était associée à une meilleure SSR (HR 0,78 [0,63-0,98], p=0,029). La complétion du TBO était associée à une meilleure SG (HR 0,68, p=0,005) Figure2 et SSR (HR 0,69, p=0,003).

Conclusion

Le taux de TBO était comparable (HMIE 27,7% vs TMIE 27,9%, OR 0,93 [0,67-1,28], p=0,65). L'approche TMIE était associée à plus de fistule anastomotique (24,6% vs 11,1%, OR 3,10 [2,09-4,61], p<0,001) et de ré-hospitalisation à 30 jours (21,3% vs 10,2%, OR 2,27 [1,50-3,42], p<0,001), et moins de réadmissions en réanimation/USC (OR 0,63 [0,40-0,98], p=0,039). La SG à 5 ans était de 52,9%, sans différence entre les deux approches (p=0,19) Figure1.

L'approche TMIE était associée à une meilleure SSR (HR 0,78 [0,63-0,98], $p=0,029$). La complétion du TBO était associée à une meilleure SG (HR 0,68, $p=0,005$) Figure2 et SSR (HR

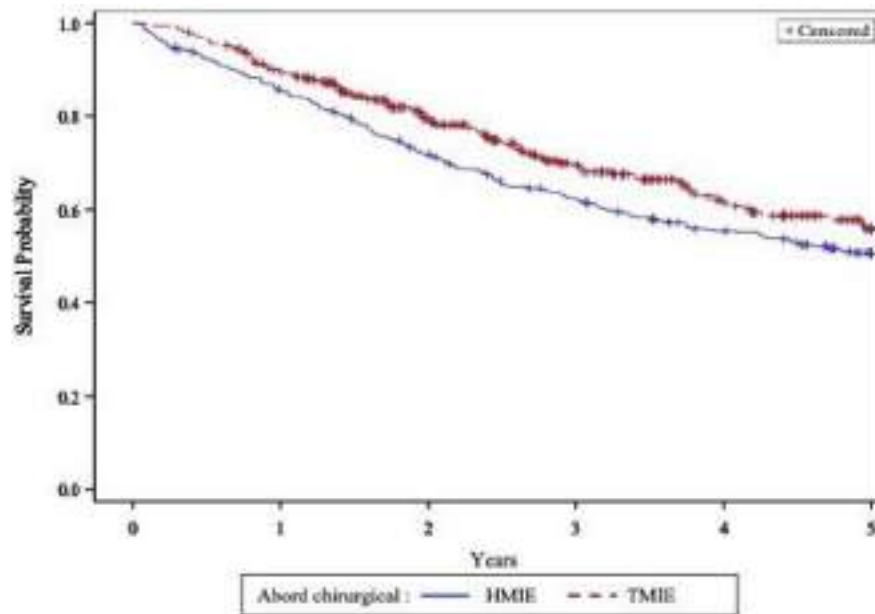


Figure 1 : Survie globale (censurée à 5 ans) selon la voie d'abord (HMIE vs TMIE). HR 0,85 [0,67-1,09], $p=0,19$.

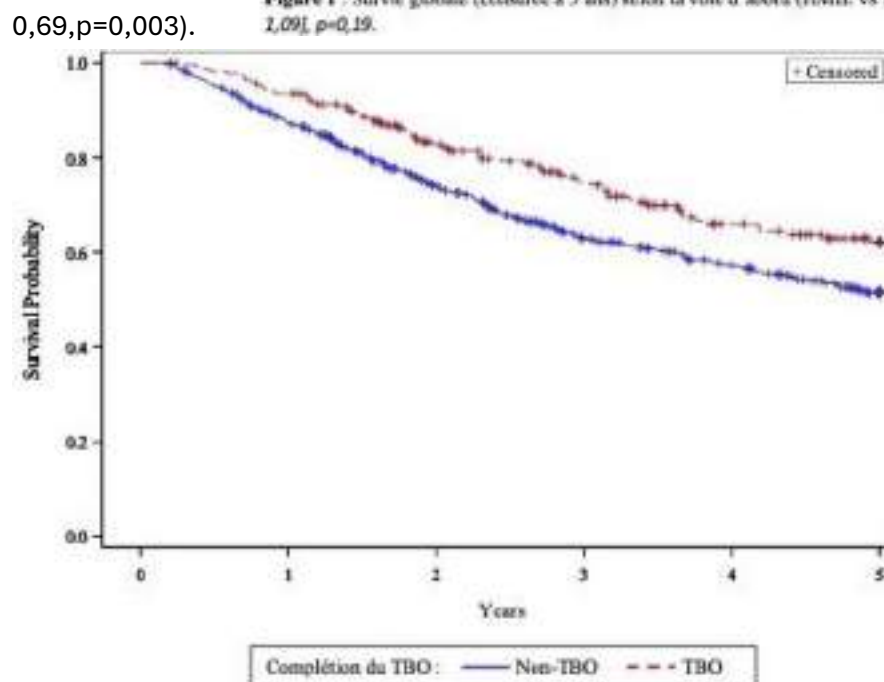


Figure 2 : Survie globale (censurée à 5 ans) selon la complétion du TBO global. HR 0,68 [0,55-0,89], $p=0,005$

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

CO.032

3CVD00667-Impact pronostique du statut ganglionnaire chez les mauvais répondeurs après chimiothérapie néoadjuvante pour adénocarcinome œsogastrique

Luca CIGAGNA (1), Hugo TEIXEIRA-FARINHA (2), Valérie AURILLAC (1), Damien BOURIEZ (1), Jean-Marc GORNET (3), Brice PAQUETTE (4), Laurent SULPICE (5), Olivier GLÉHEN (6), Julie VEZIAN (7), Guillaume PIESSEN (7), Caroline GRONNIER (1) - (1)Chu Bordeaux, Pessac, France, (2)Chuv Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse, (3)Aphp, Paris, France, (4)Chu Besançon, Besançon, France, (5)Chu Rennes, Rennes, France, (6)Chu Lyon, Lyon, France, (7)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Les patients ayant un adénocarcinome œsogastrique présentant une faible réponse à la chimiothérapie néoadjuvante (Mandard TRG4-5) ont un pronostic défavorable. Le rôle du statut ganglionnaire dans cette population reste mal défini. L'objectif était d'évaluer son impact sur la survie et les récurrences.

Méthodes

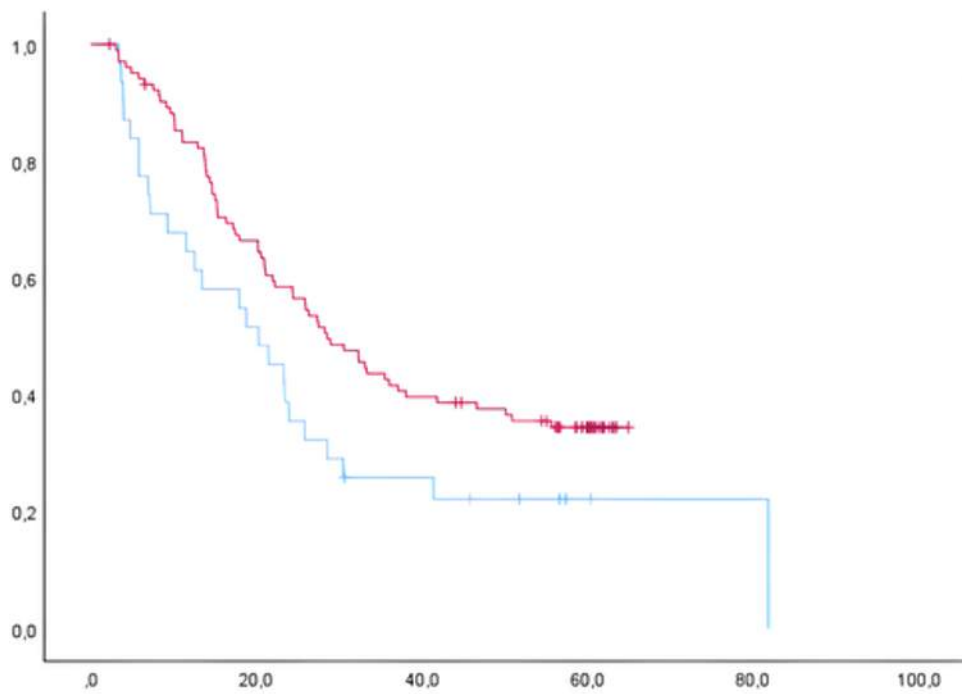
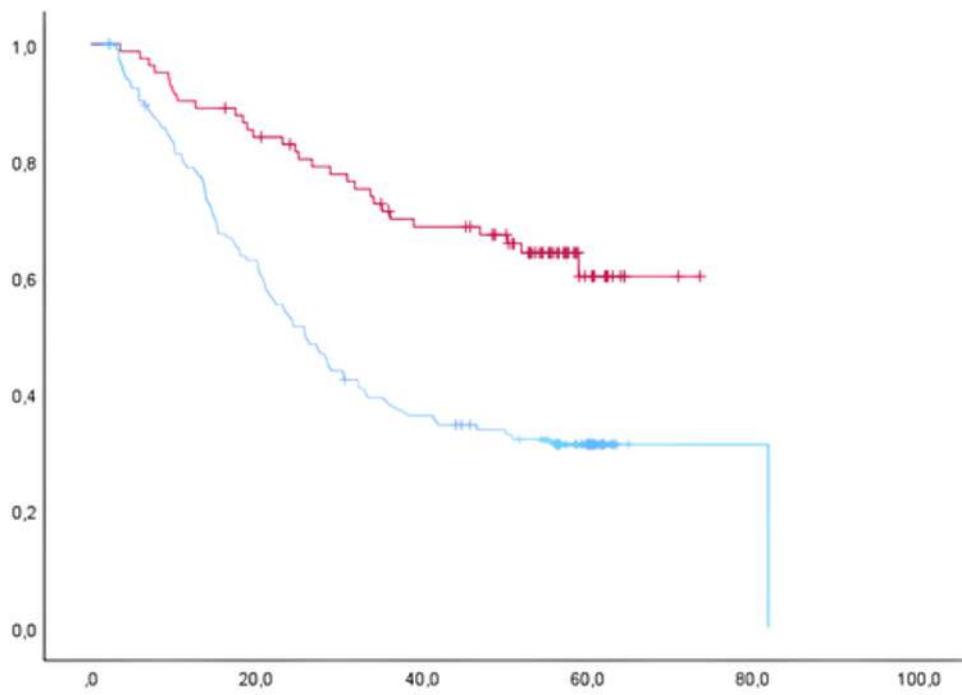
Une étude rétrospective a été réalisée sur la base multicentrique française FREGAT (NCT02526095). Parmi 6203 patients inclus entre 2014 et 2023, 307 patients présentant un adénocarcinome œso-gastrique non métastatique, traités par chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une résection R0 et classés TRG4-5, ont été analysés. Les caractéristiques clinico-pathologiques, les traitements adjuvants et les résultats oncologiques ont été étudiés.

Résultats

Après un suivi médian de 34,1 mois, la survie globale médiane était de 34,1 mois. Les principales localisations tumorales étaient la jonction œsogastrique (35,5 %), l'estomac (29,3 %) et l'œsophage (21,5 %). Une atteinte ganglionnaire pathologique (pN+) était observée chez 61,2 % des patients et associée à une diminution significative de la survie globale (25,8 vs 51,5 mois ; $p < 0,001$) ainsi qu'à un risque accru de récurrence. Chez les patients pN+, la chimiothérapie adjuvante améliorait significativement la survie globale (28,2 vs 20,2 mois ; $p = 0,03$), contrairement aux patients pN0 (52,3 vs 50,6 mois ; $p = \text{NS}$). En analyse multivariée, le statut cN+ (OR 4,44 ; $p = 0,007$) et la récurrence locorégionale (OR 6,09 ; $p = 0,01$) étaient indépendamment associés au statut pN+.

Conclusion

Après un suivi médian de 34,1 mois, la survie globale médiane était de 34,1 mois. Les principales localisations tumorales étaient la jonction œsogastrique (35,5 %), l'estomac (29,3 %) et l'œsophage (21,5 %). Une atteinte ganglionnaire pathologique (pN+) était observée chez 61,2 % des patients et associée à une diminution significative de la survie globale (25,8 vs 51,5 mois ; $p < 0,001$) ainsi qu'à un risque accru de récurrence. Chez les patients pN+, la chimiothérapie adjuvante améliorait significativement la survie globale (28,2 vs 20,2 mois ; $p = 0,03$), contrairement aux patients pN0 (52,3 vs 50,6 mois ; $p = \text{NS}$). En analyse multivariée, le statut cN+ (OR 4,44 ; $p = 0,007$) et la récurrence locorégionale (OR 6,09 ; $p = 0,01$) étaient indépendamment associés au statut pN+.



Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

CO.033

3CVD00503-Impact de l'abord mini-invasif thoracique sur les complications respiratoires après œsophagectomie : cohorte bicentrique de 259 patients

Yannick MOREL (1) , Alexandre CHALLINE (1), Thibault VORON (1), Helene CORTE (2), Leon MAGGIORI (2), Diane GOERE (2), Francois PAYE (1), Jeremie H LEFEVRE (1), Pierre CATTAN (2), Yann PARC (1) - (1)Department Of General And Digestive Surgery, Sorbonne Université, Ap-Hp, Hôpital Saint Antoine, 75012, Paris, France., Paris, France, (2)Department Of Visceral, Oncologic And Endocrine, University Hospitals Saint-Louis-Lariboisière, Ap-Hp, Paris, France., Paris, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

L'oesophagectomie hybride (Hy) a montré son bénéfice sur les complications respiratoires post-opératoires. Cependant, la voie d'abord thoracique optimale reste débattue. Cette étude évalue l'impact du totalement mini-invasive (TMI) sur la morbidité respiratoire.

Méthodes

Cette étude bicentrique a inclus des patients opérés d'une œsophagectomie de Lewis Hy ou TMI pour cancer entre janvier 2018 et décembre 2024. Les complications respiratoires majeures étaient définies par la nécessité d'une réintubation secondaire ou la survenue d'un SDRA. Une analyse multivariée après appariement de la population a été réalisée suivi d'une analyse de sensibilité excluant les patients traités avant 2021.

Résultats

259 patients ont été inclus (86% d'homme, âge médian 63ans), avec 69% de fumeurs, 11% de BPCO et 25% d'obésité. 105 patients étaient opérés dans le centre1 (Hy=88%) et 154 dans le centre2 (TMI=85%). Les taux de complications pulmonaires globales et majeures étaient significativement plus élevés dans le groupe TMI (55% vs 32%, $p<0,001$; 21% vs 9%, $p=0,006$). Une durée opératoire prolongée augmentait significative de la morbidité respiratoire ($<320\text{min}=34\%$; $320-390\text{min}=43\%$; $\geq 390\text{min}=59\%$, $p=0,003$). En analyse multivariée (Tableau1), la TMI augmentait le risque de complications pulmonaires globales et majeures ($\text{OR}=2,8$, $\text{IC95\%}=1,4-5,8$ et $\text{OR}=3,7$, $\text{IC95\%}=1,4-11,4$). Une durée opératoire prolongée augmentait le risque de complications pulmonaires ($\text{OR}=3,5$, $\text{IC95\%}=1,6-8,0$). L'analyse de sensibilité ($n=194$) a confirmé des taux plus élevés de complications respiratoires (tableau2).

Conclusion

259 patients ont été inclus (86% d'homme, âge médian 63ans), avec 69% de fumeurs, 11% de BPCO et 25% d'obésité. 105 patients étaient opérés dans le centre1 (Hy=88%) et 154 dans le centre2 (TMI=85%). Les taux de complications pulmonaires globales et majeures étaient significativement plus élevés dans le groupe TMI (55% vs32%, $p<0,001$; 21% vs 9%, $p=0,006$). Une durée opératoire prolongée augmentait significativement la morbidité respiratoire ($<320\text{min}=34\%$; $320-390\text{min}=43\%$; $\geq 390\text{min}=59\%$, $p=0,003$). En analyse multivariée (Tableau1), la TMI augmentait le risque de complications pulmonaires globales et majeures ($\text{OR}=2,8$, $\text{IC95\%}=1,4-5,8$ et $\text{OR}=3,7$, $\text{IC95\%}=1,4-11,4$). Une durée opératoire prolongée augmentait le risque de complications pulmonaires ($\text{OR}=3,5$, $\text{IC95\%}=1,6-8,0$). L'analyse de sensibilité ($n=194$) a confirmé des taux plus élevés de complications respiratoires (tableau2).

Tableau 1. Analyse multivariée des facteurs associés aux complications pulmonaires sévères après appariement par score de propension

<i>Variable</i>	<i>OR</i>	<i>IC95 %</i>	<i>p</i>
<i>Sexe féminin</i>	0,70	0,17–2,30	0,59
<i>Âge</i>	0,99	0,95–1,03	0,60
<i>OMS ≥ 2</i>	1,56	0,30–3,61	0,55
<i>Non fumeur</i>	ref		
<i>Tabagisme actif</i>	1,27	0,39–4,08	0,69
<i>Ancien fumeur</i>	1,82	0,67–5,16	0,24
<i>BPCO</i>	1,16	0,31–3,93	0,82
<i>Syndrome d'apnées du sommeil</i>	2,60	0,52–12,17	0,23
<i>Obésité</i>	0,60	0,19–1,64	0,34
<i>Dénutrition</i>	1,69	0,23–8,42	0,55
<i>Protocole CROSS</i>	2,00	0,27–14,41	0,55
<i>Chimiothérapie</i>	0,95	0,13–19,17	0,96
<i>TMI</i>	3,76	1,41–10,03	0,01
<i>Exclusion pulmonaire</i>	3,42	0,76–20,38	0,15
<i>Temps opératoire < 320</i>	ref		
<i>Temps opératoire 320–390 min</i>	1,49	0,49–4,78	0,49
<i>Temps opératoire > 390 min</i>	2,00	0,71–6,11	0,20

Tableau 2. Analyse de sensibilité chez les patients opérés après 2021 selon l'approche chirurgicale

<i>Critère de jugement</i>	<i>Hybride (n = 74)</i>	<i>TMI (n = 120)</i>	<i>p</i>
<i>Complications sévères globales</i>	23 (31 %)	54 (45 %)	0,054
<i>Complications respiratoires globales</i>	23 (31 %)	73 (61 %)	< 0,001
<i>Pneumonie</i>	15 (20 %)	52 (43 %)	0,001
<i>Épanchement pleural</i>	12 (16 %)	23 (19 %)	0,60
<i>Inhalation</i>	1 (1 %)	13 (11 %)	0,013
<i>Pneumothorax</i>	1 (1 %)	10 (8 %)	0,054
<i>Complications respiratoires majeures</i>	7 (9 %)	30 (25 %)	0,007
<i>Réintubation secondaire</i>	7 (9 %)	30 (25 %)	0,007
<i>SDRA</i>	2 (3 %)	5 (4 %)	0,70

Communication orale

D. Chirurgie Œsogastrique

CO.034

3CVD00425-Textbook Outcomes et survie après chirurgie gastrique pour cancer: résultats d'une étude multicentrique francophone

Ophélie BACOEUR-OUZILLOU (1) , Florian MARTINET-KOSINSKI (1), Julie VEZIAN (2), Gilles MANCEAU (3), Jerome GUIRRAMAND (4), Thibault VORON (5), Johan GAGNIERE (6), Caroline GRONNIER (7) - (1)Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (2)Chu Lille, Lille, France, (3)Aphp Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France, (5)Hopital Saint Antoine, Paris, France, (6)Chu Clermont Ferrand, Clermont Ferrand, France, (7)Chu Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le Textbook Outcome (TO) est un critère composite évaluant la qualité de la prise en charge chirurgicale. En chirurgie gastrique oncologique, il comprend : résection radicale selon le chirurgien, absence de complication peropératoire, curage d'au moins 15 ganglions, absence de complication postopératoire sévère, de séjour hospitalier prolongé, de réintervention, de mortalité postopératoire et obtention d'une résection R0. Cette étude visait à déterminer le taux d'obtention du TO, son impact sur la survie et les facteurs associés à son échec.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique francophone (base AFC) incluant 2131 patients opérés pour cancer gastrique entre 2007 et 2017. Les patients ayant atteint le TO ont été comparés à ceux ne l'ayant pas atteint.

Résultats

Parmi les 958 patients éligibles, le TO a été obtenu chez 41,5 %. Son obtention était associée à une meilleure survie globale et à une meilleure survie sans récurrence ($p < 0,01$ pour les deux). En analyse univariée, l'âge, l'IMC, la localisation et le stade tumoral, le traitement néoadjuvant et le type de gastrectomie étaient associés à l'échec du TO. En analyse multivariée, seuls un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ et une tumeur située sur la petite courbure demeuraient significativement associés à l'échec du TO.

Conclusion

Parmi les 958 patients éligibles, le TO a été obtenu chez 41,5 %. Son obtention était associée à une meilleure survie globale et à une meilleure survie sans récurrence ($p < 0,01$ pour les deux). En analyse univariée, l'âge, l'IMC, la localisation et le stade tumoral, le traitement néoadjuvant et le type de gastrectomie étaient associés à l'échec du TO. En analyse multivariée, seuls un IMC

> 30 kg/m² et une tumeur située sur la petite courbure demeuraient significativement associés à l'échec du TO.

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

CO.035

3CVD00507-Impact de la chirurgie bariatrique sur l'accès à la transplantation rénale chez les patients en situation d'obésité.

Lucas ANDREZ (1) , Julien BRANCHEREAU (2), David JACOBI (3), Claire GARANDEAU (4), Aurélie HOUZET (4), Grégoire SOLANS (1), Marie DE MONTRICHARD (1), Camille SOLIER (5), Claire BLANCHARD (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Chu, Nantes, France, (2)Service De Chirurgie Urologique Chu, Nantes, France, (3)Service De Nutrition Chu, Nantes, France, (4)Service De Néphrologie Chu, Nantes, France, (5)Service D'endocrinologie Chu, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

L'obésité, en étant associée à plus de complications, et dans un contexte de pénurie de greffon, constitue un frein majeur pour l'accès à la transplantation rénale. La perte de poids chez ces patients permet d'améliorer leur éligibilité. La chirurgie bariatrique peut être proposée.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique, via un codage PMSI, dans un centre de niveau 3 incluant l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie bariatrique du 01/01/2005 au 10/09/2025 dans une stratégie d'accès à la transplantation rénale.

Résultats

Sur la période d'étude, treize patients ont eu une chirurgie bariatrique pour accéder à la transplantation, onze sleeve et deux bypass gastrique. L'IMC et l'âge médian préopératoires étaient respectivement de 42.3kg/m² et 48.2ans, 10 (77%) étaient de sexe féminin. La durée médiane de séjour était de 5 (1-23) jours, il n'y a eu aucune complication grave.
 Onze (61%) patients ont été inscrits sur liste d'attente, six (46%) patients ont eu une transplantation rénale, la durée médiane d'attente sur liste était de 584 (133-1495) jours, l'IMC médian au moment de la transplantation était de 33.5kg/m². Nous ne rapportons pas d'événement indésirable grave à court et long terme post-transplantation. Après une durée de suivi médiane de 43 mois il n'y a eu aucune perte de greffon.

Conclusion

Sur la période d'étude, treize patients ont eu une chirurgie bariatrique pour accéder à la transplantation, onze sleeve et deux bypass gastrique. L'IMC et l'âge médian préopératoires étaient respectivement de 42.3kg/m² et 48.2ans, 10 (77%) étaient de sexe féminin. La durée médiane de séjour était de 5 (1-23) jours, il n'y a eu aucune complication grave.
 Onze (61%) patients ont été inscrits sur liste d'attente, six (46%) patients ont eu une transplantation

rénale, la durée médiane d'attente sur liste était de 584 (133-1495) jours, l'IMC médian au moment de la transplantation était de 33.5kg/m². Nous ne rapportons pas d'événement indésirable grave à court et long terme post-transplantation. Après une durée de suivi médiane de 43 mois il n'y a eu aucune perte de greffon.

Variable	Population totale (n=13)
Age (année)	45 (40-56)
Femme (n, %)	10 (76.9)
IMC (kg/m ²)	42.9 (40.1-43.3)
Comorbidités	
Diabète (n, %)	6 (46.2)
Hypertension (n, %)	10 (76.9)
Dyslipidémie (n, %)	6 (46.2)
SAOS (n, %)	7 (53.8)
Type de chirurgie bariatrique	
SG (n, %)	11 (84.6)
RYGB (n, %)	2 (15.4)
Stade IRC	
Stade 5 (n, %)	8 (61.5)
Stade 4 (n, %)	5 (38.5)

Tab. 1. Caractéristiques des patients au moment de la réalisation de la chirurgie bariatrique.

Variable	Population totale (n=13)
Durée de séjour (jour)	4 (2-5.5)
Complications précoces (≤ 30 jours)	
Complications, n (%)	2 (15.4)
Réhospitalisation, n (%)	2 (15.4)
Réintervention, n (%)	0 (0)
Mortalité, n (%)	0 (0)
Complications tardives (> 30 jours)	
Complications, n (%)	0 (0)
Réhospitalisation, n (%)	0 (0)
Réintervention, n (%)	0 (0)

Tab. 2. Complications de la chirurgie bariatrique.

Variable	Total population (n=6)
Durée sur liste d'attente (mois)	19.2 (9.7–39.8)
Délai entre la CB et la TR (mois)	32.8 (21.2–52.7)
Transplantation préemptive, n (%)	1 (16,6)
Délai entre la mise en dialyse et la TR (mois)	51.6 (17.8–55.8)
Age (années)	47.5 (39.5–54.8)
IMC (kg/m ²)	33.7 (32.2–34.7)
Délai reprise fonction du transplant (jours)	1.5 (1–4.2)
RRF, n (%)	0 (0)
NFP, n (%)	0 (0)
Durée de séjour (days)	5.5 (5–8.2)
Complications précoces (< 30 jours)	
Total, n (%)	1 (16.7)
Hématome péri-transplant, n (%)	1 (16.7)
Complications tardives (≥ 30 jours)	
Total, n (%)	2 (33.3)
Rejet, n (%)	0 (0)
Infection urinaire, n (%)	1 (16.7)
Hernie incisionnelle, n (%)	1 (16.7)
Perte de transplant, n (%)	0 (0)
Retour en dialyse, n (%)	0 (0)
Evènement cardiovasculaire, n (%)	0 (0)
Décès, n (%)	0 (0)
Fonction rénale	
Durée médiane de suivi (mois)	43.2 (22.6–66.7)
Créatininémie initiale (μmol/L)	210 (151.5–339.8)
Créatininémie M3 (μmol/L)	99 (95–111)
Créatininémie M6 (μmol/L)	105 (97.5–112.2)
Créatininémie M12 (μmol/L)	121 (108.2–135.2)
Créatininémie au dernier suivi (μmol/L)	114.5 (101–121.2)

Tab 3. Complications et résultats de la transplantation rénale

Communication orale

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

CO.036

3CVD00324-Échecs d'ambulatoire après sleeve gastrectomie

Jérôme MARCELLE, Marie-Cecile BLANCHET, Vincent FRERING, Jessica CROZET, Christophe DUCHAMP, Benoit GIGNOUX - (1)Cso Sauvegarde, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La sleeve gastrectomie en ambulatoire repose sur une sélection rigoureuse des patients et une organisation adaptée. L'échec d'ambulatoire, défini par une hospitalisation non programmée après l'intervention, constitue un indicateur de faisabilité et de sécurité. L'objectif était d'analyser sa fréquence, ses causes et son évolution clinique.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie programmée en ambulatoire entre 2019 et 2024. Les données recueillies concernaient les causes d'échec, la durée de séjour, les complications secondaires et les réhospitalisations à 30 jours.

Résultats

Parmi les 2207 patients inclus, 225 ont présenté un échec d'ambulatoire (10,2 %). Les principales causes étaient les nausées-vomissements persistants (n=69), l'hypertension artérielle (n=53), la douleur insuffisamment contrôlée (n=49) et l'asthénie, les malaises ou l'hypotension (n=26). Six patients ont été maintenus en hospitalisation pour complications périopératoires (saignement n=4, troubles du rythme n=2). La durée moyenne de séjour était de 34,6 heures contre 11,5 heures pour les patients sortis en ambulatoire. Treize patients (5,7 %) ont développé une complication secondaire, principalement hémorragique ou thrombotique. Neuf patients ont été réhospitalisés dans le premier mois postopératoire.

Conclusion

Parmi les 2207 patients inclus, 225 ont présenté un échec d'ambulatoire (10,2 %). Les principales causes étaient les nausées-vomissements persistants (n=69), l'hypertension artérielle (n=53), la douleur insuffisamment contrôlée (n=49) et l'asthénie, les malaises ou l'hypotension (n=26). Six patients ont été maintenus en hospitalisation pour complications périopératoires (saignement n=4, troubles du rythme n=2). La durée moyenne de séjour était de 34,6 heures contre 11,5 heures pour les patients sortis en ambulatoire. Treize patients (5,7 %)

ont développé une complication secondaire, principalement hémorragique ou thrombotique. Neuf patients ont été réhospitalisés dans le premier mois postopératoire.

Communication orale

F. Chirurgie Endocrinienne

CO.037

3CVD00455-Infection de site opératoire après thyroïdectomie : une étude nationale française de 485 041 patients

Guillaume DELOCHE, Camille MARCINIAK, Xavier LENNE, Aghiles HAMROUN, Amélie BRUANDET, Gregory BAUD, Mathilde GOBERT, Mikael CHETBOUN, Didier THEIS, François PATTOU, Robert CAIAZZO - (1)Chu De Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt en rapport avec le sujet de la part des auteurs

Introduction

Les études prospectives rapportent des taux d'infection du site opératoire (ISO) de 0,5-1 % après thyroïdectomie et les recommandations actuelles ne préconisent pas d'antibioprophylaxie systématique. Cependant, celle-ci reste largement utilisée. L'objectif était d'estimer l'incidence réelle des ISO après thyroïdectomie et d'identifier les facteurs de risque indépendants afin de définir les patients susceptibles de bénéficier d'une prophylaxie ciblée.

Méthodes

Une étude rétrospective nationale a été réalisée à partir du Système National des Données de Santé (SNDS) entre 2010 et 2024. Tous les patients adultes ayant bénéficié d'une thyroïdectomie ont été inclus. Les ISO à 30 jours ont été identifiées à l'aide d'un algorithme composite associant diagnostics d'infection, prescriptions antibiotiques postopératoires, reconsultations précoces et réhospitalisations pour infection. Les IC95% ont été calculés selon Clopper-Pearson. Les facteurs associés aux ISO ont été évalués par régression multivariée.

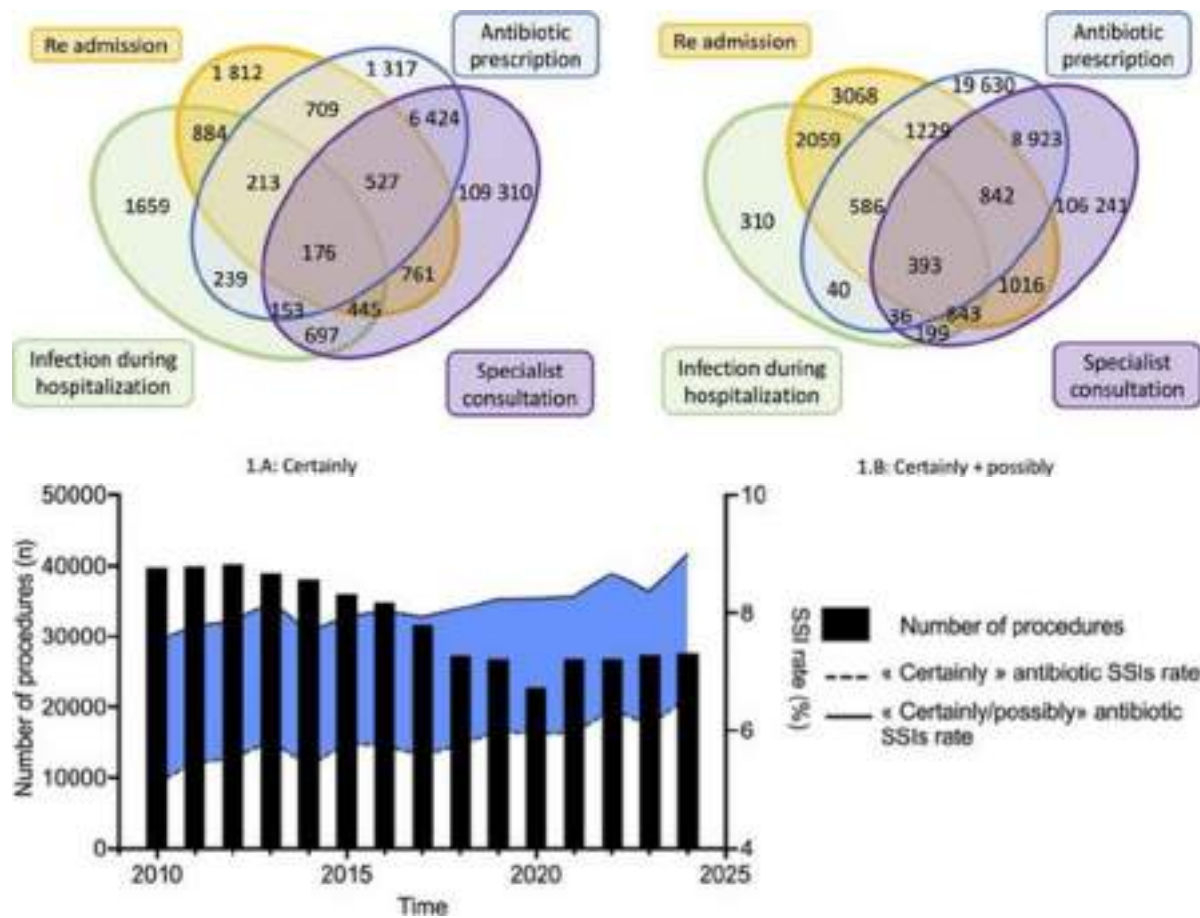
Résultats

Au total, 485 041 thyroïdectomies ont été analysées. L'âge moyen était de $52,8 \pm 14,7$ ans et 82,3 % des patients étaient des femmes. Selon la définition retenue, le taux d'ISO variait de 5,8% pour les définitions les plus restrictives à 8,1 % pour la définition la plus large. Les facteurs indépendamment associés à la survenue d'une ISO étaient un faible volume chirurgical hospitalier (<52 interventions/an, $OR \approx 1,4$), le sexe masculin ($OR \approx 1,6$), l'âge ≥ 70 ans ($OR \approx 1,2$), la réalisation d'un curage latéral ($OR \approx 1,4$) et la présence de comorbidités.

Conclusion

Au total, 485 041 thyroïdectomies ont été analysées. L'âge moyen était de $52,8 \pm 14,7$ ans et 82,3 % des patients étaient des femmes. Selon la définition retenue, le taux d'ISO variait de 5,8% pour les définitions les plus restrictives à 8,1 % pour la définition la plus large. Les facteurs indépendamment associés à la survenue d'une ISO étaient un faible volume

chirurgical hospitalier (<52 interventions/an, $OR \approx 1,4$), le sexe masculin ($OR \approx 1,6$), l'âge ≥ 70 ans ($OR \approx 1,2$), la réalisation d'un curage latéral ($OR \approx 1,4$) et la présence de comorbidités.



Communication orale

G. Chirurgie Pariétale

CO.038

3CVD00144-Facteurs de risque d'infection du site opératoire et recours à la thérapie par pression négative après réparation élective d'événtration avec prothèse

Francois ANSART, Hessa ALSUWAIDAN, Alya BELLEMIN, David MOSZKOWICZ - (1)Université Paris Cité, Service De Chirurgie Digestive, Centre De Chirurgie De La Paroi Abdominale, Hôpital Louis-Mourier, Dmu Esprit-Ghu Ap-Hp. Nord-Université Paris Cité, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun en lien avec ce travail

Introduction

La réparation prothétique est le traitement de référence des événtrations. L'infection du site opératoire (ISO) est une complication pouvant compromettre les résultats et la conservation de la prothèse. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque d'ISO et ceux associés à l'utilisation de la thérapie par pression négative (TPN) après cure d'événtration avec prothèse (CEP).

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant des patients sélectionnés ayant une CEP entre 2021 et 2024. Les facteurs de risque d'ISO et ceux associés à la nécessité d'une TPN après ISO ont été analysés par régression logistique.

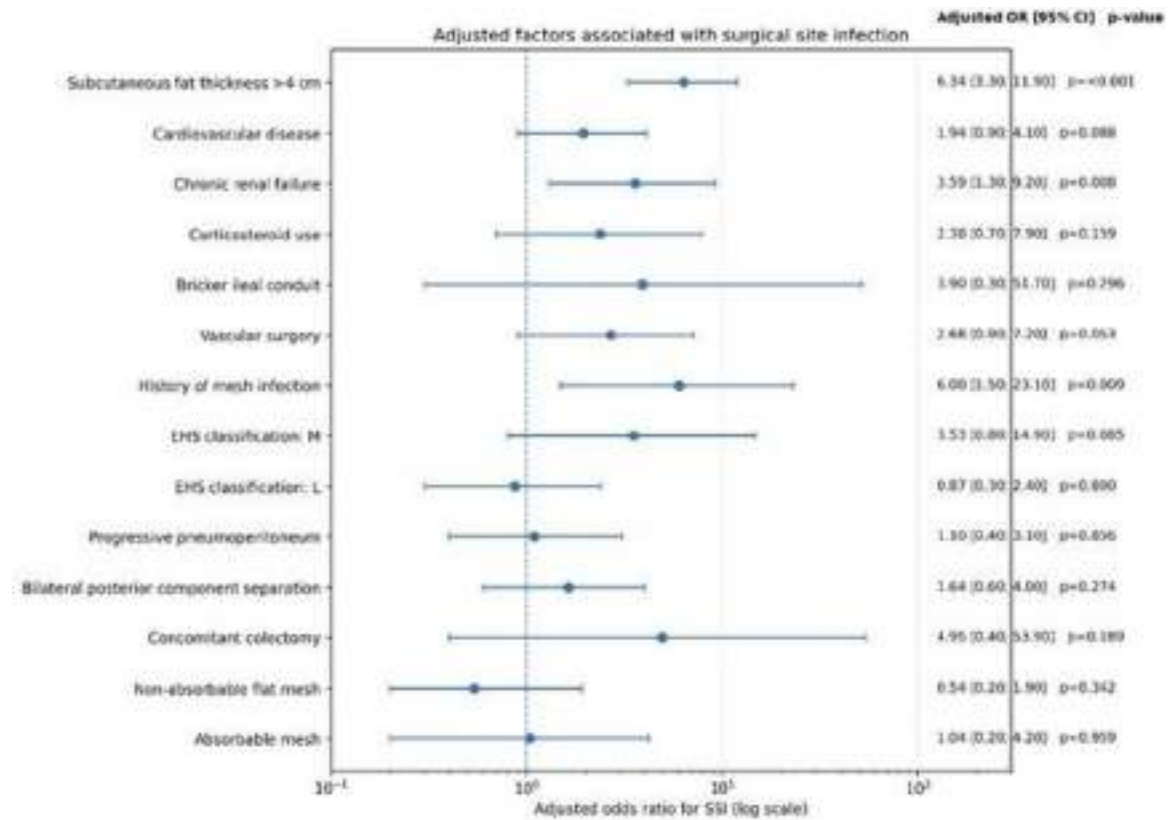
Résultats

Parmi 560 patients, 64 (11,4 %) ont présenté une ISO, dont cinq infections chroniques (0,9 % ; 7,8 % des ISO). En analyse multivariée, une épaisseur sous-cutané > 4 cm (OR = 6,34 ; IC95 % [3,3–11,9] ; $p < 0,001$), une insuffisance rénale chronique (OR = 3,59 ; IC95 % [1,3–9,2] ; $p = 0,008$) et un antécédent d'infection de prothèse (OR = 6,0 ; IC95 % [1,5–23,1] ; $p = 0,009$) étaient indépendamment associés à l'ISO. Chez les patients avec ISO, seule une épaisseur > 4 cm était associée à l'utilisation de TPN (OR = 5,56 ; IC95 % [1,9–16,3] ; $p < 0,001$).

Conclusion

Parmi 560 patients, 64 (11,4 %) ont présenté une ISO, dont cinq infections chroniques (0,9 % ; 7,8 % des ISO). En analyse multivariée, une épaisseur sous-cutané > 4 cm (OR = 6,34 ; IC95 % [3,3–11,9] ; $p < 0,001$), une insuffisance rénale chronique (OR = 3,59 ; IC95 % [1,3–9,2] ; $p = 0,008$) et un antécédent d'infection de prothèse (OR = 6,0 ; IC95 % [1,5–23,1] ; $p = 0,009$) étaient indépendamment associés à l'ISO. Chez les patients avec ISO, seule une épaisseur > 4 cm

était associée à l'utilisation de TPN (OR = 5,56 ; IC95 % [1,9–16,3] ; $p < 0,001$).



Adjusted odds ratios were derived from the multivariable logistic regression model. Reference categories should be specified in the final manuscript.

Communication orale

G. Chirurgie Pariétale

CO.039

3CVD00114-Enquête de l'AFC : facteurs de risque de complications sévères après cure de hernie inguinale. Analyse de la cohorte du Club-Hernie

Florian SECKLER (1), Michel VELTEN (2), Jean-Pierre COSSA (3), Marc SOLER (4), Gérard FROMONT (5), Jean-François GILLION (6), Benoit ROMAIN (7) - (1)Hôpital De Hautepierre-Hôpitaux Universitaires De Strasbourg, Strasbourg, France, (2)Département D'épidémiologie, Université De Strasbourg; Institut Public De Cancérologie Strauss Europe, Strasbourg, France, (3)Institut De La Hernie, Paris, France, (4)Clinique Saint Jean, Cagnes Sur Mer, France, (5)Polyclinique, Bois-Bernard, France, (6)Surgical Department, Ramsay Sante Hôpital Privé, Antony, France, (7)Hôpital De Hautepierre-Hôpitaux Universitaires De Strasbourg; Icube Umr Cnrs 7357, Université De Strasbourg, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Dr Florian SECKLER, Pr Michel VELTEN and Dr Marc SOLER, n'ont pas de conflit d'intérêt pour cette soumission. Dr Jean-Pierre COSSA est un expert pour la "LISTO-Academy powered by DynaMesh®". Dr Jean-François GILLION, est expert non rémunéré de l'ANSM, EPI

Introduction

En France, 185 000 cures de hernie inguinale ont été réalisées en 2025. Bien que rares, les complications postopératoires sévères sont responsables d'une morbi-mortalité justifiant l'étude de facteurs pronostiques.

Méthodes

Nous avons réalisé une analyse de la cohorte prospective multicentrique du Club-Hernie. L'objectif principal de l'étude était d'identifier des facteurs pronostiques de complications sévères à 30 jours postopératoires, définies par la survenue d'un événement postopératoire classé Clavien-Dindo $\geq$ III. Les objectifs secondaires étaient de décrire les types et la sévérité des complications par grade, selon la technique opératoire.

Résultats

Entre 2009 et 2025, 33127 hernies opérées par 101 chirurgiens ont été analysées. 170(0.5%) complications sévères sont survenues parmi 1421(4.3%) patients ayant présenté une complication tous grades confondus. Une régression logistique conditionnelle stratifiée par chirurgien a mis en évidence sept facteurs prédictifs indépendants : le score ASA(2, 3, 4: OR, 1.73; 2.59; 9.58; $p < 0.001$), la technique chirurgicale (OR, TEP 0.36; TIPP 0.16; $p = 0.002$), un collet herniaire ≥ 2 doigts (OR, 1.59; $p = 0.034$), la présentation clinique (hernie étranglée: OR, 3.90; hernie engouée réduite: 2.45; $p < 0.001$), les difficultés d'exposition (OR, 1.92; $p = 0.028$), la survenue d'une plaie iliaque (OR, 134; $p < 0.001$); d'une plaie digestive (OR, 266.43; $p < 0.001$).

Conclusion

Entre 2009 et 2025, 33127 hernies opérées par 101 chirurgiens ont été analysées. 170(0.5%) complications sévères sont survenues parmi 1421(4.3%) patients ayant présenté une complication tous grades confondus. Une régression logistique conditionnelle stratifiée par chirurgien a mis en évidence sept facteurs prédictifs indépendants : le score ASA(2, 3, 4: OR, 1.73; 2.59; 9.58; $p<0.001$), la technique chirurgicale (OR, TEP 0.36; TIPP 0.16; $p=0.002$), un collet herniaire ≥ 2 doigts (OR, 1.59; $p=0.034$), la présentation clinique (hernie étranglée: OR, 3.90; hernie engouée réduite: 2.45; $p<0.001$), les difficultés d'exposition (OR, 1.92; $p=0.028$), la survenue d'une plaie iliaque (OR, 134; $p<0.001$); d'une plaie digestive (OR, 266.43; $p<0.001$).

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

CO.040

3CVD00541-Evaluation de l'intérêt de l'imagerie de contrôle systématique chez les patients traumatisés splénique traités de manière non-opératoire

Margaux MASURE, Tressy BOULAND, Gaëtan PASINATO, Juliette YVART DEGARDIN, Charles SABBAGH, Jean-Marc REGIMBEAU - (1)Service De Chirurgie Digestive Du Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La gestion des traumatismes spléniques des patients hémodynamiquement stables repose sur le traitement non-opératoire (TNO) avec scanner de contrôle. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'intérêt du scanner chez ces patients.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique menée entre 2019 et 2024 sur 116 patients traumatisés splénique et stables pris en charge par TNO. Le critère de jugement principal était la modification de prise en charge définie par la réalisation d'un geste interventionnel (embolisation ou splénectomie) à la suite du scanner systématique réalisé entre J2 et J7.

Résultats

Sur 145 patients traumatisés spléniques, 29 ont été splénectomisés (5 avant imagerie et 24 après). Après exclusion des patients splénectomisés pour événement intercurrent (N=3) ou manquement (N=6), 107 ont bénéficié d'un TNO avec scanner de contrôle. Aucun scanner de suivi n'a modifié la prise en charge des patients avec fracture de grades 1 et 2 (pas de réembolisation d'un pseudoanévrisme d'un grade 2 déjà embolisé). Un geste interventionnel a été réalisé chez 11,4 % (8/70) des patients avec des fractures de grades 3 à 5 (6 embolisations, 2 splénectomies). Il n'y a pas eu de changement de prise en charge des 41 patients embolisés d'emblée de façon proximale, malgré la découverte d'une anomalie vasculaire chez 4 d'entre eux. Chez ces 4 patients, l'anomalie vasculaire avait disparu au scanner à un mois.

Conclusion

Sur 145 patients traumatisés spléniques, 29 ont été splénectomisés (5 avant imagerie et 24 après). Après exclusion des patients splénectomisés pour événement intercurrent (N=3) ou manquement (N=6), 107 ont bénéficié d'un TNO avec scanner de contrôle. Aucun scanner de suivi n'a modifié la prise en charge des patients avec fracture de grades 1 et 2 (pas de réembolisation d'un pseudoanévrisme d'un grade 2 déjà embolisé). Un geste interventionnel a été réalisé chez 11,4 % (8/70) des patients avec des fractures de grades 3 à 5 (6 embolisations,

2 splénectomies). Il n'y a pas eu de changement de prise en charge des 41 patients embolisés d'emblée de façon proximale, malgré la découverte d'une anomalie vasculaire chez 4 d'entre eux. Chez ces 4 patients, l'anomalie vasculaire avait disparu au scanner à un mois.

Communication orale

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

CO.041

3CVD00509-Occlusions sur bride en anse fermée : Faut-il explorer systématiquement ? Étude comparative rétrospective monocentrique

Augustin SUFFISSEAU, Guillaume BOISSEAU, Maxime COLLARD, Clotilde DEBOVE, Najim CHAFAI, Sophie LAROCHE, Thibault VORON, Francois PAYE, Jeremie H LEFEVRE, Yann PARC, Alexandre CHALLINE - (1)Sorbonne University, Department Of Digestive Surgery, Saint-Antoine Hospital, Ap-Hp, Paris, France., Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'occlusion sur bride représente jusqu'à 15% des admissions en service de chirurgie. Les occlusions à anse fermée seraient plus à risque d'ischémie digestive, conduisant certaines équipes à opérer systématiquement. L'objectif était de comparer une chirurgie d'emblée versus un traitement non-opératoire chez les patients présentant une occlusion à anse fermée sans signe clinique de gravité.

Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique incluait, entre 2020 et 2025, les patients admis pour occlusion sur bride à anse fermée. Deux groupes étaient comparés : chirurgie d'emblée versus traitement médical initial. Le critère de jugement principal était le succès du traitement, défini par une reprise du transit, une hospitalisation inférieure à 7 jours et l'absence de réadmission à 90 jours. Les résultats étaient analysés en intention de traiter.

Résultats

Parmi 529 occlusions sur bride, 105 présentaient une anse fermée, dont 66 sans signe de gravité (Figure). 37 (56%) patients étaient opérés d'emblée et 29 (44%) traités initialement médicalement dont 20 (69%) étaient opérés secondairement pour dégradation clinique ou échec. Le succès ne différait pas entre les groupes (60% vs 45%; $p=0,237$) (Tableau). Une ischémie péroopératoire était plus fréquente après chirurgie d'emblée (84% versus 45%), avec des taux de résection similaires. La durée de séjour était plus courte après chirurgie (4,5 vs 6,6 jours; $p=0,047$), sans différence de morbidité, réadmission ou réintervention.

Conclusion

Parmi 529 occlusions sur bride, 105 présentaient une anse fermée, dont 66 sans signe de gravité (Figure). 37 (56%) patients étaient opérés d'emblée et 29 (44%) traités initialement médicalement dont 20 (69%) étaient opérés secondairement pour dégradation clinique ou échec. Le succès ne différait pas entre les groupes (60% vs 45%; $p=0,237$) (Tableau). Une

ischémie peropératoire étaient plus fréquente après chirurgie d'emblée (84% versus 45%), avec des taux de résection similaires. La durée de séjour était plus courte après chirurgie (4,5 vs 6,6 jours; $p=0,047$), sans différence de morbidité, réadmission ou réintervention.

Figure. Diagramme des flux de l'étude

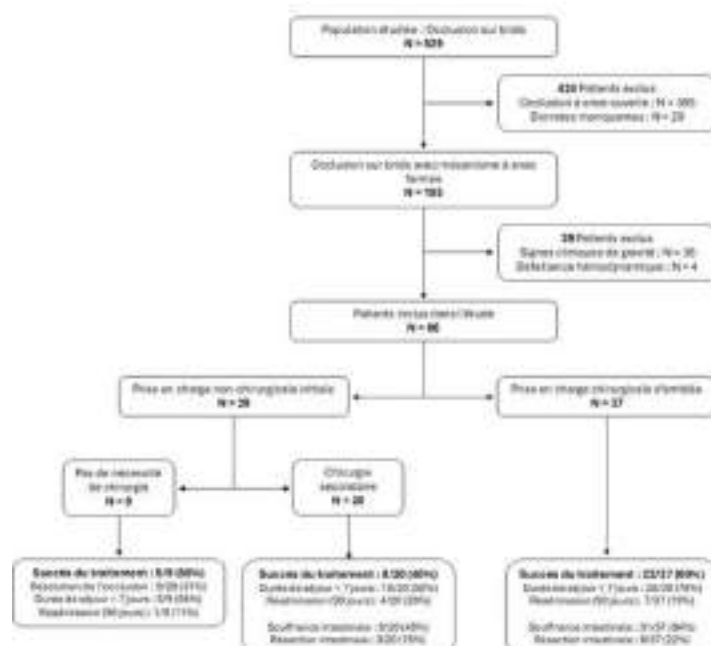


Tableau. Analyse univariée des principaux critères de jugement des patients présentant une occlusion sur bride à anse fermée sans signe de souffrance initiale traitée de manière chirurgicale ou médicale (n=66)

Variable	Prise en charge médicale initiale N = 29	Prise en charge chirurgicale d'emblée N = 37	Pval
Succès du traitement			0,237
Oui	13/29 (45%)	22/37 (60%)	
Non	16/29 (55%)	15/37 (40%)	
Reprise du transit	9/29 (31%)	-	-
Durée de séjour < 7 jours	15/29 (52%)	28/37 (76%)	0,068
Réadmission (à 90 jours)	5/29 (17%)	7/37 (19%)	0,820
Recours à la chirurgie	20/29 (69%)	-	-
Vie d'abord			0,558
Coelioscopie	15/20 (75%)	25/37 (68%)	
Laparotomie	5/20 (25%)	12/37 (32%)	
Conversion en laparotomie	1/20 (5%)	5/37 (14%)	0,410
Souffrance intestinale	9/20 (45%)	31/37 (84%)	0,002
Nécrose intestinale	2/20 (10%)	8/37 (22%)	0,467
Réssection intestinale	3/20 (15%)	8/37 (22%)	0,730
Confection d'une anastomose	3/3 (100%)	5/8 (62%)	0,491
Complications (Clavien-Dindo)			0,723
0-2	25/29 (86%)	33/37 (89%)	
≥ 3	4/29 (14%)	4/37 (11%)	
Durée de séjour (jours)	6,5 (4,8-9,1) ; n=29	4,5 (3,3-6,7) ; n=37	0,047
Réintervention	3/29 (10%)	1/37 (3%)	0,316
Décès	0/29 (0%)	1/37 (3%)	1,000

Communication orale

J. Nouvelles technologies robotiquesI. Chirurgie du Péritoine

CO.042

3CVD00101-La sarcopénie scanographique préopératoire, facteur indépendamment de survie globale après CRS-HIPEC pour métastases péritonéales d'origine gastrique

Iliès EL BOUKILI (1), Vahan KEPENKIAN (2), Pascal ROUSSET (2), Guillaume PASSOT (2), Bertrand LE ROY (1), Laurent VILLENEUVE (2), Olivier GLEHEN (2), Rémi GRANGE (1) - (1)Chu Saint Etienne, Saint Etienne, France, (2)Chu Lyon Sud, Pierre Bénite, France

Conflits d'intérêts

Olivier Glehen est consultant pour GAMIDA. Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Introduction

Évaluation de l'impact des paramètres de composition corporelle mesurés sur la coupe L3 du scanner préopératoire sur les résultats postopératoires et la survie des patients traités par chirurgie de cytoréduction associée ou non à une CHIP pour des métastases péritonéales d'origine gastrique.

Méthodes

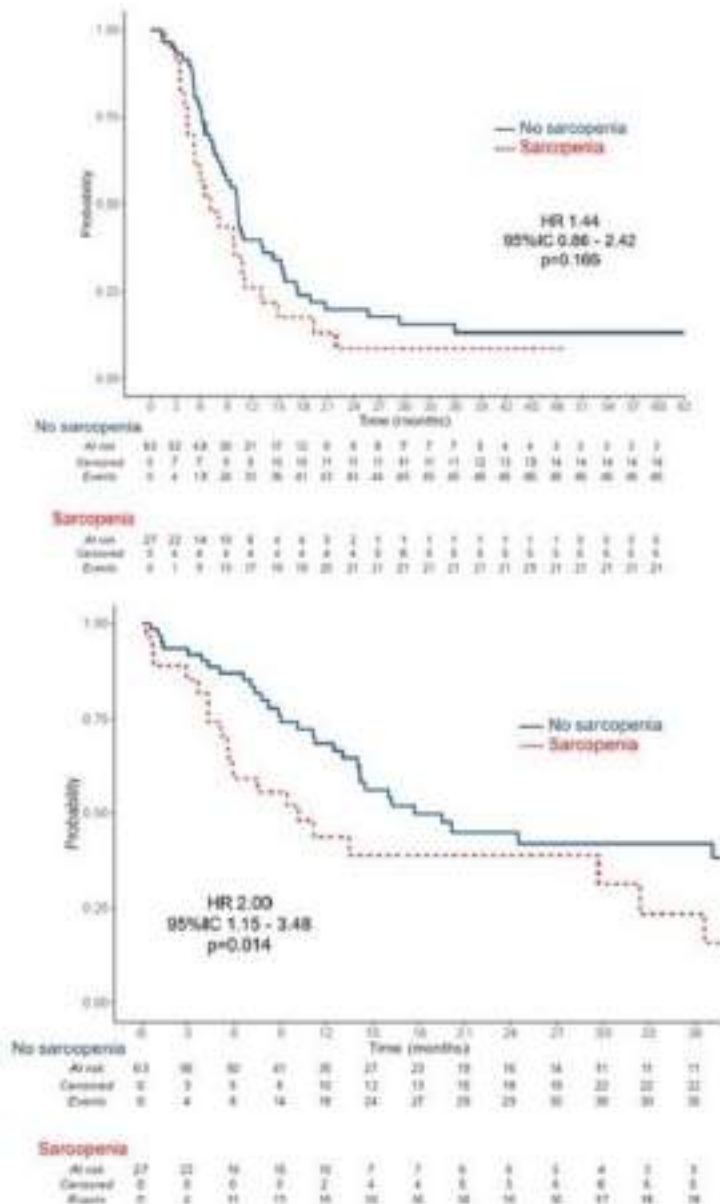
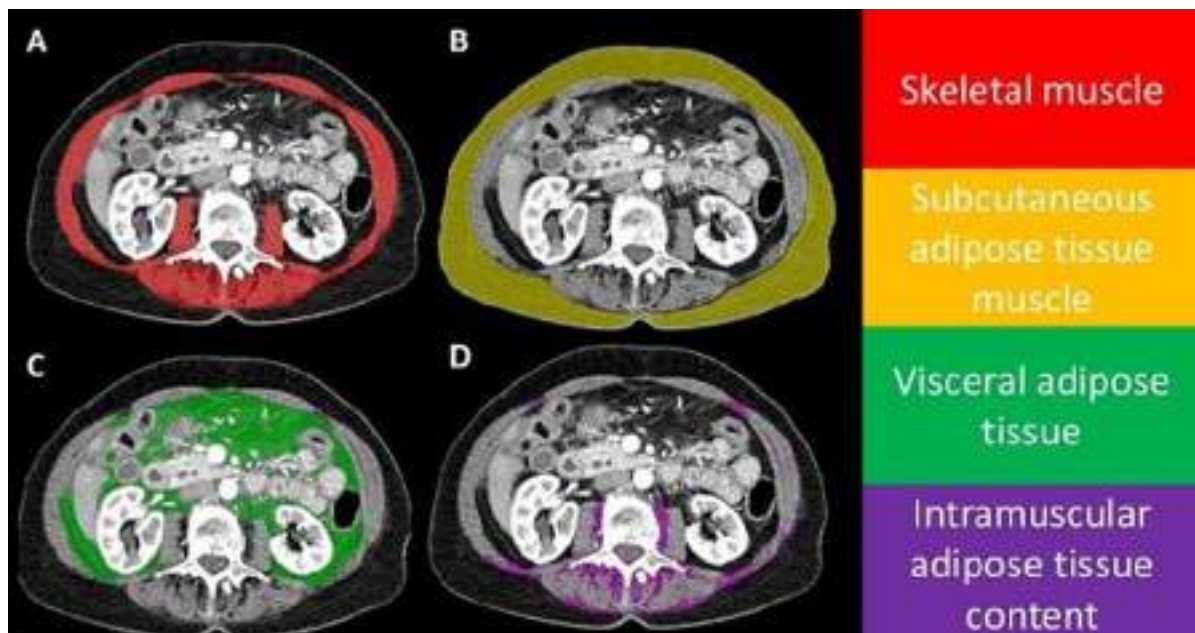
Une base de données monocentrique prospective incluant des patients consécutifs opérés entre 2014 et 2024 a été analysée rétrospectivement. Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie prophylactique, d'une cytoréduction incomplète (CC-2/3) ou sans scanner préopératoire exploitable ont été exclus. La composition corporelle a été évaluée sur les scanners préopératoires au niveau de L3 à l'aide d'un logiciel de segmentation basé sur l'intelligence artificielle. La sarcopénie, la myostéatose et l'obésité viscérale ont été définies selon des seuils validés. La survie sans récurrence (DFS) et la survie globale (OS) ont été étudiées par les méthodes de Kaplan–Meier et des modèles de Cox multivariés.

Résultats

Au total, 39/108 (36%) présentaient une sarcopénie. Le taux de complications postopératoires majeures (CCI $\geq 32,15$) était comparable entre les groupes (38 vs 42 % ; $p = 0,717$). La sarcopénie était associée à une diminution de l'OS chez les patients présentant des métastases synchrones (HR 2,00 ; IC95 % 1,15–3,48 ; $p = 0,014$) et demeurait un facteur pronostique indépendant en analyse multivariée (HR 1,79 ; IC95 % 1,05–3,05 ; $p = 0,033$). Le PCI prédisait indépendamment la DFS, tandis que le nombre d'organes réséqués prédisait l'OS.

Conclusion

Au total, 39/108 (36%) présentaient une sarcopénie. Le taux de complications postopératoires majeures ($CCI \geq 32,15$) était comparable entre les groupes (38 vs 42 % ; $p = 0,717$). La sarcopénie était associée à une diminution de l'OS chez les patients présentant des métastases synchrones (HR 2,00 ; IC95 % 1,15–3,48 ; $p = 0,014$) et demeurerait un facteur pronostique indépendant en analyse multivariée (HR 1,79 ; IC95 % 1,05–3,05 ; $p = 0,033$). Le PCI prédisait indépendamment la DFS, tandis que le nombre d'organes réséqués prédisait l'OS.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.001

3CVD00048-Association de l'IRM rectale et de l'immunohistochimie de la β -caténine pour améliorer la prédiction de la réponse aux traitements des cancers du rectum m

Benjamin FERNANDEZ, Donatien FOUCHE, Bertrand CELERIER, Veronique VENDRELY, Lara BOISSIERAS, Sandrine DABERNAT, Anne RULLIER, Samuel AMINTAS - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Medtronic

Introduction

L'évaluation préopératoire de la réponse pathologique après traitement néoadjuvant (TNA) dans le cancer du rectum reste complexe, limitant la sélection des patients pour la préservation d'organe. L'IRM, modalité de référence, présente des performances imparfaites. Nous avons évalué si l'intégration de marqueurs immunohistochimiques de la voie Wnt/ β -caténine aux paramètres cliniques et radiologiques pouvait améliorer cette stratification.

Méthodes

Cohorte rétrospective de 136 patients atteints d'un cancer du moyen ou bas rectum traités entre 2017 et 2024. La réponse tumorale a été évaluée par le score de régression pathologique (ypTRG). Les paramètres IRM analysés incluaient le grade de régression post-traitement (ymrTRG) et la taille tumorale initiale. L'immunohistochimie de la β -caténine a été réalisée sur les biopsies initiales de 57 patients. Des modèles de stratification ont été développés par régression logistique et analyse ROC. Une cohorte prospective indépendante de 48 patients a servi à la validation.

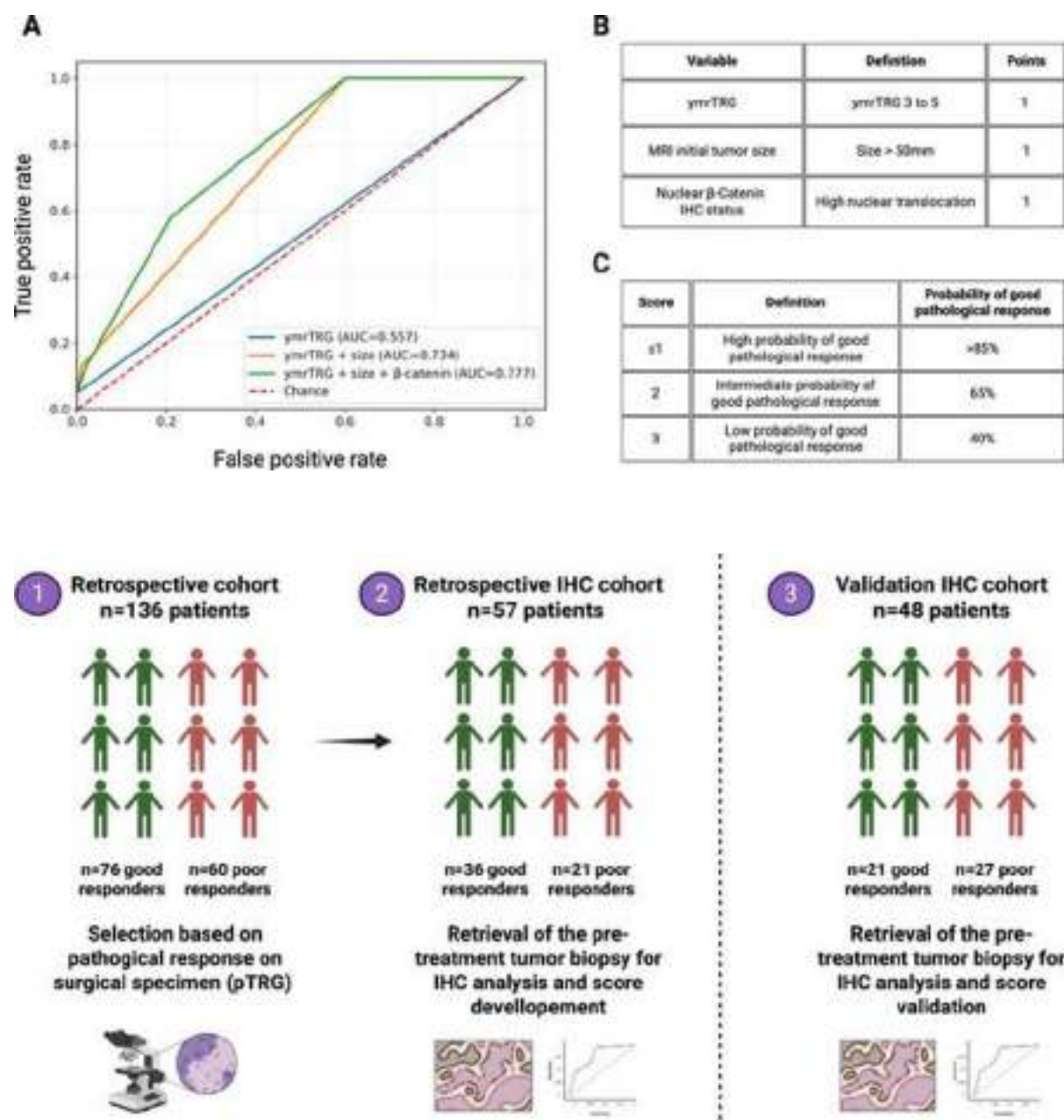
Résultats

Le ymrTRG seul était associé à la réponse pathologique (AUC 0,71). Son association à la taille tumorale initiale a amélioré la stratification (AUC 0,733). L'ajout du statut de translocation nucléaire de la β -caténine (score Enlight) a encore amélioré les performances (AUC 0,78 ; sensibilité 85 %, spécificité 74 %). Dans la cohorte de validation, le score Enlight a montré les meilleures performances comparé aux paramètres IRM seuls (AUC 0,714).

Conclusion

Le ymrTRG seul était associé à la réponse pathologique (AUC 0,71). Son association à la taille tumorale initiale a amélioré la stratification (AUC 0,733). L'ajout du statut de translocation nucléaire de la β -caténine (score Enlight) a encore amélioré les performances (AUC 0,78 ;

sensibilité 85 %, spécificité 74 %). Dans la cohorte de validation, le score Enlight a montré les meilleures performances comparé aux paramètres IRM seuls (AUC 0,714).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.002

3CVD00055-Prédiction Postopératoire Des Infections Du Site Opératoire Après Une Chirurgie Abdominale Majeure

Benjamin WAKED, Julien HÉDOU, Grégoire BELLAN, Alexandre MAILLARD, Alexandre BLAIN, Gwendoline MENDES, Franck VERDONK - (1)Surgecare, Paris, France

Conflits d'intérêts

Etude cofinancée par SurgeCare S.A.S. et l'hôpital Foch. Les co-auteurs principaux sont employés chez SurgeCare, SAS.

Introduction

Après une chirurgie abdominale majeure, identifier précocement les patients à faible risque d'infection du site opératoire (ISO) est crucial pour sécuriser et accélérer les retours à domicile. Etant donnée le manque de fiabilité des marqueurs actuels comme la C-Reactive Protein (CRP) pour une prédiction précoce, l'étude SPRED [NCT05523713] s'est appuyé sur un profilage immunitaire pour valider un modèle prédictif à J1, stratifiant les patients entre groupes à faible et haut risque d'ISO.

Méthodes

Cette étude prospective multicentrique inclut 283 adultes ayant subi une chirurgie abdominale programmée (cohorte d'entraînement: 164; validation: 119) avec une incidence d'ISO de 18,5% à 30 jours suivant l'opération. A la suite d'un profilage immunitaire en single-cell (CyTOF), trois modèles prédictifs ont été comparés : la CRP seule (à J1 et J5), une régression logistique sur les données immunitaires, et un modèle de fondation (deep-learning) intégrant les données immunitaires.

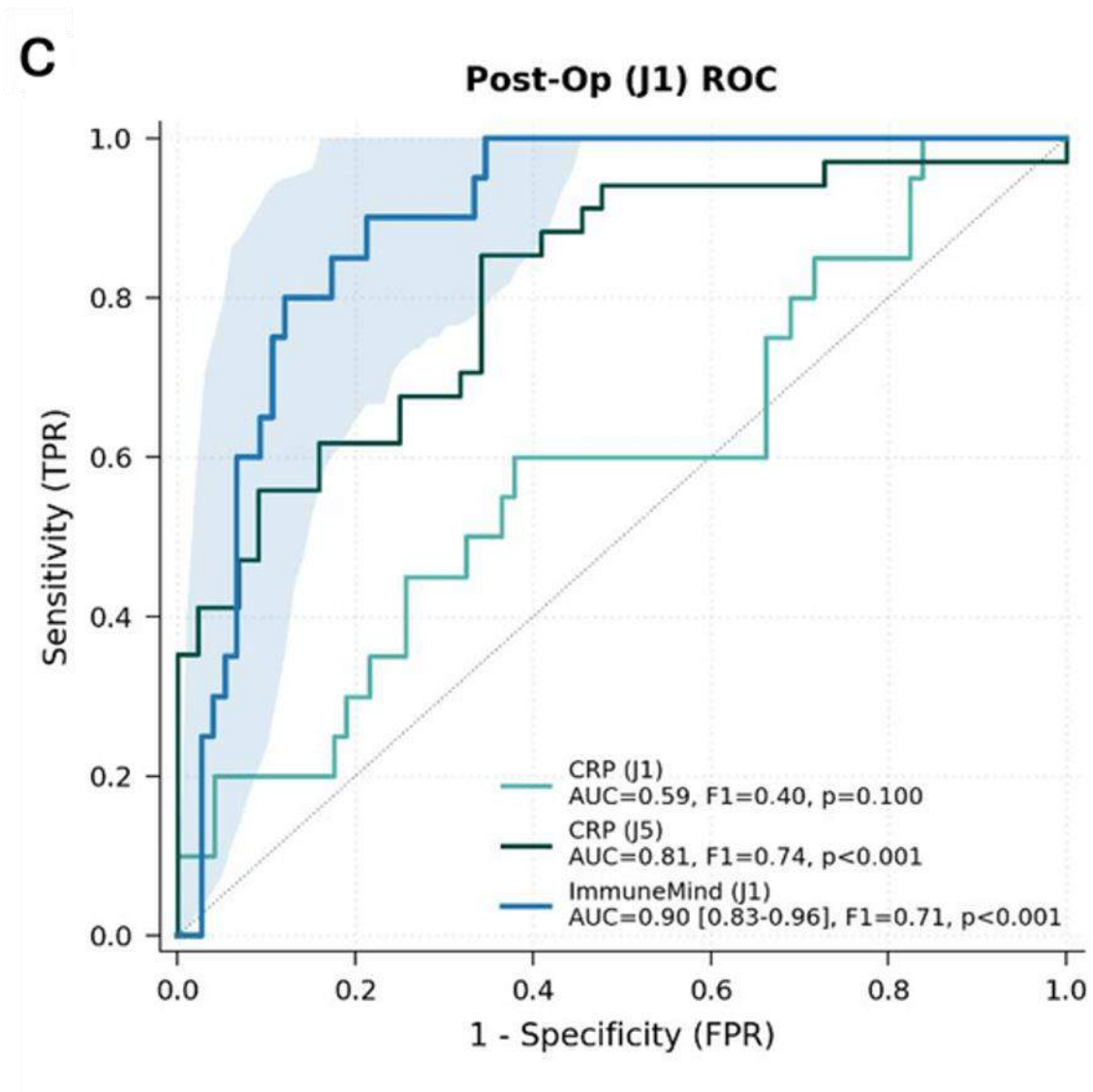
Résultats

Le modèle de fondation a surpassé les autres méthodes pour la prédiction d'ISO à J1 (AUROC: 0,90 [IC 95% : 0,83–0,96]) excédant les performances du modèle linéaire (0,72) et de la CRP à J1 (0,59) et J5 (0,81). Généralisable entre les centres, le modèle permet d'écarter les patients à faible risque d'ISO, en révélant des altérations immunitaires (cellules myéloïdes, signalisation STAT3) non captées par les biomarqueurs classiques.

Conclusion

Le modèle de fondation a surpassé les autres méthodes pour la prédiction d'ISO à J1 (AUROC: 0,90 [IC 95% : 0,83–0,96]) excédant les performances du modèle linéaire (0,72) et de la CRP à J1 (0,59) et J5 (0,81). Généralisable entre les centres, le modèle permet d'écarter les patients à

faible risque d'ISO, en révélant des altérations immunitaires (cellules myéloïdes, signalisation STAT3) non captées par les biomarqueurs classiques.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.003

3CVD00356-Rectoscopie numérique (LumenEye) pour l'évaluation de la réponse après traitement néoadjuvant dans le cancer du rectum : reproductibilité interobservateur et concordance anatomopathologique: Étude LUMEVAL

Quentin DENOST (1), Antonino SPINELLI (2), Eloy ESPIN (3), Roel HOMPES (4), Jérémie LEFEVRE (5), Antoine CAMERLO (6), Barbara NOIRET (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (2)Humanitas Clinical Andresearch Center-Irccs-Rozzano Milano-Italy, Department Of Colon And Rectal Surgery, Milan, Italie, (3)Unidad De Cirugía Colorrectal-Serviciode Cirugía General-Hospitaluniversitario Vall D'hebron-Universitat Autònoma De Barcelona, Barcelone, Espagne, (4)Department Of Surgery,msterdam Umc-University, Amsterdam, Pays-Bas, (5)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Saint-Antoine Aphp, Paris, France, (6)Service De Chirurgie Digestive,hôpital Européen De Marseille, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'évaluation précise de la réponse tumorale après traitement néoadjuvant est déterminante pour la préservation d'organe (PO) dans le cancer du rectum localement avancé (LARC). La rectoscopie numérique LumenEye offre une imagerie endoluminale haute définition complétant l'évaluation clinique et IRM.

Méthodes

De 01/2024 à 10/2025, 80 patients LARC (mrT2 24 %, mrT3 76% ; mrN+ 70%) traités par TNT (69%), radiochimiothérapie(RTCT) (18%) ou RTCT + consolidation (14%) ont eu une évaluation LumenEye aux Étapes 1 (M2) 2 (M4) et/ou 3 (M6) après la fin de la RTCT. Chaque examen était relu par le chirurgien local (CL) et deux relecteurs indépendants en aveugle (RIA). L'objectif était d'analyser la reproductibilité interobservateur et la concordance histopathologique (exérèse locale [EL] ou TEM).

Résultats

Sur 111 évaluations, les chirurgiens rapportaient une réponse complète dans 38% et subcomplète dans 47%. Les réponses complètes augmentaient avec le temps (19%, 42%, 77% aux Étapes 1 à 3), en concordance avec les données cliniques et IRM. L'accord total CL–RIA était de 15% (Étape 1), 23% (Étape 2), 38% (Étape 3) ; les examens non évaluables passaient de 26–28% à <5 % à l'Étape 3. Une réponse incomplète prédisait une maladie résiduelle chez 9/10 opérés à l'Étape 1. LumenEye soutenait la PO chez 83%des patients à l'étape 3 (surveillance active [W&W] 66%, EL 17%).

Conclusion

Sur 111 évaluations, les chirurgiens rapportaient une réponse complète dans 38% et subcomplète dans 47%. Les réponses complètes augmentaient avec le temps (19%, 42%, 77% aux Étapes 1 à 3), en concordance avec les données cliniques et IRM. L'accord total CL-RIA était de 15% (Étape 1), 23% (Étape 2), 38% (Étape 3) ; les examens non évaluables passaient de 26–28% à <5 % à l'Étape 3. Une réponse incomplète prédisait une maladie résiduelle chez 9/10 opérés à l'Étape 1. LumenEye soutenait la PO chez 83%des patients à l'étape 3 (surveillance active [W&W] 66%, EL 17%).

Poster discuté

A. Chirurgie Colorectale

PO.004

3CVD00631-Le drainage abdominal après intervention de Hartmann pour péritonite diverticulaire généralisée est-il nécessaire : résultats d'une cohorte multicentrique française

Marianne LORIN (1) , Arnaud ALVES (2), Nicolas SIEMBIDA (1), Laura BEYER-BERJOT (3), Alexandra PELLEGRIN (1), Charles SABBAGH (1), Jean-Marc REGIMBEAU (1) - (1)Chu Amiens, Amiens, France, (2)Chu Caen, Caen, France, (3)Aphm, Marseille, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

La place du drainage abdominal après intervention de Hartmann pour péritonite diverticulaire généralisée reste discutée. L'objectif de cette étude était d'évaluer son impact sur les résultats postopératoires.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique nationale incluant les patients opérés d'une péritonite diverticulaire Hinchey III-IV traitée par intervention de Hartmann entre 2010 et 2021 dans 41 centres français. Les patients étaient répartis selon la réalisation d'un drainage abdominal peropératoire (D+ versus D-). Le critère principal était le taux de complications majeures (Clavien-Dindo $\geq$ III).

Résultats

Parmi les 1009 patients inclus, 920 (91,2 %) avaient un drainage peropératoire (groupe D+) et 89 (8,8 %) n'avaient pas de drainage peropératoire (groupe D-). Les caractéristiques préopératoires et peropératoires étaient non significativement différentes entre les groupes. Le taux de complications majeures n'était pas significativement différent entre les groupes (44,8 % vs 48,3 % ; $p=0,5$), tout comme le taux d'abcès intra-abdominaux (8,9 % vs 6,7 % ; $p=0,4$), la mortalité à 90 jours (14,2 % vs 18,0 % ; $p=0,3$) et la durée d'hospitalisation ($p=0,508$). En revanche, le taux de réintervention était significativement plus faible dans le groupe de patients drainés (11,7 % vs 20,2 % ; $p=0,018$). De plus, le taux de fermeture de stomie était plus élevé (53,3 % vs 34,8 % ; $p=0,001$) avec un délai de fermeture plus court (210 ± 131 vs 259 ± 199 jours ; $p=0,04$).

Conclusion

Parmi les 1009 patients inclus, 920 (91,2 %) avaient un drainage peropératoire (groupe D+) et 89 (8,8 %) n'avaient pas de drainage peropératoire (groupe D-). Les caractéristiques préopératoires et peropératoires étaient non significativement différentes entre les groupes. Le

taux de complications majeures n'était pas significativement différent entre les groupes (44,8 % vs 48,3 % ; $p=0,5$), tout comme le taux d'abcès intra-abdominaux (8,9 % vs 6,7 % ; $p=0,4$), la mortalité à 90 jours (14,2 % vs 18,0 % ; $p=0,3$) et la durée d'hospitalisation ($p=0,508$). En revanche, le taux de réintervention était significativement plus faible dans le groupe de patients drainés (11,7 % vs 20,2 % ; $p=0,018$). De plus, le taux de fermeture de stomie était plus élevé (53,3 % vs 34,8 % ; $p=0,001$) avec un délai de fermeture plus court (210 ± 131 vs 259 ± 199 jours ; $p=0,04$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.005

3CVD00110-Analyse d'un score de calcification comme facteurs prédictifs de complications post opératoire après colectomie droite : Etude prospective de 585 patients (Etude Rightcolocalcif)

Emeric ABET, Jérôme DIMET - (1)Chd Vendée, La Roche Sur Yon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La colectomie droite est une intervention fréquente qui peut être source de complications graves. Le but de notre étude était d'analyser de manière prospective un score de calcification (SC) des artères digestives comme facteur prédictif de fistule anastomotique (FA) après colectomie droite.

Méthodes

Une étude prospective multicentrique a été menée du 24/09/2019 au 24/09/2025. Une analyse du SC des artères digestives étaient faite par le chirurgien sur le scanner. Quatre zones étaient analysées : les ostias du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure (AMS), le premier segment et le segment distal de l'AMS. Un score de 0 correspondait à l'absence de calcification, 1 était une calcification inférieure à 50% de la circonférence et 2 était une calcification supérieure à 50 % de la circonférence pour chacune des 4 zones analysées. Un recueil des complications postopératoires était fait jusqu'à 45 jours post opératoire (Clavien Dindo).

Résultats

585 patients ont été inclus dans 12 centres. 15 patients ont présenté une FA. Le SC seul était prédictif de FA ($p=0,018$). Lorsque le $SC \geq 3$ était ajusté sur les co-variables (homme, tabagisme actif, diabète) il existait un risque multiplié par 3 de présenter une FA ($p=0,034$). En analyse multivariée la calcification au niveau de l'ostium de l'AMS était un facteur de risque de FA ($p=0,014$). Le $SC \geq 3$ était un facteur prédictif de complications post opératoire ($p=0,003$).

Conclusion

585 patients ont été inclus dans 12 centres. 15 patients ont présenté une FA. Le SC seul était prédictif de FA ($p=0,018$). Lorsque le $SC \geq 3$ était ajusté sur les co-variables (homme, tabagisme actif, diabète) il existait un risque multiplié par 3 de présenter une FA ($p=0,034$). En analyse multivariée la calcification au niveau de l'ostium de l'AMS était un facteur de risque de FA ($p=0,014$). Le $SC \geq 3$ était un facteur prédictif de complications post opératoire ($p=0,003$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.006

3CVD00152-Au-delà de la précision du geste chirurgical, la chirurgie robotique transforme-t-elle la qualité de l'environnement au bloc opératoire par rapport à la laparoscopie ? Étude comparative ciblant la communication au bloc opératoire, le bien-être du personnel

Maxime COLLARD (1), Romain DUCCELLIER (1), Alexandre MOUZAKITIS (1), Natacha KAPANJI (2), Alexandre CHALLINE (1), Jérémie LEFÈVRE (1), Yann PARC (1), Thibault VORON (1) - (1)Chirurgie Digestive, Saint-Antoine, Paris, France, (2)Anesthésie Réanimation, Saint-Antoine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent avoir aucun conflits d'intérêt.

Introduction

La diffusion rapide de la chirurgie robotique soulève des questions sur son impact au bloc opératoire au-delà de la précision du geste. L'objectif était de comparer chirurgie robotique et coelioscopique sur la communication, le bien-être du personnel et la valeur pédagogique pour les externes.

Méthodes

Étude comparative portant sur 20 interventions programmées (11 robotiques, 9 coelioscopiques). Les conversations peropératoires étaient enregistrées via un microphone porté par le chirurgien et analysées par une classification standardisée des erreurs de communication. En fin d'intervention, le personnel complétait trois questionnaires validés (communication subjective, bien-être, intérêt pédagogique de l'intervention pour l'externe). Quarante externes remplissaient un questionnaire de fin de stage comparant leur perception pédagogique globale des deux voies d'abord.

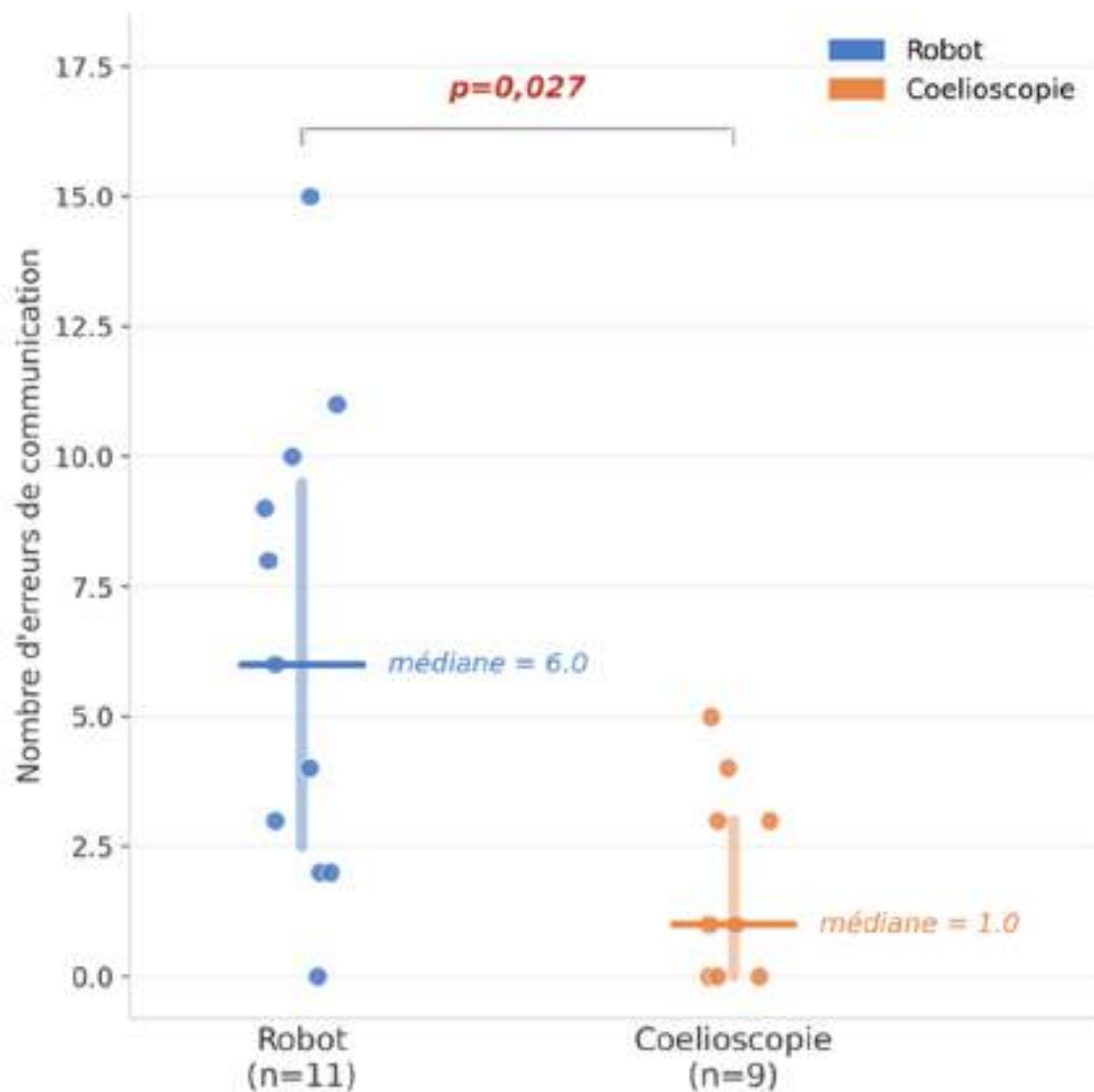
Résultats

L'analyse objective des enregistrements retrouvait significativement plus d'erreurs de communication en robotique par intervention (médiane 6,0 [IQR 2,5–9,5] vs 1,0 [0,0–3,0], $p=0,027$) (Figure1), sans différence sur la perception subjective de la communication (169/205 vs 171/205, $p=0,321$) ni sur le bien-être (19 vs 19, $p=0,404$). L'intérêt pédagogique perçu à suivre l'intervention pour l'externe était significativement moindre en robotique, évalué par les chirurgiens (médiane 7/10 vs 8/10, $p=0,021$) comme par les externes (médiane 6,5/10 vs 10/10, $p=0,018$). Le questionnaire de fin de stage confirmait un impact pédagogique perçu très défavorable de la robotique (médiane 3/10 vs 7/10, $p<0,001$).

Conclusion

L'analyse objective des enregistrements retrouvait significativement plus d'erreurs de communication en robotique par intervention (médiane 6,0 [IQR 2,5–9,5] vs 1,0 [0,0–3,0], $p=0,027$) (Figure1), sans différence sur la perception subjective de la communication (169/205 vs 171/205, $p=0,321$) ni sur le bien-être (19 vs 19, $p=0,404$). L'intérêt pédagogique perçu à suivre l'intervention pour l'externe était significativement moindre en robotique, évalué par les chirurgiens (médiane 7/10 vs 8/10, $p=0,021$) comme par les externes (médiane 6,5/10 vs 10/10, $p=0,018$). Le questionnaire de fin de stage confirmait un impact pédagogique perçu très défavorable de la robotique (médiane 3/10 vs 7/10, $p<0,001$).

Figure 1 — Distribution individuelle des erreurs de communication par intervention (trait = médiane, barre = IQR)



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.007

3CVD00311-Développement d'un score prédictif de l'échec du traitement symptomatique de la diverticulite aiguë non compliquée

Clément LOUIS-GAUBERT (1) , Emeric ABET (2) - (1)Docteur Junior, La Roche Sur Yon, France, (2)Chirurgien, La Roche Sur Yon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le traitement recommandé de la diverticulite aiguë non compliquée est le traitement symptomatique. L'identification précoce des patients à risque d'échec thérapeutique reste un enjeu clinique majeur. L'objectif était de développer un score prédictif simple, fondé sur des paramètres biologiques et radiologiques disponibles en pratique courante.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant 390 patients pris en charge pour une diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée et traités de manière symptomatique. Le critère de jugement principal était l'échec thérapeutique. Les facteurs prédictifs biologiques et radiologiques ont été évalués par analyse ROC l'analyse uni- puis multivariée a identifié les facteurs indépendants associés à l'échec thérapeutique. Un score pronostique simplifié a été dérivé des coefficients β du modèle final. La validation interne reposait sur l'évaluation de la discrimination (AUC ROC), de la calibration (test de Hosmer-Lemeshow) et sur une correction de l'optimisme par bootstrap (1 000 rééchantillonnages).

Résultats

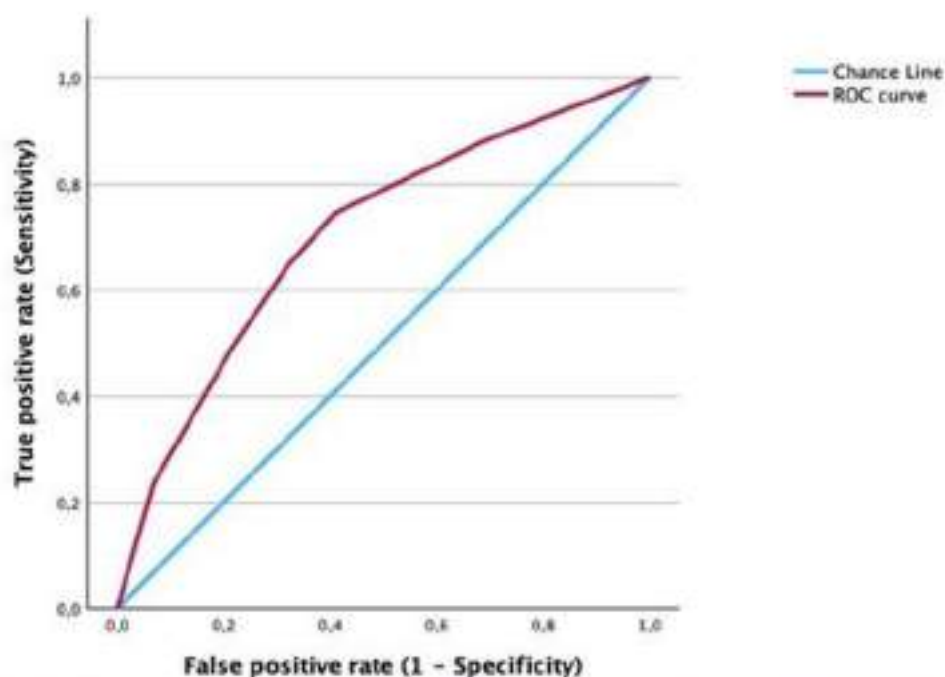
En analyse multivariée, deux facteurs étaient indépendamment associés à l'échec du traitement : une hyperleucocytose ≥ 11800 G/L (OR=3,50 ; IC95%:1,87–6,56 ; $p < 0,001$) et un score radiologique composite intégrant la présence d'un épanchement péritonéal et l'étendue de l'atteinte colique (OR=1,60 ; IC 95%:1,06–2,42 ; $p = 0,027$). Le score dérivé (0–5 points) estimait un risque d'échec de 5,1% à 32,5%, définissant trois classes de risque. La discrimination du score était acceptable (AUC=0,70 ; AUC corrigée=0,694) avec une calibration satisfaisante.

Conclusion

En analyse multivariée, deux facteurs étaient indépendamment associés à l'échec du traitement : une hyperleucocytose ≥ 11800 G/L (OR=3,50 ; IC95%:1,87–6,56 ; $p < 0,001$) et un score radiologique composite intégrant la présence d'un épanchement péritonéal et l'étendue de l'atteinte colique (OR=1,60 ; IC 95%:1,06–2,42 ; $p = 0,027$). Le score dérivé (0–5 points)

estimait un risque d'échec de 5,1% à 32,5%, définissant trois classes de risque. La discrimination du score était acceptable (AUC=0,70 ; AUC corrigée=0,694) avec une calibration satisfaisante.

Figure 1. Receiver Operating Characteristic (ROC) curves for the composite predictive score



ROC curves is displayed for the composite score combining leukocytosis and the radiological score (AUC = 0.70; 95% CI: 0.63–0.78). The diagonal dashed line represents chance discrimination (AUC = 0.50).

Table. Correspondence between total score and estimated probability of conservative management failure

Total score	Clinical profile	Estimated probability of failure (%)	Risk class
0	No criteria	5.1 %	Low
1	1 radiological criterion only	7.9 %	Low
2	2 radiological criteria only	12.1 %	Intermediate
3	Leukocytosis only	15.9 %	Intermediate
4	Leukocytosis + 1 radiological criterion	23.2 %	High
5	Leukocytosis + 2 radiological criteria	32.5 %	High

Failure probabilities calculated from the intercept and β coefficients of the final multivariate model: $P = e^Z / (1 + e^Z)$, where $Z = -2.922 + (1.256 \times \text{leukocytosis}) + (0.468 \times \text{radiological score})$. Risk classes: low (score 0–1, probability < 10%); intermediate (score 2–3, probability 10–20%); high (score 4–5, probability > 20%). Risk class thresholds were defined a priori based on clinically meaningful decision points and should be confirmed in an independent validation cohort.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.008

3CVD00361-Repenser la chirurgie du cancer du rectum : étude de preuve de concept d'un parcours de soins fondé sur la valeur et à faible empreinte carbone — Le programme SMART

Quentin DENOST (1), Nathalie DAVAL LECLERCQ (2), Jérôme SEITER (3), David CASTERA (4), Jean-François SOUBIROU (4), Barbara NOIRET (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (2)Pharmacie, Clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (3)Clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (4)Anesthésie Et Réanimation, Clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La chirurgie du cancer du rectum reste consommatrice de ressources: hospitalisation 5–7 jours, fermeture de stomie différée jusqu'à 5–6 mois. Le programme SMART (Sustainable Mini-invasive Approach for Rectal cancer Treatment) vise à raccourcir le cycle de soins. Nous avons évalué la faisabilité et l'impact institutionnel, sociétal et environnemental.

Méthodes

Évaluation prospective monocentrique de 20 patients: TME robotique programmée pour adénocarcinome du moyen/bas rectum (août 2025–janvier 2026). Le parcours associait une TME robotique avec utilisation sélective des énergies, basse pression (< 8 mmHg), une anastomose par transection transanale et agrafage unique (TTSS) avec une agrafeuse circulaire motorisée à poignée réutilisable avec une sortie à J2 et une fermeture d'iléostomie ambulatoire par voie manuelle à J8. Critère principal: taux de réalisation complète du parcours. Critères secondaires : morbidité à 30 jours, fistule anastomotique, score LARS à 1 mois et l'impact économique et carbone modélisé.

Résultats

Le parcours complet a été réalisé chez 16/20 (80 %). Durée médiane de séjour 2 jours (2–4). Raisons pour non-réalisation fermeture précoce (n=4): collection pelvienne (n=2), fistule (n=1), douleur anale (n=1). À 1 mois, 13/16 (81 %) LARS absent/mineur. Économies institutionnelles directes modélisées ≈ 7 500 €/patient, dont ≈ 700–1 000 € par la rationalisation des dispositifs. Bénéfice sociétal ≈ 4 500–5 000 €/patient. Réduction environnementale modélisée ≈ 250 kg éq. CO₂/patient (≈ 25 tonnes/an pour 100 cas/an).

Conclusion

Le parcours complet a été réalisé chez 16/20 (80 %). Durée médiane de séjour 2 jours (2–4). Raisons pour non-réalisation fermeture précoce (n=4): collection pelvienne (n=2), fistule (n=1), douleur anale (n=1). À 1 mois, 13/16 (81 %) LARS absent/mineur. Économies institutionnelles directes modélisées $\approx 7\,500$ €/patient, dont ≈ 700 – $1\,000$ € par la rationalisation des dispositifs. Bénéfice sociétal $\approx 4\,500$ – $5\,000$ €/patient. Réduction environnementale modélisée ≈ 250 kg éq. CO₂/patient (≈ 25 tonnes/an pour 100 cas/an).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.009

3CVD00359-Excision locale au restaging ou à la repousse locale dans le cancer du rectum : une morbidité équivalente pour une préservation d'organe sécurisée

Barbara NOIRET (1), Rodrigo Oliva PEREZ (2), Benjamin FERNANDEZ (3), Guillaume MANCEAU (4), Clément PASTIER (5), Jean-Jacques TUECH (6), Adeline GERMAIN (7), Leonardo CORBI (2), Eddy COTTE (8), Stéphane BENOIST (9), Etienne BUSCAIL (10), Bertrand TRILLING (11), Leonord BENHAÏM (12), Farouk DRISSI (13), Charles SABBAGH (14), Laura FERNANDEZ (15), Quentin DENOST (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (2)Colorectal Surgery, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Sao Paulo, Brésil, (3)Chirurgie Digestive, Hôpital Haut Leveque Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (4)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique Hôpital Européen Georges Pompidou Ap-Hp Centre-Université Paris Cité, Paris, France, (5)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Saint Antoine Aphp, Paris, France, (6)Service De Chirurgie Digestive, Chu Charles Nicolle, Rouen, France, (7)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Brabois, Chru Nancy, Nancy, France, (8)Chirurgie Digestive, Lyon Sud, Chu De Lyon, Lyon, France, (9)Chirurgie Digestive, Hopital Bicetre Aphp, Paris, France, (10)Service De Chirurgie Digestive, Chu De Toulouse, Toulouse, France, (11)Chirurgie Digestive, Chu De Grenoble, Grenoble, France, (12)Chirurgie Digestive, Gustave Roussy, Villejuif, France, (13)Chirurgie Digestive, Chu De Nantes, Nantes, France, (14)Chirurgie Digestive, Chu D'Amien, Amien, France, (15)Colorectal Surgery, Digestive Department, Champalimaud Foundation,, Lisbonne, Portugal

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La préservation d'organe dans le cancer du rectum, reposant sur l'excision locale (EL) après traitement néoadjuvant ou sur une stratégie Watch-and-Wait (WW), permet d'éviter la morbidité de l'exérèse totale du mésorectum (TME). La sécurité de l'EL de rattrapage en cas de repousse locale après WW reste discutée. Cette étude compare la morbidité postopératoire de l'EL réalisée au restaging à celle réalisée pour repousse locale.

Méthodes

Cohorte multicentrique internationale de patients atteints d'un adénocarcinome rectal ayant bénéficié d'une EL après traitement néoadjuvant (2020-2025, 15 centres) répartis en deux groupes: EL au restaging ou EL de rattrapage pour repousse locale. Critère principal : morbidité à 30 jours. Critères secondaires : morbidité à 90 jours, sévérité des complications (Clavien-Dindo), durée d'hospitalisation, taux de conversion en TME et résultats fonctionnels.

Résultats

270 patients inclus (restaging n=221; repousse locale n=49). Les caractéristiques initiales étaient comparables. La morbidité à 30 jours était similaire (22 % vs 19 %, p=0,638), avec peu de complications majeures. La morbidité à 90 jours restait faible (5 % vs 7 %). A 30 jours, les douleurs anales étaient moins fréquentes après EL de rattrapage (20 % vs 41 %, p=0,008) et le

LARS était absent/mineur chez la majorité des patients (94 % vs 90 %). Les taux de conversion en TME étaient similaires et uniquement justifiés par des raisons oncologiques.

Conclusion

270 patients inclus (restaging n=221; repousse locale n=49). Les caractéristiques initiales étaient comparables. La morbidité à 30 jours était similaire (22 % vs 19 %, p=0,638), avec peu de complications majeures. La morbidité à 90 jours restait faible (5 % vs 7 %). A 30 jours, les douleurs anales étaient moins fréquentes après EL de rattrapage (20 % vs 41 %, p=0,008) et le LARS était absent/mineur chez la majorité des patients (94 % vs 90 %). Les taux de conversion en TME étaient similaires et uniquement justifiés par des raisons oncologiques.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.010

3CVD00479-Sténose des artères digestives avant résection colorectale : quel impact sur le risque de fistule anastomotique ? Étude de cohorte sur 1179 patients

Charlotte NOUYRIGAT (1), Maxime COLLARD (1), Lorenzo GARZELLI (2), Clotilde DEBOVE (1), Najim CHAFAI (1), Thibault VORON (1), Alexandre CHALLINE (1), Yann PARC (1), Jeremie LEFEVRE (1) - (1)Hopital Saint-Antoine, Chirurgie Générale Et Digestive, Paris, France, (2)Hopital Saint-Antoine, Radiologie, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit à déclarer.

Introduction

La sténose de l'artère mésentérique supérieure (AMS) serait associée au risque de fistule anastomotique (FA) après anastomose colorectale (ACR) ou colo-anale (ACA), soulevant la question d'une revascularisation préopératoire prophylactique. Notre objectif était d'évaluer cette association entre sténose de l'AMS et FA.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés d'une colectomie gauche ou proctectomie avec ACR/ACA pour cancer entre 2013 et 2025. Les scanners injectés préopératoires ont été relus pour quantifier la sténose de l'AMS, du tronc cœliaque (TC) et de l'artère mésentérique inférieure (AMI).

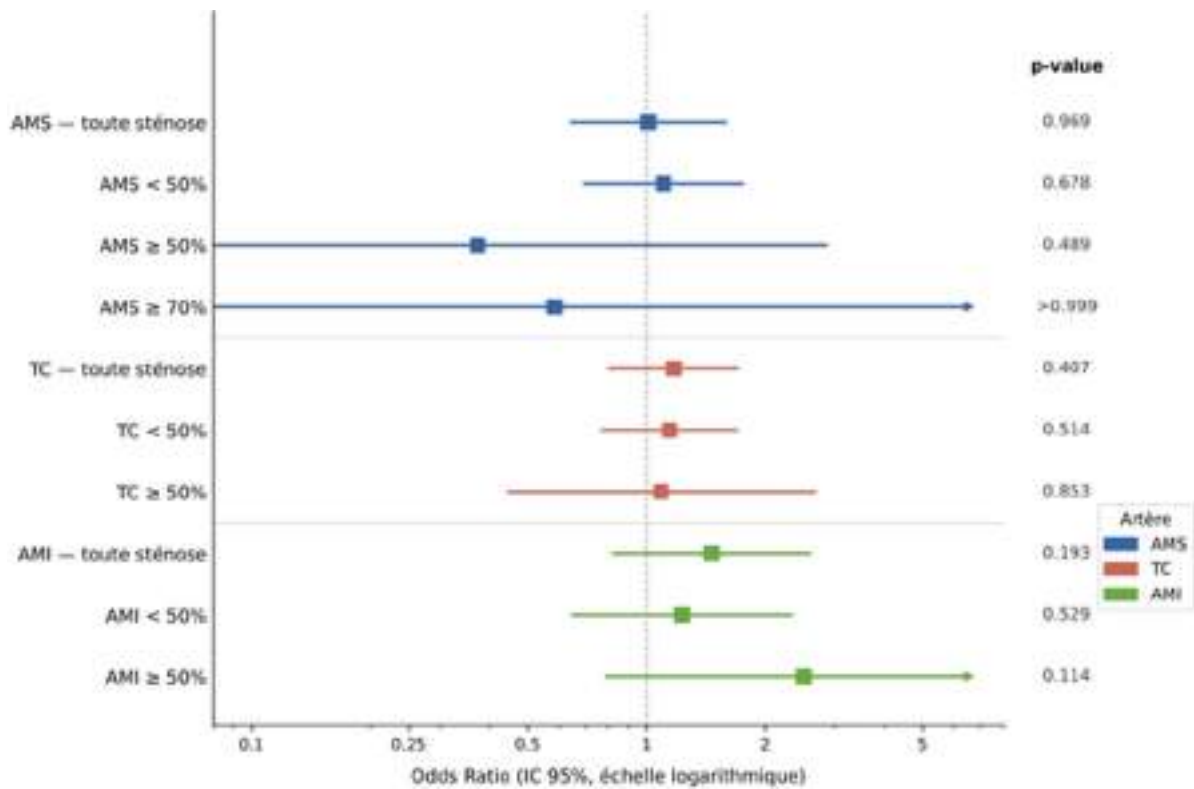
Résultats

1179 patients ont été inclus (âge médian 64ans). Le taux d'iléostomie de protection était de 58% et il y avait 34% d'ACA. Le taux de FA était de 16% (grade A: 35%, grade B: 30%, grade C: 35%). Une sténose de l'AMS était présente chez 14% des patients, dont 1,3% avec une sténose $\geq 50\%$. La prévalence de sténose de l'AMS était identique chez les patients avec et sans FA (14% vs 14%, $p=0,969$). Ce résultat persistait pour les FA sévères ($p=0,978$) et était confirmé dans la sous-population des anastomoses sous-péritoneales ($p=0,956$). De plus, aucune association avec le risque de FA n'était retrouvée pour les sténoses du TC présente chez 21% des patients ($p=0,407$) ni de l'AMI retrouvée chez 8% des patients ($p=0,193$) (figure 1).

Conclusion

1179 patients ont été inclus (âge médian 64ans). Le taux d'iléostomie de protection était de 58% et il y avait 34% d'ACA. Le taux de FA était de 16% (grade A: 35%, grade B: 30%, grade C: 35%). Une sténose de l'AMS était présente chez 14% des patients, dont 1,3% avec une sténose $\geq 50\%$. La prévalence de sténose de l'AMS était identique chez les patients avec et sans FA (14%

vs 14%, $p=0,969$). Ce résultat persistait pour les FA sévères ($p=0,978$) et était confirmé dans la sous-population des anastomoses sous-péritoneales ($p=0,956$). De plus, aucune association avec le risque de FA n'était retrouvée pour les sténoses du TC présente chez 21% des patients ($p=0,407$) ni de l'AMI retrouvée chez 8% des patients ($p=0,193$) (figure 1).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.011

3CVD00808-Préservation d'organe dans les cancers du rectum localisés : un bénéfice réel sur la qualité de vie ? Comparaison entre exérèse totale du mésorectum d'emblée et radiochimiothérapie suivie d'une excision locale

Jacques Emmanuel SAADOUN, Hélène MEILLAT, Eddy TRAVERSARI, Marie DAZZA, Cécile DE CHAISEMARTIN, Bernard LELONG - (1)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

Pour les petits cancers du rectum localisés sélectionnés, la TME d'emblée et la préservation d'organe (OP) par radiochimiothérapie (CRT) puis excision locale (LE) offrent des résultats oncologiques comparables. Cette étude comparait qualité de vie et résultats fonctionnels.

Méthodes

Ont été inclus les patients avec adénocarcinome rectal cT2-T3ab N0/Nx, ≤ 8 cm de la marge anale, < 4 cm, marge circonférentielle prédite ≥ 2 mm et suivi ≥ 2 ans. Évaluation par questionnaires validés (IIEF, QLQC30, QLQCR29, IIEF, USP, FSFI).

Résultats

130 patients ont été inclus : 66 TME d'emblée et 64 OP par CRT puis LE, dont 12 TME complémentaire. La qualité de vie globale était similaire. Les résultats digestifs étaient meilleurs après OP, avec de meilleurs scores de continence (34 ± 8 vs 30 ± 8 , $p=0,008$), moins de constipation (7 ± 19 vs 19 ± 28 , $p=0,004$), de fréquence des selles (9 ± 9 vs 25 ± 29 , $p=0,034$), d'incontinence aux gaz (21 ± 27 vs 35 ± 29 , $p=0,024$) et de gêne liée au transit (6 ± 15 vs 22 ± 29 , $p=0,003$). Le score LARS moyen était plus faible après OP (19 ± 11 vs 23 ± 10 , $p=0,081$). Un LARS majeur survenait chez 15,4% après LE seule, 27,3% après TME d'emblée et 50% après TME de complément. Chez les hommes, la dysfonction érectile était plus fréquente après OP (67,9% vs 38,2%, $p=0,020$).

Conclusion

130 patients ont été inclus : 66 TME d'emblée et 64 OP par CRT puis LE, dont 12 TME complémentaire. La qualité de vie globale était similaire. Les résultats digestifs étaient meilleurs après OP, avec de meilleurs scores de continence (34 ± 8 vs 30 ± 8 , $p=0,008$), moins de constipation (7 ± 19 vs 19 ± 28 , $p=0,004$), de fréquence des selles (9 ± 9 vs 25 ± 29 , $p=0,034$), d'incontinence aux gaz (21 ± 27 vs 35 ± 29 , $p=0,024$) et de gêne liée au transit (6 ± 15 vs 22 ± 29 , $p=0,003$). Le score LARS moyen était plus faible après OP (19 ± 11 vs 23 ± 10 , $p=0,081$). Un LARS

majeur survenait chez 15,4% après LE seule, 27,3% après TME d'emblée et 50% après TME de complément. Chez les hommes, la dysfonction érectile était plus fréquente après OP (67,9% vs 38,2%, $p=0,020$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.012

3CVD00695-Cancer du rectum et anastomose iléo-anale : le contexte oncologique pénalise-t-il les résultats ?

Charlotte NOUYRIGAT, Maxime COLLARD, Gregory MARTIN, Clotilde DEBOVE, Najim CHAFAI, Thibault VORON, Alexandre CHALLINE, Yann PARC, Jeremie LEFEVRE - (1)Hopital Saint-Antoine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de Conflit D'intérêt

Introduction

La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale (CPT-AIA) réalisée pour adénocarcinome rectal nécessite une exérèse totale du mésorectum dont l'impact sur la morbidité et la fonction digestive est peu documenté. Notre objectif était de comparer les résultats de la CPT-AIA chez les patients opérés pour cancer du rectum versus sans cancer.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant 372 patients opérés d'une CPT-AIA (2010-2024). Les patients avec cancer rectal (n=62) ont été comparés aux patients sans cancer après appariement sur la maladie sous-jacente et la réalisation d'une iléostomie de protection.

Résultats

Dans le groupe cancer, les traitements néoadjuvants proposés étaient : chimiothérapie (n=5), chimiothérapie puis radiochimiothérapie (n=5) et radiochimiothérapie (n=1). Le taux de résection R0 était de 93,5% et la survie à 5ans de 90%. Parmi les 6 patients irradiés, aucune fistule n'était observée et la continuité digestive rétablie dans tous les cas. Après appariement (59 patients avec cancer, 109 sans cancer), il n'existait pas de différence sur la morbidité globale (51% vs 51%, p=0,992), les complications sévères (16% vs 23%, p=0,277), le taux de fistule (14% vs 15%, p=0,843), la mortalité (0% vs 0,9%, p>0,999) ou le taux de stomie définitive (1,7% vs 0,9%, p>0,999). Sur le plan fonctionnel, aucune différence n'était observée pour le score LARS (22,5 vs 17,0, p=0,438), le score IPSS (42,5 vs 42,0, p=0,669) ou la santé générale SF-36 (50,0 vs 55,0, p=0,489).

Conclusion

Dans le groupe cancer, les traitements néoadjuvants proposés étaient : chimiothérapie (n=5), chimiothérapie puis radiochimiothérapie (n=5) et radiochimiothérapie (n=1). Le taux de résection R0 était de 93,5% et la survie à 5ans de 90%. Parmi les 6 patients irradiés, aucune fistule n'était observée et la continuité digestive rétablie dans tous les cas. Après appariement (59 patients avec cancer, 109 sans cancer), il n'existait pas de différence sur la morbidité

globale (51% vs 51%, $p=0,992$), les complications sévères (16% vs 23%, $p=0,277$), le taux de fistule (14% vs 15%, $p=0,843$), la mortalité (0% vs 0,9%, $p>0,999$) ou le taux de stomie définitive (1,7% vs 0,9%, $p>0,999$). Sur le plan fonctionnel, aucune différence n'était observée pour le score LARS (22,5 vs 17,0, $p=0,438$), le score IPSS (42,5 vs 42,0, $p=0,669$) ou la santé générale SF-36 (50,0 vs 55,0, $p=0,489$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.014

3CVD00364-Se passer de stomie après une TTSS pour cancer du rectum : un pari risqué? Analyse d'une Base Prospective de 140 Cas

Barbara NOIRET (1) , Alexis LITCHENKO (1), Mikhael CHOURAKI (2), Isabelle ETCHEBARNE (2), Rémi DELFOSSE (2), Quentin DENOST (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute,clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France, (2)Anesthésie Réanimation,clinique Tivoli Ducos, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

La technique TTSS(Transanal Transection and Single-Stapled) a été développée pour surmonter les limites des anastomoses basses à double agrafage après exérèse totale du mésorectum (TME). Son utilisation s'est imposée comme technique de reconstruction de référence pour les cancers du moyen/bas rectum. Cependant, la nécessité d'une stomie de protection systématique associée reste débattue.

Méthodes

Analyse d'une base de données prospective de 140 patients consécutifs opérés par TTSS pour un adénocarcinome rectal. Les patients ont été stratifiés selon la réalisation d'une stomie de dérivation : stomie (n=92, 65%) vs sans stomie (n=48, 35%). Les caractéristiques initiales, périopératoires, la morbidité ont été comparés.

Résultats

Les patients porteurs d'une stomie présentaient des tumeurs plus avancées (mrT3–T4 : 91% vs 73%, $p=0,004$), davantage de traitements néoadjuvants (88% vs 63%, $p<0,001$) et un score ASA plus élevé ($p=0,024$). L'approche était mini-invasive dans 98% des cas. Malgré ce profil, les patients stomisés présentaient de meilleurs résultats : morbidité majeure significativement réduite (Clavien-Dindo III–IV) de 5% vs 27% ($p<0,001$), fistules anastomotiques de 2,2% vs 16,7% ($p=0,003$), morbidité à 30 jours de 35% vs 52% ($p=0,048$). Une fermeture précoce a été réalisée chez 28% des patients stomisés, sans fistule en postopératoire et avec 2 complications mineures (7,7%).

Conclusion

Les patients porteurs d'une stomie présentaient des tumeurs plus avancées (mrT3–T4 : 91% vs 73%, $p=0,004$), davantage de traitements néoadjuvants (88% vs 63%, $p<0,001$) et un score ASA plus élevé ($p=0,024$). L'approche était mini-invasive dans 98% des cas. Malgré ce profil, les patients stomisés présentaient de meilleurs résultats : morbidité majeure significativement

réduire (Clavien-Dindo III–IV) de 5% vs 27% ($p<0,001$), fistules anastomotiques de 2,2% vs 16,7% ($p=0,003$), morbidité à 30 jours de 35% vs 52% ($p=0,048$). Une fermeture précoce a été réalisée chez 28% des patients stomisés, sans fistule en postopératoire et avec 2 complications mineures (7,7%).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.015

3CVD00057-Prédiction précoce des Pneumopathies Infectieuses après une Chirurgie Abdominale Majeure par profilage immunitaire de haute dimension

Alexandre MAILLARD, Benjamin WAKED, Julien HEDOU, Franck VERDONK, Alexandre BLAIN, Gwendoline MENDES, Gregoire BELLAN - (1)Surgecare, Paris, France

Conflits d'intérêts

On travaille chez SurgeCare.

Introduction

Les pneumopathies postopératoires (ILD) sont une cause majeure de morbidité et d'allongement du séjour après chirurgie abdominale. L'étude SPRED (NCT05523713) évalue un modèle de fondation appliqué au profilage immunitaire unicellulaire (CyTOF) pour une prédiction précoce, afin de pallier le manque de spécificité et de précocité des outils actuels (score ACS-NSQIP, CRP).

Méthodes

Dans une étude prospective multicentrique, 283 patients adultes opérés d'une chirurgie abdominale majeure programmée ont été recrutés. La survenue d'une ILD a été relevée à 30 jours, définie par l'apparition ou la progression d'infiltrats à l'imagerie thoracique, associée à au moins un signe clinique (fièvre, toux, hyperleucocytose) et confirmée microbiologiquement. Un prélèvement sanguin à J1 a été analysé par cytométrie de masse. Le modèle de fondation, pré-entraîné sur 1,5 milliard de cellules (2000 patients, 24 études), a été évalué sur 84 patients de validation et comparé au score ACS-NSQIP et à la CRP à J1.

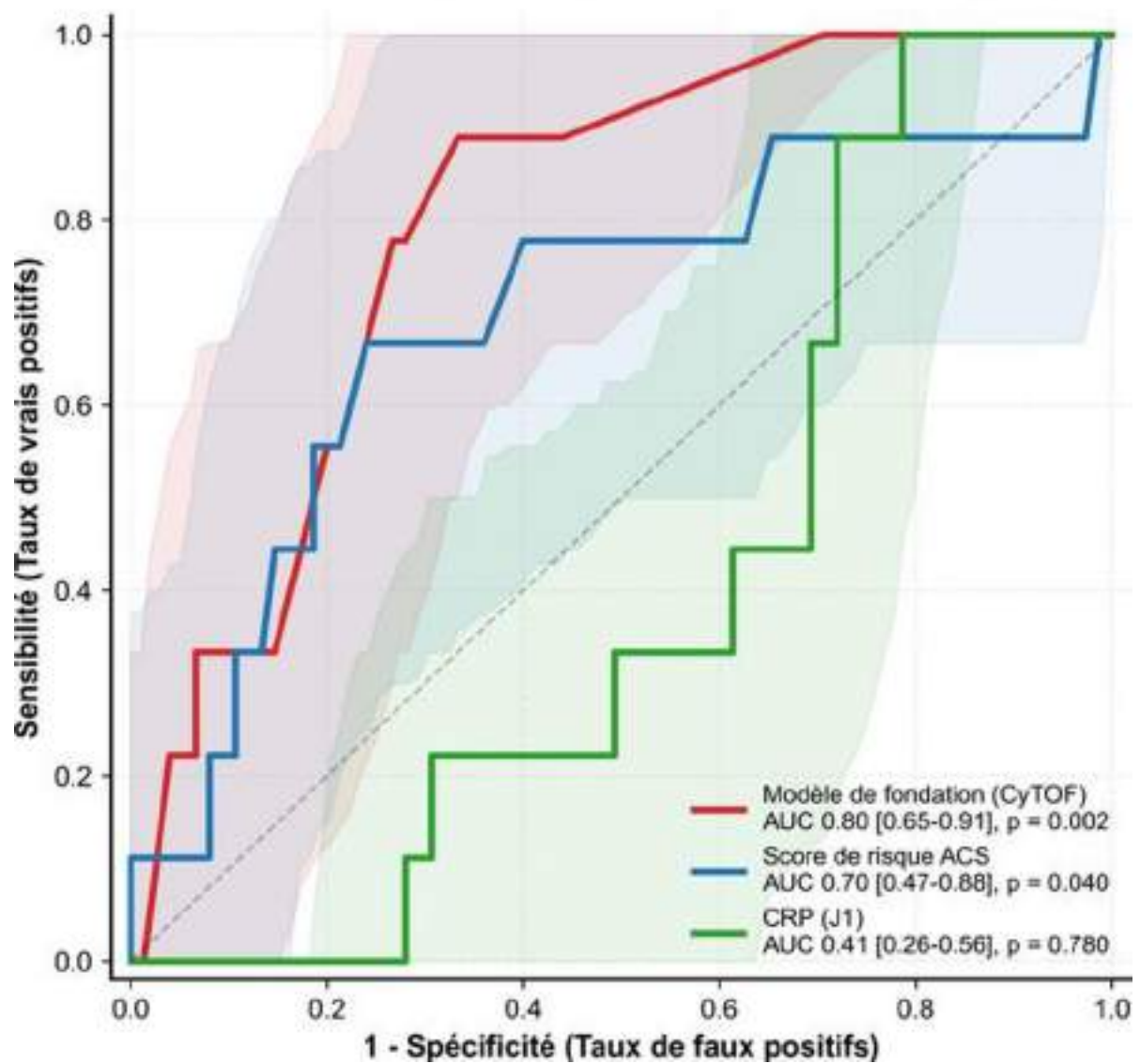
Résultats

Dans l'ensemble de la cohorte, l'incidence des ILD est de 12,5 %. Dès J1, la signature immunitaire surpassait nettement les marqueurs cliniques et biologiques, avec une AUROC de 0,80 [0,65–0,91] ($p=0,002$), contre 0,41 [0,26–0,56] ($p=0,78$) pour la CRP et 0,70 [0,47–0,88] ($p=0,04$) pour le score ACS-NSQIP. Le modèle identifie une vulnérabilité immunitaire respiratoire avant les premiers signes cliniques.

Conclusion

Dans l'ensemble de la cohorte, l'incidence des ILD est de 12,5 %. Dès J1, la signature immunitaire surpassait nettement les marqueurs cliniques et biologiques, avec une AUROC de 0,80 [0,65–0,91] ($p=0,002$), contre 0,41 [0,26–0,56] ($p=0,78$) pour la CRP et 0,70 [0,47–0,88] ($p=0,04$) pour le score ACS-NSQIP. Le modèle identifie une vulnérabilité immunitaire respiratoire avant les premiers signes cliniques.

Prédiction des pneumopathies inflammatoires (ILD)



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.016

3CVD00166-Adénocarcinome du rectum : Quels facteurs prédictifs de récurrence après chirurgie curative ?

Mehdi BEN LATIFA, Amèni OUERGHI, Waad FARHAT, Amel BOUAZZI, Sami LAGHA, Abdelkader MIZOUNI, Mohamed BEN MABROUK - (1)Service Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

L'adénocarcinome rectal est le deuxième cancer digestif. Sa prise en charge a connu récemment des progrès des techniques chirurgicales ainsi que des traitements néoadjuvants. Cependant, le risque de récurrence après chirurgie reste significatif, imposant une surveillance post-thérapeutique étroite. L'objectif de notre étude est de rechercher les facteurs prédictifs de récurrence des adénocarcinomes du rectum sous-péritonéal après chirurgie curative afin d'instaurer une meilleure stratégie de surveillance post-thérapeutique.

Méthodes

Étude rétrospective et descriptive, menée sur une période de 21 ans, ayant colligé les patients opérés de façon curative pour un adénocarcinome du bas ou du moyen rectum.

Résultats

282 patients étaient inclus dans notre série. 77 patients ont présenté une récurrence (27,3%) dont 40 cas de récurrence locorégionale isolée. La survie à 5 ans était de 76% contre une survie de 14,3% à 5 ans en cas de récurrence. L'étude analytique mono-factorielle des paramètres influençant la survie sans récurrence a permis de dégager 14 facteurs pronostiques significatifs. Quatre parmi ces facteurs sont retenus comme facteurs pronostiques indépendants à l'analyse multivariée : Il s'agit de l'envahissement ganglionnaire, l'envahissement des organes de voisinage, l'engainement péri-nerveux et l'effraction capsulaire.

Conclusion

282 patients étaient inclus dans notre série. 77 patients ont présenté une récurrence (27,3%) dont 40 cas de récurrence locorégionale isolée. La survie à 5 ans était de 76% contre une survie de 14,3% à 5 ans en cas de récurrence. L'étude analytique mono-factorielle des paramètres influençant la survie sans récurrence a permis de dégager 14 facteurs pronostiques significatifs. Quatre parmi ces facteurs sont retenus comme facteurs pronostiques indépendants à

l'analyse multivariée : Il s'agit de l'envahissement ganglionnaire, l'envahissement des organes de voisinage, l'engainement péri-nerveux et l'effraction capsulaire.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.017

3CVD00322-La Basse Pression en Chirurgie Colorectale : Résultats de la Cohorte Prospective Internationale CROSS de phase 2B (IDEAL)

Quentin DENOST (1), Ellen VAN EETVELDE (2), Laura BEYER-BERJOT (3), Patricia TEJEDOR (4), Jean-Jacques TUECH (5), Edy COTTE (6), Yann HAMONIC (7), Roel HOMPES (8), Frederic RIS (9), Antonino SPINELLI (10), Barbara NOIRET (1) - (1)Bordeaux Colorectal Institute, Chirurgie Digestive, Bordeaux, France, (2)Uz Leuven, chirurgie Digestive, Leuven, Belgique, (3)Hopital Nord-Aphm, Chirurgie Digestive, Marseille, France, (4)Hospital Gregorio Marañón, chirurgie Digestive, Madrid, Espagne, (5)Chu De Rouen, chirurgie Digestive, Rouen, France, (6)Chu De Lyon, chirurgie Digestive, Lyon, France, (7)Clinique Tivoli-Ducos, Anesthésie-Réanimation, Bordeaux, France, (8)Amsterdam Umc, chirurgie Digestive, Amsterdam, Pays-Bas, (9)Hopitaux De Genève, chirurgie Digestive, Geneve, Suisse, (10)Humanitas Université, chirurgie Digestive, Milan, Italie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie à basse pression (BP) réduit la douleur postopératoire et la consommation d'opioïdes par rapport à la pression standard (SP). Certains facteurs périopératoires pourraient potentialiser ces bénéfices. CROSS (ColoRectal lOw Stable preSSure) a évalué une stratégie LPP standardisée en pratique clinique.

Méthodes

CROSS (NCT06154785) est une cohorte prospective multicentrique internationale (9 centres). Les patients opérés d'une résection colorectale mini-invasive programmée sous BP (AirSeal®) ont été inclus (12/2023-07/2025). Critère principal : durée de séjour (DDS). Critères secondaires : douleur postopératoire (EVA), consommation d'opioïdes, conversions et morbidité. Les facteurs prédictifs indépendants ont été analysés par régression logistique.

Résultats

300 patients (médiane 62,8 ans; 66% d'adénocarcinomes) opérés par voie robotique (55%) ou laparoscopique (45%): TME (30%), colectomie droite (24%) ou gauche (27%). La DDS médiane était de 4 jours (45% ≤ 4 jours). Une EVA ≤ 3 à 24h était observée chez 72% des patients (44% sans opioïde). La morbidité globale était de 20% (Dindo ≥ 3: 8%). Le taux de conversion était de 18,7%: 15,3% en SP et 3,4% en laparotomie. Les facteurs indépendants de conversion étaient pathologie bénigne (OR 2.29), abord laparoscopique (OR 2.42) et mauvais champ opératoire (Leiden OR 12.17). Les facteurs associés à l'échec de l'objectif «EVA ≤ 3 sans opioïdes» étaient la conversion, l'absence pre-stretching abdominal et le drainage. Chez les Dindo 0-1, la conversion vers SP majorait la douleur (48% vs 76%, p=0,002) et les opioïdes palier II (27% vs 8%, p=0,001).

Conclusion

300 patients (médiane 62,8 ans; 66% d'adénocarcinomes) opérés par voie robotique (55%) ou laparoscopique (45%): TME (30%), colectomie droite (24%) ou gauche (27%). La DDS médiane était de 4 jours (45% $\leq$ 4 jours). Une EVA $\leq$ 3 à 24h était observée chez 72% des patients (44% sans opioïde). La morbidité globale était de 20 % (Dindo $\geq$ 3: 8 %). Le taux de conversion était de 18,7%: 15.3% en SP et 3.4% en laparotomie. Les facteurs indépendants de conversion étaient pathologie bénigne (OR 2.29), abord laparoscopique (OR 2.42) et mauvais champ opératoire (Leiden OR 12.17). Les facteurs associés à l'échec de l'objectif «EVA $\leq$ 3 sans opioïdes» étaient la conversion, l'absence pre-stretching abdominal et le drainage. Chez les Dindo 0–1, la conversion vers SP majorait la douleur (48% vs 76%, $p=0,002$) et les opioïdes palier II (27% vs 8%, $p=0,001$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.018

3CVD00591-Les complications postopératoires diffèrent-elles entre anastomose mécanique et manuelle lors d'une fermeture d'iléostomie temporaire ?

Laura GAZE (1), Mathilde AUBERT (1), Sophie CHOPINET (1), Adel OMOURI (1), Nicolas PIRRO (1), Emilie BOLLON (1), Laura BEYER (2), Diane MEGE (1) - (1)Chu Timone, Marseille, France, (2)Chu Nord, Marseille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La fermeture d'iléostomie par voie élective est une intervention fréquemment réalisée. Il n'existe pas de recommandation formelle quant au choix de la technique d'anastomose, manuelle ou mécanique. Notre objectif est de comparer les suites postopératoires immédiates et à long terme des patients opérés pour fermeture élective d'une iléostomie, en fonction du type d'anastomose réalisée.

Méthodes

Entre janvier 2015 et septembre 2023, tous les patients opérés d'une fermeture d'iléostomie par voie élective dans 2 centres ont été rétrospectivement inclus. et comparés en fonction du type d'anastomose réalisée, manuelle ou mécanique

Résultats

484 patients opérés pour fermeture d'iléostomie par voie élective, avec une anastomose manuelle (n=261) ou mécanique (n=223) ont été inclus. La durée opératoire était significativement plus longue dans le groupe anastomose manuelle (76 vs 66 minutes, $p=0,0001$) par rapport à mécanique. Les taux de complications postopératoires (33 vs 27%, $p=0,1$), de réadmissions (6 vs 5%, $p=0,8$) ou de réinterventions (5 vs 5%, $p=0,99$) étaient équivalents entre les 2 groupes. A long terme, le taux d'éventrations était significativement diminué après une anastomose manuelle (11 vs 19%, $p=0,01$) par rapport à mécanique. Après analyse multivariée, l'indice de masse corporelle diminué ($OR=0,85$, $p=0,0001$) et la réalisation d'une anastomose manuelle ($OR=0,4$, $p=0,004$) étaient identifiés comme des facteurs protecteurs vis à vis du risque de complication à long terme.

Conclusion

484 patients opérés pour fermeture d'iléostomie par voie élective, avec une anastomose manuelle (n=261) ou mécanique (n=223) ont été inclus. La durée opératoire était significativement plus longue dans le groupe anastomose manuelle (76 vs 66 minutes, $p=0,0001$) par rapport à mécanique. Les taux de complications postopératoires (33 vs 27%,

p=0,1), de réadmissions (6 vs 5%, p=0,8) ou de réinterventions (5 vs 5%, p=0,99) étaient équivalents entre les 2 groupes. A long terme, le taux d'évétrations était significativement diminué après une anastomose manuelle (11 vs 19%, p=0,01) par rapport à mécanique. Après analyse multivariée, l'indice de masse corporelle diminué (OR=0,85, p=0,0001) et la réalisation d'une anastomose manuelle (OR=0,4, p=0,004) étaient identifiés comme des facteurs protecteurs vis à vis du risque de complication à long terme.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.019

3CVD00566-Gangrène de Fournier: Validation d'un index de sévérité

Seifeddine KTHIRI (1), Bochra REZGUI (1), Hedi MESSAOUDI (2), Taha SABRI (1), Rached KHELILI (1), Asma BEJAOU (1), Mohaned AZZOUZ (1), Adib KEFI (1), Oussema RHIF (1), Aymen MABROUK (1), Mounir BEN MOUSSA (1) - (1)Service De Chirurgie A, Hopital Charles Nicole, Tunis, Tunisie, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Carcinologique, Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer dans ce travail.

Introduction

La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante rapidement progressive. Il s'agit d'une urgence chirurgicale extrême, grevée d'une mortalité pouvant dépasser les 80%. L'objectif de notre étude était de valider l'ISGF afin de standardiser son utilisation pratique pour chaque malade et prédire le risque de mortalité.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les patients pris en charge pour gangrène de Fournier au service de chirurgie « A » de l'hôpital Charles Nicolle entre 2014 et 2025. Le critère principal était la mortalité. Une analyse uni- et multivariée a comparé les groupes « survie » et « décès ». La validation de l'ISGF reposait sur la courbe ROC, la valeur seuil et le test de Hosmer-Lemeshow.

Résultats

Cinquante patients ont été inclus. L'âge moyen était de 50 ans $\pm$ 14,56, avec un sex-ratio de 3,54. L'ISGF moyen était de 5,96 $\pm$ 4,04 et la mortalité de 22 %. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants de mortalité étaient le tabagisme, l'instabilité hémodynamique, l'étendue de la nécrose, l'ISGF, les bicarbonates, la créatininémie et la kaliémie. L'ISGF avait une excellente discrimination à la courbe ROC avec une AUC de 0,970 [0,925–1] et une bonne calibration au test de Hosmer-Lemeshow. Un score > 9 était associé à une mortalité de 81,8 %, tandis qu'un score < 9 était associé à une survie de 94,9 %.

Conclusion

Cinquante patients ont été inclus. L'âge moyen était de 50 ans $\pm$ 14,56, avec un sex-ratio de 3,54. L'ISGF moyen était de 5,96 $\pm$ 4,04 et la mortalité de 22 %. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants de mortalité étaient le tabagisme, l'instabilité hémodynamique, l'étendue de la nécrose, l'ISGF, les bicarbonates, la créatininémie et la kaliémie. L'ISGF avait une excellente discrimination à la courbe ROC avec une AUC de 0,970

[0,925–1] et une bonne calibration au test de Hosmer-Lemeshow. Un score > 9 était associé à une mortalité de 81,8 %, tandis qu'un score < 9 était associé à une survie de 94,9 %.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.020

3CVD00640-Planification préopératoire avant colectomie droite carcinologique : les reconstructions vasculaires 3D améliorent la fiabilité et la rapidité de l'analyse anatomique

Emma DIALLO (1), Antoine CAZELLES (1), Méline BAJUL (2), Aurélien SALTEL-FULERO (3), Lionel REBIBO (1), Léila USEROVICI (1), Lucien MARAUX (1), Gianluca PAGANO (1), Pauline THIBODOT (1), Rami HARB (1), Remy AMORY (1), Sarah NERRIEC (1), Thibault SIGWALT (1), Mehdi KAROUI (1), Gilles MANCEAU (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Hôpital Européen Georges Pompidou, Ap-Hp Centre-Université Paris Cité, Paris, France, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Hôpital Européen Georges Pompidou, Ap-Hp Centre-Université Paris Cité - Paris (France), Paris, France, (3)Service De Radiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Ap-Hp Centre-Université Paris Cité, Paris, France

Conflits d'intérêts

Gilles Manceau déclare avoir bénéficié d'un soutien non financier de la part de Visible Patient® dans le cadre de l'étude. Tous les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La colectomie droite carcinologique est une intervention complexe, en raison notamment de la grande variabilité de l'anatomie vasculaire des patients. Les reconstructions vasculaires 3D pourraient améliorer la planification préopératoire. L'objectif de cette étude était d'évaluer leur impact sur la fiabilité de l'analyse anatomique et le temps d'interprétation par rapport au scanner conventionnel.

Méthodes

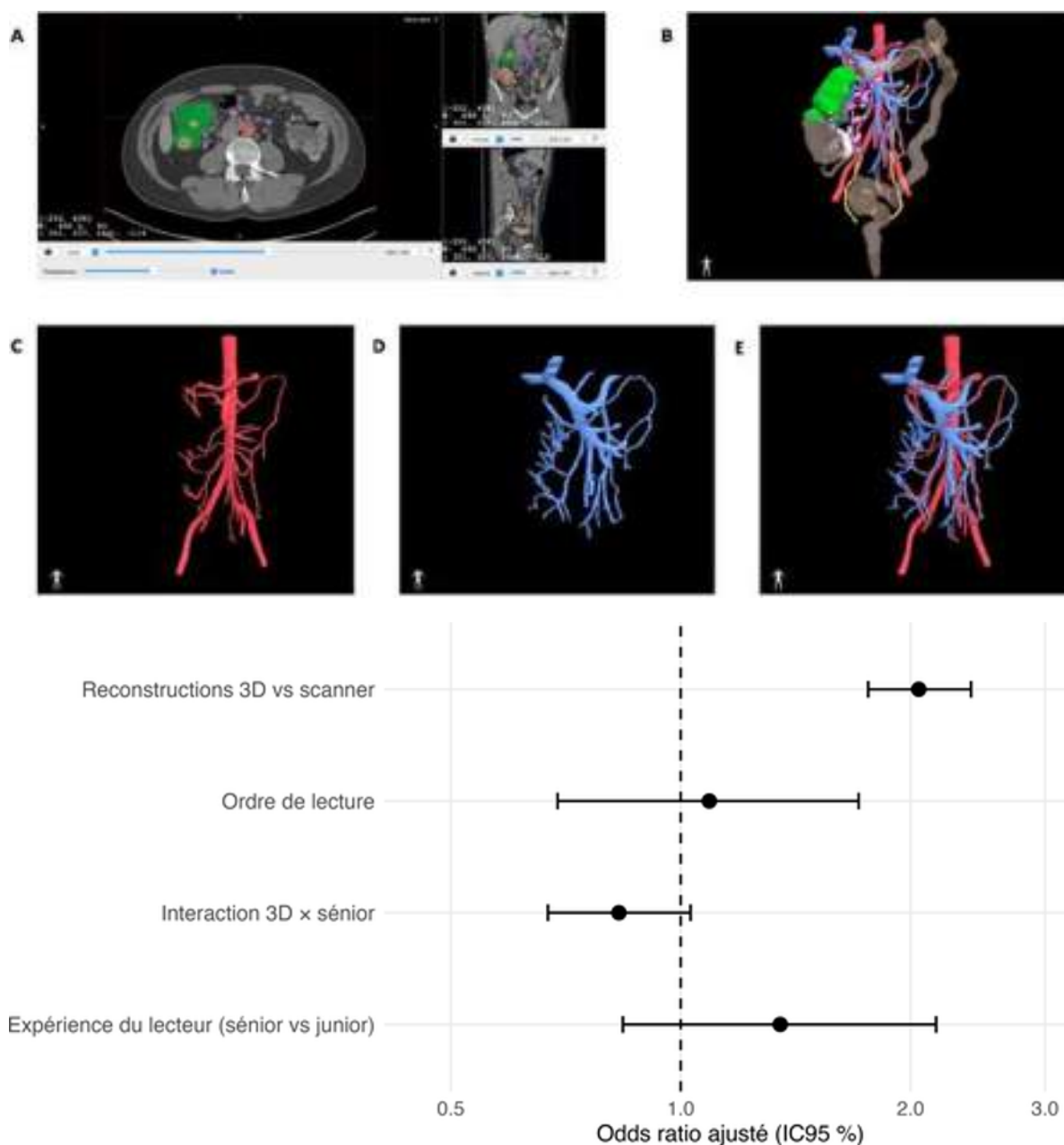
Cette étude comparative en cross-over a analysé des scanners injectés au temps portal soit selon une interprétation conventionnelle, soit à l'aide de reconstructions vasculaires 3D (Visible Patient®, Strasbourg, France) (Figure 1). Des chirurgiens de niveaux d'expérience différents ont évalué l'anatomie artérielle et veineuse du côlon droit. La précision anatomique et le temps d'interprétation ont été comparés à l'aide de modèles mixtes.

Résultats

Trente patients et quatorze lecteurs (sept juniors et sept seniors) ont été inclus, représentant un total de 840 évaluations. La précision anatomique était significativement supérieure avec les reconstructions 3D (OR=2,05; IC95%: 1,76–2,40; $p<0,001$), indépendamment de l'expérience des lecteurs et de la séquence de lecture (Figure 2). Le temps médian d'interprétation était significativement plus court avec les reconstructions 3D qu'avec le scanner conventionnel (150s [110–232] vs. 335s [203–500] ; $p<0,0001$). En analyse multivariée, les reconstructions 3D restaient associées à une réduction du temps d'interprétation, plus marquée chez les juniors (–60 %) que chez les seniors (–35 %).

Conclusion

Trente patients et quatorze lecteurs (sept juniors et sept seniors) ont été inclus, représentant un total de 840 évaluations. La précision anatomique était significativement supérieure avec les reconstructions 3D (OR=2,05; IC95%: 1,76–2,40; $p<0,001$), indépendamment de l'expérience des lecteurs et de la séquence de lecture (Figure 2). Le temps médian d'interprétation était significativement plus court avec les reconstructions 3D qu'avec le scanner conventionnel (150s [110–232] vs. 335s [203–500] ; $p<0,0001$). En analyse multivariée, les reconstructions 3D restaient associées à une réduction du temps d'interprétation, plus marquée chez les juniors (–60 %) que chez les seniors (–35 %).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.021

3CVD00601-Machine Learning-Based prédiction de la survie en chirurgie d'urgence du cancer du côlon compliqué

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les formes compliquées du cancer du côlon (occlusion, perforation ou hémorragie) opérées en urgence sont grevées d'une morbi-mortalité bien supérieure à la chirurgie programmée. L'identification précoce des patients à haut risque de mortalité pourrait guider la décision chirurgicale et l'allocation des ressources. Notre objectif était d'identifier les facteurs prédictifs de survie par apprentissage automatique (machine learning, ML).

Méthodes

Cohorte rétrospective de patients opérés en urgence d'un cancer du côlon compliqué entre janvier 2015 et décembre 2023. Plusieurs modèles, forêt aléatoire, gradient boosting et régression logistique, ont été entraînés à prédire la survie postopératoire à 30 jours. Les performances étaient évaluées par l'exactitude, l'AUC, la sensibilité et la spécificité, avec analyse d'importance des variables.

Résultats

Parmi 184 patients inclus, la mortalité à 30 jours était de 18,5 %. La forêt aléatoire offrait les meilleures performances : AUC 0,87, exactitude 82 %, sensibilité 78 %, spécificité 85 %. Les principaux prédicteurs étaient l'état de choc préopératoire (21 %), une lactatémie > 2 mmol/L (17 %), un score ASA ≥ 3 (15 %), un stade tumoral avancé (12 %) et des pertes sanguines > 500 mL (10 %). Les courbes de dépendance partielle révélaient des relations non linéaires, illustrant la supériorité du ML sur la régression conventionnelle.

Conclusion

Parmi 184 patients inclus, la mortalité à 30 jours était de 18,5 %. La forêt aléatoire offrait les meilleures performances : AUC 0,87, exactitude 82 %, sensibilité 78 %, spécificité 85 %. Les principaux prédicteurs étaient l'état de choc préopératoire (21 %), une lactatémie > 2 mmol/L (17 %), un score ASA ≥ 3 (15 %), un stade tumoral avancé (12 %) et des pertes sanguines > 500 mL (10 %). Les courbes de dépendance partielle révélaient des relations non linéaires, illustrant la supériorité du ML sur la régression conventionnelle.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.022

3CVD00103-Abcès de la paroi comme facteur déterminant modifiable d'éventration à long terme après fermeture d'une iléostomie : analyse sur 12 ans de 749 interventions

Iliès EL BOUKILI (1), Vahan KEPENEKIAN (2), Eddy COTTE (2), Olivier GLEHEN (2), Bertrand LE ROY (1), Rémi GRANGE (1), Guillaume PASSOT (2) - (1)Chu Saint Etienne, Saint Etienne, France, (2)Chu Lyon Sud, Pierre Bénite, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La fermeture d'iléostomie de dérivation est associée à un risque non négligeable d'éventration à long terme, mais le rôle des facteurs chirurgicaux modifiables reste mal défini.

Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique a inclus 749 fermetures d'iléostomie consécutives réalisées entre 2007 et 2018. Le critère de jugement principal était la survenue d'une éventration au niveau du site d'iléostomie à 3 ans. Les critères secondaires comprenaient l'éventration à 1 an, la fistule anastomotique, l'abcès de paroi, la durée de séjour et le délai de reprise du transit. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour identifier les facteurs indépendamment associés à l'éventration, complétée par une analyse de médiation.

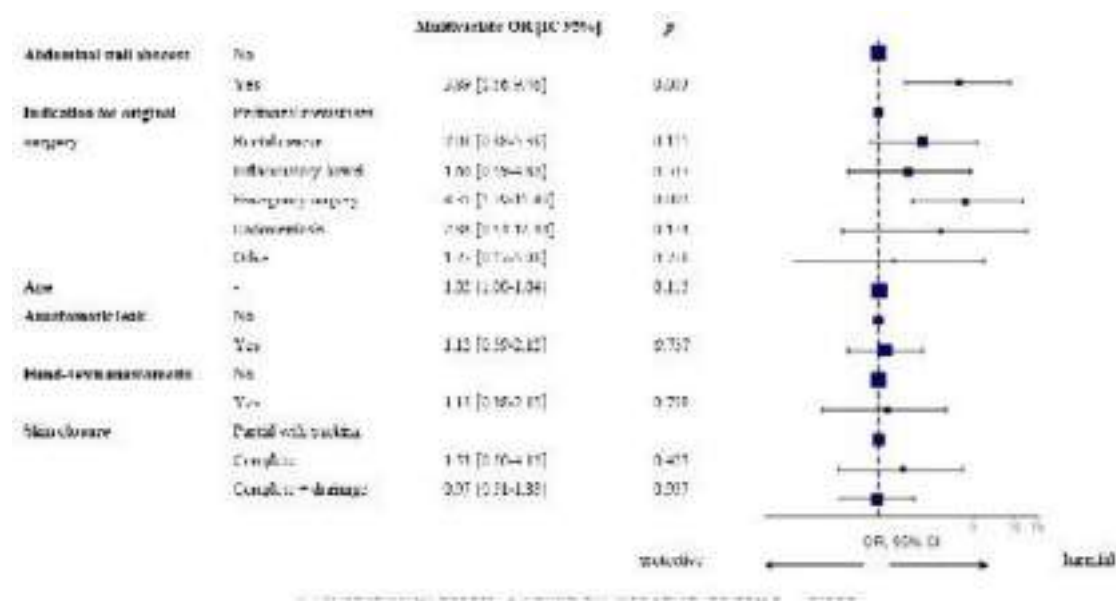
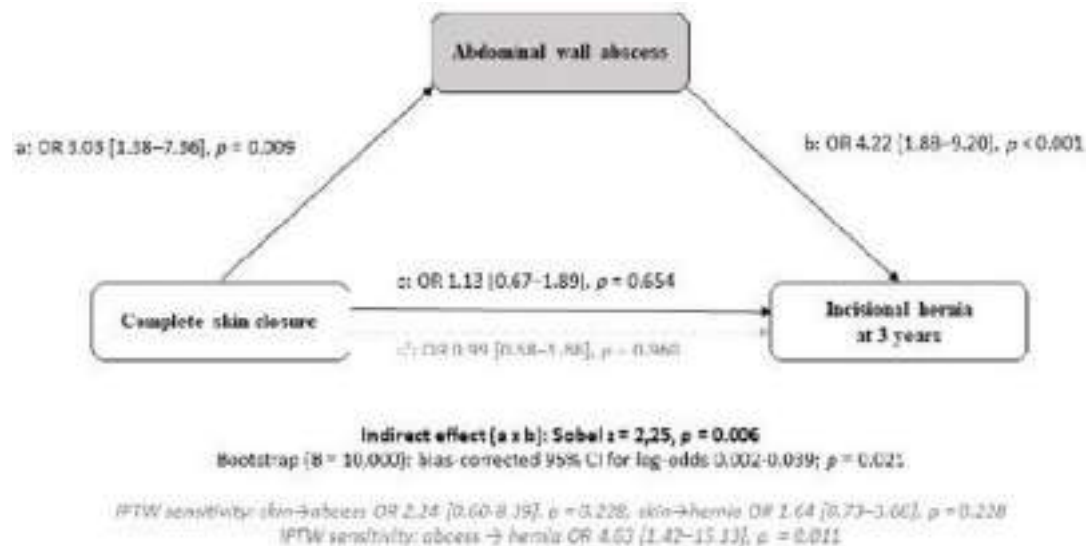
Résultats

Une éventration est survenue chez 50/629 patients (7,9 %) à 1 an et chez 71/470 patients (15,1 %) à 3 ans. En analyse multivariée (n = 460 ; 68 événements), deux facteurs indépendamment ont été identifiés : l'abcès de paroi (OR 3,89 ; IC95 % 1,56–9,46 ; p = 0,003) et le caractère urgent de la chirurgie initiale (OR 4,35 ; IC95 % 1,79–11,49 ; p = 0,002). La technique d'anastomose, la fermeture aponévrotique, le type de fil, l'expérience du chirurgien et l'ère ERAS n'étaient pas associés au risque d'éventration. L'analyse de médiation montrait que l'association entre fermeture cutanée complète et éventration était statistiquement médiée par l'apparition d'un abcès de paroi (bootstrap p = 0.021; Sobel p = 0.006).

Conclusion

Une éventration est survenue chez 50/629 patients (7,9 %) à 1 an et chez 71/470 patients (15,1 %) à 3 ans. En analyse multivariée (n = 460 ; 68 événements), deux facteurs indépendamment ont été identifiés : l'abcès de paroi (OR 3,89 ; IC95 % 1,56–9,46 ; p = 0,003) et le caractère urgent de la chirurgie initiale (OR 4,35 ; IC95 % 1,79–11,49 ; p = 0,002). La technique

d'anastomose, la fermeture aponévrotique, le type de fil, l'expérience du chirurgien et l'ère ERAS n'étaient pas associés au risque d'éventration. L'analyse de médiation montrait que l'association entre fermeture cutanée complète et éventration était statistiquement médiée par l'apparition d'un abcès de paroi (bootstrap $p = 0.021$; Sobel $p = 0.006$).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.023

3CVD00599-Prédiction de la fistule anastomotique après chirurgie colorectale par intelligence artificielle

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La fistule anastomotique (FA) est une complication redoutée de la chirurgie colorectale, source de surmorbidity, de surmortalité et d'allongement du séjour. L'identification précoce des patients à risque pourrait optimiser la prise en charge. Notre objectif était de développer et valider un modèle prédictif de FA fondé sur l'intelligence artificielle (IA).

Méthodes

Analyse rétrospective de 318 patients ayant bénéficié d'une résection colorectale avec anastomose, programmée ou en urgence, entre janvier 2016 et décembre 2023. Les variables démographiques, cliniques, biologiques et peropératoires ont été recueillies. Plusieurs algorithmes, forêt aléatoire, gradient boosting et réseaux de neurones, ont été entraînés à prédire la FA. Les performances étaient évaluées par l'exactitude, l'AUC, la sensibilité et la spécificité, avec analyse d'importance des variables.

Résultats

Le taux global de FA était de 9,1 %. Le gradient boosting offrait les meilleures performances : AUC 0,88, exactitude 83 %, sensibilité 79 %, spécificité 85 %. Les principaux prédicteurs étaient l'hypoalbuminémie préopératoire (21 %), une durée opératoire > 180 min (17 %), une anastomose basse < 10 cm de la marge anale (15 %), des pertes sanguines > 500 mL (11 %) et la chirurgie en urgence (10 %). Les courbes de dépendance partielle révélaient des relations non linéaires, illustrant la supériorité de l'IA sur la régression conventionnelle.

Conclusion

Le taux global de FA était de 9,1 %. Le gradient boosting offrait les meilleures performances : AUC 0,88, exactitude 83 %, sensibilité 79 %, spécificité 85 %. Les principaux prédicteurs étaient l'hypoalbuminémie préopératoire (21 %), une durée opératoire > 180 min (17 %), une anastomose basse < 10 cm de la marge anale (15 %), des pertes sanguines > 500 mL (11 %) et la chirurgie en urgence (10 %). Les courbes de dépendance partielle révélaient des relations non linéaires, illustrant la supériorité de l'IA sur la régression conventionnelle.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.024

3CVD00501-Intégration du robot SP en colectomie droite : résultats d'une série monocentrique

Mathilde FLOCH, Romain LESOURD, Elena FERNANDEZ DE SEVILLA, Matthieu FARON, Maximiliano GELLI, Charles HONORÉ, Isabelle SOURROUILLE, Leonor BENHAÏM - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Absence de conflit d'intérêt.

Introduction

La colectomie droite mini-invasive peut être réalisée par coelioscopie, robot Xi ou robot SP. Les données comparatives restent limitées, en particulier pour la plateforme SP récemment introduite. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats postopératoires de ces trois approches dans un centre équipé d'un robot SP depuis 2025.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant des patients opérés d'une colectomie droite mini-invasive pour adénocarcinome colique localisé. Les données démographiques, opératoires et postopératoires ont été analysées de manière descriptive.

Résultats

Trente-cinq patients ont été inclus entre janvier 2025 et mars 2026. L'âge médian était de 70 ans (39–89) et le BMI moyen de 25,8 kg/m² (18–42,9). Les techniques utilisées étaient la coelioscopie (43 %), le robot Xi (17 %) et le robot SP (40 %). La durée opératoire moyenne était de 187 min en coelioscopie (100–227), 229 min en robot Xi (173–289) et 229 min en robot SP (140–240). La morbidité postopératoire globale était de 3% : il s'agissait d'une fistule anastomotique ayant nécessité une reprise chirurgicale dans le groupe Robot Xi. Aucune mortalité à 90 jours n'a été observée. La durée médiane de séjour était de 4 jours en coelioscopie (0–7) et robot Xi (3–14), et de 2,3 jours en robot SP (0–7).

Conclusion

Trente-cinq patients ont été inclus entre janvier 2025 et mars 2026. L'âge médian était de 70 ans (39–89) et le BMI moyen de 25,8 kg/m² (18–42,9). Les techniques utilisées étaient la coelioscopie (43 %), le robot Xi (17 %) et le robot SP (40 %). La durée opératoire moyenne était de 187 min en coelioscopie (100–227), 229 min en robot Xi (173–289) et 229 min en robot SP (140–240). La morbidité postopératoire globale était de 3% : il s'agissait d'une fistule anastomotique ayant nécessité une reprise chirurgicale dans le groupe Robot Xi. Aucune

mortalité à 90 jours n'a été observée.
 La durée médiane de séjour était de 4 jours en coelioscopie (0–7) et robot Xi (3–14), et de 2,3 jours en robot SP (0–7).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.025

3CVD00063-Formation certifiante en chirurgie de reconstruction du périnée postérieur dans les pays à faible revenu : résultats du programme "Femmes" de AFYA Geneva

Emilie LIOT (1), Guillaume MEURETTE (1), Gonzalo SOTO (2), Clara TALABARDON (1), Jasmine ABDULCADIR (1), Peter MAJINGE (3), Tigist TESFA (4), Frédéric RIS (1), Lionel DUMONT (1) - (1)Hôpitaux Universitaires De Genève, Genève, Suisse, (2)Afya Geneva, Santiago, Chili, (3)Ccbtr, Dar-Es-Salaam, Tanzanie (République-Unie de), (4)Hamlin Fistula, Addis Abeba, Éthiopie

Conflits d'intérêts

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les lésions obstétricales du sphincter anal (OASIS) constituent une cause majeure d'incontinence anale féminine, particulièrement dans les pays à faible revenu (PFR) où l'accès à des soins spécialisés reste limité. Le programme « Femmes », soutenu par l'Association AFYA Geneva, a été créé afin de former et certifier des chirurgiens locaux à une technique standardisée de réparation postérieure du plancher pelvien après OASIS.

Méthodes

Lancé en 2023 en Tanzanie, en Éthiopie et au Burundi, le programme a mobilisé des experts en chirurgie colorectale, anesthésie et santé sexuelle. Des standards opératoires et des critères de certification ont été définis. Six missions de formation d'une semaine ont été réalisées. Parmi 52 candidats, 20 chirurgiens ont été sélectionnés pour un cursus structuré permettant l'acquisition progressive des compétences chirurgicales.

Résultats

Parmi les 20 chirurgiens engagés dans le processus, sept ont obtenu leur certification et participent désormais à l'enseignement, tandis que cinq autres devraient être certifiés prochainement. Soixante-quatorze patientes ont été opérées, avec une amélioration majeure des scores fonctionnels : le score moyen de Wexner est passé de 12,8/20 à 3,2/20, et 85 % des patientes évaluées ont retrouvé une continence complète. Aucune stomie ni réintervention n'a été nécessaire.

Conclusion

Parmi les 20 chirurgiens engagés dans le processus, sept ont obtenu leur certification et participent désormais à l'enseignement, tandis que cinq autres devraient être certifiés prochainement. Soixante-quatorze patientes ont été opérées, avec une amélioration majeure

des scores fonctionnels : le score moyen de Wexner est passé de 12,8/20 à 3,2/20, et 85 % des patientes évaluées ont retrouvé une continence complète. Aucune stomie ni réintervention n'a été nécessaire.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.026

3CVD00046-De la standardisation à la personnalisation de la prise en charge du cancer du rectum : 25 années d'évolution en vie réelle

Benjamin FERNANDEZ, Donatien FOUCHE, Veronique VENDRELY, Denis SMITH, Bertrand CELERIER, Samuel AMINTAS, Eric RULLIER - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Medtronic

Introduction

La prise en charge du cancer du rectum a connu des évolutions majeures au cours des deux dernières décennies, avec un recours croissant à des stratégies thérapeutiques multimodales et individualisées. Cependant, la manière dont ces approches en constante évolution se sont traduites en résultats en vie réelle demeure incomplètement comprise.

Méthodes

Cette étude de cohorte monocentrique a inclus l'ensemble des patients pris en charge pour un adénocarcinome rectal entre 2000 et 2025. Les patients ont été répartis en cinq périodes thérapeutiques. Les tendances temporelles concernant la stadification tumorale, le traitement néoadjuvant, les stratégies chirurgicales ainsi que les résultats oncologique à court et à long terme ont été analysées.

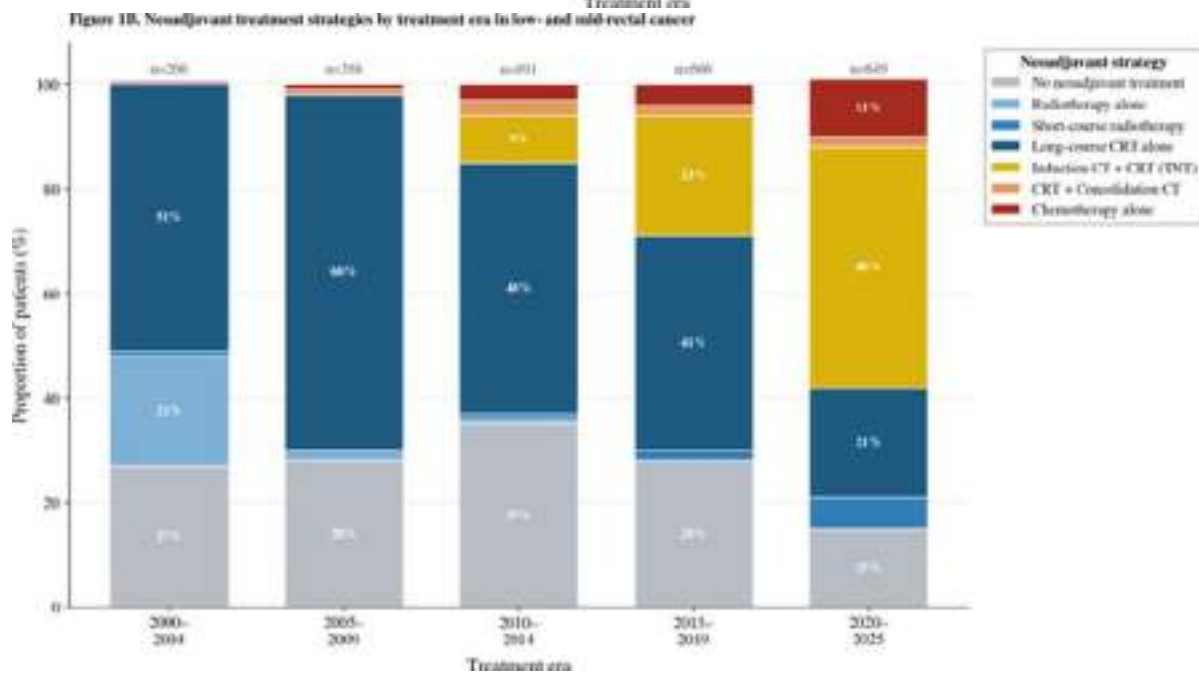
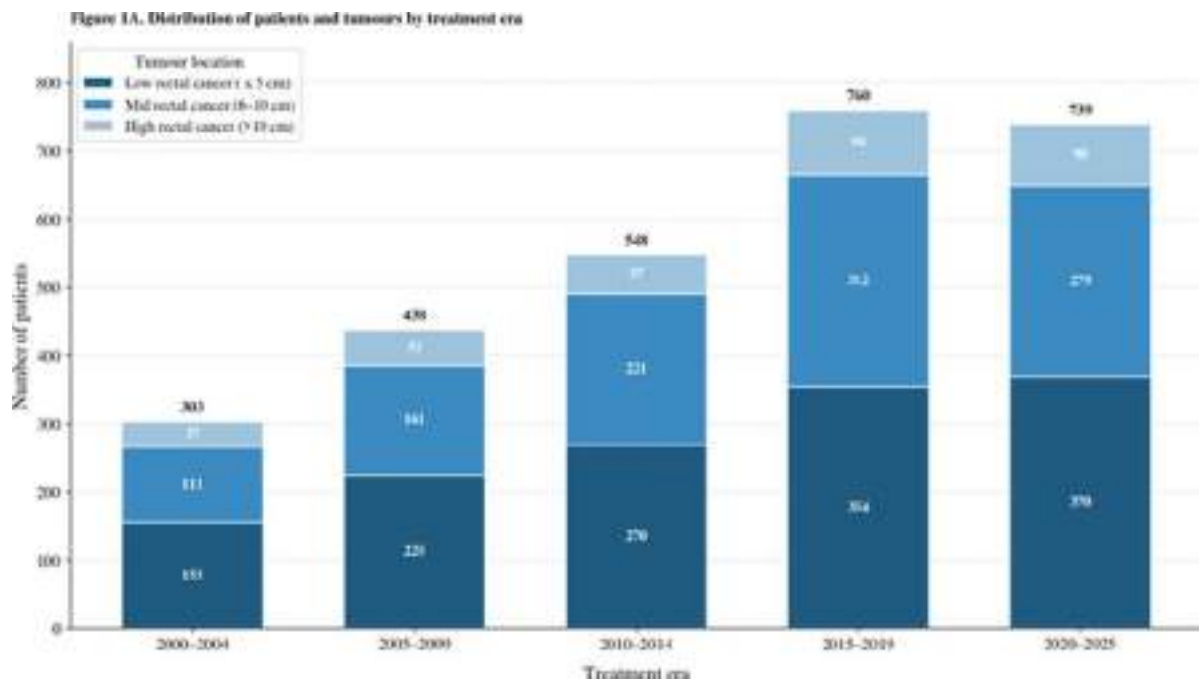
Résultats

Au total, 2 788 patients. Au fil du temps, le recours à la RCT a diminué, tandis que le TNT a augmenté (45,6 % sur la période 2020-2025 ($p < 0,001$)). Les stratégies de préservation d'organe (PO) ont triplé, passant de 10,5 % à 28,0 % ($p < 0,001$). La complexité des patients s'est accrue avec plus de comorbidités et de maladie métastatique (9,0 % à 19,6 %, $p < 0,001$). Malgré cela, les résultats postopératoires se sont améliorés, avec une réduction des complications sévères. Les résultats oncologique à long terme sont restés stables avec une survie globale à 5 ans comprise entre 76,4 % et 78,9 %.

Conclusion

Au total, 2 788 patients. Au fil du temps, le recours à la RCT a diminué, tandis que le TNT a augmenté (45,6 % sur la période 2020-2025 ($p < 0,001$)). Les stratégies de préservation d'organe (PO) ont triplé, passant de 10,5 % à 28,0 % ($p < 0,001$). La complexité des patients s'est accrue avec plus de comorbidités et de maladie métastatique (9,0 % à 19,6 %, $p < 0,001$). Malgré cela, les résultats postopératoires se sont améliorés, avec une réduction des complications sévères.

Les résultats oncologique à long terme sont restés stables avec une survie globale à 5 ans comprise entre 76,4 % et 78,9 %.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.027

3CVD00654-Facteurs pronostiques de mortalité après chirurgie de l'entérocolite neutropénique: une étude sur 10 ans dans un centre expert

Antoine MELLIN (1) , Anna CARTEAUX-TAIEB (1), Chloé COTON (1), Hélène CORTE (1), Lara ZAFRANI (2), Léon MAGGIORI (1) - (1)Chirurgie Digestive, Hopital Saint Louis, Aphp, Paris, France, (2)Réanimation Médicale, Hopital Saint Louis, Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'entérocolite neutropénique (EN) est une complication digestive rare mais grave de la chimiothérapie systémique, dont la prise en charge demeure controversée. L'objectif était d'identifier les facteurs pronostiques de mortalité postopératoire après chirurgie de l'EN.

Méthodes

Tous les malades opérés pour EN entre 2015 et 2025 ont été inclus.

Résultats

Onze malades ont été inclus (femmes: 55 %; age médian: 40 ans, écart interquartile (IQR) [29-53]; score SOFA médian à l'admission : 13, IQR [8-15,5]). La maladie causale était une leucémie aiguë myéloïde (n=6, 55 %), un lymphome (n=3, 27 %), une leucémie aiguë lymphoblastique (n=1, 9 %) ou un cancer du sein (n=1, 9 %). Parmi les résections digestives (n=8), l'intervention réalisée était une colectomie subtotal (n=5, 63 %), une colectomie segmentaire (n=3, 37 %). Aucune anastomose digestive n'était réalisée. La mortalité à J30 était de 4/11 (36 %). La morbidité grave (Clavien-Dindo $\geq$ 3) était de 5/11 (45 %). Parmi les survivants, le rétablissement de la continuité digestive (RC) était de 5/6 (83 %) et la survie globale à 5 ans était de 54%. En analyse univariée, seul le diagnostic de lymphome était associé à un risque de mortalité plus élevé (p=0,024).

Conclusion

Onze malades ont été inclus (femmes: 55 %; age médian: 40 ans, écart interquartile (IQR) [29-53]; score SOFA médian à l'admission : 13, IQR [8-15,5]). La maladie causale était une leucémie aiguë myéloïde (n=6, 55 %), un lymphome (n=3, 27 %), une leucémie aiguë lymphoblastique (n=1, 9 %) ou un cancer du sein (n=1, 9 %). Parmi les résections digestives (n=8), l'intervention réalisée était une colectomie subtotal (n=5, 63 %), une colectomie segmentaire (n=3, 37 %). Aucune anastomose digestive n'était réalisée. La mortalité à J30 était de 4/11 (36 %). La morbidité grave (Clavien-Dindo $\geq$ 3) était de 5/11 (45 %). Parmi les survivants, le rétablissement de la continuité digestive (RC) était de 5/6 (83 %) et la survie globale à 5 ans

était de 54%. En analyse univariée, seul le diagnostic de lymphome était associé à un risque de mortalité plus élevé ($p=0,024$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.028

3CVD00819-Cancer du côlon droit en occlusion : la colectomie avec anastomose d'emblée doit-elle rester le traitement de référence ? Résultats d'une étude multicentrique de l'Association Française de Chirurgie

Antoine CAZELLES (1), Diane MÈGE (2), Charles SABBAGH (3), Valérie BRIDOUX (4), Zaher LAKKIS (5), Thibault VORON (6), Solafah ABDALLA (7), Mélinda BAJUL (1), Mehdi KAROUI (1), Gilles MANCEAU (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Hôpital Européen Georges Pompidou, Ap-Hp Centre-Université Paris Cité, Paris, France, (2)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital De La Timone, Marseille, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Chu Amiens, Amiens, France, (4)Service De Chirurgie Digestive, Chu Rouen, Rouen, France, (5)Service De Chirurgie Digestive, Chu Besançon, Besançon, France, (6)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France, (7)Service De Chirurgie Digestive, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La colectomie avec anastomose d'emblée demeure le traitement recommandé des cancers du côlon en occlusion (CCO) droit. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la fistule anastomotique (FA) sur la mortalité et de développer un modèle prédictif de failure-to-rescue.

Méthodes

De 2000 à 2015, 2325 patients ont été traités pour un CCO dans 58 centres. Les patients opérés en urgence par colectomie avec anastomose ont été inclus. Le critère principal était la mortalité à J90. Les facteurs associés à la mortalité ont été étudiés par régression logistique. Un nomogramme prédictif a été développé puis validé par bootstrap.

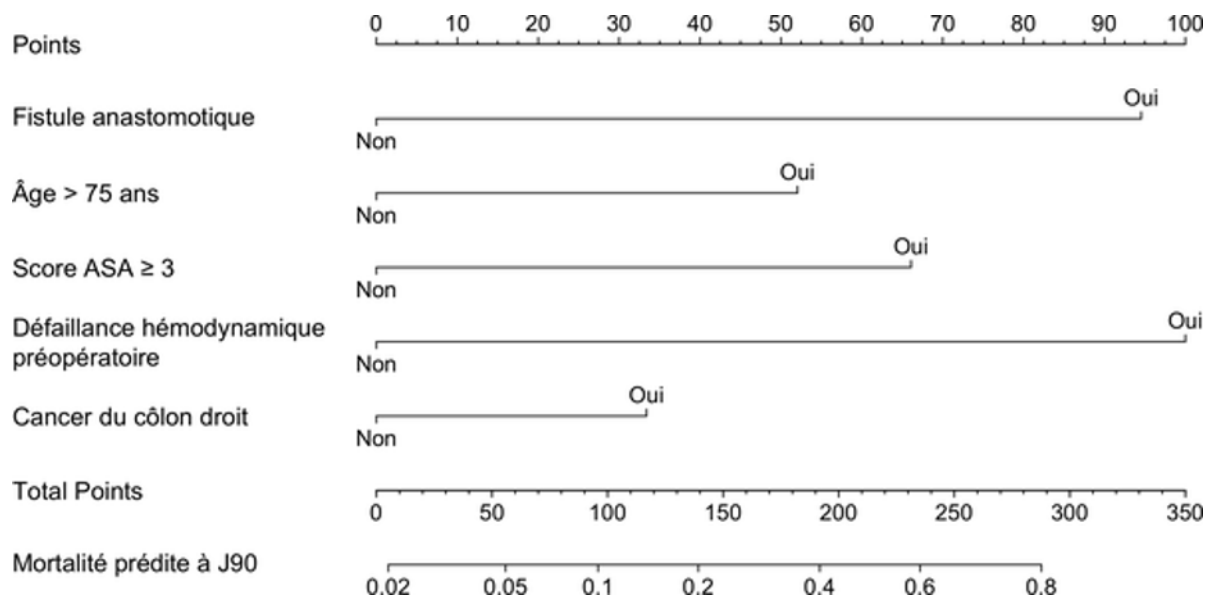
Résultats

La cohorte incluait 862 patients, dont 57% présentant un cancer du côlon droit. Une FA est survenue chez 122 patients (14%), sans différence selon la localisation. La mortalité à J90 était plus élevée pour les cancers du côlon droit que du côlon gauche (15% vs 9%, $p=0,010$). En présence d'une FA, cette mortalité atteignait respectivement 34% et 20%. En analyse multivariée, la FA ($OR=5,85$; $p<0,0001$), la défaillance hémodynamique préopératoire ($OR=6,48$; $p=0,0001$), l'âge >75 ans, un score ASA ≥ 3 et la localisation colique droite étaient indépendamment associés à la mortalité à J90. Le modèle présentait une bonne discrimination ($AUC=0,815$).

Conclusion

La cohorte incluait 862 patients, dont 57% présentant un cancer du côlon droit. Une FA est survenue chez 122 patients (14%), sans différence selon la localisation. La mortalité à J90 était

plus élevée pour les cancers du côlon droit que du côlon gauche (15% vs 9%, $p=0,010$). En présence d'une FA, cette mortalité atteignait respectivement 34% et 20%. En analyse multivariée, la FA (OR=5,85; $p<0,0001$), la défaillance hémodynamique préopératoire (OR=6,48; $p=0,0001$), l'âge >75 ans, un score ASA ≥ 3 et la localisation colique droite étaient indépendamment associés à la mortalité à J90. Le modèle présentait une bonne discrimination (AUC=0,815).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.029

3CVD00442-Conséquences de l'expression nucléaire de l'oncochaperone HSP110 chez les patients atteints de cancer colorectal (CCR) avec instabilité microsatellitaire (MSI)

Clément PASTIER, Florence RENAUD, Jérémie H. LEFEVRE, Yann PARC, Romain COHEN, Alex DUVAL, Ada COLLURA - (1)Saint-Antoine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec ce travail.

Introduction

Dans les CCR MSI, HSP110 est soit inactivée par large délétion chimiosensibilisante du microsatellite T17 ($\Delta E9$; 25%), soit exprimée (75%) sous plusieurs isoformes, dont HSP110 α cytoplasmique et HSP110 β nucléaire. Nous avons étudié le rôle de HSP110 β .

Méthodes

Deux cohortes de CCR primitifs ont été analysées : C1 MSI/MSS stades I–IV et C2 MSI stades II–III issues de l'essai clinique MOSAIC. L'expression nucléaire d'HSP110 β était évaluée en immunohistochimie (0% vs $\geq 1\%$) et le statut $\Delta E9$ par PCR. La survie sans récurrence (SSR) était étudiée par Cox multivarié ajusté. Des lignées surexprimant HSP110 α/β ont servi aux essais in vitro.

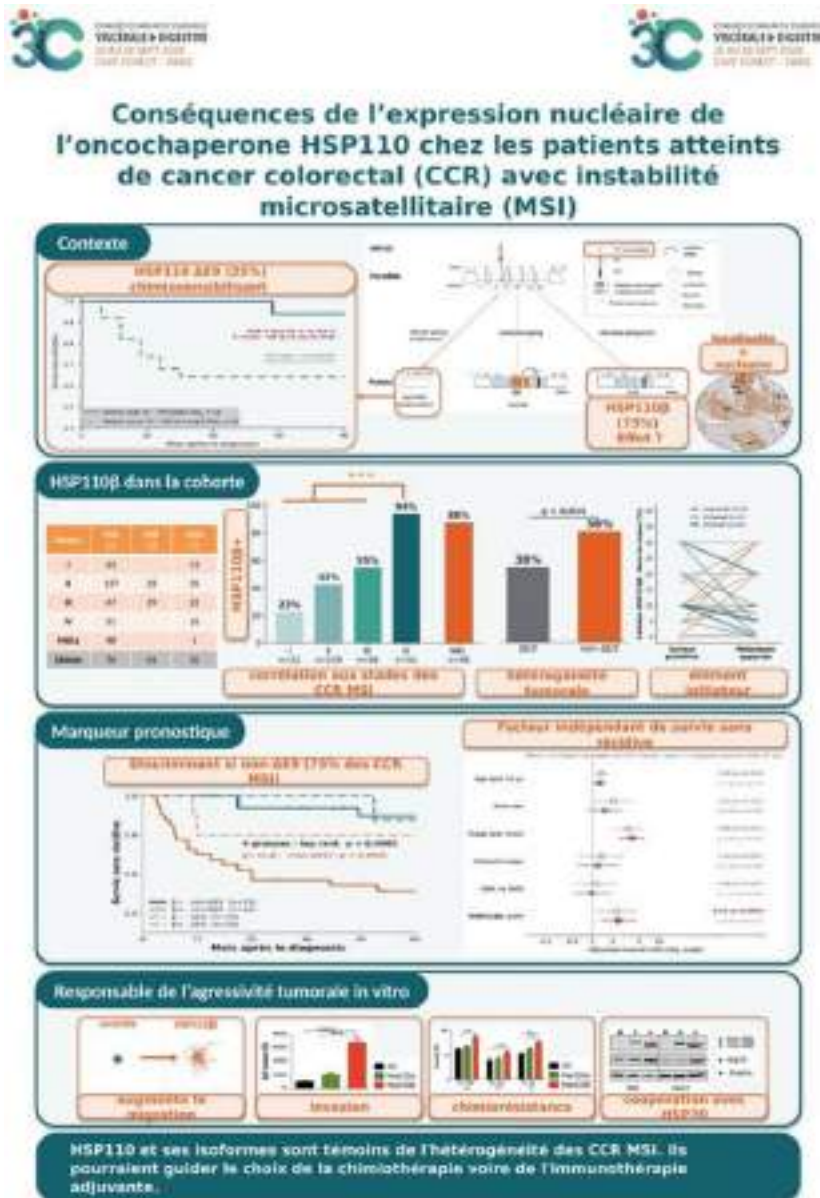
Résultats

463 patients inclus (C1 : 315 MSI, 87 MSS; C2 : 61 MSI). Dans les CCR MSI primitifs, l'expression d'HSP110 β augmentait avec le stade (I–III vs IV; $p < 0,0001$), variait dans les métastases, restait stable si MSS ($> 90\%$). HSP110 β était moins exprimée dans les tumeurs $\Delta E9$ que non- $\Delta E9$ (38% vs 56% ; $p = 0,014$). Son effet pronostique était continu, sans seuil (HR 1,71 par +10% ; non-linéarité $p = 0,24$). Sans impact aux stades I–II, HSP110 β réduisait la SSR des stades II–III sous chimiothérapie, restait pronostique indépendant (HR 2,41; $p = 0,004$), notamment si FOLFOX (HR 6,90) ou si 5-FU (HR 3,38). Cet effet existait dans les primitifs non- $\Delta E9$ ($p = 0,001$) mais pas dans les $\Delta E9$ ($p = 0,543$). In vitro, HSP110 β augmentait migration, invasion et chimiorésistance, par coopération avec HSP70.

Conclusion

463 patients inclus (C1 : 315 MSI, 87 MSS; C2 : 61 MSI). Dans les CCR MSI primitifs, l'expression d'HSP110 β augmentait avec le stade (I–III vs IV; $p < 0,0001$), variait dans les métastases, restait stable si MSS ($> 90\%$). HSP110 β était moins exprimée dans les tumeurs $\Delta E9$ que non- $\Delta E9$ (38% vs 56% ; $p = 0,014$). Son effet pronostique était continu, sans seuil (HR 1,71 par +10% ; non-

linéarité $p=0,24$). Sans impact aux stades I-II, HSP110 β réduisait la SSR des stades II-III sous chimiothérapie, restait pronostique indépendant (HR 2,41; $p=0,004$), notamment si FOLFOX (HR 6,90) ou si 5-FU (HR 3,38). Cet effet existait dans les primitifs non- $\Delta E9$ ($p=0,001$) mais pas dans les $\Delta E9$ ($p=0,543$). In vitro, HSP110 β augmentait migration, invasion et chimiorésistance, par coopération avec HSP70.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.030

3CVD00268-Prévention de la hernie para-stomiale après stomie définitive par une prothèse prophylactique 3D de type funnel mesh : analyse appariée par score de propension

Jacques-Emmanuel SAADOUN (1) , Eleftherios GIALAMAS (2), Alexandre BALAPHAS (2), Cécile DE CHAISEMARTIN (1), Hélène MEILLAT (1), Bernard LELONG (1), Christian TOSO (2), Emilie LIOT (2), Jérémie MEYER (2), Guillaume MEURETTE (2), Frédéric RIS (2) - (1)Institut Paoli Calmettes, Marseille, France, (2)Hôpitaux Universitaire De Genève, Genève, Suisse

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

L'éventration péri-stomiale (EPS) est une complication fréquente après colostomie terminale définitive, altérant significativement la qualité de vie. Les stratégies préventives restent débattues. L'objectif était d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'une prothèse intrapéritonéale prophylactique 3D de type « funnel mesh » en pratique courante.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique à partir d'une base de données prospective (2013-2024). Les patients adultes opérés avec mise en place d'une colostomie terminale définitive pour pathologie colorectale bénigne ou maligne, ou pathologie génito-urinaire, ont été inclus. L'EPS était diagnostiquée cliniquement et au scanner. Un appariement par score de propension sur les principaux facteurs de confusion a permis d'obtenir deux groupes comparables : 56 patients avec prothèse prophylactique et 56 sans prothèse.

Résultats

Après appariement, une EPS est survenue chez 34/56 patients (61 %) sans prothèse contre 6/56 (11 %) avec prothèse prophylactique ($p < 0,001$). Les taux globaux de complications postopératoires étaient comparables entre les groupes. Le taux de réintervention était plus élevé dans le groupe prothèse (29 % versus 7 %, $p = 0,003$), principalement en raison de désunions périnéales, sans morbidité liée à la prothèse.

Conclusion

Après appariement, une EPS est survenue chez 34/56 patients (61 %) sans prothèse contre 6/56 (11 %) avec prothèse prophylactique ($p < 0,001$). Les taux globaux de complications postopératoires étaient comparables entre les groupes. Le taux de réintervention était plus

élevé dans le groupe prothèse (29 % versus 7 %, $p = 0,003$), principalement en raison de désunions périnéales, sans morbidité liée à la prothèse.

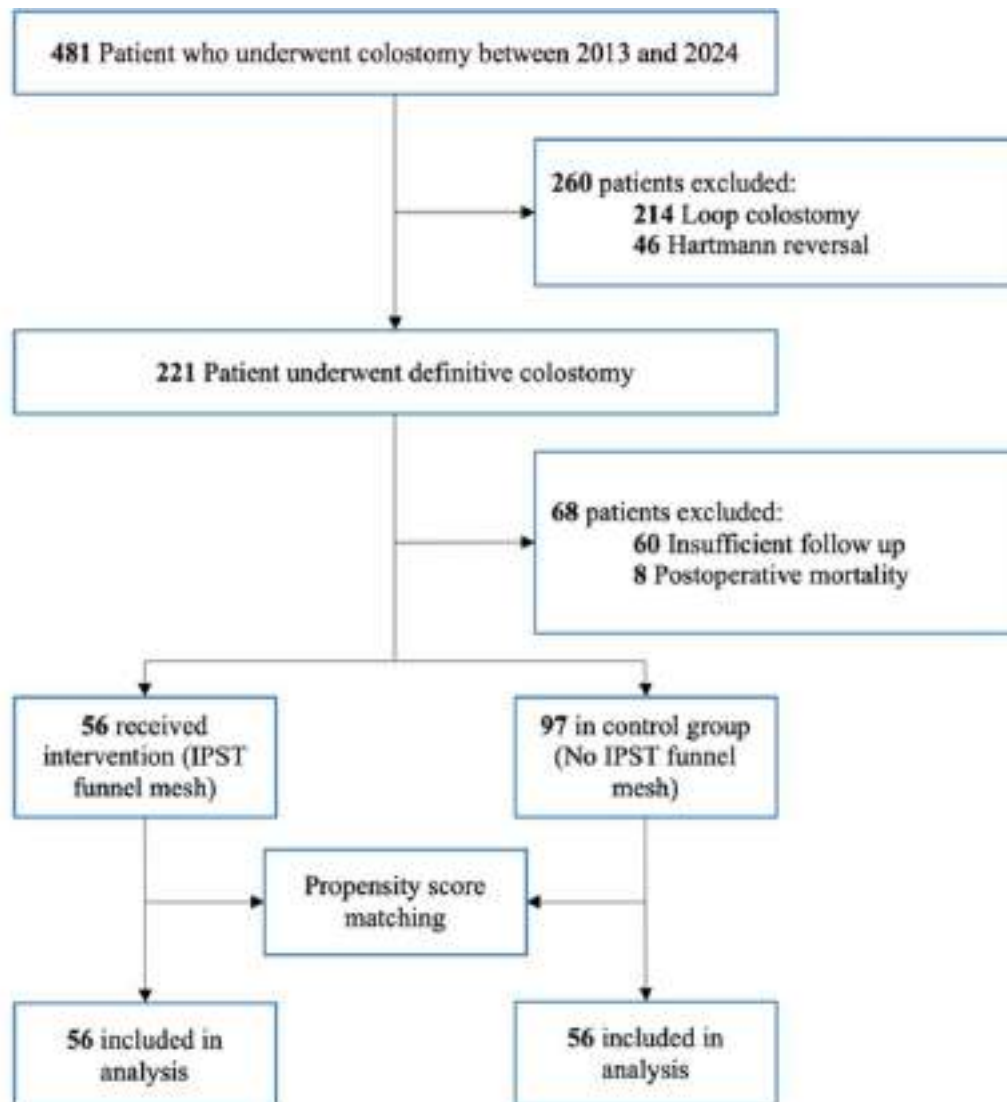
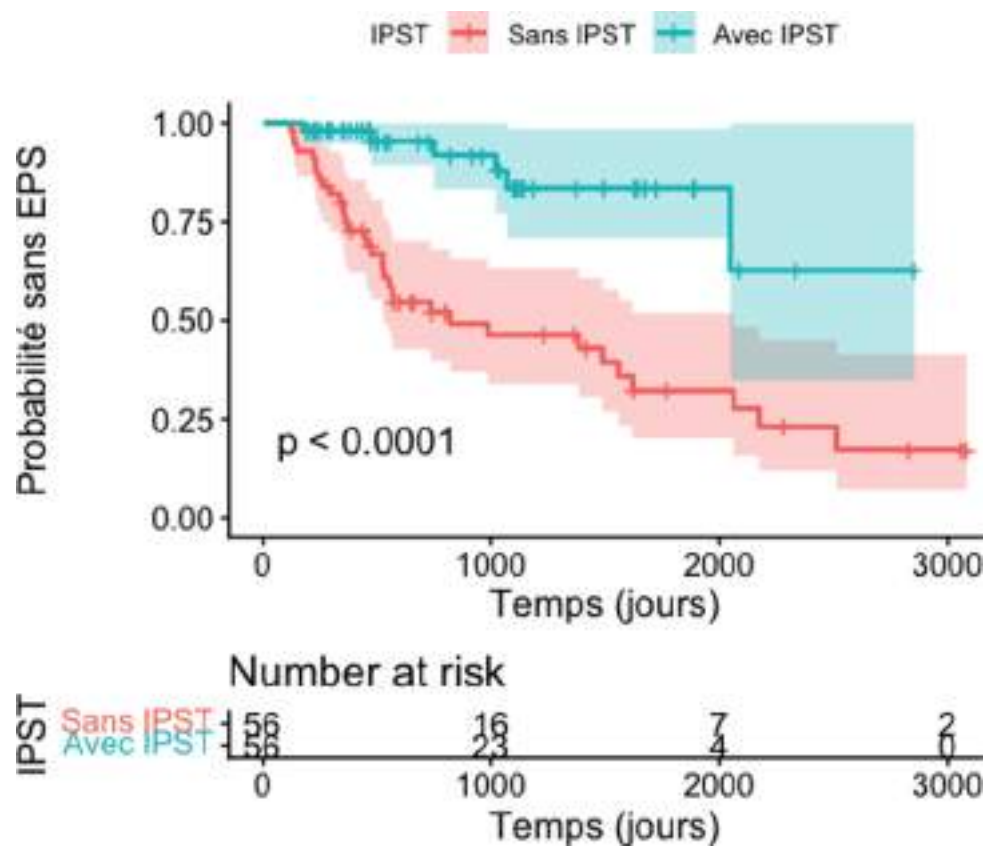


Figure 1. Flow chart



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.031

3CVD00634-Peut-on fermer une stomie malgré une fistule persistance d'une anastomose coloanale. Résultats d'une étude monocentrique rétrospective.

Antoine VANOOST, Julien VARGAS, Alexandra PELLEGRIN, Jean-Marc@Chu-Amiens.Fr REGIMBEAU, Charles SABBAGH - (1)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

La décision de rétablir la continuité digestive chez les patients présentant une fistule anastomotique (FA) persistante à 6 mois demeure controversée. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'incidence des récurrences de FA après fermeture de stomie et d'identifier les facteurs associés à cette récurrence.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique incluant des patients consécutifs ayant développé une fistule anastomotique après proctectomie entre janvier 2015 et décembre 2023. La fistule anastomotique chronique (FAC) était définie comme un défaut radiologique persistant au scanner plus de six mois après la chirurgie initiale. Le critère de jugement principal était la récurrence de FA après fermeture de stomie. Les critères de jugement secondaires comprenaient le délai de survenue de la récurrence, la nécessité d'une nouvelle dérivation, et les facteurs associés à la récurrence.

Résultats

Parmi 142 patients ayant bénéficié d'une chirurgie restauratrice pour cancer du rectum, 28 (19,7 %) ont développé une fistule anastomotique. Dix-sept patients (60,7 %) ont évolué vers une fistule anastomotique chronique dont neuf (52,9 %) ont eu une fermeture de stomie. Une récurrence de fistule est survenue 66,7 % des patients. Le délai médian entre la fermeture de stomie et la récurrence de fistule était de 60 jours (IQR 13–104). La majorité des récurrences survenaient au cours des trois premiers mois suivant la fermeture de stomie.

Conclusion

Parmi 142 patients ayant bénéficié d'une chirurgie restauratrice pour cancer du rectum, 28 (19,7 %) ont développé une fistule anastomotique. Dix-sept patients (60,7 %) ont évolué vers une fistule anastomotique chronique dont neuf (52,9 %) ont eu une fermeture de stomie. Une récurrence de fistule est survenue 66,7 % des patients. Le délai médian entre la fermeture de

stomie et la récurrence de fistule était de 60 jours (IQR 13–104). La majorité des récurrences survenaient au cours des trois premiers mois suivant la fermeture de stomie.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.032

3CVD00350-Facteurs prédictifs d'échec thérapeutique dans le traitement des fistules périnéales de la maladie de Crohn

Ines Lina ALIM - (1)Chu Alger, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Introduction : L'association drainage chirurgical par sétons et anti TNF constitue la base du traitement des fistules périnéales de la maladie de Crohn. La détermination des facteurs susceptibles d'influencer l'évolution favorable de ces fistules sous traitement constitue une étape clé pour minimiser le taux d'échec thérapeutique. Objectifs : Le but de ce travail était d'identifier les facteurs d'échec thérapeutique et évaluer leur valeur statistique prédictive.

Méthodes

Matériel et méthode : 256 patients présentant une fistule périnéale complexe, inclus dans une étude monocentrique descriptive, longitudinale, de type cohorte, avaient été traités par une approche standardisée où l'ablation des sétons a été réalisée systématiquement à l'issue de six mois de traitement anti TNF.

Résultats

Résultats : L'analyse de plusieurs paramètres chez les patients en situation d'échec thérapeutique, montre en analyse univariée plusieurs variables prédictives d'échec, statistiquement significative : le PDAI ($p=0,01$), le score IRM de Van Assche ($p=0,0001$), la CRP ($0,002$), le nombre de sétons ($p=0,002$), la présence d'un abcès ($p=0,001$), la muqueuse anorectale pathologique ($0,014$). En analyse multivariée, 4 variables sont considérées comme prédictives d'échec. Le score IRM, le nombre de semaine de traitement, le recours à la chirurgie ou à l'optimisation après l'ablation des sétons. Discussion : Le caractère prédictif des variables étudiées constitue un élément décisionnel capable de diminuer le taux d'échec thérapeutique

Conclusion

Résultats : L'analyse de plusieurs paramètres chez les patients en situation d'échec thérapeutique, montre en analyse univariée plusieurs variables prédictives d'échec, statistiquement significative : le PDAI ($p=0,01$), le score IRM de Van Assche ($p=0,0001$), la CRP ($0,002$), le nombre de sétons ($p=0,002$), la présence d'un abcès ($p=0,001$), la muqueuse anorectale pathologique ($0,014$). En analyse multivariée, 4 variables sont considérées comme prédictives d'échec. Le score IRM, le nombre de semaine de traitement, le recours à la

chirurgie ou à l'optimisation après l'ablation des sétons. Discussion : Le caractère prédictif des variables étudiées constitue un élément décisionnel capable de diminuer le taux d'échec thérapeutique

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.033

3CVD00606-Type d'anastomose et LARS après chirurgie rectale : quelle place pour la technique de Beaulieu ?

Mariam HARROUM, Mohamed Amine ELGHALI, Amal LETAIEF, Khairredine DHOUIOUI, Sabri YOUSSEF - (1)Service De Chirurgie Générale,hopital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'interet

Introduction

Le syndrome de résection antérieure (LARS) est une complication fonctionnelle majeure après chirurgie rectale, altérant la qualité de vie des patients. Le type et le niveau d'anastomose sont des déterminants clés des résultats fonctionnels. L'anastomose coloanale différée selon la technique de Beaulieu est proposée comme alternative chirurgicale, mais son impact sur la survenue du LARS demeure peu documenté.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés d'un cancer du rectum par résection antérieure avec rétablissement de la continuité digestive. L'évaluation fonctionnelle était réalisée par le score de LARS (seuil ≥ 30 : LARS majeur). Les patients étaient comparés selon trois types d'anastomose : colorectale, coloanale protégée et coloanale différée (technique de Beaulieu). Une analyse bivariée puis multivariée étaient réalisées pour identifier les facteurs associés au LARS majeur.

Résultats

Quarante patients ont été inclus. En analyse bivariée, la technique coloanale différée de Beaulieu était le seul type d'anastomose significativement associé au LARS majeur ($p = 0,012$), tandis que les anastomoses colorectales ($p = 0,074$) et coloanales protégées ($p = 0,061$) ne montraient pas d'association significative. En analyse multivariée, aucun type d'anastomose ne ressortait comme facteur indépendant du LARS majeur.

Conclusion

Quarante patients ont été inclus. En analyse bivariée, la technique coloanale différée de Beaulieu était le seul type d'anastomose significativement associé au LARS majeur ($p = 0,012$), tandis que les anastomoses colorectales ($p = 0,074$) et coloanales protégées ($p = 0,061$) ne montraient pas d'association significative. En analyse multivariée, aucun type d'anastomose ne ressortait comme facteur indépendant du LARS majeur.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.034

3CVD00638-Quels sont les patients qui bénéficient d'un scanner opacifié avant fermeture de stomie ? Une étude rétrospective monocentrique.

Benjamin LEJEUNE, Nicolas SIEMBIDA, Tressy BOULAND, Alexandra PELLEGRIN, Thierry YZET, Jean-Marc REGIMBEAU, Charles SABBAGH - (1)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

L'utilité d'une évaluation systématique de l'anastomose avant fermeture de stomie reste incertaine L'objectif de cette étude était la réalisation d'un scanner opacifié est nécessaire avant fermeture de stomie.

Méthodes

De janvier 2013 à décembre 2023, les patients porteurs d'une stomie ayant bénéficié d'un scanner avec opacification (réalisé de façon systématique) avant fermeture de stomie ont été inclus dans cette étude rétrospective monocentrique. Les critères de jugement étaient le taux de non-intégrité anastomotique (NIA) au scanner (fistule ou sténose) et les facteurs de risque de NIA.

Résultats

Durant la période d'étude, 318 patients ont eu un scanner opacifié avant fermeture de stomie dont 0,6 % (n = 2) n'ont finalement pas eu de fermeture de stomie, et une NIA a conduit à différer l'intervention chez 2 % des patients. Au total, 12,5 % (40/318) présentaient une NIA au scanner. Aucune donnée épidémiologique ni chirurgicale n'était associée à la NIA. Le seul facteur associé à la NIA était la survenue d'une complication postopératoire lors de la chirurgie initiale (fistule, sténose) (18 % vs 10 %, p = 0,04). Les patients présentant une NIA au scanner avaient un risque plus élevé de stomie définitive (11,9 % vs 2,1 %, p = 0,008).

Conclusion

Durant la période d'étude, 318 patients ont eu un scanner opacifié avant fermeture de stomie dont 0,6 % (n = 2) n'ont finalement pas eu de fermeture de stomie, et une NIA a conduit à différer l'intervention chez 2 % des patients. Au total, 12,5 % (40/318) présentaient une NIA au scanner. Aucune donnée épidémiologique ni chirurgicale n'était associée à la NIA. Le seul facteur associé à la NIA était la survenue d'une complication postopératoire lors de la chirurgie initiale (fistule, sténose) (18 % vs 10 %, p = 0,04). Les patients présentant une NIA au scanner avaient un risque plus élevé de stomie définitive (11,9 % vs 2,1 %, p = 0,008).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.035

3CVD00014-Occlusions sur bride : Peut-on tout prédire ? Validation d'un score de risque de nécrose.

Asma SGHAIER, Talel RGUEZ, Firas ATIG, Khairreddine DHOUIOUI, Amal LETAIEF, Mohamed Hedi MRAIDHA, Mohamed Salah JARRAR, Mohamed Amine ELGHALI, Sabri YOUSSEF - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive-Hôpital Farhat Hached Sousse-Faculté De Médecine De Sousse; Université De Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.

Introduction

Le diagnostic précoce de la nécrose intestinale dans les occlusions intestinales aiguës (OIA) sur bride est crucial pour le pronostic. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs prédictifs de nécrose afin d'établir un score d'aide à la décision chirurgicale.

Méthodes

Étude rétrospective incluant 117 patients opérés pour OIA sur bride. Nous avons comparé les données clinico-biologiques et radiologiques des patients présentant une nécrose intestinale peropératoire à ceux ayant une anse viable. Une analyse multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs indépendants et élaborer un score prédictif.

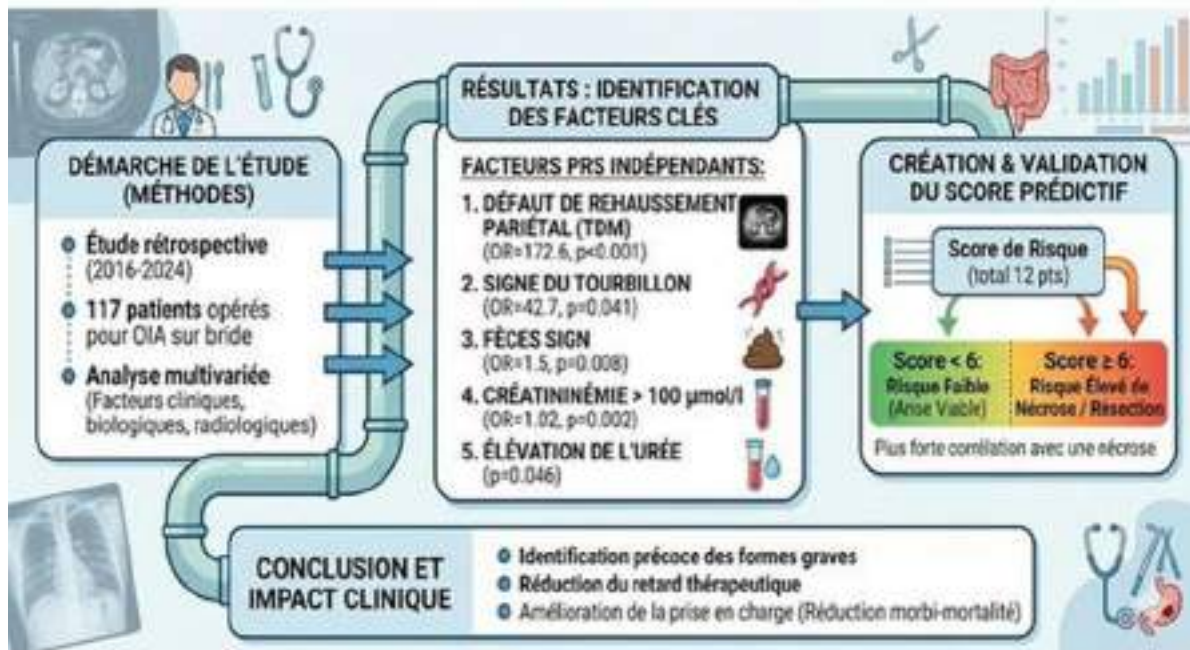
Résultats

Une ischémie a été retrouvée chez 33 % des patients, avec une nécrose avérée dans 17,9% des cas. L'analyse multivariée a retenu cinq facteurs prédictifs indépendants : le défaut de rehaussement pariétal à la TDM (OR=172,6 ; $p<0,001$), le signe du tourbillon (OR=42,7 ; $p=0,041$), le fèces sign (OR=1,5 ; $p=0,008$), une créatininémie $> 100 \mu\text{mol/l}$ (OR=1,02 ; $p=0,002$) et l'élévation de l'urée ($p=0,046$). À partir de ces données, nous avons élaboré un score prédictif sur 12 points. Un score ≥ 6 présentait la plus forte corrélation avec une nécrose intestinale nécessitant une résection.

Conclusion

Une ischémie a été retrouvée chez 33 % des patients, avec une nécrose avérée dans 17,9% des cas. L'analyse multivariée a retenu cinq facteurs prédictifs indépendants : le défaut de rehaussement pariétal à la TDM (OR=172,6 ; $p<0,001$), le signe du tourbillon (OR=42,7 ; $p=0,041$), le fèces sign (OR=1,5 ; $p=0,008$), une créatininémie $> 100 \mu\text{mol/l}$ (OR=1,02 ; $p=0,002$) et l'élévation de l'urée ($p=0,046$). À partir de ces données, nous avons élaboré un score prédictif sur 12 points. Un score ≥ 6 présentait la plus forte corrélation avec une nécrose intestinale nécessitant une résection.

OCCLUSIONS SUR BRIDE : PEUT-ON PRÉDIRE LA NÉCROSE INTESTINALE ?



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.036

3CVD00796-Prédire l'infection intra-abdominale après appendicectomie : un score simple pour cibler surveillance et antibiothérapie.

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'infection intra-abdominale (IIA) après appendicectomie est une complication grave, source d'hospitalisation prolongée, de réinterventions et de morbidité. Aucun outil de stratification du risque universellement admis n'existe. Nous avons cherché à identifier les prédicteurs indépendants d'IIA et à développer un score utilisable au lit du patient.

Méthodes

Cohorte analytique rétrospective au service de chirurgie générale du CTGB, Ben Arous, sur 24 mois (2023). Tous les patients âgés de ≥ 14 ans opérés pour appendicite aiguë confirmée ont été inclus. L'IIA était définie comme une collection intra-abdominale symptomatique confirmée par imagerie et/ou drainage dans les 30 jours postopératoires. Une régression logistique multivariée parcimonieuse a été réalisée et un score (IAI-Risk Score) dérivé puis validé.

Résultats

Sur 400 patients (âge médian 32 ans ; 55 % d'hommes), une IIA est survenue dans 12 cas (3,0 %). Quatre prédicteurs indépendants ont été identifiés : péritonite appendiculaire (OR ajusté 5,12 ; $p=0,001$), CRP $>80,5$ mg/L (OR 4,22 ; $p=0,001$), appendicite gangréneuse (OR 2,22 ; $p=0,028$) et stercolithe au scanner (OR 1,82 ; $p=0,001$). La CRP montrait une excellente discrimination (AUC 0,892). Le score stratifiait les patients en risque faible (0 %), intermédiaire (5,4 %) et élevé (40,0 %). Une validation externe sur 200 patients confirmait une performance acceptable (AUC 0,801).

Conclusion

Sur 400 patients (âge médian 32 ans ; 55 % d'hommes), une IIA est survenue dans 12 cas (3,0 %). Quatre prédicteurs indépendants ont été identifiés : péritonite appendiculaire (OR ajusté 5,12 ; $p=0,001$), CRP $>80,5$ mg/L (OR 4,22 ; $p=0,001$), appendicite gangréneuse (OR 2,22 ; $p=0,028$) et stercolithe au scanner (OR 1,82 ; $p=0,001$). La CRP montrait une excellente discrimination (AUC 0,892). Le score stratifiait les patients en risque faible (0 %), intermédiaire (5,4 %) et élevé (40,0 %). Une validation externe sur 200 patients confirmait une performance acceptable (AUC 0,801).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.037

3CVD00050-Prise en charge préopératoire et délai chirurgical dans la maladie de Crohn pénétrante : déterminants de l'échec opératoire dans une cohorte prospective

Benjamin FERNANDEZ, Amaury DE-SOOS, Bertrand CELERIER, David LAHARIE, Florian POULLENOT, Pauline RIVIERE - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Medtronic

Introduction

À l'ère actuelle des biothérapies, la prise en charge préopératoire et le délai chirurgical optimal après traitement médical initial de la maladie de Crohn (MC) pénétrante restent non standardisés. L'objectif de ce travail est d'évaluer les déterminants de l'échec opératoire après résection iléo-cæcale pour MC pénétrante (B3) après optimisation préopératoire multidisciplinaire standardisée.

Méthodes

Cette cohorte prospective monocentrique incluait des patients opérés d'une résection iléo-cæcale entre 2017 et 2024 pour une MC iléale ou iléo-cæcale B3. Tous les patients ont reçu une antibiothérapie préopératoire, un drainage percutané sélectif si réalisable et une optimisation nutritionnelle. L'objectif principal était de déterminer les facteurs associés à l'échec opératoire, défini par voie d'abord laparotomique, stomie de dérivation ou complication postopératoire majeure (Clavien-Dindo $\geq$ III), par régression logistique multivariée.

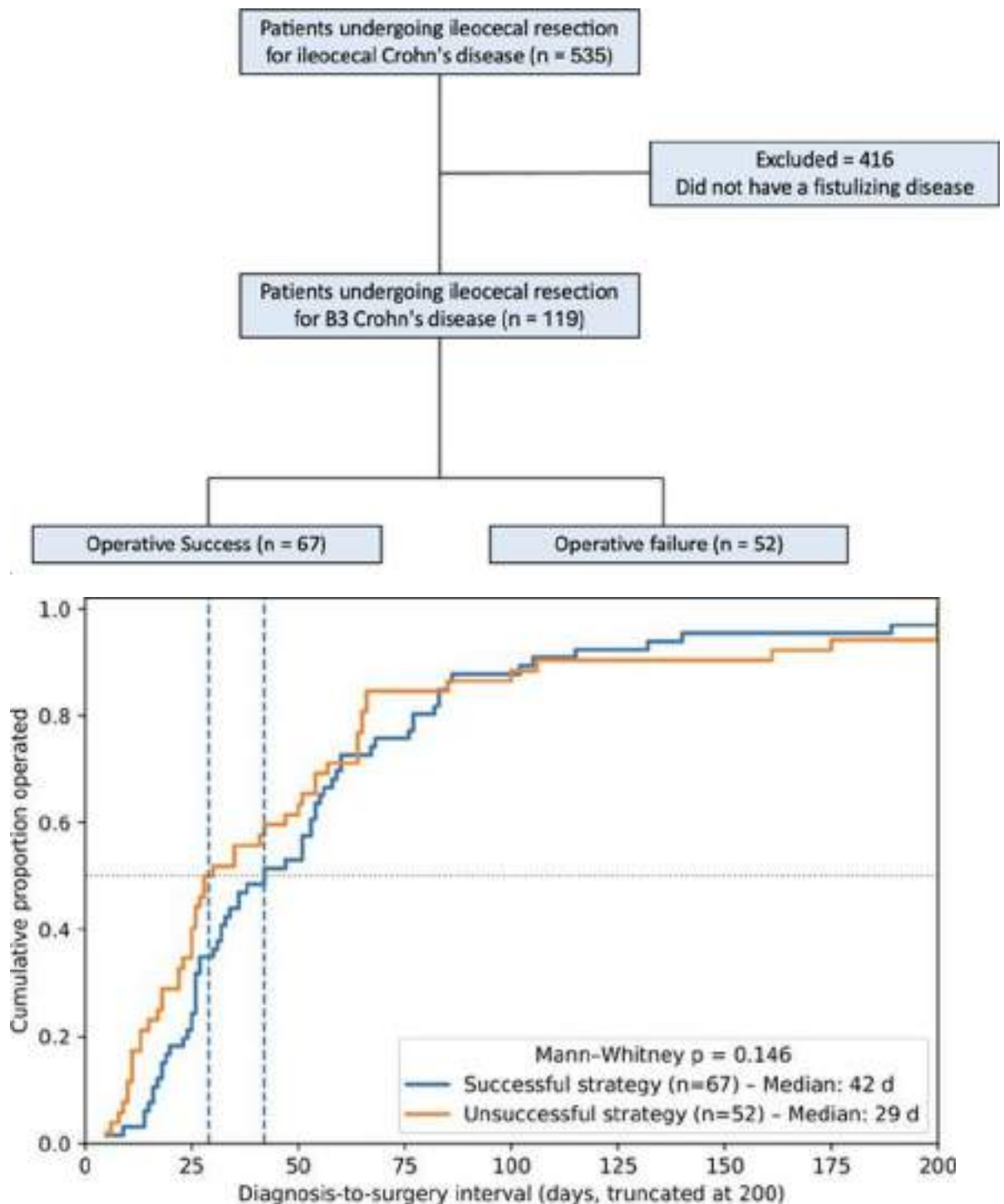
Résultats

Parmi les 119 patients inclus, l'intervalle entre l'inclusion et la chirurgie était de 36 jours. Un échec opératoire est survenu chez 52 patients (43,7 %). La chirurgie non programmée (OR 4,73 ; IC 95 % 1,69-13,27 ; $p=0,003$) et l'exposition antérieure à un traitement médical avancé de la MC (OR 2,88 ; IC 95 % 1,19-6,95 ; $p=0,019$) étaient associées de manière indépendante à l'échec, tandis que la persistance d'un abcès, sa taille, les paramètres nutritionnels et l'intervalle diagnostic-chirurgie n'étaient pas prédictifs.

Conclusion

Parmi les 119 patients inclus, l'intervalle entre l'inclusion et la chirurgie était de 36 jours. Un échec opératoire est survenu chez 52 patients (43,7 %). La chirurgie non programmée (OR 4,73 ; IC 95 % 1,69-13,27 ; $p=0,003$) et l'exposition antérieure à un traitement médical avancé de la MC (OR 2,88 ; IC 95 % 1,19-6,95 ; $p=0,019$) étaient associées de manière indépendante à

l'échec, tandis que la persistance d'un abcès, sa taille, les paramètres nutritionnels et l'intervalle diagnostic-chirurgie n'étaient pas prédictifs.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.038

3CVD00767-Prise en charge des cancers colorectaux diagnostiqués pendant la grossesse : une étude multicentrique du GRECCAR

Perrine LIORET (1) , Jean-Baptiste PRETALLI (2), Zaher LAKKIS (1), Groupe GRECCAR (3) - (1)Service De Chirurgie Viscérale, Digestive Et Cancérologique-Unité De Transplantation Hépatique, Chu Besançon, Besançon, France, (2)Inserm Cic 1431, Chu Besançon, Besançon, France, (3)Groupe De Recherche En Cancer Du Rectum, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

Le cancer colorectal diagnostiqué au cours de la grossesse est une situation exceptionnelle. Son incidence semblerait augmenter du fait du recul de l'âge maternel à la procréation et de l'augmentation des cancers diagnostiqués à un âge jeune. En l'absence de recommandations, l'objectif de cette étude était de décrire les prises en charge des patientes au sein d'une cohorte multicentrique du GRECCAR.

Méthodes

Cette étude rétrospective réalisée dans 19 centres du GRECCAR a inclus les patientes avec cancer colorectal diagnostiqué pendant une grossesse. Les données materno-foetales ont été recueillies. Les résultats des analyses préliminaires sont présentés ici.

Résultats

46 patientes ont été incluses. 19(41,3%) présentaient des métastases au diagnostic et 27(58,7%) une maladie localisée. Parmi ces dernières, 13 patientes présentaient un cancer colique et 14 un cancer rectal. Les diagnostics étaient portés à tous les trimestres, avec une prédominance des formes métastatiques au troisième trimestre. La stratégie privilégiée était l'accouchement avant traitement oncologique (n=19,41,3%). Une interruption médicale de grossesse a été réalisée chez 8 patientes. Les autres patientes ont bénéficié de stratégies associant chirurgie pendant la grossesse, traitements néoadjuvants et prise en charge différée. Parmi les patientes opérées pendant la grossesse, 90,9% ont poursuivi leur grossesse jusqu'à naissance viable. Un cas de fausse couche spontanée postopératoire a été rapporté. En cas de chimiothérapie pendant la grossesse, la mortalité foetale était nulle.

Conclusion

46 patientes ont été incluses. 19(41,3%) présentaient des métastases au diagnostic et 27(58,7%) une maladie localisée. Parmi ces dernières, 13 patientes présentaient un cancer

colique et 14 un cancer rectal. Les diagnostics étaient portés à tous les trimestres, avec une prédominance des formes métastatiques au troisième trimestre. La stratégie privilégiée était l'accouchement avant traitement oncologique (n=19,41,3%). Une interruption médicale de grossesse a été réalisée chez 8 patientes. Les autres patientes ont bénéficié de stratégies associant chirurgie pendant la grossesse, traitements néoadjuvants et prise en charge différée. Parmi les patientes opérées pendant la grossesse, 90,9% ont poursuivi leur grossesse jusqu'à naissance viable. Un cas de fausse couche spontanée postopératoire a été rapporté. En cas de chimiothérapie pendant la grossesse, la mortalité foetale était nulle.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.039

3CVD00320-Traitement chirurgical des fistules entéro-cutanées complexes : une expérience de 20 ans

Christopher GUDAS-CANTIN, Marianne GAGNON-KONAMNA, Éric DE BROUX - (1)Centre Hospitalier De L'université De Montréal, Service De Chirurgie Digestive, Montreal, Canada

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les fistules entéro-cutanées (FEC) sont une pathologie complexe dont les principes de traitement chirurgical ne font pas consensus. Nos objectifs sont de déterminer le taux de succès, les facteurs de risque de récurrence et le délai optimal entre l'apparition de la FEC et la chirurgie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique de tous les patients avec FEC ayant été opérés par résection intestinale de l'anse fistulisée avec anastomose (01/2006 à 01/2026). Les facteurs de risque de récurrence analysés par régression univariée de Cox.

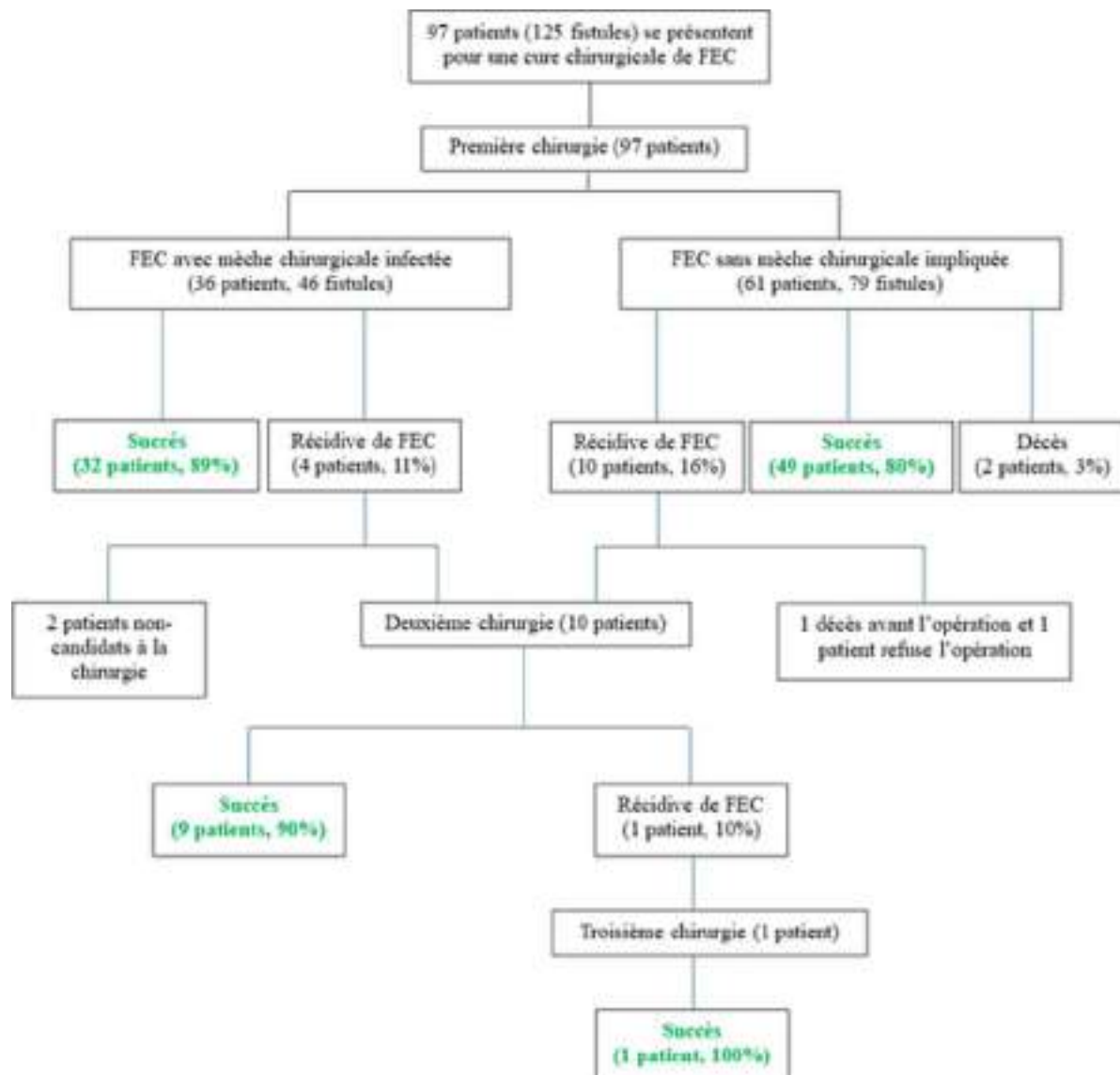
Résultats

97 patients ont été opérés. Une intervention chirurgicale abdominale était un facteur étiologique de FEC chez tous les patients et 36 (37%) patients avaient une FEC impliquant une mèche infectée. Le taux de succès après la première chirurgie pour cure de FEC est de 84% (81 patients). Le site le plus fréquent de récurrence (8 cas, 57%) était au niveau de l'anastomose intestinale. Les patients opérés dans les 6 mois suivant l'apparition de la FEC présentaient un risque de récurrence augmenté de 3,2 fois (HR=3,16; IC95% : 1,08;9,26; p=0,018) par rapport à ceux opérés après 6 mois. Avant 3 mois, le risque de récurrence était augmenté de 4,5 fois (HR=4,52; IC95% : 1,66;12,31; p=0,003). Le taux de succès final est de 94% (91 patients) avec les patients réopérés.

Conclusion

97 patients ont été opérés. Une intervention chirurgicale abdominale était un facteur étiologique de FEC chez tous les patients et 36 (37%) patients avaient une FEC impliquant une mèche infectée. Le taux de succès après la première chirurgie pour cure de FEC est de 84% (81 patients). Le site le plus fréquent de récurrence (8 cas, 57%) était au niveau de l'anastomose intestinale. Les patients opérés dans les 6 mois suivant l'apparition de la FEC présentaient un risque de récurrence augmenté de 3,2 fois (HR=3,16; IC95% : 1,08;9,26; p=0,018) par rapport à ceux opérés après 6 mois. Avant 3 mois, le risque de récurrence était augmenté de 4,5 fois

(HR=4,52; IC95% : 1,66;12,31; p=0,003). Le taux de succès final est de 94% (91 patients) avec les patients réopérés.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.040

3CVD00215-Le seuil de synergie institutionnelle est de trois spécialités pour réduire le risque de conversion non planifiée en chirurgie robotique — Une analyse multicentrique prospective de 5 507 procédures (l'étude CONVERT - PECROP-0002) (PrediCtOrs of coNVersion)

Raffaele BRUSTIA (1) , Michela ASSALINO (1), Thomas BLANC (2), Alexandre LA TAILLE (3), Jeremie LEFEVRE (4), Morgan ROUPRET (5), Jalal ASSOUD (6), Haitham MIRGHANI (7), Pierre MORDANT (8), Bruno BORGHESE (9), Francois AUDENET (10), Helene CORTE (11), Antoine BROUQUET (12), Ibrahim DAGHER (13), Xavier DEFFIEUX (14), Christophe TRESALLET (15), Amelie BENABRA (16), Emmanuel MARTINOD (17), Mickael LESURTEL (18), Lara RIBEIRO (18), Antoine AGMAN (19), Bastien PARIER (20), Tigran POGHOSYAN (21), Martin KOSKAS (22), Evangelos XYLINAS (23), Mahaut LECONTE (24), Mathilde PRIETO (25), Julien ANRACT (26), Gilles MANCEAU (27), Anne-Sophie BATS (28), Haitham MIRGHANI (29), Charles ALZREIBI (30), Cyrille HUCHON (31), Alya BELLEMIN (32), Antonio SA CUNHA (33), Laurent GENSER (34), Geoffroy CANLORBE (35), Bertrand BAUJAT (36), Veronique PHE (37), Cyril TOUBOUL (38), Francesco BRUNETTI (1) - (1)Université Paris-Est Créteil, Upec, Inserm, U955, Team "virus Hépatologie Cancer", Ap-Hp, Grct-Optima, Digestive And Hepatobiliary Surgery, Henri Mondor University Hospital, F-94010 Créteil, France., Créteil, France, (2)Department Of Paediatric Surgery, Urology, And Transplantation, Necker Enfants Malades Hospital, Aphp And Paris Cité University, Paris F-75015, France, Paris, France, (3)Université Paris-Est Créteil, Upec, Ap-Hp, Grct-Optima, Urology, Henri Mondor University Hospital, F-94010 Créteil, France., Créteil, France, (4)Sorbonne Université, Department Of Digestive Surgery, Ap-Hp, Hôpital Saint Antoine, F-75012, Paris, France., Paris, France, (5)Sorbonne Université, Grc 5 Predictive Onco-Uro, Ap-Hp, Urology, Pitie-Salpetriere Hospital, F-75013 Paris, France, Paris, France, (6)Service De Chirurgie Thoracique Et Vasculaire, Hôpital Tenon, 4 Rue De La Chine F-75020 Paris, France., Paris, France, (7)Department Of Oto-Rhino-Laryngology And Head And Neck Surgery, Hôpital Européen Georges Pompidou, Ap-Hp, University Paris Cité, Paris, France, Paris, France, (8)Chirurgie Thoracique, Bichat, Paris, France, (9)Chirurgie Gynécologique, Bichat, Paris, France, (10)Chirurgie Urologique, Pompidou, Paris, France, (11)Chirurgie Digestive Saint Louis, Paris, France, (12)Chirurgie Digestive Kremlin Bicetre, Kremlin Bicetre, France, (13)Chirurgie Digestive Clamart, Clamart, France, (14)Chirurgie Gynécologique, Clamart, Clamart, France, (15)Chirurgie Digestive, Avicenne, Bobigny, France, (16)Chirurgie Gynécologique, Avicenne, Bobigny, France, (17)Chirurgie Thoracique, Avicenne, Bobigny, France, (18)Chirurgie Digestive, Clichy, France, (19)Chirurgie Gynécologique, Clichy, France, (20)Chirurgie Urologique, Kremlin-Bicêtre, France, (21)Chirurgie Digestive Bichat, Clichy, France, (22)Chirurgie Gynécologique, Bichat, Clichy, France, (23)Urologie, Bichat, Clichy, France, (24)Chirurgie Digestive, Cochin, Paris, France, (25)Chirurgie Thoracique, Cochin, Paris, France, (26)Chirurgie Urologique, Cochin, Paris, France, (27)Chirurgie Digestive, Hégp, Paris, France, (28)Chirurgie Gynécologique, Pitié Salpêtrière, Paris, France, (29)Chirurgie Orl, Hégp, Paris, France, (30)Chirurgie Thoracique, Hégp, Paris, France, (31)Chirurgie Gynécologique, Lariboisière, Paris, France, (32)Chirurgie Digestive, Colombes, Colombes, France, (33)Chirurgie Hépatique, Paul Brousse, Villejuif, France, (34)Chirurgie Digestive, Pitié Salpêtrière, Paris, France, (35)Chirurgie Gynécologie, Pitié Salpêtrière, Paris, France, (36)Chirurgie Orl, Tenon, Paris, France, (37)Chirurgie Urologique, Tenon, Paris, France, (38)Chirurgie Gynécologique, Tenon, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La courbe d'apprentissage en chirurgie robotique est un phénomène collectif institutionnel plutôt qu'individuel. L'impact d'une intégration multidisciplinaire sur le risque de conversion non planifiée restait méconnu.

Méthodes

Cohorte prospective multicentrique de 5 507 adultes opérés dans cinq spécialités chirurgicales au sein de 14 hôpitaux AP-HP (registre PECROP, NCT03274050). Le critère principal était la conversion non planifiée peropératoire. La synergie institutionnelle était quantifiée par le nombre de spécialités robotiques actives par centre.

Résultats

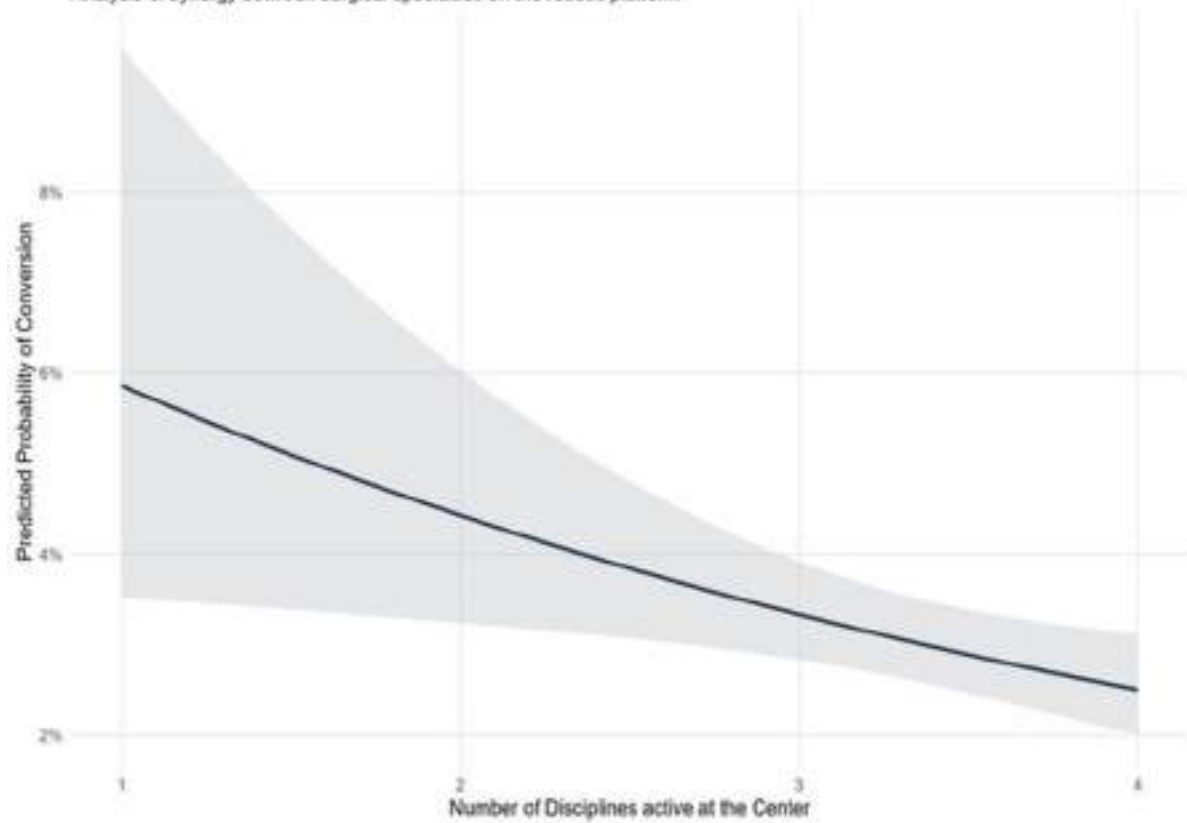
Le taux de conversion global était de 3,0 % (n=167), associé à une mortalité-morbidité majeure accrue (6,0 % vs 2,7 % ; $p=0,001$) et à davantage d'admissions en réanimation (7,2 % vs 0,8 %). Un seuil de trois spécialités actives a été identifié comme le point de bascule optimal (AIC 1437,6 ; $p<0,001$) (fig.1). La présence d'un programme d'urologie constituait le facteur protecteur indépendant le plus puissant (aOR 0,07 ; $p<0,001$). Hors urologie, ce seuil restait protecteur (aOR 0,25 ; $p<0,001$), tandis que l'implication d'un CCA augmentait le risque de conversion (aOR 1,52 ; $p=0,013$) (fig.2).

Conclusion

Le taux de conversion global était de 3,0 % (n=167), associé à une mortalité-morbidité majeure accrue (6,0 % vs 2,7 % ; $p=0,001$) et à davantage d'admissions en réanimation (7,2 % vs 0,8 %). Un seuil de trois spécialités actives a été identifié comme le point de bascule optimal (AIC 1437,6 ; $p<0,001$) (fig.1). La présence d'un programme d'urologie constituait le facteur protecteur indépendant le plus puissant (aOR 0,07 ; $p<0,001$). Hors urologie, ce seuil restait protecteur (aOR 0,25 ; $p<0,001$), tandis que l'implication d'un CCA augmentait le risque de conversion (aOR 1,52 ; $p=0,013$) (fig.2).

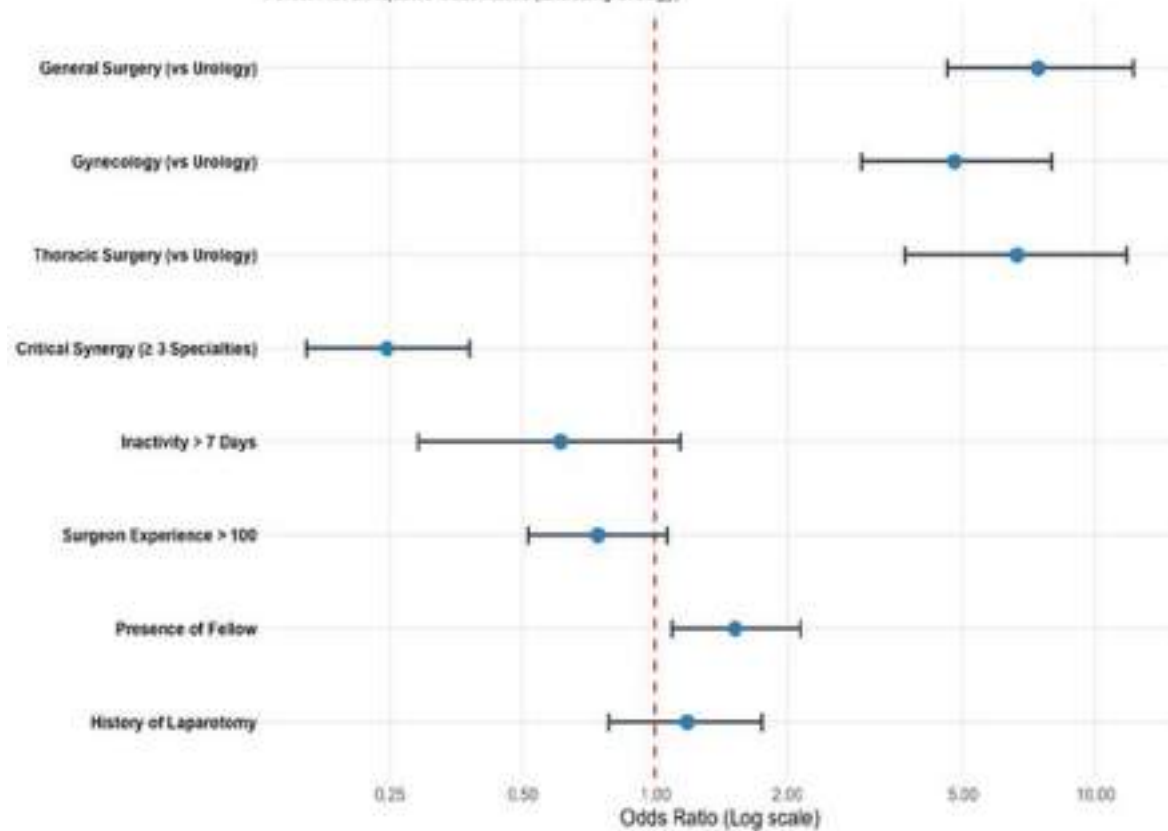
Probability of Conversion by Institutional Diversity

Analysis of synergy between surgical specialties on the robotic platform



Risk Factors for Robotic-to-Open Conversion

Forest Plot of Adjusted Odds Ratios (Excluding Urology)



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.041

3CVD00373-Préservation sphinctérienne vs reconstructions adaptées : comparaison France-Maroc dans les cancers localement avancé du bas rectum

Rayan ARIBI (1) , Remy SINDAYIGAYA (1), Majba MOHAMMED (2), Nicolas MICHOT (1), Oumayma LAHNAOUI (2), Zakaria EL MOUATASSIM (2), Thierry LECOMTE (3), Driffa MOUSSATA (3), Hind MRABTI (4), Hanane EL KACEMI (5), Raouf MOHSINE (6), Sofia BAKKAR (7), Ephrem SALAME (1), Urs GIGER-PABST (1), Amine SOUADKA (2), Mehdi OUAISSI (1) - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepato-Biliary, Pancreatic And Liver Transplant Surgery, Trousseau Hospital, Chambray-Lès-Tours, France, Tours, France, (2)Surgical Oncology Department, National Institute Of Oncology, Mohammed V University, Rabat, Morocco, Rabat, Maroc, (3)Department Of Hepatogastroenterology And Digestive Oncology, Tours University Hospital, Tours, France, Tours, France, (4)Department Of Hepatogastroenterology And Digestive Oncology, National Institute Of Oncology, Mohammed V University, Rabat, Morocco, Rabat, Maroc, (5)Department Of Radiation Oncology, National Institute Of Oncology, Mohammed V University, Rabat, Morocco, Rabat, Maroc, (6)Department Of Hepatogastroenterology And Digestive Oncology, Tours University Hospital, Tours, France, Rabat, Maroc, (7)Department Of Radiation Oncology, Bretonneau Hospital, Tours, France, Tours, France

Conflits d'intérêts

aucun conflit d'interet

Introduction

La prise en charge des cancers du rectum localement avancés bas situés (LARC) nécessite un équilibre entre résultats oncologiques, fonctionnels et acceptation d'une stomie. Cette étude a comparé les stratégies de deux centres français (LARC-Fr) et marocain (LARC-Mo) mettant l'accent sur la colostomie périnéale pseudo-continente (PCPC) après amputation abdominopérinéale (AAP).

Méthodes

Cette étude rétrospective a inclus des patients opérés entre 2017 et 2024 pour un LARC bas situé (adénocarcinome cT3/T4 et/ou avec atteinte ganglionnaire).

Résultats

224 patients inclus (80 LARC-Fr ; 144 LARC-Mo), les patients français étaient plus âgés (68 vs 57 ans, $p<0,001$), présentaient plus souvent un score ASA III-IV (26,3 % vs 2,1 %, $p<0,001$), les tumeurs cT4 étaient plus fréquentes au Maroc (22,9 % vs 7,5 %, $p=0,003$). Les procédures de préservation sphinctérienne, la résection intersphinctérienne (35,0 % vs 0 %, $p<0,001$) et la TaTME (35,0 % vs 2,8 %, $p<0,001$) étaient plus fréquentes en France. L'AAP dominait au Maroc (79,2 % vs 48,8 %, $p<0,001$). La PCPC a été réalisée dans 64,1 % des stomies définitives marocaines. Les taux d'exérèse mésorectale complète, de résection R1 et la survie sans récurrence à 3 ans n'ont pas différencié. La survie globale de 85,0 % vs 71,9 % ($p=0,279$), respectivement.

Conclusion

224 patients inclus (80 LARC-Fr ; 144 LARC-Mo), les patients français étaient plus âgés (68 vs 57 ans, $p<0,001$), présentaient plus souvent un score ASA III–IV (26,3 % vs 2,1 %, $p<0,001$), les tumeurs cT4 étaient plus fréquentes au Maroc (22,9 % vs 7,5 %, $p=0,003$). Les procédures de préservation sphinctérienne, la résection intersphinctérienne (35,0 % vs 0 %, $p<0,001$) et la TaTME (35,0 % vs 2,8 %, $p<0,001$) étaient plus fréquentes en France. L'AAP dominait au Maroc (79,2 % vs 48,8 %, $p<0,001$). La PCPC a été réalisée dans 64,1 % des stomies définitives marocaines. Les taux d'exérèse mésorectale complète, de résection R1 et la survie sans récurrence à 3 ans n'ont pas différé. La survie globale de 85,0 % vs 71,9 % ($p=0,279$), respectivement.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.042

3CVD00764-Impact de l'abord laparoscopique sur les résultats de la chirurgie du cancer du bas rectum avec colostomie périnéale pseudocontinente

Amina HOUMADA, Mohammed Reda EL HASSOUNI, Yassine EL BOUAZIZI, Oumayma LAHNAOUI, Zakaria EL MOUATASSIM, Amine SOUADKA - (1)Institut National D'oncologie, Rabat, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La reconstruction après amputation abdominopérinéale (AAP) par colostomie périnéale pseudocontinente (CPC) réalisée par voie laparoscopique est peu rapportée dans la littérature. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité, la sécurité et les résultats oncologiques de la laparoscopie comparativement à la laparotomie.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les patients ayant bénéficié d'une AAP avec CPPC entre janvier 2018 et décembre 2023. Les patients ont été répartis selon la voie d'abord : laparoscopie ou laparotomie. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 25. Les survies ont été étudiées selon la méthode de Kaplan-Meier et comparées par le test du Log-rank.

Résultats

Cent onze patients ont bénéficié d'une CPPC, dont 74 par laparoscopie et 37 par laparotomie. Le groupe laparoscopie présentait moins de résections locales associées (21,6 % vs 27 %), moins de marges latérales envahies (19,8 % vs 25 %) et moins de résections R1 (15,3 % vs 25 %). Les complications postopératoires sévères étaient observées dans 9,5 % des cas contre 13,5 % après laparotomie. Les complications périnéales étaient de 32,4 % versus 35,1 %. Le taux de récurrence locale était de 5,4 % contre 8,3 %. Le taux de conversion était de 6,3 %. La survie globale à 2 ans était de 47 %.

Conclusion

Cent onze patients ont bénéficié d'une CPPC, dont 74 par laparoscopie et 37 par laparotomie. Le groupe laparoscopie présentait moins de résections locales associées (21,6 % vs 27 %), moins de marges latérales envahies (19,8 % vs 25 %) et moins de résections R1 (15,3 % vs 25 %). Les complications postopératoires sévères étaient observées dans 9,5 % des cas contre 13,5 % après laparotomie. Les complications périnéales étaient de 32,4 % versus 35,1 %. Le taux de récurrence locale était de 5,4 % contre 8,3 %. Le taux de conversion était de 6,3 %. La survie globale à 2 ans était de 47 %.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.043

3CVD00668-Chimiothérapie adjuvante et adénocarcinome colique stade II à haut risque : quel impact pronostique ?

Melanie BARBOSA AMORIM, Marie PASCAL, Mathilde AUBERT, Emmanuelle NORGUET, Sophie CHOPINET, Laura BEYER, Mege DIANE - (1)Chu Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

En présence d'un adénocarcinome colique de stade II à haut risque, microsatellite stable (MSS), la chimiothérapie adjuvante (CTA) est normalement indiquée mais elle n'est pas systématiquement réalisée. Notre objectif était d'évaluer le pronostic selon la réalisation de la CTA.

Méthodes

Étude rétrospective bicentrique ayant inclus tous les patients opérés entre 2014 et 2021 d'un adénocarcinome colique stade II MSS avec au moins un facteur de risque de récurrence : T4, < 12 ganglions analysés, embolies veineuses, engainements périmériques, peu différencié, budding, perforation tumorale et occlusion. Les patients avec CTA étaient comparés à ceux sans CTA.

Résultats

130 patients ont été inclus, parmi lesquels 91 patients n'ont pas reçu de CTA (70%), pour les raisons suivantes : refus, perte de vue ou délai dépassé (n=21), comorbidités majeures (n=10), complications ou contre-indication (n=11), motif non précisé (n=49). Les patients traités (n=39, 30%) étaient significativement plus jeunes (64 vs 78 ans, $p<0,001$) et moins comorbides (ASA 3-4 : 29 vs 70%, $p<0,001$) que les patients non traités. La morbidité globale (57 vs 36%, $p=0,03$) et médicale (34 vs 15%, $p=0,03$) étaient plus fréquentes chez les patients non traités, sans différence de morbidité chirurgicale ni majeure. Les survies sans récurrence (63 vs 43%, $p=0,002$) et globale (84 vs 59%, $p<0,001$) à 5 ans étaient significativement augmentées chez les patients traités par CTA.

Conclusion

130 patients ont été inclus, parmi lesquels 91 patients n'ont pas reçu de CTA (70%), pour les raisons suivantes : refus, perte de vue ou délai dépassé (n=21), comorbidités majeures (n=10), complications ou contre-indication (n=11), motif non précisé (n=49). Les patients traités (n=39, 30%) étaient significativement plus jeunes (64 vs 78 ans, $p<0,001$) et moins comorbides (ASA 3-4 : 29 vs 70%, $p<0,001$) que les patients non traités. La morbidité globale (57 vs 36%, $p=0,03$) et

médicale (34 vs 15%, $p=0,03$) étaient plus fréquentes chez les patients non traités, sans différence de morbidité chirurgicale ni majeure. Les survies sans récurrence (63 vs 43%, $p=0,002$) et globale (84 vs 59%, $p<0,001$) à 5 ans étaient significativement augmentées chez les patients traités par CTA.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.044

3CVD00511-Adénocarcinome colique des sujets âgés : sont-ils réellement plus fragiles ?

Ilies SABEUR, Adel OMOURI, Sophie CHOPINET, Laetitia DAHAN, Mathilde AUBERT, Diane MEGE - (1)Assistance Publique Des Hôpitaux De Marseille, Hôpital De La Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt

Introduction

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les sujets âgés de plus de 74 ans sont de plus en plus à risque de développer un adénocarcinome colique (ADC). L'objectif de cette étude était de comparer les résultats postopératoires et oncologiques des patients âgés de plus de 74 ans par rapport à la population générale soumise au dépistage organisé.

Méthodes

Étude observationnelle monocentrique rétrospective ayant inclus tous les patients opérés d'un ADC non métastatique entre 2014 et 2023. Deux groupes étaient définis en fonction de l'âge: 50-74 ans (A) et > 74 ans (B).

Résultats

441 patients étaient inclus et répartis en groupes A (n=230) et B (n=211). Les sujets âgés étaient plus fragiles (score ASA ≥ 3 : 68 vs 40%, $p < 0,0001$). Ils étaient plus souvent opérés par laparotomie (57 vs 46%, $p = 0,03$) avec un taux de stomies définitives plus important (66 vs 34%, $p = 0,006$). Les taux de morbidité globale (60 vs 38%, $p < 0,0001$), chirurgicale (44 vs 30%, $p = 0,004$) et médicale (41 vs 21%, $p < 0,0001$) étaient plus importants chez les sujets âgés. Les survies globales et sans récurrence à 1, 3 et 5 ans étaient également diminuées chez les sujets âgés : 85, 67 et 54% vs 91, 87 et 82% ($p < 0,001$) et 80, 60 et 46% vs 86, 81 et 72% ($p < 0,001$), respectivement

Conclusion

441 patients étaient inclus et répartis en groupes A (n=230) et B (n=211). Les sujets âgés étaient plus fragiles (score ASA ≥ 3 : 68 vs 40%, $p < 0,0001$). Ils étaient plus souvent opérés par laparotomie (57 vs 46%, $p = 0,03$) avec un taux de stomies définitives plus important (66 vs 34%, $p = 0,006$). Les taux de morbidité globale (60 vs 38%, $p < 0,0001$), chirurgicale (44 vs 30%, $p = 0,004$) et médicale (41 vs 21%, $p < 0,0001$) étaient plus importants chez les sujets âgés. Les survies globales et sans récurrence à 1, 3 et 5 ans étaient également diminuées chez les sujets âgés : 85, 67 et 54% vs 91, 87 et 82% ($p < 0,001$) et 80, 60 et 46% vs 86, 81 et 72% ($p < 0,001$), respectivement

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.045

3CVD00621-Impact de la sarcopénie tomodensitométrique sur la morbi-mortalité et la réhabilitation après chirurgie oncologique colorectale

Faten HADDAD (1), Fatma BEN AKHEL (2), Monia ATTIA (3), Mohamed HAJRI (4), Zied HADRICH (4), Wafa SGHAIER (5), Sirine CHIKHAOUI (3), Héra TURKI (3), Amani BEL HAJ YOUSSEF (1), Mhamed Sami MEBAZAA (1) - (1)Chu Mongi Slim La Marsa, Service D'anesthésie Réanimation, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis, Tunis, Tunisie, (2)École Supérieure Des Sciences Et Techniques De La Santé De Tunis, Département D'anesthésie Et Réanimation, Université Tunis El Manar, Tunis, Tunisie, (3)Chu Mongi Slim La Marsa, Service De Radiologie, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis, Tunis, Tunisie, (4)Chu Mongi Slim La Marsa, Service De Chirurgie Viscérale Et De Transplantation Hépatique, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis, Tunis, Tunisie, (5)Chu Mongi Slim La Marsa, Service D'anesthésie Ranimation, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis-Tunis (tunisie), Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

La sarcopénie préopératoire, bien qu'étant un facteur déterminant de morbi-mortalité en chirurgie majeure, reste cliniquement sous-évaluée. L'objectif était d'évaluer l'impact du déficit musculaire sur les complications postopératoires et la réhabilitation après chirurgie pour cancer colorectal.

Méthodes

Étude prospective observationnelle analytique incluant 40 patients opérés d'un cancer colorectal. La sarcopénie a été définie par l'Index de Muscle Squelettique (SMI) mesuré sur le scanner préopératoire en L3. Les complications (selon la classification de Clavien-Dindo) et les critères de réhabilitation fonctionnelle ont été comparés.

Résultats

La prévalence de la sarcopénie était de 42,5 %, sans corrélation avec l'IMC ($r = 0,135$; $p = 0,407$). En préopératoire, les patients sarcopéniques présentaient une perte de poids ($p = 0,008$), un syndrome inflammatoire ($p = 0,002$) et une hypoalbuminémie ($p < 0,001$). En postopératoire, la sarcopénie a dramatiquement majoré l'incidence globale des complications (94,1 % vs 43,5 % ; $p = 0,001$; OR = 20,80 ; IC 95 % [2,35 - 184,37]). Les complications sévères (Clavien-Dindo $\geq$ III) prédominaient (68,8 % vs 10,0 % ; $p = 0,044$), tout comme les transferts en réanimation ($p = 0,022$). De plus, la sarcopénie a significativement entravé la mobilisation précoce ($p = 0,004$) et la reprise de la marche autonome ($p = 0,006$), doublant la durée médiane de séjour (16 vs 8 jours ; $p = 0,003$).

Conclusion

La prévalence de la sarcopénie était de 42,5 %, sans corrélation avec l'IMC ($r = 0,135$; $p = 0,407$). En préopératoire, les patients sarcopéniques présentaient une perte de poids ($p = 0,008$), un syndrome inflammatoire ($p = 0,002$) et une hypoalbuminémie ($p < 0,001$). En postopératoire, la sarcopénie a dramatiquement majoré l'incidence globale des complications (94,1 % vs 43,5 % ; $p = 0,001$; OR = 20,80 ; IC 95 % [2,35 - 184,37]). Les complications sévères (Clavien-Dindo $\geq$ III) prédominaient (68,8 % vs 10,0 % ; $p = 0,044$), tout comme les transferts en réanimation ($p = 0,022$). De plus, la sarcopénie a significativement entravé la mobilisation précoce ($p = 0,004$) et la reprise de la marche autonome ($p = 0,006$), doublant la durée médiane de séjour (16 vs 8 jours ; $p = 0,003$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.046

3CVD00435-traitement radical du cancer du rectum chez le sujet âgé.

Laidi BAZIZ, Nadia ARBAOUI - (1)Faculté De Médecine /chu Annaba, Annaba, Algérie

Conflits d'intérêts

pas de conflits d'interet

Introduction

Le cancer du rectum représente le 3ème cancer dans le monde en terme d'incidence et le 2ème en terme de mortalité, sa prise en charge chez le sujet âgé représente un défi thérapeutique en raison de la fréquence des comorbidités et de la fragilité qui augmente le risque opératoire. L'objectif de cette étude est d'évaluer les résultats du traitement radical et d'identifier les facteurs influençant la morbi-mortalité dans cette population.

Méthodes

C'est une étude prospective portant sur 100 patients âgés de 70 ans et plus, pris en charge pour un cancer du rectum au service de chirurgie viscérale du CHU d'Annaba sur une période de 4 ans. L'évaluation préopératoire incluait le score G 8 le score OMS, le score de karnofsky, le score de Charlson. Les traitements réalisés comprenaient la résection antérieure du rectum, l'amputation abdominopérinéale selon le siège et le stade tumoral. Les critères de jugement étaient la mortalité postopératoire à 30 jours, la morbidité, la durée d'hospitalisation et la survie globale.

Résultats

La mortalité postopératoire était de 6,3%, et le taux de complications étaient de 43,75%. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient le score ASA > II, le score de Charlson > 3 et score de OMS > 1. La survie à 3 ans était de 63,3%. Les patients ayant bénéficié d'une préparation préopératoire présentaient une morbidité significativement moindre.

Conclusion

La mortalité postopératoire était de 6,3%, et le taux de complications étaient de 43,75%. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient le score ASA > II, le score de Charlson > 3 et score de OMS > 1. La survie à 3 ans était de 63,3%. Les patients ayant bénéficié d'une préparation préopératoire présentaient une morbidité significativement moindre.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.047

3CVD00585-Corrélation entre le staging IRM préopératoire et le staging anatomopathologique dans le cancer du rectum après traitement néoadjuvant

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Le cancer du rectum traité par radiochimiothérapie néoadjuvante nécessite un staging précis pour guider la stratégie thérapeutique et évaluer la réponse tumorale. L'IRM pelvienne constitue l'examen de référence pour le restaging, bien que sa performance puisse être altérée après traitement néoadjuvant. L'objectif est d'évaluer la corrélation entre le staging IRM préopératoire et le staging anatomopathologique chez les patients opérés pour cancer du rectum après traitement néoadjuvant.

Méthodes

Étude rétrospective incluant des patients atteints d'adénocarcinome rectal confirmé, traités par radio-chimiothérapie néoadjuvante entre mai 2016 et décembre 2019, ayant tous bénéficié d'une IRM pelvienne préopératoire et d'une chirurgie à visée curative. Les patients non opérés ont été exclus. La concordance IRM-pathologie a été évaluée par le coefficient kappa (κ). Les performances diagnostiques de l'IRM pour l'atteinte ganglionnaire ont été analysées.

Résultats

Soixante-huit patients ont été inclus. Le coefficient κ pour le staging T était de 0,237 ($p < 0,0005$), correspondant à une concordance faible à modérée. Le staging T était correct dans 32 cas (47,1 %), surestimé dans 30 (44,1 %) et sous-estimé dans 6 (8,8 %). Pour le staging N, le κ était de 0,134 ($p < 0,05$), traduisant une faible concordance. Une surestimation ganglionnaire était observée chez 40 patients (58,8 %) et un staging correct chez 25 (36,8 %). La sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 94,7 %, 28,6 %, 34,0 % et 93,3 %.

Conclusion

Soixante-huit patients ont été inclus. Le coefficient κ pour le staging T était de 0,237 ($p < 0,0005$), correspondant à une concordance faible à modérée. Le staging T était correct dans 32 cas (47,1 %), surestimé dans 30 (44,1 %) et sous-estimé dans 6 (8,8 %). Pour le staging N, le κ était de 0,134 ($p < 0,05$), traduisant une faible concordance. Une surestimation ganglionnaire était

observée chez 40 patients (58,8 %) et un staging correct chez 25 (36,8 %). La sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 94,7 %, 28,6 %, 34,0 % et 93,3 %.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.048

3CVD00748-Résultats de la chirurgie après radiochimiothérapie néoadjuvante pour adénocarcinome localement avancé du bas rectum chez les patients âgés : étude comparative

Amina HOUMADA, Mohammed Reda EL HASSOUNI, Yassine EL BOUAZIZI, Zakaria EL MOUATASSIM, Oumayma LAHNAOUI - (1)Institut National D'oncologie, Rabat, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la chirurgie après radiochimiothérapie néoadjuvante chez des patients âgés atteints d'un cancer du rectum localement avancé et jugés aptes après évaluation oncogériatrique.

Méthodes

Étude rétrospective comparative incluant les patients opérés pour adénocarcinome rectal après radiochimiothérapie néoadjuvante entre janvier 2018 et décembre 2023. Les patients âgés étaient définis par un âge > 70 ans sans antécédents majeurs ou > 65 ans avec antécédents. Les résultats ont été comparés à ceux des patients plus jeunes. L'analyse statistique a utilisé SPSS 25. Les survies ont été étudiées selon Kaplan-Meier et comparées par le test du Log-rank.

Résultats

Parmi les 287 patients inclus, 54 (18,8 %) étaient âgés. Une chirurgie conservatrice du sphincter a été réalisée chez 38,9 % d'entre eux, dont 66,7 % avec colostomie périnéale pseudocontinente. Les tumeurs localement avancées représentaient 51,8 % des cas contre 56,4 % chez les patients plus jeunes. L'atteinte de la marge circonférentielle était moins fréquente chez les patients âgés (9,3 % vs 21,6 % ; $p = 0,038$). Les taux de résection R1 étaient de 11,1 % versus 20,9 %. Les complications postopératoires sévères étaient observées chez 11,1 % versus 15,2 % des patients. Les taux de récurrence locale étaient de 1,9 % et 6,4 %, respectivement.

Conclusion

Parmi les 287 patients inclus, 54 (18,8 %) étaient âgés. Une chirurgie conservatrice du sphincter a été réalisée chez 38,9 % d'entre eux, dont 66,7 % avec colostomie périnéale pseudocontinente. Les tumeurs localement avancées représentaient 51,8 % des cas contre 56,4 % chez les patients plus jeunes. L'atteinte de la marge circonférentielle était moins fréquente chez les patients âgés (9,3 % vs 21,6 % ; $p = 0,038$). Les taux de résection R1 étaient de 11,1 % versus 20,9 %. Les complications postopératoires sévères étaient observées chez

11,1 % versus 15,2 % des patients. Les taux de récurrence locale étaient de 1,9 % et 6,4 %, respectivement.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.049

3CVD00339-Impact pronostique de la latéralité tumorale dans les adénocarcinomes coliques non métastatiques

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La latéralité tumorale est reconnue comme un facteur pronostique dans le cancer colorectal métastatique. Toutefois, son impact dans les adénocarcinomes coliques non métastatiques demeure controversé. Cette étude visait à comparer les caractéristiques cliniques, anatomopathologiques et les résultats oncologiques selon la localisation tumorale.

Méthodes

Une étude rétrospective a inclus tous les patients opérés à visée curative pour un adénocarcinome colique non métastatique entre janvier 2012 et décembre 2024 dans notre centre. Les patients ont été répartis en deux groupes : côlon droit (du caecum au côlon transverse), et côlon gauche (de l'angle colique gauche au sigmoïde). Les caractéristiques préopératoires, les données opératoires, les résultats histopathologiques et les résultats oncologiques à long terme ont été comparés.

Résultats

Cent trente-cinq patients ont été inclus : 64 (47,4 %) dans le groupe côlon droit et 71 (52,6 %) dans le groupe côlon gauche. Les patients du groupe droit étaient plus âgés ($72,8 \pm 11,7$ versus $68,1 \pm 12,3$ ans ; $p = 0,03$) et présentaient plus souvent une anémie ($p = 0,01$). La chirurgie mini-invasive était moins fréquente dans le groupe gauche (10 % versus 25 % ; $p = 0,02$). Les tumeurs gauches étaient davantage peu différenciées, mucineuses et MSI-H. Après un suivi médian de 48 mois, elles étaient associées à une moins bonne survie globale et sans récurrence.

Conclusion

Cent trente-cinq patients ont été inclus : 64 (47,4 %) dans le groupe côlon droit et 71 (52,6 %) dans le groupe côlon gauche. Les patients du groupe droit étaient plus âgés ($72,8 \pm 11,7$ versus $68,1 \pm 12,3$ ans ; $p = 0,03$) et présentaient plus souvent une anémie ($p = 0,01$). La chirurgie mini-invasive était moins fréquente dans le groupe gauche (10 % versus 25 % ; $p = 0,02$). Les tumeurs gauches étaient davantage peu différenciées, mucineuses et MSI-H. Après un suivi médian de 48 mois, elles étaient associées à une moins bonne survie globale et sans récurrence.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.050

3CVD00858-Prédicteurs clinicopathologiques de néoplasie dans les mucocèles appendiculaires

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Hakim ZENAI, Saber REBIL, Raja JOUINI - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le mucocèle appendiculaire (MA) représente un spectre hétérogène allant du kyste de rétention bénin aux néoplasmes mucineux de bas grade (LAMN) et à l'adénocarcinome mucineux. Le distinguer en préopératoire est essentiel pour éviter une perforation source de pseudomyxome péritonéal (PMP). Cette étude analyse les prédicteurs de MA néoplasique.

Méthodes

Cohorte rétrospective de 4 126 pièces appendiculaires consécutives (centre tertiaire tunisien, 2011–2022), rapportée selon STROBE. Cinquante-quatre patients avec MA confirmé ont été identifiés (incidence 1,31 %). Une analyse comparative a opposé les sous-groupes bénin (n=40) et néoplasique (n=14).

Résultats

L'âge moyen était de 46 ans ; 29 hommes (53,7 %). Le scanner identifiait le MA en préopératoire chez 64,8 % des patients. Douze patients (22,2 %) ont eu une résection laparoscopique, 42 (77,8 %) une chirurgie ouverte. Les sous-types étaient : bénin (74,1 %), LAMN (18,5 %) et adénocarcinome mucineux (7,4 %). En analyse univariée, le MA néoplasique était associé à un âge plus élevé ($p=0,009$), un diamètre TDM plus grand (7,4 vs 3,1 cm ; $p<0,001$), une calcification pariétale ($p=0,028$), une atteinte de la base ($p<0,001$), une nodularité pariétale ($p=0,002$) et une élévation de l'ACE ($p=0,001$). Deux patients LAMN (20 %) ont développé un PMP à 22 mois médians. Aucune mortalité n'a été observée.

Conclusion

L'âge moyen était de 46 ans ; 29 hommes (53,7 %). Le scanner identifiait le MA en préopératoire chez 64,8 % des patients. Douze patients (22,2 %) ont eu une résection laparoscopique, 42 (77,8 %) une chirurgie ouverte. Les sous-types étaient : bénin (74,1 %), LAMN (18,5 %) et adénocarcinome mucineux (7,4 %). En analyse univariée, le MA néoplasique était associé à un âge plus élevé ($p=0,009$), un diamètre TDM plus grand (7,4 vs 3,1 cm ; $p<0,001$), une calcification pariétale ($p=0,028$), une atteinte de la base ($p<0,001$), une nodularité pariétale

($p=0,002$) et une élévation de l'ACE ($p=0,001$). Deux patients LAMN (20 %) ont développé un PMP à 22 mois médians. Aucune mortalité n'a été observée.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.051

3CVD00119-La présence de calcifications sur les artères digestives entraîne-t-elle des modifications du flux artériel ? Etude de 133 patients. Etude ancillaire de Rightcolocalcif

Emeric ABET, Boris POSTAIRE, Kubina JEAN MANUEL - (1)Chd Vendée, La Roche Sur Yon

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Une étude prospective multicentrique, menée chez 585 patients opérés d'une colectomie droite, a analysé l'impact du degré de calcifications des artères digestives sur les complications post opératoires et en particulier sur la fistule anastomotique. Le but de cette étude ancillaire a été d'évaluer la corrélation entre les calcifications artérielles et les débits sanguins au niveau des artères digestives

Méthodes

Cette étude prospective monocentrique a été menée du 24/09/2019 au 24/09/2025. Tous les patients devant avoir une colectomie droite avait une analyse scanographique du degré de calcifications artérielles et un écho-doppler des artères digestives au niveau du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure. Une analyse de la vitesse (m/sec) était faite au cours de cet examen dynamique.

Résultats

133 patients ont été inclus dans cette étude. Au niveau du tronc coeliaque, il n'existait pas de différence significative de vitesse entre les patients ayant un score de calcification < 3 ou ≥ 3 . 42 patients présentaient un score de calcifications ≥ 3 et chez 10 patients, il existait un pic de vitesse pathologique ($p=0,021$). Au niveau de l'artère mésentérique supérieure, il existait une différence significative pour la vitesse artérielle entre les 2 groupes de scores de calcifications ($p=0,02$) avec des patients présentant des pics de vitesse pathologiques uniquement dans le groupe score de calcification ≥ 3 ($p=0,028$)

Conclusion

133 patients ont été inclus dans cette étude. Au niveau du tronc coeliaque, il n'existait pas de différence significative de vitesse entre les patients ayant un score de calcification < 3 ou ≥ 3 . 42 patients présentaient un score de calcifications ≥ 3 et chez 10 patients, il existait un pic de vitesse pathologique ($p=0,021$). Au niveau de l'artère mésentérique supérieure, il existait une différence significative pour la vitesse artérielle entre les 2 groupes de scores de calcifications

($p=0,02$) avec des patients présentant des pics de vélocité pathologiques uniquement dans le groupe score de calcification ≥ 3 ($p=0,028$)

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.052

3CVD00252-Impact du score G8 sur la morbi-mortalité précoce du cancer du rectum chez les patients de 70 ans et plus : étude prospective observationnelle

L BAZIZ, N ARBAOUI - (1)Faculté De Médecine Annaba, Annaba, Algérie

Conflits d'intérêts

Absence de conflits d'intérêt.

Introduction

Le cancer du rectum chez le sujet âgé représente un défi thérapeutique majeur en raison de la fragilité de cette population. Le score G8, outil de dépistage gériatrique validé, permettrait d'identifier les patients à risque et d'orienter la prise en charge. L'objectif de cette étude est d'évaluer la relation entre le score G8 et la morbi-mortalité précoce chez les patients âgés de 70 ans et plus opérés pour un cancer du rectum.

Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle portant sur 105 patients âgés de 70 ans et plus, pris en charge au service de chirurgie du CHU d'Annaba. Parmi eux, 20 patients présentaient un score G8 supérieur à 14, donc « non fragile ». Les critères de jugement principaux étaient la mortalité à J30, la morbidité postopératoire précoce et la survie globale à 3 ans.

Résultats

La mortalité précoce (à J30) était de 6,3 % et la morbidité postopératoire de 43,75 %. La survie globale à 3 ans était de 73 %. L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de relation significative entre le score G8 et la mortalité à J30 ($p = 0,213$), ni entre le score G8 et la morbidité postopératoire ($p = 0,134$).

Conclusion

La mortalité précoce (à J30) était de 6,3 % et la morbidité postopératoire de 43,75 %. La survie globale à 3 ans était de 73 %. L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de relation significative entre le score G8 et la mortalité à J30 ($p = 0,213$), ni entre le score G8 et la morbidité postopératoire ($p = 0,134$).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.053

3CVD00411-Performance prédictive des scores P-POSSUM, CR-POSSUM et ACPGBI après chirurgie du cancer colorectal gauche : étude comparative

Seifeddine KTHIRI, Bochra REZGUI, Asma BEJAOUI, Mohaned AZZOUZ, Adib KEFI, Aymen MABROUK, Mounir BEN MOUSSA - (1)Service De Chirurgie A Hopital Charles Nicole, Tunis, Tunisie, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer dans ce travail.

Introduction

La mortalité postopératoire après chirurgie du cancer colorectal dépend de nombreux facteurs liés au patient et à l'intervention. L'objectif de cette étude était de comparer les performances prédictives des scores P-POSSUM, CR-POSSUM et ACPGBI pour la mortalité postopératoire.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les patients opérés d'un cancer colorectal gauche entre 2019 et 2024. Les scores P-POSSUM, CR-POSSUM et ACPGBI ont été calculés à partir des données clinico-opératoires recueillies. Leur performance prédictive pour la mortalité postopératoire a été évaluée par le test d'ajustement de Hosmer-Lemeshow et l'analyse des courbes ROC.

Résultats

Cent dix patients ont été inclus. La mortalité postopératoire à 30 jours était de 5,5 %, proche de celle prédite par les scores P-POSSUM, CR-POSSUM et ACPGBI (5,4 %). Le test de Hosmer-Lemeshow montrait un bon ajustement pour les trois scores. Les aires sous la courbe ROC étaient respectivement de 0,802, 0,707 et 0,713, sans différence significative entre les modèles ($p = 0,62$). Les performances les plus faibles étaient observées pour les résections sigmoïdiennes réalisées pour tumeur maligne.

Conclusion

Cent dix patients ont été inclus. La mortalité postopératoire à 30 jours était de 5,5 %, proche de celle prédite par les scores P-POSSUM, CR-POSSUM et ACPGBI (5,4 %). Le test de Hosmer-Lemeshow montrait un bon ajustement pour les trois scores. Les aires sous la courbe ROC étaient respectivement de 0,802, 0,707 et 0,713, sans différence significative entre les modèles ($p = 0,62$). Les performances les plus faibles étaient observées pour les résections sigmoïdiennes réalisées pour tumeur maligne.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.054

3CVD00001-Utilisation des médecines complémentaires et alternatives chez les survivants du cancer colorectal : une étude à méthodes mixtes sur la prévalence, les déterminants, la qualité de vie et la récurrence

Laura CHREIM - (1)Chu Limoges, Limoges, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) peut favoriser le recours aux médecines complémentaires et alternatives (MCA). Cette étude évaluait leur utilisation après chirurgie du CCR et leur impact sur la qualité de vie et la récurrence.

Méthodes

Étude transversale mixte incluant des adultes opérés d'un CCR au CHU de Limoges entre 2017 et 2022. Deux cent dix-sept patients ont rempli un questionnaire sur les MCA, les caractéristiques sociodémographiques et la qualité de vie (EORTC QLQ-C30). Les données tumorales, traitements et récurrences à 3 ans provenaient des dossiers médicaux. Les facteurs associés au recours aux MCA et à la qualité de vie ont été analysés par régression logistique multivariée. La survie sans récurrence a été étudiée par Kaplan-Meier et modèle de Cox.

Résultats

Quarante-sept patients (21,7 %) ont eu recours aux MCA, principalement à des produits ingérables et à des approches psychocorporelles ou manuelles. Les utilisateurs étaient plus jeunes, plus souvent actifs et plus instruits, avec davantage de stades avancés et de colostomies définitives. Moins de la moitié avaient informé leur médecin. Les MCA n'étaient pas associées à une meilleure qualité de vie, tandis que les scores symptomatiques étaient plus élevés. Les produits consommables étaient associés à un risque accru de récurrence à 3 ans, surtout aux stades III-IV.

Conclusion

Quarante-sept patients (21,7 %) ont eu recours aux MCA, principalement à des produits ingérables et à des approches psychocorporelles ou manuelles. Les utilisateurs étaient plus jeunes, plus souvent actifs et plus instruits, avec davantage de stades avancés et de colostomies définitives. Moins de la moitié avaient informé leur médecin. Les MCA n'étaient pas associées à une meilleure qualité de vie, tandis que les scores symptomatiques étaient

plus élevés. Les produits consommables étaient associés à un risque accru de récurrence à 3 ans, surtout aux stades III-IV.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.055

3CVD00437-Cancer colorectal de l'octogénaire et du senior : Évaluation des résultats opératoires et perspectives oncogériatriques

Asma SGHAIER (1) , Oumayma FREDJ (2), Zeineb MAATOUG (1), Itimed GHARBI (1), Mohamed Salah JARRAR (1), Mohamed Amine ELGHALI (1), Sabri YOUSSEF (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale Hopital Farhat Hached De Sousse Faculté De Médecine De Sousse Université De Sousse, Sousse, Tunisie, (2)Département De Médecine De Famille Hôpital Farhat Hached Sousse Faculté De Médecine De Sousse Université De Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) chez le sujet âgé pose un défi médico-chirurgical majeur en raison du vieillissement et des comorbidités. Cette étude rétrospective (2014-2024) menée au CHU Farhat Hached de Sousse analyse les caractéristiques épidémio-cliniques et les facteurs pronostiques post-chirurgicaux de cette population vulnérable.

Méthodes

Ont été inclus 98 patients âgés de 65 ans ou plus, opérés pour un adénocarcinome colorectal. Les données cliniques, opératoires et histopathologiques ont fait l'objet d'analyses descriptives, univariées et multivariées .

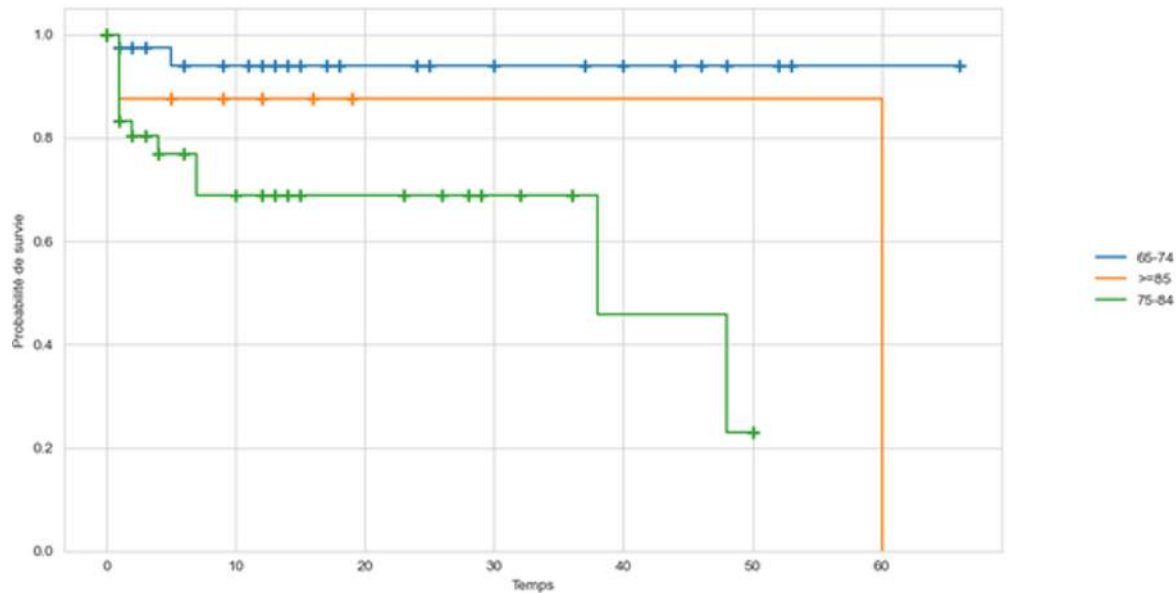
Résultats

L'âge moyen était de 76,11 ans avec une prédominance masculine (sexe-ratio 1,51). Le diagnostic était souvent tardif (délai moyen de consultation de 5,36 mois), révélé par des troubles du transit (57,14 %) ou une altération de l'état général (52,02 %). La chirurgie a été réalisée en urgence dans 43 % des cas. Le taux de morbidité postopératoire s'élevait à 46,9 %, et la mortalité précoce à 8,16 %. L'analyse multivariée a identifié le score ASA III (OR=3,33, p=0,021) et des marges chirurgicales non saines (p=0,004) comme les principaux facteurs indépendants associés à la morbidité. Le score ASA constituait également le seul facteur significativement lié à la survie globale , qui s'établissait à 32,07 % à 5 ans.

Conclusion

L'âge moyen était de 76,11 ans avec une prédominance masculine (sexe-ratio 1,51). Le diagnostic était souvent tardif (délai moyen de consultation de 5,36 mois), révélé par des troubles du transit (57,14 %) ou une altération de l'état général (52,02 %). La chirurgie a été réalisée en urgence dans 43 % des cas. Le taux de morbidité postopératoire s'élevait à 46,9 %, et la mortalité précoce à 8,16 %.

et la mortalité précoce à 8,16 %. L'analyse multivariée a identifié le score ASA III (OR=3,33, $p=0,021$) et des marges chirurgicales non saines ($p=0,004$) comme les principaux facteurs indépendants associés à la morbidité. Le score ASA constituait également le seul facteur significativement lié à la survie globale, qui s'établissait à 32,07 % à 5 ans.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.056

3CVD00629-La stimulation transcutanée du nerf tibial peut-elle être utilisée comme traitement précoce du syndrome de résection antérieure basse ? Une étude rétrospective monocentrique

Maxeau SOIRA, Antoine VANOOST, Alexandra PELLEGRIN, Jules LE PESSOT, Jean-Marc REGIMBEAU, Charles SABBAGH - (1)Chu Amiens, Amiens, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

La prise en charge du syndrome de résection antérieure basse (LARS) reste l'un des défis majeurs après chirurgie du cancer du rectum. La stimulation transcutanée du nerf tibial (STNT) a démontré son efficacité dans le traitement de l'incontinence fécale, mais aucune donnée n'est disponible concernant son utilisation en tant que traitement précoce du LARS. L'objectif de cette étude était d'évaluer la STNT comme option thérapeutique précoce dans le LARS.

Méthodes

De janvier 2024 à janvier 2025, la STNT a été proposée aux patients ayant bénéficié d'une anastomose colorectale basse pour un cancer du rectum bas ou moyen. La STNT était initiée après la fermeture de la stomie, ou après l'anastomose initiale en l'absence de stomie. Le critère de jugement principal était le taux de LARS majeur à 3 mois.

Résultats

Durant la période d'étude, la STNT a été proposée à 31 patients et utilisée par 29 d'entre eux (93,5 %). Parmi eux, 68 % présentaient une tumeur du rectum bas et 32 % du rectum moyen. Une radiothérapie préopératoire avait été réalisée chez 27 patients (93 %). Le taux de fistule anastomotique postopératoire était de 7 % (2/29). Le taux de LARS majeur à 3 mois était de 31 % (9/29).

Conclusion

Durant la période d'étude, la STNT a été proposée à 31 patients et utilisée par 29 d'entre eux (93,5 %). Parmi eux, 68 % présentaient une tumeur du rectum bas et 32 % du rectum moyen. Une radiothérapie préopératoire avait été réalisée chez 27 patients (93 %). Le taux de fistule anastomotique postopératoire était de 7 % (2/29). Le taux de LARS majeur à 3 mois était de 31 % (9/29).

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.057

3CVD00415-Traitement laparoscopique des abcès appendiculaires : résultats d'une série de 137 cas

Seifeddine KTHIRI, Sirine EL HENI, Yasser KAROUI, Mohaned AZZOUZ, Asma BEJAOU, Adib KEFI, Aymen MABROUK, Mounir BEN MOUSSA - (1)Service De Chirurgie A Hopital Charles Nicole, Tunis, Tunisie, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet à déclarer dans ce travail.

Introduction

L'abcès appendiculaire est une forme compliquée de l'appendicite aiguë dont la prise en charge reste discutée. L'objectif était d'évaluer les résultats du traitement laparoscopique et les facteurs de morbidité postopératoire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés par laparoscopie pour abcès appendiculaire entre 2015 et 2025. Les données clinico-radiologiques, opératoires et évolutives ont été analysées afin d'identifier les facteurs associés à la morbidité postopératoire.

Résultats

Cent trente-sept patients ont été inclus (âge moyen : $41,6 \pm 15$ ans ; 62 % d'hommes). Une tomodensitométrie était réalisée dans 73 % des cas et retrouvait une collection appendiculaire dans 62 %. Tous les patients étaient initialement abordés par laparoscopie avec un taux de conversion de 27 %. La durée opératoire médiane était de 120 minutes et la durée médiane d'hospitalisation de 5 jours. Les suites étaient simples dans 89,8 % des cas. La morbidité globale était de 10,2 %, dominée par les collections postopératoires (3,7 %) et les abcès de paroi (2,1 %). Aucune péritonite postopératoire ni aucun décès n'étaient observés. En analyse multivariée, le drainage était un facteur prédictif indépendant d'abcès de paroi, tandis que l'âge prédisait la survenue d'une collection postopératoire. Le délai de consultation supérieur à 5 jours et la conversion étaient associés à un allongement de la durée opératoire et du séjour hospitalier.

Conclusion

Cent trente-sept patients ont été inclus (âge moyen : $41,6 \pm 15$ ans ; 62 % d'hommes). Une tomodensitométrie était réalisée dans 73 % des cas et retrouvait une collection appendiculaire dans 62 %. Tous les patients étaient initialement abordés par laparoscopie avec un taux de conversion de 27 %. La durée opératoire médiane était de 120 minutes et la durée médiane d'hospitalisation de 5 jours. Les suites étaient simples dans 89,8 % des cas. La morbidité globale était de 10,2 %, dominée par les collections postopératoires (3,7 %) et les abcès de

paroi (2,1 %). Aucune péritonite postopératoire ni aucun décès n'étaient observés. En analyse multivariée, le drainage était un facteur prédictif indépendant d'abcès de paroi, tandis que l'âge prédisait la survenue d'une collection postopératoire. Le délai de consultation supérieur à 5 jours et la conversion étaient associés à un allongement de la durée opératoire et du séjour hospitalier.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.058

3CVD00074-Traitement mini-invasif des fistules anales complexes par FiLaC® : résultats après un an d'expérience

Amin Khayreddine GHOUALI, Fouad BENAMARA, Loubna BOUHMAMA, Zoubida RAHOU, Fawzi GHIRANE, Khadija LARABI, Feriel MEDJAOUI, Nabil Smain MESLI - (1)Service De Chirurgie Générale "a" Et Transplantation Rénale, Tlemcen, Algérie, Tlemcen, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les fistules anales représentent un défi thérapeutique majeur en raison du risque de récurrence et d'incontinence. Les techniques sphincter-saving mini-invasives, telles que la Fistula Laser Closure (FiLaC®), visent à assurer la guérison tout en préservant la continence. Nous rapportons notre expérience après une année d'utilisation de cette technique afin d'évaluer prospectivement son efficacité chez des patients porteurs de fistules anales complexes.

Méthodes

Vingt-cinq patients ont été opérés entre mars 2024 et mai 2025. Quinze ont bénéficié d'un drainage préalable par séton, suivi du traitement laser huit semaines plus tard. Tous les patients ont eu une IRM pelvienne préopératoire. L'intervention, réalisée en ambulatoire sous rachianesthésie, comportait un nettoyage du trajet fistuleux à l'aide d'une brosse puis l'introduction d'une fibre radiaire spécifique (Biolitec®). La coagulation était effectuée progressivement de l'orifice interne vers l'externe, avec une énergie totale généralement inférieure à 500 joules.

Résultats

Parmi les 25 patients, 20 présentaient une fistule de type Parks C, 2 de type Parks D, tandis que les autres étaient associés à plusieurs trajets fistuleux. Une guérison complète, définie par la fermeture des orifices et l'absence de douleur ou d'écoulement, a été obtenue chez 17 patients (68 %). Le taux global de récurrence était de 32 %, principalement chez les patients non préparés par séton. Aucun nouveau cas d'incontinence anale n'a été observé. La médiane de suivi était de 5,2 mois.

Conclusion

Parmi les 25 patients, 20 présentaient une fistule de type Parks C, 2 de type Parks D, tandis que les autres étaient associés à plusieurs trajets fistuleux. Une guérison complète, définie par la fermeture des orifices et l'absence de douleur ou d'écoulement, a été obtenue chez 17 patients

(68 %). Le taux global de récurrence était de 32 %, principalement chez les patients non préparés par sétone. Aucun nouveau cas d'incontinence anale n'a été observé. La médiane de suivi était de 5,2 mois.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.059

3CVD00615-Impact de l'implémentation d'un protocole local de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) colorectale : Étude avant-après

Wafa ESSGHAIER (1), Faten HADDAD (1), Mohamed HAJRI (2) , Amani BEL HAJ YOUSSEF (1), Zied HADRICH (2), Mhamed Sami MEBAZAA (1) - (1)Chu Mongi Slim La Marsa, Service D'anesthésie Réanimation, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis, Tunis, Tunisie, (2)Chu Mongi Slim La Marsa, Service De Chirurgie Viscérale Et De Transplantation Hépatique, Université Tunis El Manar, Faculté De Médecine De Tunis, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) vise à optimiser la récupération en chirurgie colorectale. Son application se heurtant aux réalités du terrain, notre objectif était d'évaluer l'évolution du taux d'adhésion aux recommandations après l'implémentation d'un protocole local.

Méthodes

Étude quasi-expérimentale avant-après (avec accord du comité d'éthique local) incluant 66 patients opérés, répartis en deux groupes de 33. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une adhésion élevée, définie par le respect de ≥ 70 % des recommandations de l'audit GRACE.

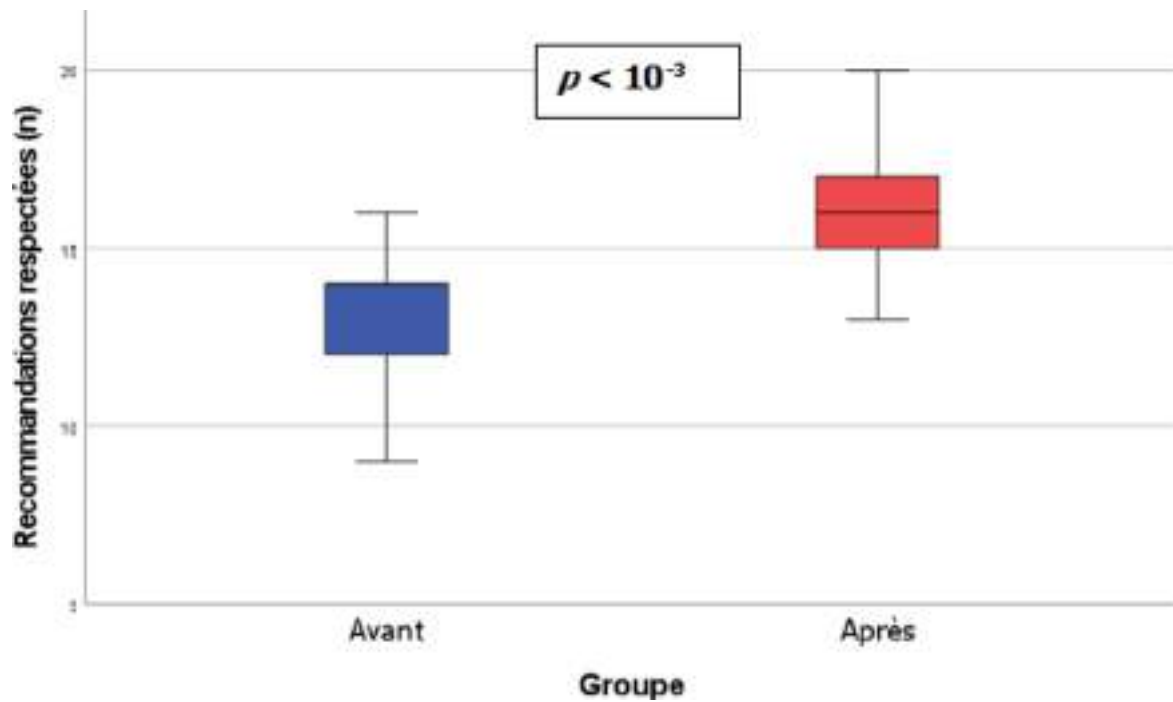
Résultats

Les caractéristiques initiales étaient comparables. La proportion d'adhésion élevée est passée de 9,1 % à 60,6 % ($p < 0,001$) (Figure 1). L'implémentation du protocole s'est révélée être un facteur prédictif indépendant d'une excellente adhésion ($ORa = 25,20$; IC 95 % [5,29 - 120,04] ; $p < 0,001$). L'amélioration ($p < 0,05$) concernait la supplémentation nutritionnelle, l'abandon de la préparation colique, les boissons glucidiques préopératoires, la corticothérapie à l'induction et le retrait précoce de la sonde vésicale. La durée médiane de séjour (6 jours ; $p = 0,28$) et la morbi-mortalité globale ($ORa = 0,69$; $p = 0,560$) n'ont pas différé. L'antécédent de chimiothérapie néoadjuvante demeurait le seul facteur prédictif de complications ($ORa = 8,55$; $p = 0,002$).

Conclusion

Les caractéristiques initiales étaient comparables. La proportion d'adhésion élevée est passée de 9,1 % à 60,6 % ($p < 0,001$) (Figure 1). L'implémentation du protocole s'est révélée être un facteur prédictif indépendant d'une excellente adhésion ($ORa = 25,20$; IC 95 % [5,29 - 120,04] ; $p < 0,001$). L'amélioration ($p < 0,05$) concernait la supplémentation nutritionnelle, l'abandon de la préparation colique, les boissons glucidiques préopératoires, la corticothérapie à l'induction

et le retrait précoce de la sonde vésicale. La durée médiane de séjour (6 jours ; $p = 0,28$) et la morbi-mortalité globale ($ORa = 0,69$; $p = 0,560$) n'ont pas différé. L'antécédent de chimiothérapie néoadjuvante demeure le seul facteur prédictif de complications ($ORa = 8,55$; $p = 0,002$).



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.060

3CVD00762-Anastomoser ou dériver ? Repenser la colectomie droite en urgence pour cancer du côlon.

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Dans la colectomie droite en urgence pour cancer du côlon, la question n'est pas seulement comment anastomoser, mais s'il faut anastomoser ou dériver. Les données guidant cette décision sont rares. Nous avons comparé anastomose primaire versus dérivation et élaboré un cadre de stratification du risque de fistule anastomotique (FA).

Méthodes

Cohorte rétrospective monocentrique (2010-2025) de 100 colectomies droites consécutives en urgence pour cancer : 74 avec anastomose iléo-colique primaire (Groupe A) et 26 avec dérivation (Groupe B). Les prédictors de FA dans le Groupe A ont été analysés par régression pénalisée de Firth, et un score composite construit à partir de variables pré/peropératoires. La discrimination a été évaluée par l'AUC avec validation interne par bootstrap.

Résultats

Les patients dérivés présentaient des taux significativement plus élevés d'ASA ≥ 4 , d'hypoalbuminémie, de contamination péritonéale, de perforation et de stade IV (tous $p < 0,01$), confirmant la sélection préférentielle des patients à haut risque. Dans le Groupe A, la FA était de 10,8 % et la mortalité à 30 jours de 4,1 %, sans différence selon la technique ($p > 0,05$). La contamination péritonéale était le plus fort prédicteur indépendant de FA (OR ajusté 8,58 ; IC95 % [1,77-41,63] ; $p = 0,008$). Le score stratifiait le risque en faible (6,0 %), intermédiaire (5,6 %) et élevé (66,7 %), avec une AUC corrigée de 0,78.

Conclusion

Les patients dérivés présentaient des taux significativement plus élevés d'ASA ≥ 4 , d'hypoalbuminémie, de contamination péritonéale, de perforation et de stade IV (tous $p < 0,01$), confirmant la sélection préférentielle des patients à haut risque. Dans le Groupe A, la FA était de 10,8 % et la mortalité à 30 jours de 4,1 %, sans différence selon la technique ($p > 0,05$). La contamination péritonéale était le plus fort prédicteur indépendant de FA (OR ajusté 8,58 ; IC95

% [1,77-41,63] ; $p=0,008$). Le score stratifiait le risque en faible (6,0 %), intermédiaire (5,6 %) et élevé (66,7 %), avec une AUC corrigée de 0,78.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.061

3CVD00292-Laparoscopic-Assisted Versus Ultrasound-Guided Transversus Abdominis Plane Block in Laparoscopic Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Sadok BEN JABRA, Mohamed Ali CHAOUCH, Ibtissem KORBI, Faouzi NOOMEN - (1)Chu Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Conflits d'intérêts

We declare no conflict of interest

Introduction

Transversus abdominis plane (TAP) block is widely used as part of multimodal analgesia in laparoscopic colorectal surgery. Laparoscopic-assisted TAP block (LTAP) has emerged as an alternative to ultrasound-guided TAP block (UTAP). The objective was to compare the efficacy of LTAP versus UTAP in reducing postoperative pain, opioid consumption, and recovery-related outcomes in patients undergoing laparoscopic colorectal surgery.

Méthodes

A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) was conducted in accordance with PRISMA 2020 guidelines. Electronic databases were searched from inception to April 2026 without language restrictions. Eligible studies included adult patients undergoing laparoscopic colorectal surgery comparing LTAP with UTAP. The primary outcome was 24-hour opioid consumption. Secondary outcomes included block completion time, operative duration, postoperative vomiting, pain scores (VAS), and length of hospital stay.

Résultats

Six RCTs involving 760 patients were included. LTAP did not significantly reduce 24-hour opioid consumption compared with UTAP, with very high heterogeneity. Pain scores at all time points (0–48 hours) were comparable between groups. No significant differences were observed in operative time, length of hospital stay, or postoperative vomiting. LTAP was associated with a significantly shorter block completion time. Certainty of evidence ranged from high (pain outcomes, operative time, vomiting) to very low (opioid consumption) due to heterogeneity and imprecision.

Conclusion

Six RCTs involving 760 patients were included. LTAP did not significantly reduce 24-hour opioid consumption compared with UTAP, with very high heterogeneity. Pain scores at all time points (0–48 hours) were comparable between groups. No significant differences were observed in

operative time, length of hospital stay, or postoperative vomiting. LTAP was associated with a significantly shorter block completion time. Certainty of evidence ranged from high (pain outcomes, operative time, vomiting) to very low (opioid consumption) due to heterogeneity and imprecision.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.062

3CVD00570-Surveillance "watch and wait" versus exérèse totale du mésorectum après réponse complète d'un cancer du rectum

Zied HADRICH (1), Mohamed HAJRI (1), Montassar ZAAFOURI (1), Jihed JOUINI (1), Nourhene KNANI (2), Sahir OMRANI (2) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

Chez les patients présentant un adénocarcinome du rectum avec réponse clinique complète ou quasi complète après traitement néoadjuvant, la stratégie de surveillance sans chirurgie, dite watch-and-wait, est une alternative potentielle à l'exérèse totale du mésorectum. L'objectif de cette revue était de comparer les résultats oncologiques, fonctionnels et la qualité de vie associés à ces deux stratégies.

Méthodes

Une revue de la littérature a été réalisée à partir des bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, ScienceDirect, SpringerLink et PubMed Central jusqu'en avril 2026. Les essais randomisés de phase II, analyses groupées, registres, cohortes prospectives ou rétrospectives, méta-analyses et recommandations récentes ont été analysés.

Résultats

L'essai OPRA, incluant 324 patients avec un suivi médian de 5,1 ans, a rapporté une survie sans maladie à 5 ans de 71 %, avec une préservation d'organe chez 41 à 53 % des patients. L'analyse groupée CAO/ARO/AIO-12 et OPRA, incluant 628 patients, a confirmé une survie sans maladie à 3 ans comparable entre surveillance sélective et chirurgie systématique. Les taux de repousse locale variaient de 23,8 % à 34 % à 3 ans, avec une chirurgie de rattrapage complète réalisable dans 88 à 93 % des cas. Les données fonctionnelles étaient en faveur de la surveillance, avec préservation de la fonction digestive, urinaire et sexuelle.

Conclusion

L'essai OPRA, incluant 324 patients avec un suivi médian de 5,1 ans, a rapporté une survie sans maladie à 5 ans de 71 %, avec une préservation d'organe chez 41 à 53 % des patients. L'analyse groupée CAO/ARO/AIO-12 et OPRA, incluant 628 patients, a confirmé une survie sans maladie à 3 ans comparable entre surveillance sélective et chirurgie systématique. Les taux de repousse locale variaient de 23,8 % à 34 % à 3 ans, avec une chirurgie de rattrapage complète

réalisable dans 88 à 93 % des cas. Les données fonctionnelles étaient en faveur de la surveillance, avec préservation de la fonction digestive, urinaire et sexuelle.

E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.063

3CVD00749-Sédentarité professionnelle, travail posté et habitudes alimentaires dans le cancer colorectal à début précoce : étude descriptive monocentrique

Chaima YAKOUBI, Wiem MARZOUKI, Rakia SIALA, Sarra SAAD, Rami GUIZANI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B-Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec ce travail.

Introduction

L'incidence mondiale du cancer colorectal à début précoce est en nette augmentation. L'influence de facteurs liés au mode de vie incluant la sédentarité professionnelle, le travail posté et les habitudes alimentaires occidentales a été soulignée. Ces facteurs de risques modifiables pourraient expliquer le comportement agressif de cette maladie chez l'adulte jeune. Cette étude vise à examiner leur prévalence dans une série tunisienne.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective au service de chirurgie générale 'B' de l'hôpital La Rabta, incluant les patients diagnostiqués d'un CCR à début précoce entre janvier 2024 et décembre 2025. Les données concernant le type de travail, la sédentarité et le régime alimentaire ont été analysées à l'aide de SPSS.

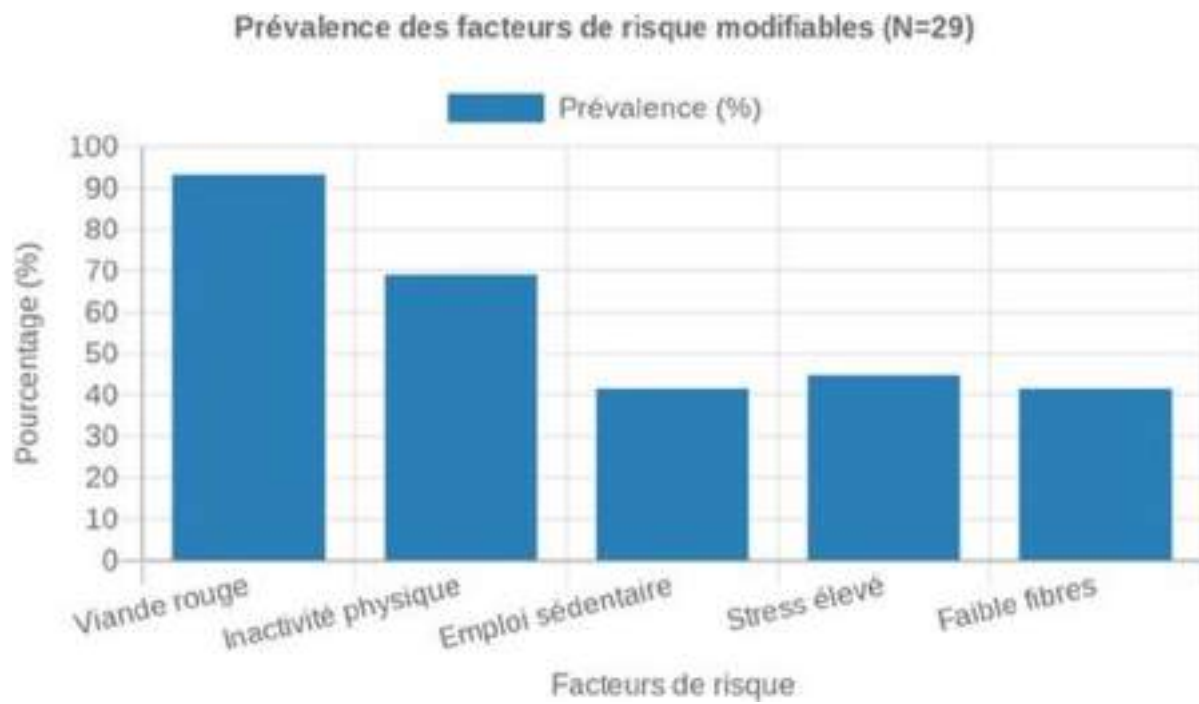
Résultats

Vingt-neuf patients étaient inclus (âge médian 41 ans, 61,1 % d'hommes). Un antécédent de travail posté a été retrouvé chez six patients (20,7 %), avec une durée médiane de travail de nuit (parmi les travailleurs postés) de 7 ans [IQR 2–15]. Douze patients (41,4 %) exerçaient un emploi sédentaire et un stress professionnel élevé a été rapporté par 13 patients (44,8 %). Une inactivité physique a été rapportée chez 20 patients (69,0 %). Concernant les habitudes alimentaires : 93,1 % des patients rapportaient une forte consommation de viande rouge, tandis que 41,4 % rapportaient un faible apport en fibres.

Conclusion

Vingt-neuf patients étaient inclus (âge médian 41 ans, 61,1 % d'hommes). Un antécédent de travail posté a été retrouvé chez six patients (20,7 %), avec une durée médiane de travail de nuit (parmi les travailleurs postés) de 7 ans [IQR 2–15]. Douze patients (41,4 %) exerçaient un emploi sédentaire et un stress professionnel élevé a été rapporté par 13 patients (44,8 %). Une inactivité physique a été rapportée chez 20 patients (69,0 %). Concernant les habitudes

alimentaires : 93,1 % des patients rapportaient une forte consommation de viande rouge, tandis que 41,4 % rapportaient un faible apport en fibres.



E-poster

A. Chirurgie Colorectale

PO.064

3CVD00597-L'intervention de Delorme pour prolapsus extériorisé : une intervention peu morbide mais à risque de récurrence

Adel OMOURI, Mathilde AUBERT, Remi DEPIETRO, Nicolas PIRRO, Diane MEGE - (1)Chu Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Le prolapsus rectal extériorisé (PRE) est invalidant et fréquent chez les sujets âgés. La chirurgie par voie abdominale est le gold-standard mais a une morbidité non-négligeable. La chirurgie par voie périnéale constitue une option sécuritaire chez ces patients souvent fragiles. Notre objectif était d'évaluer les résultats de la voie périnéale avec la technique de Delorme.

Méthodes

Tous les patients ayant eu une intervention de Delorme pour PRE entre 2009 et 2025 étaient rétrospectivement inclus. Les suites postopératoires et les résultats à long terme étaient évalués.

Résultats

31 patientes, d'un âge médian de 80 -[40-100] ans ont été incluses. 26% présentaient des troubles cognitifs et 42% étaient classées ASA III ou IV. La durée médiane d'évolution du prolapsus était de 2 ans (0.02 – 23 ans). Les symptômes les plus fréquents étaient l'incontinence (56%), la douleur anale (42%) et les saignements (26%). 10 patientes (32%) étaient opérées pour récurrence, après rectopexie ventrale. 9 patientes (29%) présentaient des troubles de la statique multiples. En postopératoire, la morbidité globale et la morbidité majeure étaient respectivement de 13% et 6%. Après un délai moyen de 3 ±2,7 ans, 11 patientes (35%) ont présenté une récurrence, dont 4 qui avaient été opérées déjà pour un prolapsus récurrent. Seulement 2 patientes avec récurrence après Delorme ont été à nouveau opérées.

Conclusion

31 patientes, d'un âge médian de 80 -[40-100] ans ont été incluses. 26% présentaient des troubles cognitifs et 42% étaient classées ASA III ou IV. La durée médiane d'évolution du prolapsus était de 2 ans (0.02 – 23 ans). Les symptômes les plus fréquents étaient l'incontinence (56%), la douleur anale (42%) et les saignements (26%). 10 patientes (32%) étaient opérées pour récurrence, après rectopexie ventrale. 9 patientes (29%) présentaient des troubles de la statique multiples. En postopératoire, la morbidité globale et la morbidité majeure étaient respectivement de 13% et 6%. Après un délai moyen de 3 ±2,7 ans, 11

patientes (35%) ont présenté une récurrence, dont 4 qui avaient été opérées déjà pour un prolapsus récidivant. Seulement 2 patientes avec récurrence après Delorme ont été à nouveau opérées.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.065

3CVD00390-Implémentation de la chirurgie pancréatique minimale invasive en France : résultats d'une étude multicentrique

Alexandra NASSAR (1) , Stylianos TZEDAKIS (1), David FUKS (1), Charles DE PONTAUD (2), Sébastien GAUJOUX (2), Ugo MARCHESE (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Hépto-Biliaire Et Endocrinienne Hôpital Cochin, Paris, France, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Hépto-Biliaire Hôpital De La Pitié Salpêtrière, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

Introduction

La chirurgie pancréatique minimale invasive (MIPS) s'est développée au cours des dernières décennies de façon mondiale. Les données disponibles sur sa courbe d'apprentissage sont principalement monocentriques ou centrées sur l'expérience d'un chirurgien. L'objectif était de décrire la diffusion de la MIPS à l'échelle nationale en France.

Méthodes

Basé sur la cohorte multicentrique rétrospective de l'Association Française de Chirurgie de MIPS, incluant 58 centres, nous avons comparé le volume d'activité, les indications, les approches chirurgicales et les résultats postopératoires entre quatre périodes: 2010–2013, 2014–2016, 2017–2019, 2020–2022.

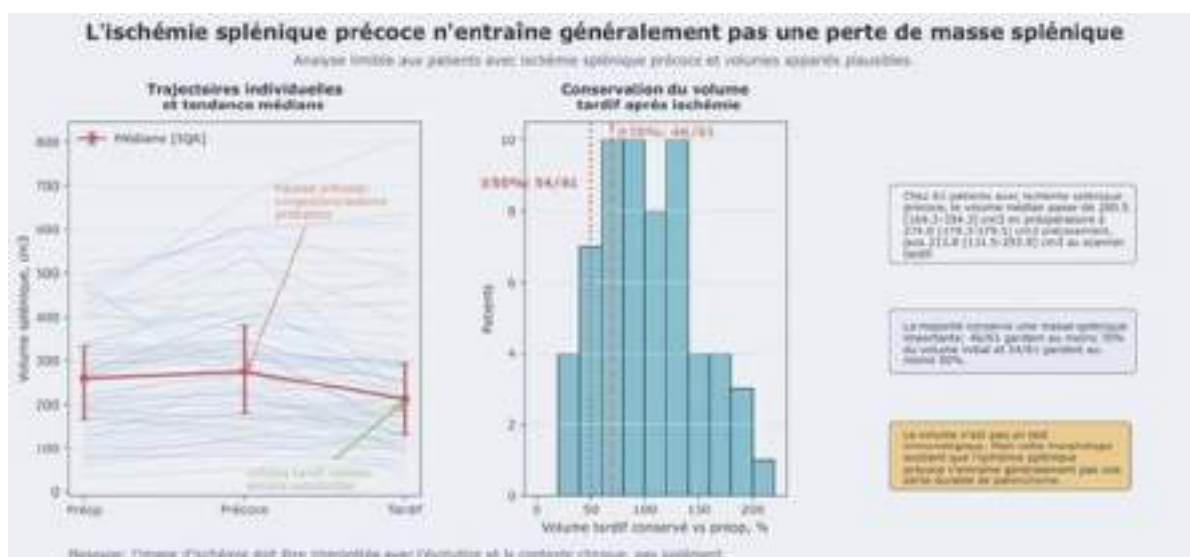
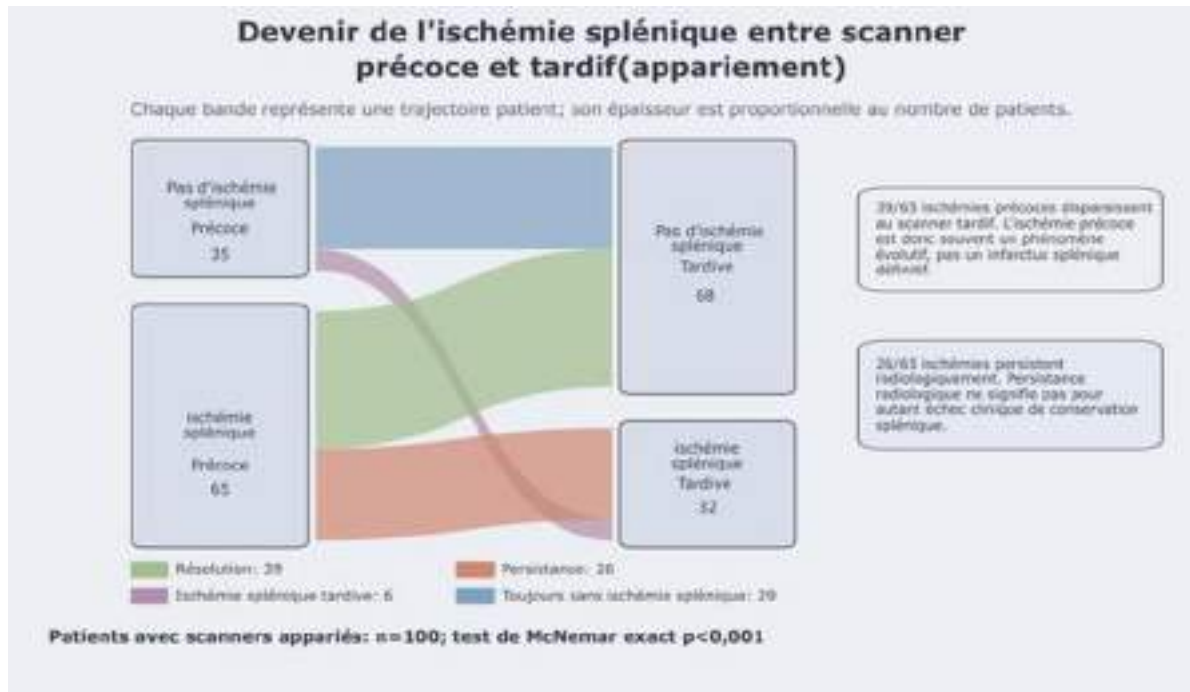
Résultats

Parmi 3411 patients inclus, 458 (13,4%) ont été opérés entre 2010–2013, 713 (20,9%) entre 2014–2016, 1157 (33,9%) entre 2017–2019, et 1083 (31,8%) entre 2020–2022. La proportion de MIPS réalisées pour adénocarcinomes a augmenté au fil du temps (21,2%; 27,2%; 33,4%; 36,7% $p<0,001$), comme celle des duodénopancréatectomies céphaliques (11,6%; 25,1%; 28,5%; 32,1% $p<0,001$). Le taux d'anastomoses réalisées en mini-invasif a progressé (3,1%; 11,5%; 15,4%; 20,5% $p<0,001$). L'approche robotique est plus utilisée depuis les années 2014 (7,4%; 20,1%; 19,8%; 19,8% $p=0,001$) et le taux de conversion a diminué depuis 2020 (15,7%; 15,8%; 16,5%; 12,8% $p=0,087$). Le textbook outcome est resté stable (66,4%; 62,4%; 64,0%; 61,2% $p=0,234$) tandis que le taux de Best Performers a augmenté (14,8%; 17,7%; 22,3%; 22,6% $p<0,001$).

Conclusion

Parmi 3411 patients inclus, 458 (13,4%) ont été opérés entre 2010–2013, 713 (20,9%) entre 2014–2016, 1157 (33,9%) entre 2017–2019, et 1083 (31,8%) entre 2020–2022. La proportion de MIPS réalisées pour adénocarcinomes a augmenté au fil du temps (21,2%; 27,2%; 33,4%;

36,7% $p < 0,001$), comme celle des duodéno pancréatectomies céphaliques (11,6%; 25,1%; 28,5%; 32,1% $p < 0,001$). Le taux d'anastomoses réalisées en mini-invasif a progressé (3,1%; 11,5%; 15,4%; 20,5% $p < 0,001$). L'approche robotique est plus utilisée depuis les années 2014 (7,4%; 20,1%; 19,8%; 19,8% $p = 0,001$) et le taux de conversion a diminué depuis 2020 (15,7%; 15,8%; 16,5%; 12,8% $p = 0,087$). Le textbook outcome est resté stable (66,4%; 62,4%; 64,0%; 61,2% $p = 0,234$) tandis que le taux de Best Performers a augmenté (14,8%; 17,7%; 22,3%; 22,6% $p < 0,001$).



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.066

3CVD00850-Récupération quasi-complète de la rate après pancréatectomie gauche avec résection des vaisseaux spléniques par voie laparoscopique

Marc-Anthony CHOUILLARD, Roberto CANNELLA, Clément PASTIER, Thibaud BERTRAND, Béatrice AUSSILHOU, Maxime RONOT, Mickaël LESURTEL, Alain SAUVANET, Safi DOKMAK - (1)Hôpital Beaujon, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

La pancréatectomie gauche avec résection des vaisseaux spléniques et conservation de la rate selon Warshaw est de plus en plus utilisée, mais sa diffusion reste limitée par la crainte d'ischémie splénique (IS). La portée clinique et l'évolution à long terme de cette ischémie restent imparfaitement définies. L'objectif était d'en évaluer l'incidence, la résolution radiologique, l'impact volumétrique et les conséquences cliniques.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant 296 patients opérés selon Warshaw entre 2009 et 2025. Les scanners préopératoires, précoces et de suivi ont été analysés selon une procédure radiologique standardisée avec relecture senior.

Résultats

Parmi 274 patients avec scanner précoce analysable, une ischémie splénique était observée chez 178 (65,0 %), principalement focale ; l'ischémie totale concernait 17/274 patients (6,2 %). Parmi 202 patients avec évaluation tardive exploitable, 167 (83 %) n'avaient plus d'ischémie résiduelle. Chez 135 patients avec ischémie précoce et volumes appariés, le volume splénique tardif restait ≥ 70 % du volume initial chez 114/135 (84 %) et ≥ 50 % chez 126/135 (93 %). Aucune splénectomie secondaire n'a été nécessaire. Cinq patients (2 %) ont nécessité un drainage percutané d'abcès splénique. Les dérivations veineuses étaient fréquentes (140/223 ; 63 %), mais les hémorragies digestives étaient rares.

Conclusion

Parmi 274 patients avec scanner précoce analysable, une ischémie splénique était observée chez 178 (65,0 %), principalement focale ; l'ischémie totale concernait 17/274 patients (6,2 %). Parmi 202 patients avec évaluation tardive exploitable, 167 (83 %) n'avaient plus d'ischémie résiduelle. Chez 135 patients avec ischémie précoce et volumes appariés, le volume splénique tardif restait ≥ 70 % du volume initial chez 114/135 (84 %) et ≥ 50 % chez 126/135 (93 %). Aucune splénectomie secondaire n'a été nécessaire. Cinq patients (2 %) ont nécessité un drainage

percutané d'abcès splénique. Les dérivations veineuses étaient fréquentes (140/223 ; 63 %), mais les hémorragies digestives étaient rares.

Poster discuté

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.067

3CVD00288-Impact de télésurveillance après duodéno pancréatectomie céphalique sur la perte de poids. Étude prospective observationnelle DPCnut.

Sam HEMATI (1), Charlotte MAULAT (2), Thomas LENOIR (3), Paul BOULARD (4), Lea AÏCHOR (5), Jason SHOURICK (6), Fabrice MUSCARI (7) - (1)Interne En Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (2)Mcu Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (3)Interne En Santé Publique, Toulouse, France, (4)Chef De Clinique En Chirurgie Digestive, Toulouse, France, (5)Diététicienne, Toulouse, France, (6)Docteur En Santé Publique, Toulouse, France, (7)Puph Chirurgie Digestive, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La dénutrition après duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) est un déterminant majeur du pronostic : elle compromet l'accès aux traitements adjuvants et altère la survie. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une application de télésurveillance sur la perte pondérale postopératoire par rapport à l'information classique papier (livret).

Méthodes

DPCnut est une étude prospective observationnelle non randomisée comparant deux cohortes chronologiques opérées d'une DPC : un groupe Livret (n=23) recevant l'information préopératoire standard, et un groupe Application (n=24) bénéficiant en complément d'une télésurveillance postopératoire. Le critère de jugement principal était le pourcentage de perte de poids (PPP) à 6 mois.

Résultats

La télésurveillance a permis de diviser par près de trois le PPP à 6 mois : Le PPP moyen était de 17,2 % dans le groupe Livret contre 6,4% dans le groupe Application ($p<0,05$). Cet impact était retrouvé dès 1 et 3 mois (PPP respectivement de 9,2% versus 4,0% et 13,0% versus 4,8% ($p<0,05$)). L'observance des extraits pancréatiques était supérieure dans le groupe Application (91,7% vs 52%), de même que la complétion de la chimiothérapie adjuvante (60,9% vs 45,5%). La durée d'hospitalisation était réduite de 4,5 jours dans le groupe Application.

Conclusion

La télésurveillance a permis de diviser par près de trois le PPP à 6 mois : Le PPP moyen était de 17,2 % dans le groupe Livret contre 6,4% dans le groupe Application ($p<0,05$). Cet impact était retrouvé dès 1 et 3 mois (PPP respectivement de 9,2% versus 4,0% et 13,0% versus 4,8% ($p<0,05$)). L'observance des extraits pancréatiques était supérieure dans le groupe Application

(91,7% vs 52%), de même que la complétion de la chimiothérapie adjuvante (60,9% vs 45,5%). La durée d'hospitalisation était réduite de 4,5 jours dans le groupe Application.

Poster discuté

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.068

3CVD00281-Développement et validation d'un outil standardisé d'évaluation des compétences techniques en chirurgie hépatique mini-invasive : la Minimally Invasive Liver Surgery Assessment Scale (MILSAS)

Andrius MESKAUSKAS (1) , Bastien LE FLOCH (1), Maria CONTICCHIO (2), Lory HAGE (1), Raffaele BRUSTIA (3), Charlotte MAULAT (4), Fabio GIANNONE (5), Vito DE BLASI (6), Théophile GUILBAUD (7), Heithem JEDDOU (8), Riccardo MEMEO (2), Fabrice MUSCARI (4), Safi DOKMAK (9), Jean-Yves MABRUT (10), Olivier SOUBRANE (11), Olivier SCATTON (12), Mickael LESURTEL (9), David FUKS (1), Stylianos TZEDAKIS (1) - (1)Department Of Hepatobiliary, Digestive And Endocrine Surgery, Université Paris Cité, Cochin Hospital, Ap-Hp, Paris, France, (2)Unit Of Hepato-Biliary And Pancreatic Surgery, "f. Miulli" General Hospital, Acquaviva Delle Fonti, Bari, Italie, (3)Department Of Digestive And Hepato-Pancreatic-Biliary Surgery, Ap-Hp, Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France, (4)Digestive Surgery And Transplantation Department, Toulouse University Hospital Centre, Toulouse, France, (5)Hepato-Pancreato-Biliary, Oncologic And Robotic Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ss. Antonio E Biagio E Cesare Arrigo, Alessandria, Italie, (6)Department Of General Surgery, Centre Hospitalier De Luxembourg, L-1210, Luxembourg, Luxembourg, (7)Department Of Digestive And Visceral Surgery, North Hospital, Assistance Publique-Hopitaux De Marseille, Marseille, France, (8)Hepatobiliary And Digestive Surgery Department, University Hospital Of Rennes, Rennes, France, (9)Department Of Hepato-Bilio-Pancreatic Surgery And Liver Transplantation, Aphp, Hôpital Beaujon, Clichy, France, (10)Department Of General Surgery And Liver Transplantation, Croix-Rousse University Hospital, Hospices Civils De Lyon, University Of Lyon 1, Lyon, France, (11)Department Of Digestive, Oncologic And Metabolic Surgery, Institute Mutualiste Montsouris, Université Paris Descartes, Paris, France, (12)Department Of Digestive, Hepato-Biliary And Pancreatic Surgery And Liver Transplantation, Ap-Hp Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La diffusion de la chirurgie hépatique mini-invasive est limitée par une courbe d'apprentissage prolongée et l'absence d'outil standardisé et validé d'évaluation des compétences techniques. L'objectif de ce travail était de développer et valider une grille dédiée : la Minimally Invasive Liver Surgery Assessment Scale (MILSAS).

Méthodes

Les étapes clés de la chirurgie hépatique mini-invasive ont été identifiées par analyse hiérarchique des tâches, puis soumises à un consensus Delphi international en deux tours auprès de 15 experts. La version finale a été validée sur des vidéos opératoires provenant de sept centres dans quatre pays, analysées en aveugle par deux évaluateurs. La reproductibilité inter-évaluateurs, la corrélation avec les scores validés de compétences techniques OSATS et GOALS et le pouvoir discriminant entre chirurgiens novices (<50 procédures) et experts ont été évalués.

Résultats

L'analyse hiérarchique des tâches a identifié 17 étapes, dont 16 retenues après deux tours de Delphi. Une banque de 82 interventions laparoscopiques et robotiques a été constituée. Parmi celles-ci, 55 ont été évaluées par les deux observateurs, avec une bonne reproductibilité inter-évaluateurs (ICC=0,76 ; IC95% 0,59–0,86 ; $p<0,001$). Les chirurgiens experts obtenaient des scores significativement supérieurs aux novices de manière globale (médiane [IQR]: 74,75 [71,88–78,00] vs 65,00 [62,25–68,00]; $p<0,001$) et pour la majorité des étapes évaluées. Le score MILSAS était fortement corrélé aux scores OSATS et GOALS (rho de Spearman: 0,87 et 0,86, respectivement ; $p<0,001$).

Conclusion

L'analyse hiérarchique des tâches a identifié 17 étapes, dont 16 retenues après deux tours de Delphi. Une banque de 82 interventions laparoscopiques et robotiques a été constituée. Parmi celles-ci, 55 ont été évaluées par les deux observateurs, avec une bonne reproductibilité inter-évaluateurs (ICC=0,76 ; IC95% 0,59–0,86 ; $p<0,001$). Les chirurgiens experts obtenaient des scores significativement supérieurs aux novices de manière globale (médiane [IQR]: 74,75 [71,88–78,00] vs 65,00 [62,25–68,00]; $p<0,001$) et pour la majorité des étapes évaluées. Le score MILSAS était fortement corrélé aux scores OSATS et GOALS (rho de Spearman: 0,87 et 0,86, respectivement ; $p<0,001$).

Figure 1 : Comparaison des scores des différentes étapes de la MILSAS entre les chirurgiens novices et expérimentés.
 Les barres représentent les médianes avec les intervalles interquartiles. Test de Mann-Whitney ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$,
 *** $p < 0,001$, ns : différence non significative.

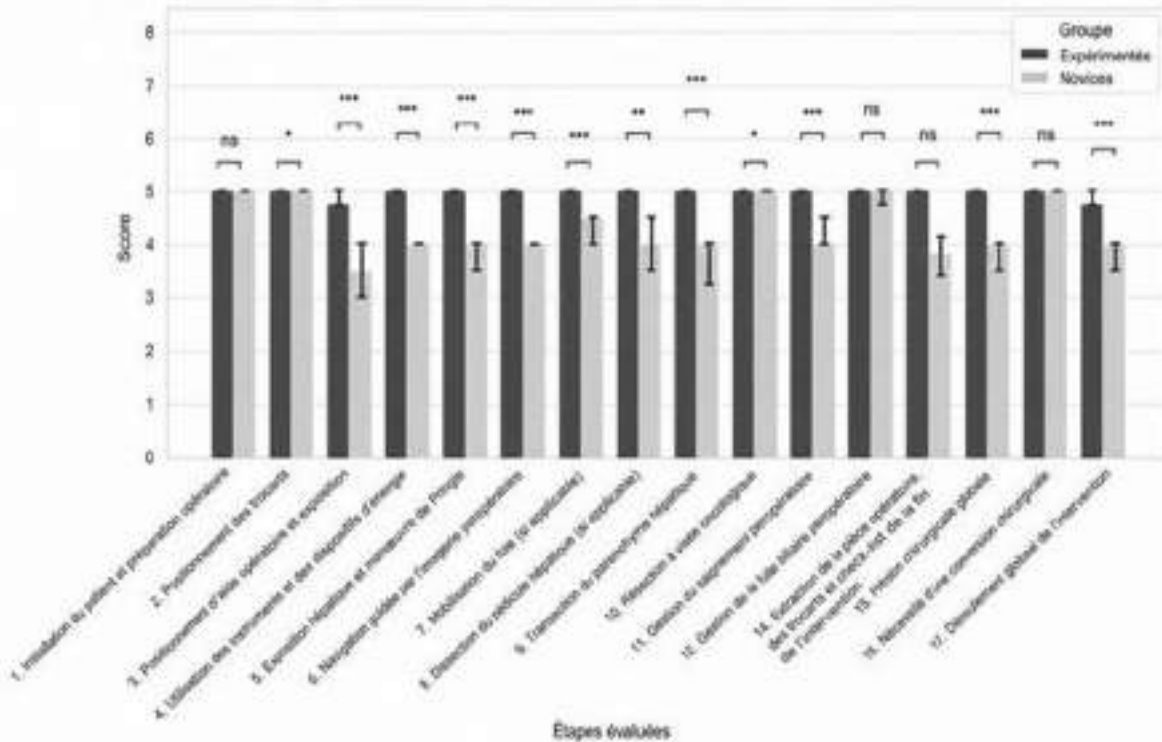
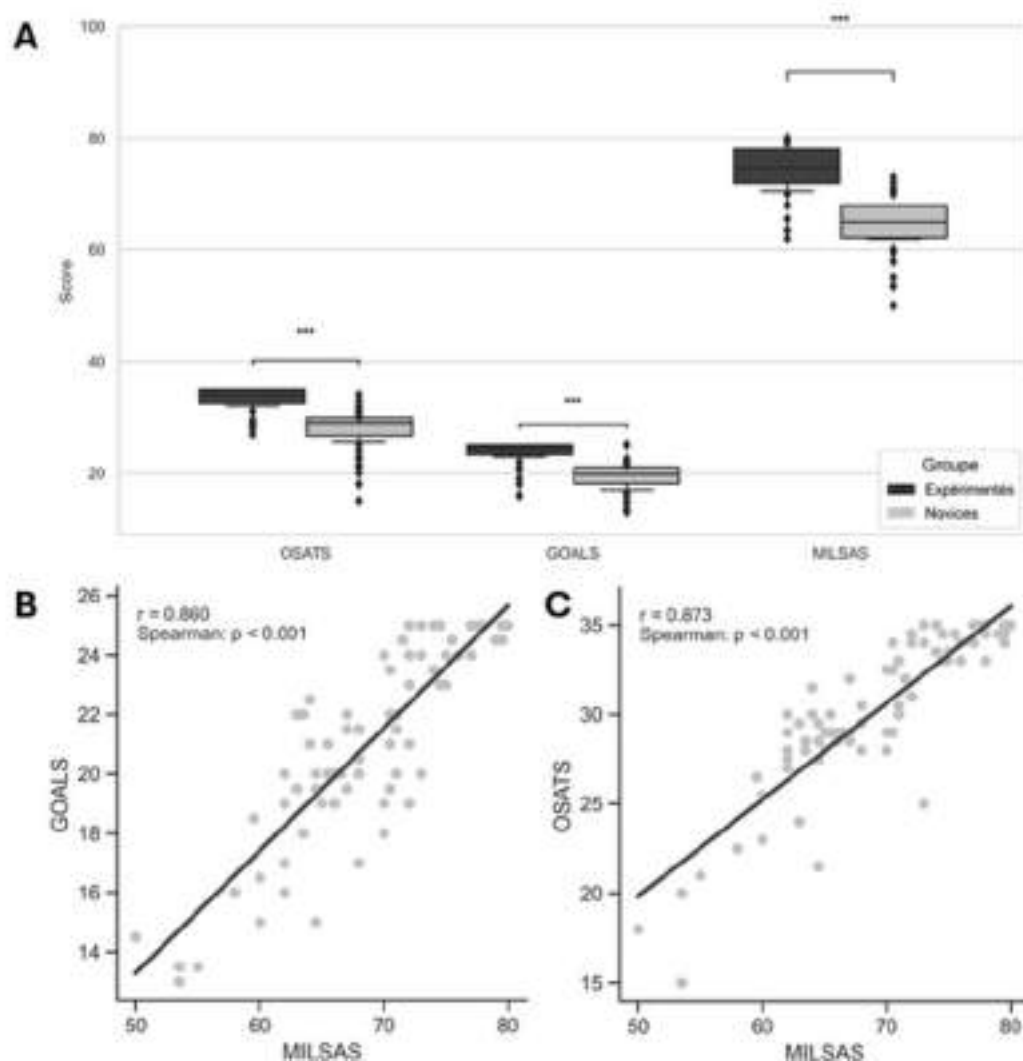


Figure 3: Validité de construit et validité externe de la Minimally Invasive Liver Surgery Assessment Scale (MILSAS).

(A): Boîtes en moustaches montrant la médiane, l'intervalle interquartile (IQR) et l'éendue des scores des chirurgiens novices et expérimentés pour les échelles OSATS, GOALS et MILSAS.

(B) et (C): Nuages de points montrant les corrélations positives entre les scores MILSAS et GOALS **(B)** ainsi qu'entre les scores MILSAS et OSATS **(C)**.



Poster discuté

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.069

3CVD00806-Impact de l'expérience du chirurgien sur le traitement coelioscopique de la lithiase de la voie biliaire principale : résultats du rapport de l'AFC

Rami RHADEM (1), Frédéric BORIE (2), Tullio PIARDI (3), Ibrahim DAGHER (4), Laurence CHICHE (5), Arnaud ALVES (6), Christophe TRESALLET (7), David MOSZKOWICZ (8), Astrid HERRERO (9), R VALINAS (10), Fabrice MUSCARI (11), Luis ABREUDECARVALHO (12), J.R GARBAY (13), F FOUR (14) - (1)Chu De Reims, Reims, France, (2)Chu De Nimes, Nimes, France, (3)Chu De Brèche, Brèche, Italie, (4)Chu Antoine Beclère, Clamart, France, (5)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (6)Chu Caen, Caen, France, (7)Chu Jean Verdier, Bondy, France, (8)Chu Louis Mourier, Colombes, France, (9)Chu De Montpellier, Montpellier, France, (10)Chu De Montevideo, Montevideo, Uruguay, (11)Chu De Toulouse, Toulouse, France, (12)Chu De Gent, Gent, Belgique, (13)Ch Perpignan, Perpignan, France, (14)Ch Caremeau, Caremeau, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le traitement coelioscopique « tout chirurgical » de la lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) est une procédure techniquement exigeante, et l'impact de l'expérience de l'opérateur sur les résultats postopératoires demeure peu documenté. L'objectif était d'évaluer l'influence de l'expérience du chirurgien sur les résultats du traitement coelioscopique de la LVBP.

Méthodes

Les données de la cohorte rétrospective multicentrique du rapport de l'AFC sur la LVBP ont été analysées. Les patients ont été répartis selon l'expérience de l'opérateur : début d'expérience (≤ 10 procédures) ou expérimenté (> 10 procédures). Un appariement 1:1 par score de propension a été réalisé sur l'âge, le score ASA, le mode de diagnostic, la dilatation des voies biliaires, la pédiculite et l'empierrement cholédocien.

Résultats

La cohorte globale comprenait 531 patients. Après appariement, 231 patients par groupe étaient comparables. Aucune différence significative n'était observée concernant le succès d'extraction de la LVBP (96 % vs 97 %, $p=0,601$), les complications postopératoires (15 % vs 15 %, $p=0,897$), les fistules biliaires (15 % vs 12 %, $p=0,692$) ou la mortalité à 30 jours (0,9 % vs 0 %, $p=0,243$). Les opérateurs en début d'expérience avaient moins recours à l'abord transcystique (41 % vs 51 %, $p=0,036$), avec un temps opératoire plus long (150 vs 137 minutes, $p=0,023$) et une durée d'hospitalisation plus longue (8,7 vs 7,7 jours, $p=0,025$).

Conclusion

La cohorte globale comprenait 531 patients. Après appariement, 231 patients par groupe étaient comparables. Aucune différence significative n'était observée concernant le succès d'extraction de la LVBP (96 % vs 97 %, $p=0,601$), les complications postopératoires (15 % vs 15 %, $p=0,897$), les fistules biliaires (15 % vs 12 %, $p=0,692$) ou la mortalité à 30 jours (0,9 % vs 0 %, $p=0,243$). Les opérateurs en début d'expérience avaient moins recours à l'abord transcystique (41 % vs 51 %, $p=0,036$), avec un temps opératoire plus long (150 vs 137 minutes, $p=0,023$) et une durée d'hospitalisation plus longue (8,7 vs 7,7 jours, $p=0,025$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.070

3CVD00495-Prédiction pré-opératoire la fistule après pancréatectomie gauche : une signature radiomique automatisée du pancréas restant t

Marc-Anthony CHOUILLARD, Clément PASTIER, Jules GREGORY, Maxime RONOT, Safi DOKMAK, Mickaël LESURTEL, Alain SAUVANET, Christian HOBEIKA - (1)Hôpital Beaujon, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire cliniquement pertinente (CR-POPF) demeure une complication majeure après pancréatectomie gauche (PG). Les scores disponibles, souvent dépendants de critères subjectifs ou peropératoires, ont une reproductibilité imparfaite. Nous avons évalué si l'analyse radiomique du pancréas restant sur le scanner pré-opératoire permettait une stratification objective du risque de CR-POPF.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant 195 adultes opérés d'une PG entre 2019 et 2024. La CR-POPF était définie selon l'ISGPS (grades B/C). Les scanners injectés en phase portale ont été segmentés par TotalSegmentator ; les segmentations du futur pancréas restant céphalo-isthmique ont été relus et délimités par deux radiologues abdominaux. Parmi 1316 variables radiomiques, filtrage non supervisé puis sélection de stabilité STABL ont identifié une signature parcimonieuse. Un modèle elastic-net a été évalué par rééchantillonnage sans fuite d'information, validation temporelle et prédictions out-of-fold. Les scores connus DP-FRS et DISPAIR-FRS ont été aussi appliqués sans réajustement.

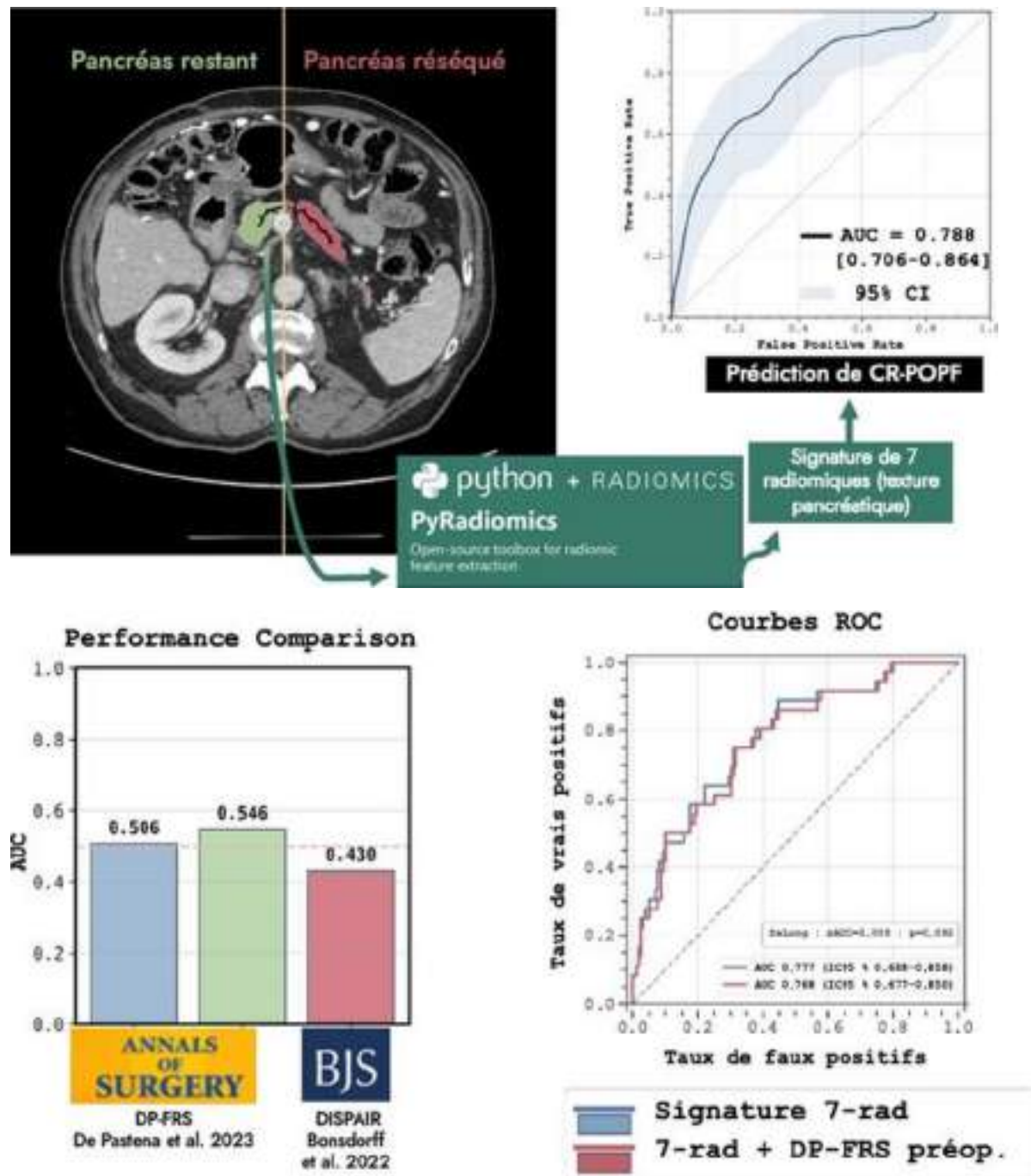
Résultats

Trente-six patients ont présenté une CR-POPF (18,5 %). La signature finale de 7 variables radiomiques texturales obtenait une AUC out-of-fold de 0,777 (IC95 %, 0,688-0,858), avec bonne calibration (Brier 0,125 ; ECE 0,015). Les scores cliniques discriminaient faiblement : DP-FRS préopératoire 0,506, DP-FRS périopératoire 0,546, DISPAIR-FRS 0,430. L'ajout de variables cliniques aux radiomiques n'améliore par la performance. La stratification du risque de CR-POPF est de 4,6 %, 15,6 % et 34,8 % dans les groupes bas, intermédiaire et élevé.

Conclusion

Trente-six patients ont présenté une CR-POPF (18,5 %). La signature finale de 7 variables radiomiques texturales obtenait une AUC out-of-fold de 0,777 (IC95 %, 0,688-0,858), avec bonne calibration (Brier 0,125 ; ECE 0,015). Les scores cliniques discriminaient faiblement : DP-

FRS préopératoire 0,506, DP-FRS périopératoire 0,546, DISPAIR-FRS 0,430. L'ajout de variables cliniques aux radiomiques n'améliore pas la performance. La stratification du risque de CR-POPF est de 4,6 %, 15,6 % et 34,8 % dans les groupes bas, intermédiaire et élevé.



Poster discuté

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.071

3CVD00277-Comparaison des drainages endoscopique et radiologique pour collection symptomatique sur fistule pancréatique postopératoire (FPPO) après pancréatectomie gauche (PG)

Charlotte RONDÉ-ROUPIE (1) , Safi DOKMAK (1), Béatrice AUSSILHOU (1), Paul RIVALLIN (2), Marco DIOGUARDI BURGIO (3), Jeanne DEMBINSKI (1), Vinciane REBOURS (4), Frédéric PRAT (2), Alain SAUVANET (1) - (1)Chirurgie Hbp, Hôpital Beaujon, Clichy, France, (2)Endoscopie Interventionnelle, Hôpital Beaujon, Clichy, France, (3)Radiologie Interventionnelle, Hôpital Beaujon, Clichy, France, (4)Pancréatologie, Hôpital Beaujon, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

Après PG, les collections symptomatiques sur FPPO sont fréquentes et causes de réhospitalisation. Leurs modalités de drainage sont discutées. Ce travail comparait drainage endoscopique (DrainEndo) et drainage radiologique (DrainRx) en première intention.

Méthodes

Étude rétrospective 2012-2024 monocentrique incluant les PG (+/- splénectomie). Ont été exclues les PG avec geste digestif, vasculaire, ou anastomose pancréatique. Le critère principal était la durée totale d'hospitalisation (initiale+réadmission).

Résultats

Sur 607 patients, 124(20,4%) avaient une FPPO dont 94(15,5%) avec collection symptomatique. Parmi eux, 25 ont eu un DrainEndo (prothèse d'apposition=19, queue de cochon=6), 12 un DrainRx et 57 un autre traitement (médical exclusif=35, reperméabilisation du trajet de drainage=15, chirurgie=4, sphinctérotomie=3). Les groupes DrainEndo et DrainRx étaient comparables, sauf pour la localisation de la collection sur la tranche (endoscopie=92% vs radiologie=50%, p=0,008). La durée totale d'hospitalisation était plus courte après DrainEndo (19j vs 31j, p=0,023) sans décès à J90. Le DrainEndo était suivi d'un succès clinique plus fréquent (76% vs 50%, p=0,15) et le DrainRx d'un dysfonctionnement plus fréquent (17% vs 4%, p=0,2). Il y a eu 4 complications sévères : 3 dont 2 hémorragies après DrainEndo par prothèse d'apposition et une après DrainRx. En univariée, la localisation sur la tranche et le DrainEndo étaient associés à une réduction de la durée totale d'hospitalisation (β -17 jours, IC95% [-29;-4,2], p=0,010 et β -13 jours, IC95% [-24;-1,6], p=0,026).

Conclusion

Sur 607 patients, 124(20,4%) avaient une FPPO dont 94(15,5%) avec collection symptomatique. Parmi eux, 25 ont eu un DrainEndo (prothèse d'apposition=19, queue de cochon=6), 12 un DrainRx et 57 un autre traitement (médical exclusif=35, reperméabilisation du trajet de drainage=15, chirurgie=4, sphinctérotomie=3). Les groupes DrainEndo et DrainRx étaient comparables, sauf pour la localisation de la collection sur la tranche (endoscopie=92% vs radiologie=50%, $p=0,008$). La durée totale d'hospitalisation était plus courte après DrainEndo (19j vs 31j, $p=0,023$) sans décès à J90. Le DrainEndo était suivi d'un succès clinique plus fréquent (76% vs 50%, $p=0,15$) et le DrainRx d'un dysfonctionnement plus fréquent (17% vs 4%, $p=0,2$). Il y a eu 4 complications sévères : 3 dont 2 hémorragies après DrainEndo par prothèse d'apposition et une après DrainRx. En univariée, la localisation sur la tranche et le DrainEndo étaient associés à une réduction de la durée totale d'hospitalisation ($\beta -17$ jours, IC95% [-29; -4,2], $p=0,010$ et $\beta -13$ jours, IC95% [-24; -1,6], $p=0,026$).

Poster discuté

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.072

3CVD00003-Le score FRIES : Prédire la conversion en chirurgie hépatique robotique

Raphael VENEZIA (1), Guillaume MILLET (2), Stylianos TZEDAKIS (3), Heithem JEDDOU (4), Bastien LE FLOCH (4), Alain VALVERDE (5), Nicolas PERU (5), Patrick PESSAUX (6), Fabio GIANNONE (6), Jean Yves MABRUT (7), Kayvan MOHKAM (7), Antonio SA CUNHA (8), Chady SALLOUM (8), Pierre Yves BLANC (9), Bertrand LE ROY (9), Ruth BUSTAMANTE (1), Claire GOUMARD (10), Olivier SCATTON (10), David FUKS (3), Stéphanie TRUANT (2), Daniele SOMMACALE (1), Olivier SOUBRANE (11), Raffaele BRUSTIA (1) - (1)Upec-Aphp, Paris, France, (2)University Of Lille, Lille, France, (3)Université Paris Cité-Aphp, Paris, France, (4)Pontchaillou University Hospital, Rennes 1 University, Rennes, France, (5)Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon, Paris, France, (6)Strasbourg University Hospital, Strasbourg, France, (7)Hospital Croix Rousse, Lyon, France, (8)Paul Brousse-Aphp, Paris, France, (9)Centre Hospitalier Universitaire De Saint-Etienne, Saint-Etienne, France, (10)Sorbonne Université-Aphp, Paris, France, (11)Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

Conflits d'intérêts

Alain VALVERDE et Guillaume MILLET sont Proctors pour Intuitive.

Introduction

La conversion en chirurgie ouverte lors d'une hépatectomie robotique (RLS) impacte la morbidité postopératoire. Sa gestion est complexifiée par la phase de de-docking, surtout en cas d'urgence. Afin d'améliorer la planification chirurgicale et le consentement éclairé, un score prédictif a été développé et validé à partir de la cohorte multicentrique FRIES-ACHBPT-2024.

Méthodes

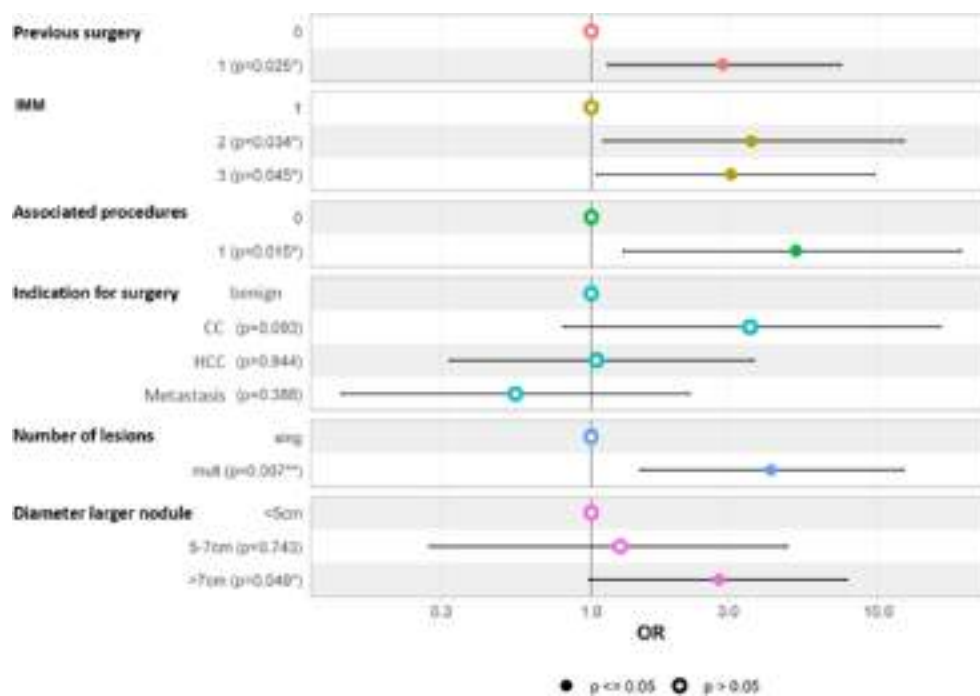
Les données de 650 patients (10 centres français, 2010–2024, French Robotic Liver Surgery cohort FRIES-ACHBPT-2024) ont été analysées pour prédire la conversion d'une RLS. Après répartition aléatoire (entraînement/test, 1:1), une régression logistique multivariée a identifié les prédicteurs indépendants (cliniques, tumoraux et complexité chirurgicale) pour établir un score de 0 à 100. La performance a été évaluée par l'AUC et la calibration. Une application web a été développée.

Résultats

Le taux de conversion était de 10,8 % (oncologie 25,7 %, exposition 18,6 %, hémorragie 18,6 %), avec des pertes sanguines (928 vs 304 mL, $p < 0,001$) et une morbidité sévère (20,0 % vs 8,1 %, $p < 0,001$) accrues chez les patients convertis. Les prédicteurs identifiés (Fig.1) étaient : antécédent de chirurgie abdominale antérieure (OR 2,88), difficulté chirurgicale IMM II-III (OR 3,62-3,08), procédures associées (OR 5,19), nodules multiples (OR 4,24) et taille > 7 cm (OR 2,80). L'AUC du score FRIES était de 0,802 (entraînement) et 0,708 (test).

Conclusion

Le taux de conversion était de 10,8 % (oncologie 25,7 %, exposition 18,6 %, hémorragie 18,6 %), avec des pertes sanguines (928 vs 304 mL, $p < 0,001$) et une morbidité sévère (20,0 % vs 8,1 %, $p < 0,001$) accrues chez les patients convertis. Les prédicteurs identifiés (Fig.1) étaient : antécédent de chirurgie abdominale antérieure (OR 2,88), difficulté chirurgicale IMM II-III (OR 3,62-3,08), procédures associées (OR 5,19), nodules multiples (OR 4,24) et taille > 7 cm (OR 2,80). L'AUC du score FRIES était de 0,802 (entraînement) et 0,708 (test).



Risk of Open Conversion in Robotic Liver Surgery



E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.073

3CVD00031-Génération semi-automatique de comptes rendus de consultation médicaux structurés par LLM : quel impact sur la qualité, le gain de temps et la relation médecin-patient ? Une étude comparative en milieu hospitalier

Alice GILSON (1), Vincent TAN (2), Mohamed BOUATTOUR (3), David FUKS (3), Ugo MARCHESE (3) - (1)Docnote, Paris, France, (2)Docnote, Genève, Suisse, (3)Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Alice Gilson et Vincent Tan déclarent être cofondateurs de DocNote, l'outil d'intelligence artificielle évalué dans cette étude. Les autres auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La rédaction des comptes rendus de consultation représente une charge administrative majeure pour les médecins hospitaliers et au détriment de la relation soignant-patient. DocNote est un outil basé sur un grand modèle de langage (LLM) générant semi-automatiquement des comptes rendus structurés à partir de la transcription audio de la consultation. Cette étude évalue son impact en milieu hospitalier réel.

Méthodes

Cette étude interventionnelle prospective pré-post a inclus 45 médecins ayant intégré DocNote en consultation ambulatoire. Deux approches complémentaires ont été utilisées : 1. Evaluation subjective par questionnaires (charge administrative, stress, relation médecin-patient, qualité des rapports) 2. Evaluation objective par les métadonnées horodatées du DPI:
- Temps 1, entre la première ouverture du dossier et la validation du compte-rendu
- Temps 2, entre la première modification du compte rendu et sa validation (temps de rédaction stricto sensu).

Résultats

L'utilisation de DocNote a entraîné un gain de temps significatif de 10 minutes par consultation lors de la phase 1. Les métadonnées du DPI ont révélé une réduction drastique des délais : le Temps 1 est passé de plusieurs heures à environ 45 minutes, et le Temps 2 est passé de plusieurs heures à <5 minutes (correspondant au simple copier-coller depuis DocNote). Les participants ont rapporté une amélioration de l'interaction médecin-patient, une réduction du stress administratif et une meilleure standardisation des dossiers.

Conclusion

L'utilisation de DocNote a entraîné un gain de temps significatif de 10 minutes par consultation lors de la phase 1. Les métadonnées du DPI ont révélé une réduction drastique des délais : le Temps 1 est passé de plusieurs heures à environ 45 minutes, et le Temps 2 est passé de

plusieurs heures à <5 minutes (correspondant au simple copier-coller depuis DocNote). Les participants ont rapporté une amélioration de l'interaction médecin-patient, une réduction du stress administratif et une meilleure standardisation des dossiers.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.074

3CVD00290-Facteurs prédictifs de splénectomie lors d'une pancréatectomie gauche en intention de conservation splénique sans conservation des vaisseaux (intervention de Warshaw)

Gaétan PASINATO, Safiyatou DIALLO, Juliette YVART DEGARDIN, Alexandra PELLEGRIN, Charles SABBAGH, Jean-Marc REGIMBEAU - (1)Service De Chirurgie Digestive, Chu Amiens Picardie Et Université De Picardie Jules Verne, Amiens, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

L'intervention de Warshaw (IW) est une technique de pancréatectomie gauche avec conservation splénique sans conservation des vaisseaux spléniques reposant sur une vascularisation collatérale assurée par les vaisseaux courts gastriques et l'artère gastro-ommentale gauche. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs associés au succès de la conservation splénique en intention d'IW.

Méthodes

Une étude rétrospective observationnelle monocentrique a été réalisée de janvier 2023 à décembre 2025. Sur les 71 pancréatectomies, 40 patients ont eu une spléno-pancréatectomie gauche (SPG) d'emblée et 31 patients une pancréatectomie gauche en intention d'IW qui ont été inclus dans l'étude.

Résultats

Sur les 31 patients étudiés, 6 étaient en échec d'IW (19,3% des cas) avec nécessité d'une splénectomie (5 SPG per opératoire et 1 nécrose splénique à J3). Les patients dans le groupe échec d'IW avaient plus souvent une localisation de la bifurcation splénique en amont de la queue du pancréas ($p < 0,001$), une distance plus courte entre la queue du pancréas et le hile splénique ($p = 0,005$), une implantation non favorable de l'artère gastro-ommentale gauche ($p < 0,001$) et plus opérés par laparotomie ($p = 0,026$) que les patients dans le groupe réussite IW. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques générales des patients (sexe, âge, IMC, tabac, alcool), ni fonction du type histologique ou des antécédents chirurgicaux abdominaux.

Conclusion

Sur les 31 patients étudiés, 6 étaient en échec d'IW (19,3% des cas) avec nécessité d'une splénectomie (5 SPG per opératoire et 1 nécrose splénique à J3). Les patients dans le groupe

échec d'IW avaient plus souvent une localisation de la bifurcation splénique en amont de la queue du pancréas ($p<0,001$), une distance plus courte entre la queue du pancréas et le hile splénique ($p=0,005$), une implantation non favorable de l'artère gastro-omental gauche ($p<0,001$) et plus opérés par laparotomie ($p=0,026$) que les patients dans le groupe réussite IW. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques générales des patients (sexe, âge, IMC, tabac, alcool), ni fonction du type histologique ou des antécédents chirurgicaux abdominaux.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.075

3CVD00067-Pancréatite aiguë nécrotique :Facteurs prédictifs de surinfection

Mohamed Ali KALLEL (1) , Yassine KALLEL (1), Amin ABDELHADI (2), Aymen LARIBI (2), Mahdi BOUASSIDA (2), Hassen TOUINSI (2) - (1)Service De Chirurgie Generale Hopital Taher Maamouri-Nabeul (tunisie), Nabeul, Tunisie, (2)Hopital Taher Maamouri,nabeul, Nabeul, Tunisie

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La pancréatite aiguë nécrosante est une affection sévère associée à une morbidité et une mortalité élevées. L'identification précoce des patients à haut risque de nécrose pancréatique infectée (NPI) est essentielle afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique. Cette étude visait à identifier les facteurs prédictifs précoces de NPI et à développer un modèle prédictif utilisable en pratique clinique.

Méthodes

Au total, 421 patients présentant une pancréatite nécrosante ont été inclus. Une analyse de régression logistique a permis d'identifier les facteurs prédictifs indépendants de NPI, utilisés ensuite pour construire un nomogramme prédictif. L'ajustement du modèle a été évalué par le test de Hosmer-Lemeshow. Les performances du modèle ont été analysées selon la discrimination, la calibration et l'utilité clinique à l'aide de la courbe ROC, de la courbe de calibration et de l'analyse des courbes de décision. Une validation interne a été réalisée par rééchantillonnage bootstrap.

Résultats

La persistance du SIRS ainsi que les taux de CRP à 48 heures étaient indépendamment associés à un risque accru de NPI. Le modèle a montré un bon ajustement ($\chi^2 = 8,07$; $p = 0,43$) et une excellente capacité discriminative (AUC = 0,871 ; IC 95 % : 0,803–0,939). Une bonne concordance entre les probabilités prédites et observées a été retrouvée, avec une utilité clinique confirmée.

Conclusion

La persistance du SIRS ainsi que les taux de CRP à 48 heures étaient indépendamment associés à un risque accru de NPI. Le modèle a montré un bon ajustement ($\chi^2 = 8,07$; $p = 0,43$) et une excellente capacité discriminative (AUC = 0,871 ; IC 95 % : 0,803–0,939). Une bonne concordance entre les probabilités prédites et observées a été retrouvée, avec une utilité clinique confirmée.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.076

3CVD00587-Le microbiote peropératoire prédit-il les complications après duodéno pancréatectomie céphalique ? Étude prospective COMPAMIC.

Charlotte MAULAT (1), Cindy CANIVET (2), Barbara BOURNET (2), Paul BOULARD (1), Sam HÉMATI (1), Jacques AMAR (3), Fabrice MUSCARI (1) - (1)Département De Chirurgie Digestive Et De Transplantation-Chu Toulouse, Toulouse, France, (2)Service De Pancréatologie-Chu Toulouse, Toulouse, France, (3)Unité Mixte De Recherche (umr) 1297, Institut Des Maladies Métaboliques Et Cardiovasculaires (i2mc), Team 2: 'intestinal Risk Factorsdiabetesdyslipidemia', Université Paul Sabatier (ups), F-31432, Toulouse Cedex 4, France, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La morbidité après duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) reste élevée (>40 %) et sa physiopathologie demeure mal comprise. Le microbiote, via la dysbiose, pourrait favoriser translocation bactérienne, complications infectieuses et fonctionnelles. Cette étude prospective exploratoire visait à évaluer l'association entre microbiote peropératoire et complications après DPC.

Méthodes

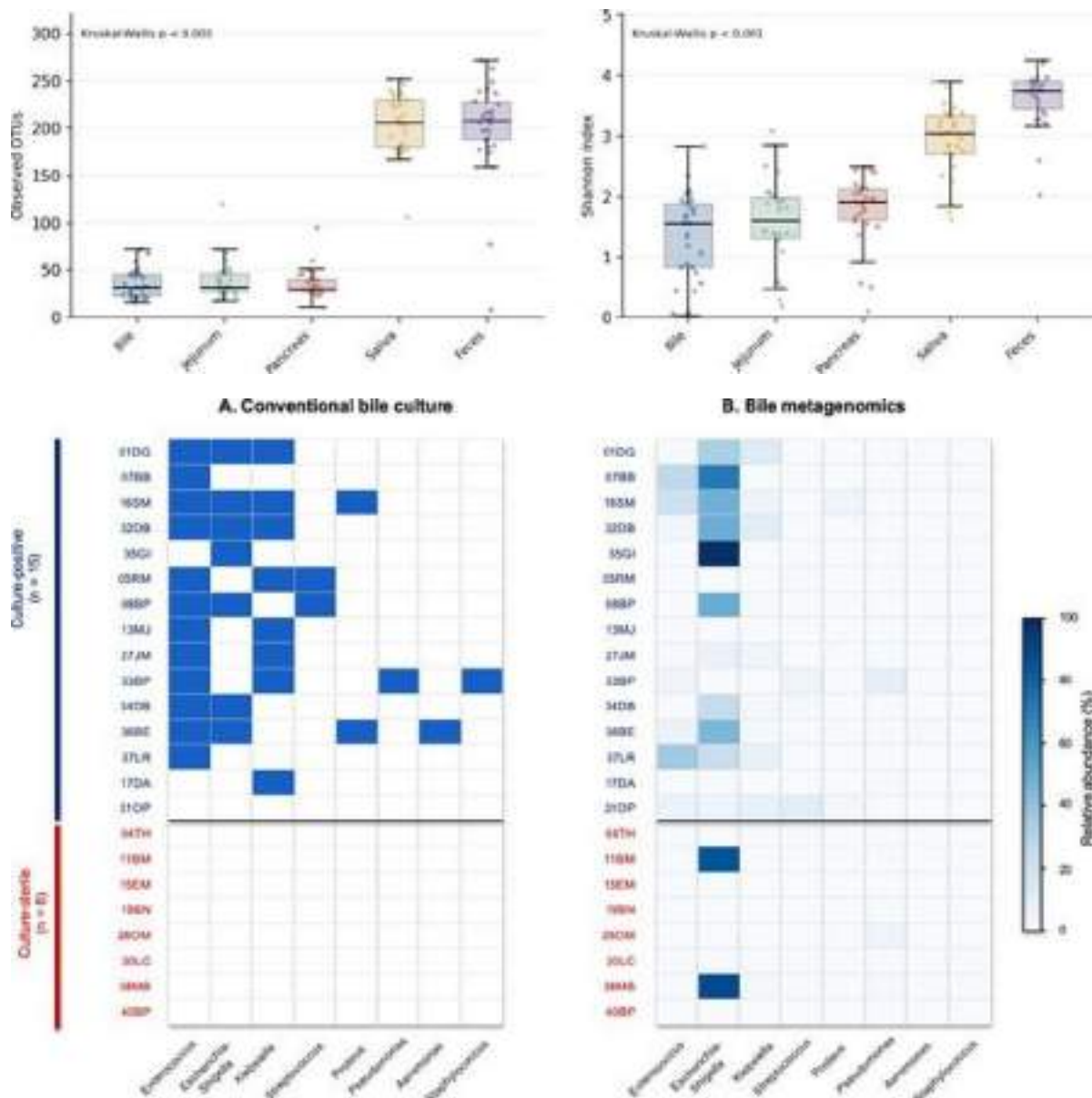
Trente patients opérés d'une DPC au CHU de Toulouse (NCT04931069) ont été inclus prospectivement. Salive, bile, pancréas non tumoral, jéjunum et selles ont été analysés par séquençage 16S(V3-V4). Les diversités alpha/bêta et les taxons discriminants (LEfSe) ont été comparés selon le site et les complications. La concordance culture biliaire/métagénomique 16S a été évaluée.

Résultats

Le CCI médian était de 36,0, avec 30% de complications majeures (Clavien-Dindo≥III), sans mortalité. Une fistule pancréatique cliniquement pertinente (FPCP) est survenue chez 16 patients (53,3%), une gastroparésie chez 9 (30%) et une collection intra-abdominale chez 13 (43,3%). La composition différait fortement selon le site (diversité alpha $p < 0,001$, plus élevée dans salive/selles que dans bile/pancréas/jéjunum). Aucune association n'a été retrouvée entre le microbiote (alpha, bêta, LEfSe) et la FPCP, la gastroparésie, la collection intra-abdominale, le Clavien-Dindo ou la classe de CCI. La concordance culture biliaire/16S au niveau du genre atteignait 73,5%. La métagénomique détectait en outre des entérobactéries dans plusieurs biles stériles en culture.

Conclusion

Le CCI médian était de 36,0, avec 30% de complications majeures (Clavien-Dindo $\geq$ III), sans mortalité. Une fistule pancréatique cliniquement pertinente (FPCP) est survenue chez 16 patients (53,3%), une gastroparésie chez 9 (30%) et une collection intra-abdominale chez 13 (43,3%). La composition différait fortement selon le site (diversité alpha $p < 0,001$, plus élevée dans salive/selles que dans bile/pancréas/jéjunum). Aucune association n'a été retrouvée entre le microbiote (alpha, bêta, LEfSe) et la FPCP, la gastroparésie, la collection intra-abdominale, le Clavien-Dindo ou la classe de CCI. La concordance culture biliaire/16S au niveau du genre atteignait 73,5%. La métagénomique détectait en outre des entérobactéries dans plusieurs biles stériles en culture.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.077

3CVD00331-Faut-il maintenir l'examen anatomopathologique systématique des pièces de cholécystectomie ?

Imen BEN ISMAIL, Marwen SGHAIER, Zenaïdi HAKIM, Rebi SABER - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le carcinome vésiculaire incidentel (CVI) correspond à une tumeur maligne de la vésicule biliaire découverte fortuitement à l'examen anatomopathologique après une cholécystectomie réalisée pour une pathologie présumée bénigne. La nécessité d'un examen histopathologique systématique versus sélectif des pièces de cholécystectomie demeure controversée.

.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant tous les patients ayant bénéficié d'une cholécystectomie entre janvier 2010 et décembre 2023. Les patients âgés de moins de 18 ans ainsi que ceux présentant une suspicion préopératoire de cancer vésiculaire ont été exclus. Les données démographiques, cliniques, opératoires et anatomopathologiques ont été analysées.

Résultats

Au total, 5 513 patients ont été inclus, avec un sex-ratio femme/homme de 2,6:1. La cholécystite chronique constituait le diagnostic histologique le plus fréquent (99,4 %). Un CVI a été identifié chez 5 patientes (0,09 %), d'âge moyen $72,8 \pm 6,4$ ans, significativement plus élevé que celui des patients présentant une pathologie bénigne ($p = 0,001$). Dans tous les cas, la vésicule biliaire présentait des anomalies macroscopiques peropératoires. Deux patientes ont bénéficié d'une bisegmentectomie hépatique complémentaire (IVb–V). Une dysplasie associée était retrouvée dans quatre cas. Les stades tumoraux étaient : II ($n = 1$), IIIA ($n = 1$), IIIB ($n = 1$) et IVA ($n = 2$). Trois patientes sont décédées de l'évolution de la maladie. La survie médiane était de 8 mois.

Conclusion

Au total, 5 513 patients ont été inclus, avec un sex-ratio femme/homme de 2,6:1. La cholécystite chronique constituait le diagnostic histologique le plus fréquent (99,4 %). Un CVI a été identifié chez 5 patientes (0,09 %), d'âge moyen $72,8 \pm 6,4$ ans, significativement plus élevé que celui des patients présentant une pathologie bénigne ($p = 0,001$). Dans tous les cas, la vésicule biliaire présentait des anomalies macroscopiques peropératoires. Deux patientes ont

bénéficié d'une bisegmentectomie hépatique complémentaire (IVb–V). Une dysplasie associée était retrouvée dans quatre cas. Les stades tumoraux étaient : II (n = 1), IIIA (n = 1), IIIB (n = 1) et IVA (n = 2). Trois patientes sont décédées de l'évolution de la maladie. La survie médiane était de 8 mois.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.078

3CVD00536-Étude de l'impact de l'IRM en complément du scanner dans le bilan d'extension de l'adénocarcinome du pancréas

Suzanne ROBLOT (1), Alexandru SOARE (1), Augustin SUFFISEAU (1), Frédérique PESCHAUD (2), Mostafa EL HAJJAM (2), Renato LUPINACCI (2) - (1)Hopital Ambroise Paré-Aphp, Boulogne-Billancourt, France, (2)Hopital Ambroise Paré-Aphp, Ufr Simone Veil, Boulogne-Billancourt, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Dans la prise en charge de l'adénocarcinome canalaire du pancréas (ACP), le scanner injecté (CT) est la référence pour le staging et la résécabilité tandis que l'IRM est recommandée pour la recherche de métastases hépatiques (MH). L'intérêt d'une IRM systématique et la séquence de réalisation des deux examens ne sont pas encore définis. L'objectif de l'étude est d'analyser l'apport de l'IRM en complément du CT au moment du diagnostic et aux différentes réévaluations.

Méthodes

129 patients opérés d'une pancréatectomie pour ACP ont été inclus dans cette cohorte rétrospective unicentrique. Sur 124 couples CT/IRM initiaux complets : 24 présentaient une discordance. 2 groupes ont été constitués : IRM-discordant (n=24) et IRM-non-discordant (n=100). La taille de la tumeur, la localisation, la résécabilité, le Ca19-9, la préexistence d'une pancréatite, la réalisation de l'imagerie en centre expert et le délai CT/IRM ont été analysés.

Résultats

L'IRM a modifié la prise en charge pour 15 patients (12.1%). L'apport principal était sur l'évaluation locale pour 12 patients (9.7%), dont 5 contacts vasculaires précisés (4%). Elle a infirmé l'existence de MH chez 3 patients (2.4%). En analyse multivariée, seule la taille de la tumeur (>2cm) était associée à une discordance (OR=1,05; p=0,015). L'IRM n'a apporté aucune modification de prise en charge lors des réévaluations.

Conclusion

L'IRM a modifié la prise en charge pour 15 patients (12.1%). L'apport principal était sur l'évaluation locale pour 12 patients (9.7%), dont 5 contacts vasculaires précisés (4%). Elle a infirmé l'existence de MH chez 3 patients (2.4%). En analyse multivariée, seule la taille de la tumeur (>2cm) était associée à une discordance (OR=1,05; p=0,015). L'IRM n'a apporté aucune modification de prise en charge lors des réévaluations.

Tableau 1. Analyse des discordances CT/IRM au sein du groupe IRM-discordant (n=24)

Discordances CT/IRM	n = 24
IRM visualise une lésion non décrite au scanner	7 (29.2)
IRM décline en non métastatique hépatique	3 (12.5)
IRM affine le contact veineux	4 (16.7)
IRM affine le contact artériel	1 (4.2)
IRM ne visualise pas la lésion	1 (4.2)
IRM sous-estime le contact veineux	4 (16.7)
IRM surestime le contact vasculaire	1 (4.2)
IRM sous-estime le contact artériel	2 (8.3)
IRM surestime le contact artériel	1 (4.2)

Tableau 2. Caractéristiques de la population de l'étude

Variable	IRM-discordant (n=24)	IRM-non discordant (n=100)	p value
Age, med (IQR)	73 (63 ; 76.3)	68,5 (62 ; 75)	0.1
Femme, n (%)	12 (50)	57 (57)	0.6
Localisation tumeur, n (%)			0.3
Tête	19 (79.2)	73 (73)	
Corps	5 (20.8)	17 (17)	
Queue	0	9 (9)	
Taille tumeur (mm) n (%)			0.025
< 2	1 (4.1)	26 (26)	
2-4	17 (70.8)	59 (59)	
>4	6 (25)	13 (13)	
Pancréatite chronique, n (%)	1 (4.1)	6 (6)	0.7
Ca 19-9 moy ± SD	679 ± 1019.4	368.2 ± 752.1	0.7
Résécabilité de la lésion, n (%)			0.008
Résécable d'emblée	10 (41.7)	74 (74)	
Borderline veineux	8 (33.3)	12 (12)	
Borderline artériel	4 (4.2)	2 (2)	
Localement avancé	1 (4.1)	12 (12)	
Chimiothérapie néoadjuvante, n (%)	14 (58.3)	30	0.1
Imagerie en centre de référence, n (%)	11 (45.8)	52 (52)	0.84
Delai entre scanner et IRM, moy ± SD	10.0 ± 10.0	13.0 ± 15.3	0.3

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.079

3CVD00508-Impact de la proximité de la tumeur par rapport au confluent hépatocave sur le risque de récurrence après hépatectomie pour un carcinome hépatocellulaire

Willem PAILLUSSON, Chady SALLOUM, Alina PASCALE, Daniel CHERQUI, Eric VIBERT, Marc-Antoine ALLARD, Gabriella PITTAU, Oriana CIACIO, René ADAM, Daniel PIETRASZ, Daniel AZOULAY, Antonio SA CUHNA, Nicolas GOLSE - (1)Centre Hépatobiliaire, Chu Paul Brousse, Assistance Publique Des Hôpitaux De Paris (aphp), Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'impact pronostique de la localisation du carcinome hépatocellulaire (CHC) reste incertain. Nous avons évalué si sa proximité avec la veine cave inférieure (VCI) ou les veines sushépatiques (VSH) augmente le risque de récurrence après résection.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique incluant 70 patients opérés d'un CHC entre 2012 et 2021. Seuls les patients avec AFP < 1 000 ng/mL, tumeur < 150 mm, sans invasion macrovasculaire et résection R0 ont été retenus. La distance tumeur-vaisseaux (DTV), mesurée sur le scanner préopératoire entre la tumeur et la VCI ou les VSH, a permis de comparer les groupes DTV ≤ 10 mm et DTV > 10 mm.

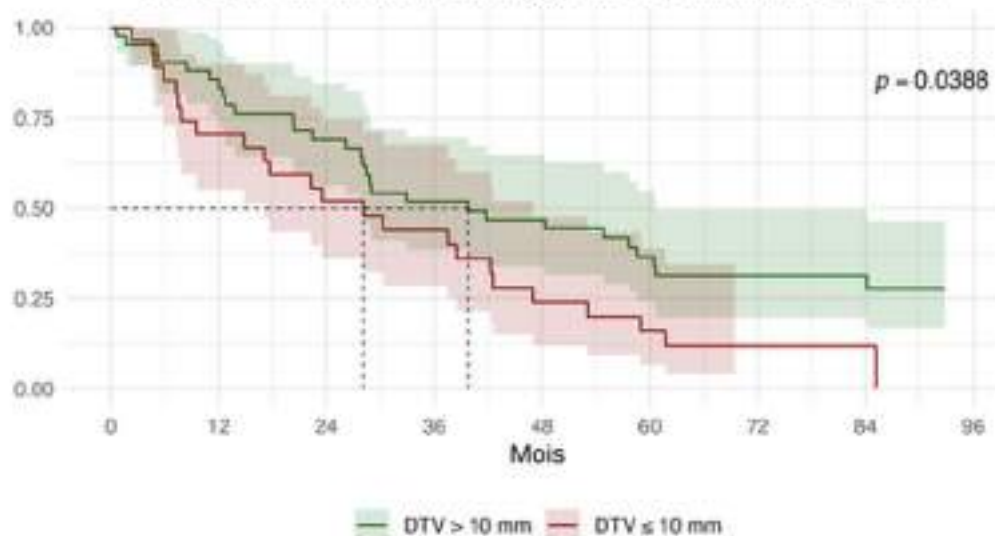
Résultats

Les caractéristiques de base sont comparables entre les groupes. Le suivi médian est de 56 mois. La survie sans récurrence (SSR) médiane est significativement plus courte dans le groupe DTV ≤ 10 mm (30 vs 48 mois ; p = 0,04). En analyse multivariée, une DTV ≤ 10 mm est indépendamment associée à une DFS plus courte (HR 1,88 ; p = 0,028), comme le score MELD préopératoire (HR 1,25 ; p = 0,0001). La survie globale (SG) a tendance à être plus courte dans le groupe DTV ≤ 10 mm (70 vs 117 mois ; p = 0,06).

Conclusion

Les caractéristiques de base sont comparables entre les groupes. Le suivi médian est de 56 mois. La survie sans récurrence (SSR) médiane est significativement plus courte dans le groupe DTV ≤ 10 mm (30 vs 48 mois ; p = 0,04). En analyse multivariée, une DTV ≤ 10 mm est indépendamment associée à une DFS plus courte (HR 1,88 ; p = 0,028), comme le score MELD préopératoire (HR 1,25 ; p = 0,0001). La survie globale (SG) a tendance à être plus courte dans le groupe DTV ≤ 10 mm (70 vs 117 mois ; p = 0,06).

DFS après résection chirurgicale dépendant de la DTV



DTV > 10 mm				
A risque	42	35	21	14
Evènements cumulés	0	7	20	26
Censures cumulées	0	0	1	2
DTV ≤ 10 mm				
A risque	28	19	11	4
Evènements cumulés	0	8	15	22
Censures cumulées	0	1	2	2

Facteurs préopératoires associés à la récurrence de CHC

	Analyse univariée [HR (IC 95%) ; p-value]	Analyse multivariée [HR (IC 95%) ; p-value]
Proximité avec la VCI / les VSH	1,77 (1,02 – 3,06) ; $p = 0,041$	1,88 (1,07 – 3,29) ; $p = 0,028$
Nombre de nodules (TDM préopératoire)	1,52 (1,09 – 2,11) ; $p = 0,013$	1,37 (0,97 – 1,93) ; $p = 0,075$
Taille tumorale (TDM préopératoire)	1,00 (0,99 – 1,01) ; $p = 0,513$	NC
MELD pré-opératoire	1,25 (1,12 – 1,39) ; $p < 0,001$	1,25 (1,12 – 1,40) ; $p < 0,001$
Taux d'α-foeto-protéine préopératoire	1,00 (1,00 – 1,00) ; $p = 0,146$	NC

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.080

3CVD00430-BioScan : la TECH pour TEC ou une intelligence artificielle pour recueillir des données

Eric SAVIER (1) , Young-Wouk KIM (2), Chetana LIM (1), Olivier SCATTON (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Bilio-Pancréatique, Transplantation Hépatique, Chu Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris (ap-Hp), Sorbonne Université, Paris, France, (2)<https://wouk1805.com/programming#bioscan>, Paris, France

Conflits d'intérêts

Dr Young-Wouk KIM est l'auteur et le développeur du programme BioScan

Introduction

En recherche clinique l'étape de la base de données (BDD) nécessite une personne dédiée qui recueille à partir du dossier médical la valeur des variables d'intérêt. Une alternative est d'utiliser une intelligence artificielle BioScan a été entraînée à analyser les comptes-rendus d'anatomie pathologique et de RCP dans le carcinome hépatocellulaire. But du travail : Comparer une BDD par BioScan à une BDD manuelle existante afin d'évaluer BioScan et mesurer le gain de temps.

Méthodes

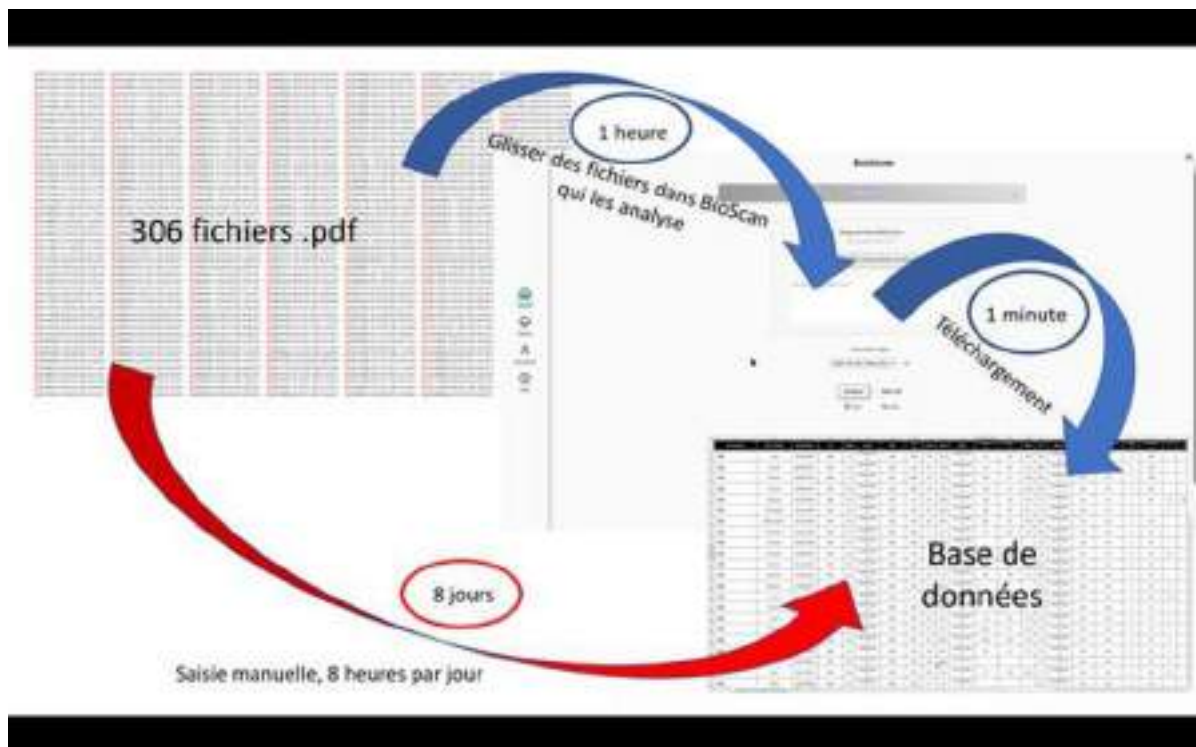
Des fichiers .pdf étaient transmis à BioScan puis la BDD était comparée à la BDD manuelle. Variables: Prénom, Nom, Date de naissance, Sexe, CHC morphologique, CHC_histo, Date de récurrence, Fibrose, Capsule, Date de traitement, Différentiation, Envahissement vasculaire, Inflammation, Macrotrabéculaire, Nombre de nodules, Nodules satellites, Score de parfitt, pTNM, Taille maximale, Traitement (résection ou transplantation). 4 types de corrections: - Erreur de lecture (information présente et mal lue), -Hallucination (information absente et BioScan a « inventé » une réponse), -Tromperie (même un humain ne peut pas répondre) -Bon point (BioScan a raison et la donnée saisie dans la BDD manuelle est fausse).

Résultats

Les fichiers de 65 patients (306 .pdf) ont été transmis à BioScan puis téléchargés sous forme de tableau en 1 heure. Sur 1300 valeurs (20x65), 105 (8.1%) nécessitaient une correction : 19 (1,5%) erreurs de lecture, 19 (1,5%) hallucinations, 34 (2,6%) tromperies, 33 (2,5%) bons points. Pour une saisie manuelle, le temps estimé est de 8 jours (Figure 1).

Conclusion

Les fichiers de 65 patients (306 .pdf) ont été transmis à BioScan puis téléchargés sous forme de tableau en 1 heure. Sur 1300 valeurs (20x65), 105 (8.1%) nécessitaient une correction : 19 (1,5%) erreurs de lecture, 19 (1,5%) hallucinations, 34 (2,6%) tromperies, 33 (2,5%) bons points. Pour une saisie manuelle, le temps estimé est de 8 jours (Figure 1).



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.081

3CVD00135-Efficacité du NEOVEIL (fibres d'acide polyglycolique résorbable) dans la prévention des complications postopératoires et des fistules pancréatiques après duodéno-pancréatectomie céphalique par cœlioscopie

Frederic BORIE, Omar ALSULAMI, Fanny FOUR - (1)Chirurgie Digestive Chu Carémeau, Nîmes, France

Conflits d'intérêts

avec Europrisme Medical

Introduction

Évaluer l'efficacité du NEOVEIL (fibres d'acide polyglycolique résorbable) autour de l'anastomose pancréatico-jéjunale dans la prévention des complications postopératoires (CPO) et des fistules pancréatiques (FP) après duodéno-pancréatectomie céphalique par cœlioscopie (DPCC).

Méthodes

De 2010 à 2025, parmi 120 patients ayant eu une DPCC techniquement identique, 60 patients consécutifs sans et 60 consécutifs avec un enroulement de l'anastomose pancréatico-jéjunale par du NEOVEIL ont été comparés. Les taux de complications selon Clavien-Dindo (2-4) et de fistule pancréatique (grade B ou C) ont été analysés. Une analyse multivariée a recherché les facteurs indépendants influençant les complications et les FP.

Résultats

Le groupe NEOVEIL avec des patients plus fragiles (cardiaque $p=0.001$, respiratoire $p=0.02$, ASA $p=0.001$, et IMC $p=0.01$) avait, de façon non significative, 2 fois moins de complications (16% vs 30% $p=0.1$), moins de FP (8% vs 13% $p=0.2$), moins d'hémorragie (5% vs 15% $p=0.1$) et significativement moins de gastroparésie (16.5% vs 36.5% $p=0.02$). En analyse multivariée, les facteurs indépendants diminuant le risque de FP étaient la pose de NEOVEIL (OR:0.15[0.03-0.8] $p=0.025$) et un pancréas scléreux (OR:0.16[0.04-0.6] $p=0.01$), et ceux augmentant le risque de FP étaient un IMC élevé (OR:1.2[1.01-1.5] $p=0.036$), et des antécédents cardiovasculaires (OR:5[1.1-22] $p=0.037$). Les facteurs indépendants diminuant les CPO étaient la pose de NEOVEIL (OR:0.39[0.15-0.97] $p=0.04$) et un pancréas scléreux (OR:0.4[0.16-0.98] $p=0.045$).

Conclusion

Le groupe NEOVEIL avec des patients plus fragiles (cardiaque $p=0.001$, respiratoire $p=0.02$, ASA $p=0.001$, et IMC $p=0.01$) avait, de façon non significative, 2 fois moins de complications (16% vs 30% $p=0.1$), moins de FP (8% vs 13% $p=0.2$), moins d'hémorragie (5% vs 15% $p=0.1$) et significativement moins de gastroparésie (16.5% vs 36.5% $p=0.02$). En analyse multivariée, les

facteurs indépendants diminuant le risque de FP étaient la pose de NEOVEIL (OR:0.15[0.03-0.8] p=0.025) et un pancréas scléreux (OR:0.16[0.04-0.6] p=0.01), et ceux augmentant le risque de FP étaient un IMC élevé (OR:1.2[1.01-1.5] p=0.036), et des antécédents cardiovasculaires (OR:5[1.1-22] p=0.037). Les facteurs indépendants diminuant les CPO étaient la pose de NEOVEIL (OR:0.39[0.15-0.97] p=0.04) et un pancréas scléreux (OR:0.4[0.16-0.98] p=0.045).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.082

3CVD00480-L'expertise peut-elle contrebalancer les défis liés à l'obésité dans les pancréatectomies gauches minimales invasives ? Résultats d'une étude multicentriques française

Alexandra NASSAR (1) , Marc-Anthony CHOUILLARD (2), Clément PASTIER (3), Safi DOKMAK (2), David FUKS (4), Charles DE PONTAUD (3), Sebastien GAUJOUX (3) - (1)Service De Chirurgie Digestive Hépato-Biliaire Et Endocrinienne, Hopital Cochin, Paris, France, (2)Service De Chirurgie Hépato-Pancréato-Biliaire Et Transplantation Hôpital Beaujon, Paris, France, (3)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Biliaire Hôpital De La Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Service De Chirurgie Digestive Hépato-Biliaire Et Endocrinienne Hôpital Cochin, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt à déclarer.

Introduction

La pancréatectomie gauche minimale invasive (MILP) est de plus en plus pratiquée, mais l'impact de l'obésité en fonction de l'expertise du centre sur les résultats postopératoires restent mal définis.

Méthodes

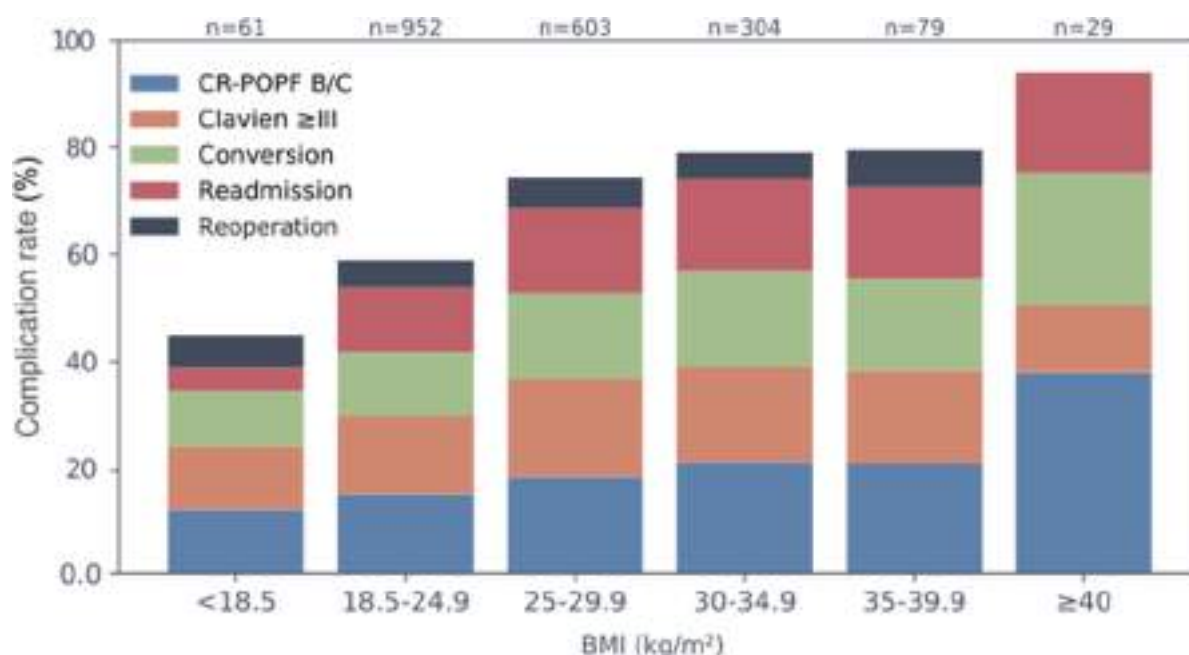
Sur la cohorte multicentrique nationale de l'Association Française de Chirurgie, 2028 patients ayant eu une MILP (2010-2021) ont été inclus. Le critère de jugement principal était le statut de Best Performer (BP), défini par l'Ideal Outcome (absence de mortalité, complication majeure, fistule pancréatique postopératoire cliniquement significative, réintervention, réadmission) avec une durée d'hospitalisation < 25^{ème} percentile. L'effet de l'expertise a été définie en utilisant l'IMC et l'interaction du volume du centre (régression logistique et GEE) avec standardisation marginale pour les risques absolus ajustés.

Résultats

Dans cette cohorte (âge médian 62,9ans, 56,5% de femmes), l'IMC médian était de 25 kg/m² et 564 patients (27,8%) étaient Best Performers. L'augmentation du BMI était associée à une diminution du taux de BP: en comparaison avec un IMC=25, les odds ratios (OR) ajustés étaient 0,76 (95%IC 0,65–0,90) pour un IMC=30, 0,60 (0,41–0,87) pour IMC=35, 0,47 (0,26–0,86) pour IMC=40. Le volume du centre modifiait significativement l'association à l'IMC (interaction p=0,002). L'impact négatif d'un IMC de +5 kg/m² était atténuée dans les centres à haut-volume (OR=0,94[95%IC 0,86–1,03]) en comparaison aux bas- (OR=0,76[0,68–0,86]) et moyen-volumes (OR=0,79[0,72–0,88]).

Conclusion

Dans cette cohorte (âge médian 62,9ans, 56,5% de femmes), l'IMC médian était de 25 kg/m² et 564 patients (27,8%) étaient Best Performers. L'augmentation du BMI était associée à une diminution du taux de BP: en comparaison avec un IMC=25, les odds ratios (OR) ajustés étaient 0,76 (95%IC 0,65–0,90) pour un IMC=30, 0,60 (0.41–0.87) pour IMC=35, 0,47 (0.26–0.86) pour IMC=40. Le volume du centre modifiait significativement l'association à l'IMC (interaction p=0,002). L'impact négatif d'un IMC de +5 kg/m² était atténuée dans les centres à haut-volume (OR=0,94[95%IC 0,86–1,03]) en comparaison aux bas- (OR=0,76[0,68–0,86]) et moyen-volumes (OR=0,79[0,72–0,88]).



E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.083

3CVD00674-Cartographie tridimensionnelle des canaux secondaires du pancréas: Etude anatomique cadavérique

Sebastien FREY (1), Luisa NOGUEIRA (2), Sébastien GAUJOUX (3), Karim MANAI (2), Lilian PIMONT (2), Baqué KARL (1), Michel RAYAR (1), Nicolas BRONSARD (2), Alain SAUVANET (3), Patrick BAQUE (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et De Transplantation Hépatique, Hôpital L'archet, Centre Hospitalo-Universitaire De Nice, Nice, France, Nice, France, (2)Institut D'anatomie Normale, Faculté De Médecine, Université Côte D'azur, Nice, France, Nice, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Hépto-Biliaire, Pancréatique Et Endocrinienne, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris, Paris, France, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire reste une complication fréquente et incomplètement comprise après résection pancréatique. L'anatomie des canaux secondaires pancréatiques demeure peu décrite, alors que leur section non reconnue pourrait contribuer au risque fistuleux. L'objectif de cette étude était de réaliser une cartographie tridimensionnelle du réseau canalaire pancréatique humain.

Méthodes

Quarante pancréas issus de dons du corps ont été étudiés prospectivement. Après pancréatectomie totale standardisée, le canal pancréatique principal et, lorsqu'il était identifiable, le canal accessoire ont été cathétérisés puis injectés avec une résine polymérisable. Après polymérisation, une corrosion tissulaire par hydroxyde de potassium a permis d'obtenir des moulages tridimensionnels. Le nombre, l'ordre et l'angulation des canaux secondaires ont été analysés selon les régions pancréatiques.

Résultats

Trente moulages étaient analysables. Le nombre médian de canaux secondaires était de 96 ± 27 , dont 45 ± 8 canaux de premier ordre. La tête pancréatique présentait le plus grand nombre de canaux secondaires, suivie du corps, tandis que l'isthme en comportait significativement moins ($p < 0,001$). L'angulation moyenne augmentait de $74^\circ \pm 14^\circ$ dans l'isthme à $81^\circ \pm 12^\circ$ dans la queue ($p = 0,351$). Une bifurcation du canal principal était observée dans 18 % des cas. Les régions céphalique et uncinée présentaient l'architecture la plus complexe, avec de longues branches ascendantes et descendantes.

Conclusion

Trente moulages étaient analysables. Le nombre médian de canaux secondaires était de 96 ± 27 , dont 45 ± 8 canaux de premier ordre. La tête pancréatique présentait le plus grand nombre de canaux secondaires, suivie du corps, tandis que l'isthme en comportait significativement moins ($p < 0,001$). L'angulation moyenne augmentait de $74^\circ \pm 14^\circ$ dans l'isthme à $81^\circ \pm 12^\circ$ dans la queue ($p = 0,351$). Une bifurcation du canal principal était observée dans 18 % des cas. Les régions céphalique et uncinée présentaient l'architecture la plus complexe, avec de longues branches ascendantes et descendantes.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.084

3CVD00221-Développement d'une solution de réalité augmentée intégrant l'analyse d'images échographiques per-opératoires

Perrine CÔME (1) , Bertrand LE ROY (2) - (1)Chef De Clinique, Saint-Etienne, France, (2)Puph, Saint-Etienne, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

La chirurgie hépatique robot-assistée repose sur la précision du repérage tumoral, rendue complexe par les déformations hépatiques peropératoires. Les systèmes de réalité augmentée basés sur l'imagerie préopératoire présentent des limites de recalage. L'échographie peropératoire pourrait constituer une référence dynamique pour améliorer la localisation tumorale et optimiser le guidage chirurgical.

Méthodes

Étude multicentrique prospective (07/2025–06/2026) incluant des patients opérés par hépatectomie robot-assistée pour lésions bénignes ou malignes. Les données préopératoires (scanner) ont été reconstruites en 3D et segmentées. Les données échographiques peropératoires ont été calibrées, annotées et traitées par deep learning (nnU-Net), puis intégrées dans un pipeline de reconstruction spatiale. Un recalage multimodal a permis de comparer les positions tumorales issues des deux modalités. Le critère principal était l'erreur de positionnement tumoral (distance euclidienne 3D en mm).

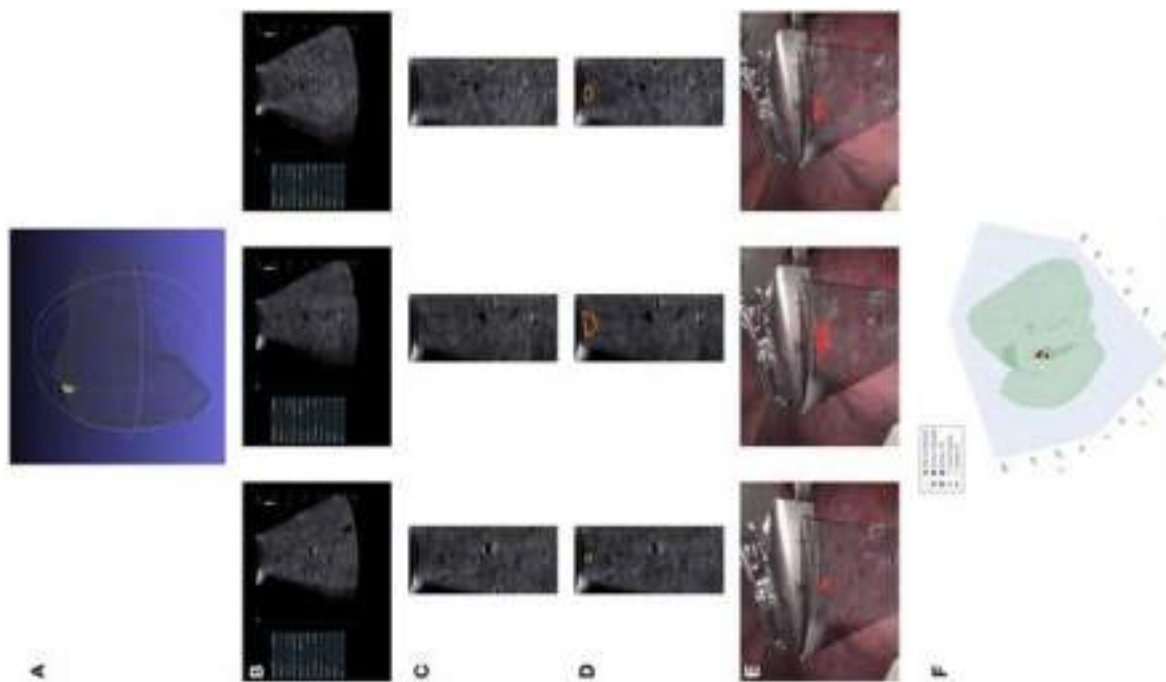
Résultats

Huit patients et 19 lésions ont été analysés (14 exploitables). L'erreur médiane de positionnement était de 37,9 mm (IQR 28,7 – 49,3). La distance moyenne globale entre les deux méthodes était de 40,77 mm. L'analyse de Bland-Altman montrait une variabilité importante (limites d'accord 0,58 – 80,96 mm). Aucune association significative n'a été retrouvée entre l'erreur et la localisation hépatique ou le volume tumoral. Cinq lésions n'ont pas pu être recalées en raison de repères anatomiques insuffisants sur l'imagerie robotique.

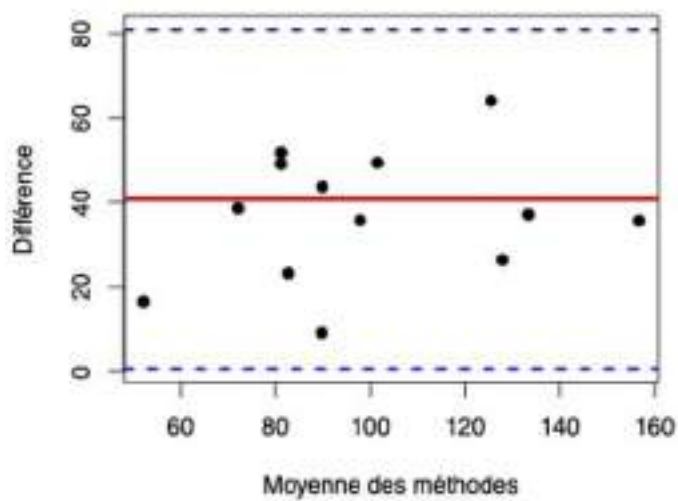
Conclusion

Huit patients et 19 lésions ont été analysés (14 exploitables). L'erreur médiane de positionnement était de 37,9 mm (IQR 28,7 – 49,3). La distance moyenne globale entre les deux méthodes était de 40,77 mm. L'analyse de Bland-Altman montrait une variabilité importante (limites d'accord 0,58 – 80,96 mm). Aucune association significative n'a été retrouvée entre

l'erreur et la localisation hépatique ou le volume tumoral. Cinq lésions n'ont pas pu être recalées en raison de repères anatomiques insuffisants sur l'imagerie robotique.



Bland...Altman



E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.085

3CVD00271-Valeur diagnostique du dosage de la lipase dans les drains après duodéno pancréatectomie céphalique – Analyse en sous-groupe de la cohorte LIPADRAIN

Benjamin MULLER - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Dijon, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire cliniquement significative (CR-POPF) est la complication la plus redoutée après duodéno pancréatectomie céphalique (DPC), survenant chez 15 à 30 % des patients. Si le dosage de l'amylase dans les drains reste le biomarqueur de référence, ses performances diagnostiques demeurent débattues. Le rôle du dosage de la lipase dans les drains (DLD), enzyme plus spécifique de la fonction pancréatique exocrine, n'a pas été évalué dans une cohorte homogène de DPC.

Méthodes

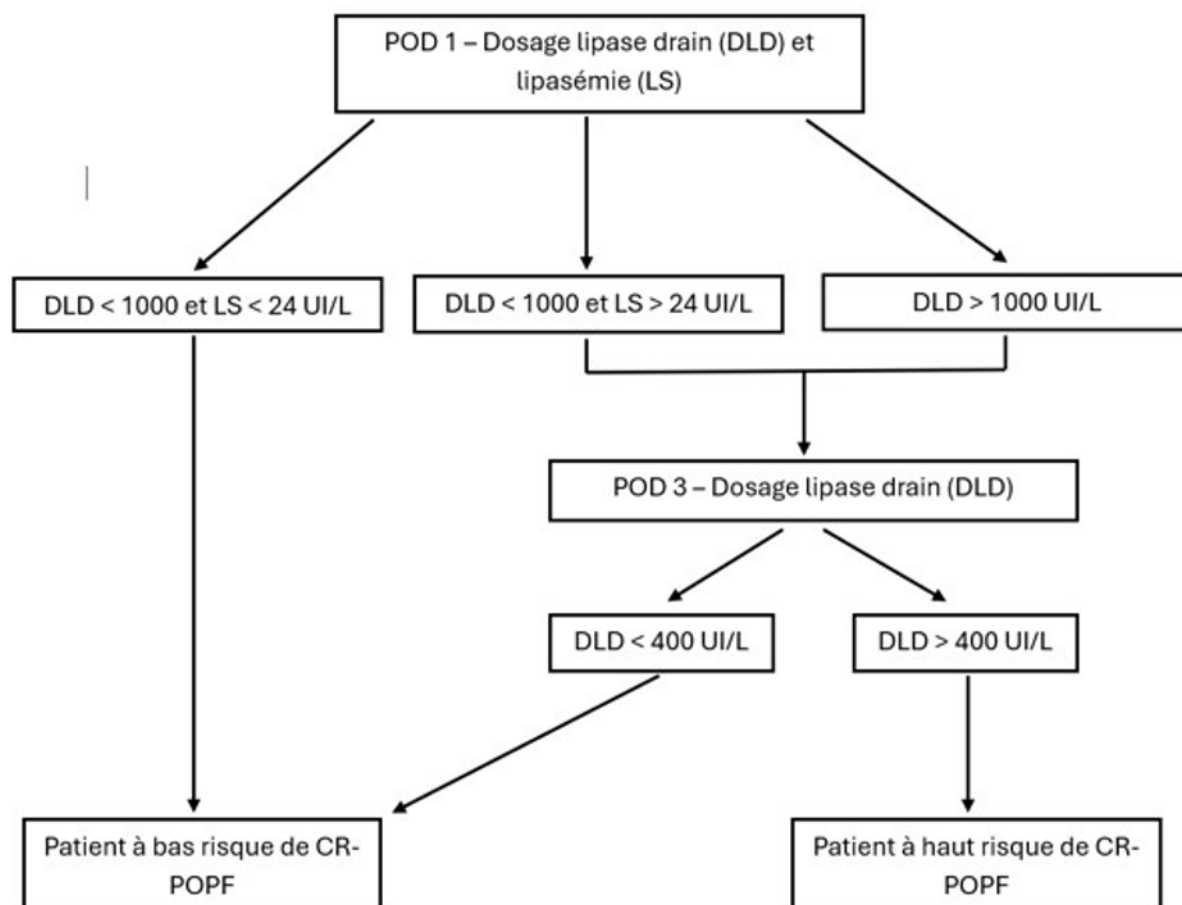
Analyse en sous-groupe de la cohorte prospective multicentrique LIPADRAIN (8 centres, 2016–2020), restreinte aux patients opérés d'une DPC. Le critère de jugement principal était la performance diagnostique du DLD pour prédire la CR-POPF à J30 (critères ISGPS 2016). Des analyses en sous-groupes selon le seuil de DLD à J1 ($<$ vs $\geq$ 1000 UI/L) ont également été réalisées.

Résultats

Sur 420 patients inclus, 140 (33 %) ont développé une CR-POPF. Le DLD à J1, J3 et J4 présentait une bonne performance diagnostique (AUC = 0,83), comparable à celle de l'amylase. Un seuil $\geq$ 1000 UI/L à J1 identifiait un groupe à haut risque (CR-POPF : 57 % vs 13 %, $p < 0,001$). Dans le sous-groupe avec un DLD $\leq$ 1000 UI/L à J1, la lipasémie offrait la meilleure performance prédictive (AUC = 0,88).

Conclusion

Sur 420 patients inclus, 140 (33 %) ont développé une CR-POPF. Le DLD à J1, J3 et J4 présentait une bonne performance diagnostique (AUC = 0,83), comparable à celle de l'amylase. Un seuil $\geq$ 1000 UI/L à J1 identifiait un groupe à haut risque (CR-POPF : 57 % vs 13 %, $p < 0,001$). Dans le sous-groupe avec un DLD $\leq$ 1000 UI/L à J1, la lipasémie offrait la meilleure performance prédictive (AUC = 0,88).



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.086

3CVD00269-Utilisation du péricarde bovin dans les reconstructions vasculaires en chirurgie digestive complexe - Quelles indications pour quels résultats ?

Paul BOULARD (1) , Laurent GHOUTI (1), Aurélien HOLSTALRICH (2), Charlotte MAULAT (2), Jean SEGAL (1), Sam HEMATI (1), Benoît LEBAS (1), Xavier CHAUFFOUR (2), Fabrice MUSCARI (2) - (1)Md, Toulouse, France, (2)Md, Phd, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les reconstructions vasculaires sont devenues un enjeu majeur en chirurgie digestive, notamment dans les résections oncologiques étendues. Le péricarde bovin constitue une alternative biologique aux autogreffes veineuses et aux prothèses synthétiques, particulièrement attractive en contexte potentiellement septique.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique entre janvier 2021 et décembre 2025 dans le département de chirurgie digestive du CHU de Toulouse. Les indications comprenaient en chirurgie programmée : les chirurgies colorectales complexes et les duodénopancréatectomies céphaliques ; en chirurgie non programmée : les fistules aorto-digestives, et les transplantations hépatiques. Les complications vasculaires précoces et tardives ainsi que les résultats postopératoires ont été analysés.

Résultats

25 patients ont été inclus, 14 en chirurgie programmée et 11 en non programmée. Les reconstructions ont concerné les territoires veineux porto-mésentériques dans 8 cas et l'axe aorto-ilio-fémoral dans 17 cas. Les suites des pontages veineux ont donné 1 thrombose précoce et 1 sténose tardive ont été observées, sans infection du matériel. Les suites des pontages artériels ont donné : 2 faux anévrysmes anastomotiques tardifs qui ont nécessité une reprise. Les résultats les plus défavorables concernaient la chirurgie non programmée, avec une mortalité postopératoire de 56 % et des complications vasculaires tardives chez tous les survivants. Les taux de résection R0 étaient de 83 % et 87 % respectivement dans les groupes pancréatique et colorectal.

Conclusion

25 patients ont été inclus, 14 en chirurgie programmée et 11 en non programmée. Les reconstructions ont concerné les territoires veineux porto-mésentériques dans 8 cas et l'axe

aorto-ilio-fémoral dans 17 cas. Les suites des pontages veineux ont donné 1 thrombose précoce et 1 sténose tardive ont été observées, sans infection du matériel. Les suites des pontages artériels ont donné : 2 faux anévrysmes anastomotiques tardifs qui ont nécessité une reprise. Les résultats les plus défavorables concernaient la chirurgie non programmée, avec une mortalité postopératoire de 56 % et des complications vasculaires tardives chez tous les survivants. Les taux de résection R0 étaient de 83 % et 87 % respectivement dans les groupes pancréatique et colorectal.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.087

3CVD00739-Causes et conséquences d'une splénectomie non programmée au cours d'une pancréatectomie gauche : une étude prospective multicentrique européenne

Théo POPPEN (1), Charlotte BAGGERMAN VAN HOUWENINGE (2), Jony VAN HILST (2), Massimo FALCONI (3), Filip GRYSPEERDT (4), Julie NAVEZ (5), Miha PETRIC (6), Gregory SERGEANT (7), Oliver STROBEL (8), Mohamed ABU HILAL (9), Marc BESSELINK (2), Alexandre DOUSSOT (1), European Minimally Invasive Pancreatic Surgery POUR L' (2) - (1)Chu Besancon, Besançon, France, (2)Amsterdam Medical Center, Amsterdam, Pays-Bas, (3)San Raffaele, Milan, Italie, (4)Ghent University Hospital, Ghent, Belgique, (5)Hôpitaux Universitaires De Bruxelles, Bruxelles, Belgique, (6)University Medical Center Ljubljana, Ljubljana, Slovénie, (7)Jessa Ziekenhuis, Hasselt, Belgique, (8)Medical University Of Vienna, Vienne, Autriche, (9)The University Of Jordan, Amman, Jordanie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les indications de la pancréatectomie gauche avec préservation splénique (PG-PS) sont de plus en plus larges. Cependant, une splénectomie non programmée (PG-SNP) peut s'avérer nécessaire en peropératoire. Ses conséquences et facteurs de risque de SNP restent mal connus.

Méthodes

Tous les patients opérés entre 2023 et 2025 d'une PG étaient identifiées dans le registre européen prospectif multicentrique E-MIPS. La survenue d'une SNP était spécifiquement colligée. Les résultats après SNP étaient comparés à ceux après PG-PS et splénopancréatectomie (SPG) respectivement. Les facteurs indépendants de SNP étaient identifiés en analyse multivariée.

Résultats

Parmi 2624 PG, 882 patients (33,6%) étaient opérés d'une PG-PS, dont 98 (11,1%) nécessitait une SNP. Comparée à la PG-PS (n=784), la PG-SNP était associée à un taux de conversion plus élevé (25,8% vs 5,3%; $p<0,001$) sans différence de complications sévères (22,4% vs 19,0%; $p=0,415$). De même, comparée à la SPG d'emblée (n=1742), la SNP était associée à un taux de conversion plus élevé (25,8 % vs 12,6%; $p<0,001$), à plus de complications sévères (22,4% vs 14,6%; $p=0,034$) et plus de fistules pancréatiques grade B/C (23,7% vs 14,5%; $p=0,014$). En analyse multivariée, le sexe féminin ($p=0,014$), une tumeur située dans la queue du pancréas ($p=0,033$), la taille de la tumeur ($p=0,045$) et l'approche robotique ($p=0,027$) étaient des facteurs de risque indépendants de PG-SNP (Figure 1).

Conclusion

Parmi 2624 PG, 882 patients (33,6%) étaient opérés d'une PG-PS, dont 98 (11,1%) nécessitait une SNP. Comparée à la PG-PS (n=784), la PG-SNP était associée à un taux de conversion plus élevé (25,8% vs 5,3%; $p<0,001$) sans différence de complications sévères (22,4% vs 19,0%; $p=0,415$). De même, comparée à la SPG d'emblée (n=1742), la SNP était associée à un taux de conversion plus élevé (25,8 % vs 12,6%; $p<0,001$), à plus de complications sévères (22,4% vs 14,6%; $p=0,034$) et plus de fistules pancréatiques grade B/C (23,7% vs 14,5%; $p=0,014$). En analyse multivariée, le sexe féminin ($p=0,014$), une tumeur située dans la queue du pancréas ($p=0,033$), la taille de la tumeur ($p=0,045$) et l'approche robotique ($p=0,027$) étaient des facteurs de risque indépendants de PG-SNP (Figure 1).

	OR	CI 95%	p-value
Age	1,014	0,995-1,033	0,144
IMC > 30	1,221	0,709-2,050	0,459
Sexe féminin	0,345	0,133-0,881	0,014
ASA ≥ 3	0,809	0,544-1,196	0,712
Taille tumorale, mm	1,012	1,000-1,023	0,045
Texture pancréas, dur/fibreux	1,889	0,917-3,560	0,056
Localisation tumorale, queue	1,723	1,056-2,883	0,033
Approche robotique	0,590	0,366-0,939	0,027

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.088

3CVD00404-Pancréatectomie distale avec préservation splénique : faut-il préserver ou réséquer les vaisseaux spléniques ?

Julie DEYRAT, Thibault VORON, Laroche SOPHIE, François PAYE - (1)Aphp-Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La pancréatectomie distale avec préservation splénique constitue une option privilégiée pour le traitement des lésions corporéo-caudales bénignes ou à faible malignité. Il n'existe pas de consensus entre préservation ou résection des vaisseaux spléniques.

Méthodes

L'objectif de cette étude était d'évaluer à long terme la perméabilité des vaisseaux spléniques après une préservation, le risque d'hypertension portale segmentaire gauche et ses conséquences selon les deux techniques. Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 40 patients avec analyse scannographique à distance de l'intervention.

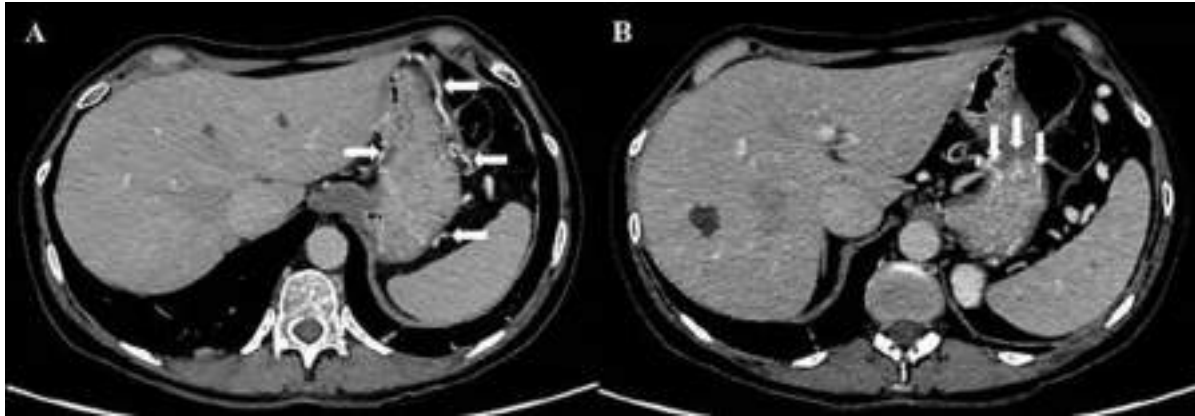
Résultats

Parmi les patients avec préservation des vaisseaux, une thrombose a été observée chez 5 patients (23%), dont 2 cas (9%) de thrombose isolée de la veine avec artère perméable. Ces patients présentaient un taux plus élevé d'infarctus splénique (43% vs 5%, $p=0.04$). Le saignement peropératoire était associé au risque de thrombose. Une fréquence plus élevée de varices périgastriques (54% vs 9%, $p=0.01$) et sous-muqueuses (38% vs 4%) a été observée dans le groupe Warshaw. L'hypertension portale segmentaire gauche était plus fréquemment observée après Warshaw que Kimura (54% vs 23%). Aucun épisode d'hémorragie digestive liée à des varices n'a été observé. En cas d'occlusion isolée de la veine splénique avec artère perméable, le taux d'hypertension portale segmentaire gauche était plus élevé que lorsque les deux vaisseaux étaient occlus.

Conclusion

Parmi les patients avec préservation des vaisseaux, une thrombose a été observée chez 5 patients (23%), dont 2 cas (9%) de thrombose isolée de la veine avec artère perméable. Ces patients présentaient un taux plus élevé d'infarctus splénique (43% vs 5%, $p=0.04$). Le saignement peropératoire était associé au risque de thrombose. Une fréquence plus élevée de varices périgastriques (54% vs 9%, $p=0.01$) et sous-muqueuses (38% vs 4%) a été observée dans le groupe Warshaw. L'hypertension portale segmentaire gauche était plus fréquemment

observée après Warshaw que Kimura (54% vs 23%). Aucun épisode d'hémorragie digestive liée à des varices n'a été observé. En cas d'occlusion isolée de la veine splénique avec artère perméable, le taux d'hypertension portale segmentaire gauche était plus élevé que lorsque les deux vaisseaux étaient occlus.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.089

3CVD00817-Prédiction de la récurrence non transplantable après résection hépatique pour carcinome hépatocellulaire par une approche de machine learning en deux étapes: étude multicentrique française

Rami RHAÏEM (1), Ammar ABDO (1), Julien CALDERARO (2), Safi DOKMAK (3), Astrid HERRERO (4), Cyprien TOUBERT (4), Ambroise RAVENET (1), Diane PULIDO (1), Marie ALAUX (4), Mickael LESURTEL (3), Daniele SOMMACALE (2), Olivier SOUBRANE (5), Reza KIANMANESH (1), Raffaele BRUSTIA (2) - (1)Chu De Reims, Reims, France, (2)Chu Henri Mondor, Créteil, France, (3)Chu Beaujon, Clichy, France, (4)Chu De Montpellier, Montpellier, France, (5)Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

La récurrence après résection hépatique (RH) pour carcinome hépatocellulaire (CHC) peut atteindre 70 % à deux ans, avec 30–40 % de récurrences en dehors des critères de transplantation de sauvetage (récurrence non transplantable, RNT). L'identification préopératoire des patients à haut risque est cruciale. Nous avons développé et validé des modèles de machine learning basés sur des variables préopératoires, selon une approche en deux étapes.

Méthodes

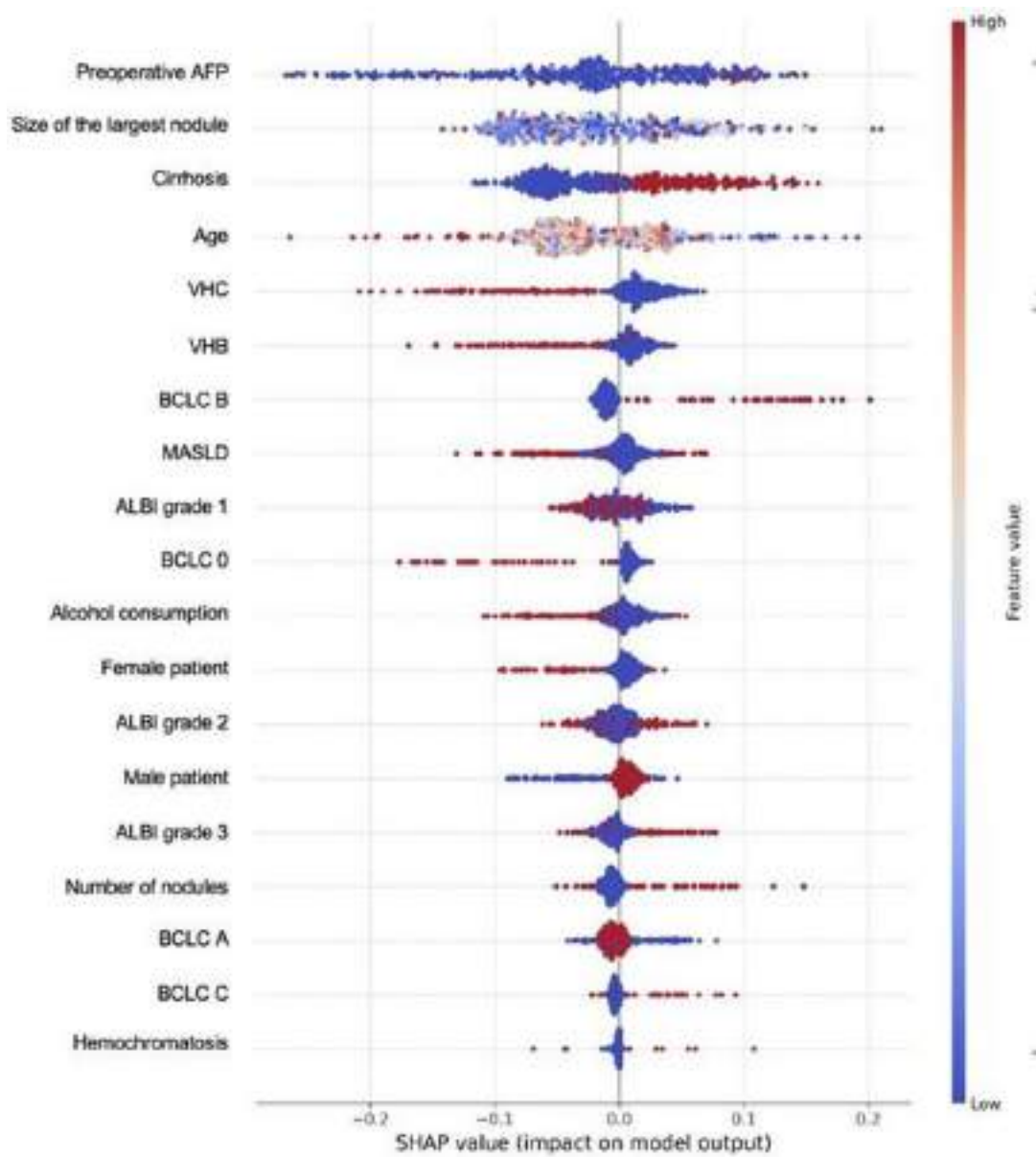
Les patients traités par RH curative pour CHC entre 2010 et 2020 dans trois centres français ont constitué la cohorte de développement. Une quatrième cohorte indépendante a servi à la validation externe. L'étape 1 prédisait la récurrence ; l'étape 2 prédisait la RNT en cas de récurrence. Trois modèles ont été comparés : Random Forest (RF), Extreme Gradient Boosting (XGBoost) et régression logistique. Les performances étaient évaluées par l'AUC, la PR-AUC, la sensibilité et la calibration.

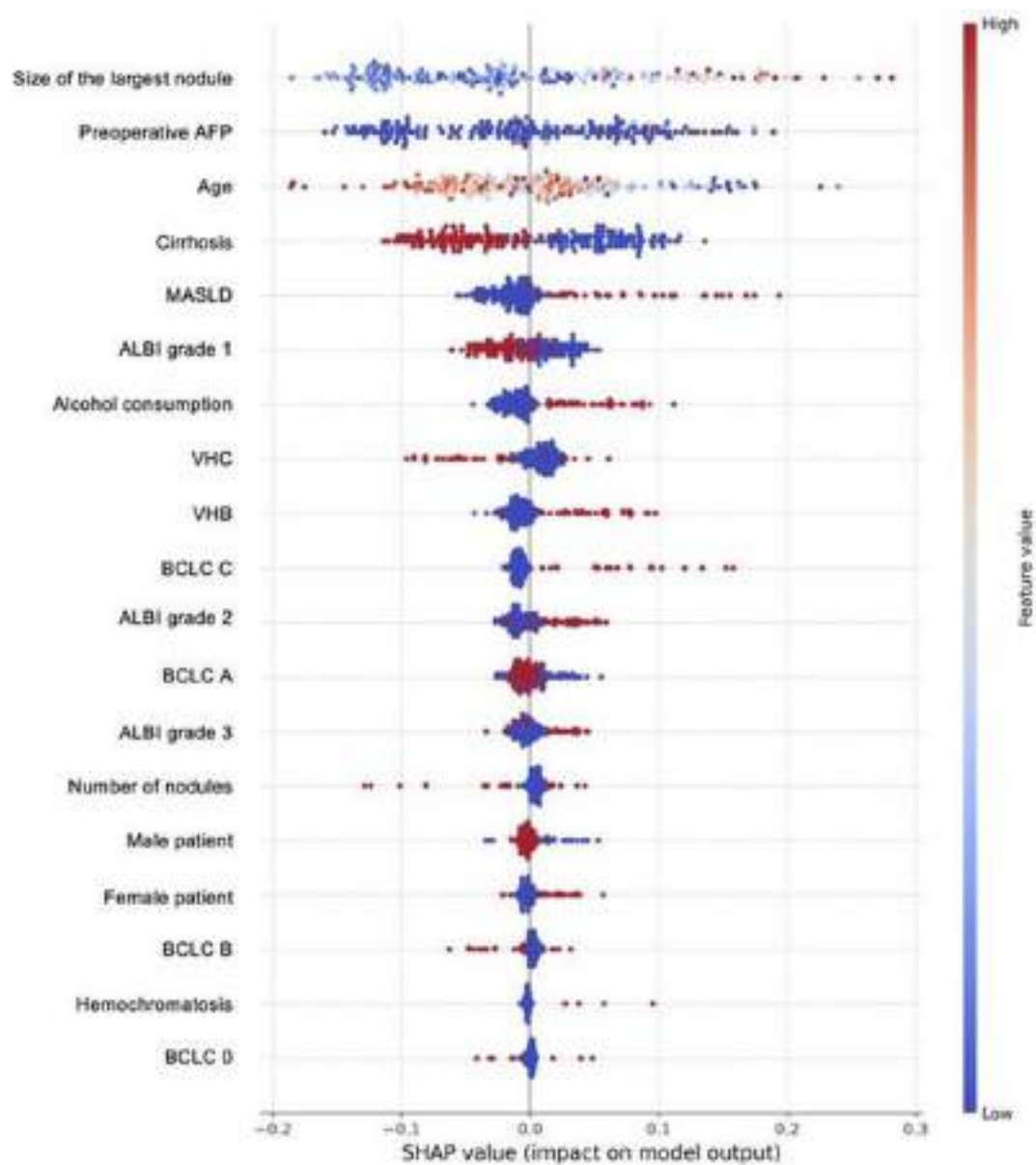
Résultats

Parmi 466 patients, le taux de récurrence était de 38,6 %, dont 53,9 % de RNT. En validation externe, le RF présentait les meilleures performances pour prédire la récurrence (AUC 0,739 ; PR-AUC 0,874) et la RNT (AUC 0,790 ; PR-AUC 0,724), avec une forte sensibilité après optimisation du seuil (0,771 et 0,923). XGBoost était moins généralisable et la régression logistique intermédiaire. Les principales variables prédictives étaient le stade BCLC, la taille tumorale, l'AFP et la cirrhose.

Conclusion

Parmi 466 patients, le taux de récurrence était de 38,6 %, dont 53,9 % de RNT. En validation externe, le RF présentait les meilleures performances pour prédire la récurrence (AUROC 0,739 ; PR-AUC 0,874) et la RNT (AUROC 0,790 ; PR-AUC 0,724), avec une forte sensibilité après optimisation du seuil (0,771 et 0,923). XGBoost était moins généralisable et la régression logistique intermédiaire. Les principales variables prédictives étaient le stade BCLC, la taille tumorale, l'AFP et la cirrhose.





E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.090

3CVD00785-Comment prédire au mieux la fistule pancréatique après duodéno pancréatectomie céphalique robot-assistée ? Comparaison d'un modèle clinique, d'un score radiologique et d'un modèle d'intelligence artificielle

Alessia FASSARI, Hector PRUDHOMME, Antoine CASTEL, Amani ELLOUZE, Giuseppe ESPOSITO, Aude MERDRIGNAC, Marie LIVIN, Edouard WASIELEWSKI, Laurent SULPICE - (1)Centre Hospitalier Universitaire De Rennes, Rennes, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire (POPF) demeure la principale complication après duodéno pancréatectomie céphalique. Plusieurs modèles prédictifs ont été développés, mais peu d'études ont comparé leurs performances en chirurgie robot-assistée. Cette étude visait à comparer un score clinique (ua-FRS), un score radiologique (Pancreatic Acinar Radiologic Score) et un modèle d'intelligence artificielle basé sur XGBoost pour la prédiction de la POPF après duodéno pancréatectomie céphalique robot-assistée.

Méthodes

Une cohorte rétrospective de patients consécutifs ayant bénéficié d'une duodéno pancréatectomie céphalique robot-assistée entre 2018 et 2025 dans un centre tertiaire a été analysée. Les critères de jugement étaient la POPF cliniquement significative (CR-POPF ; grades B/C) et l'ensemble des événements fistuleux, définis par une fuite biochimique ou une CR-POPF. Les performances des modèles ont été évaluées par l'aire sous la courbe ROC (AUROC), le test de DeLong et les paramètres de calibration.

Résultats

Parmi les 130 patients inclus, 17 (13,1 %) ont développé une CR-POPF et 36 (27,7 %) une fuite biochimique. Pour la prédiction des CR-POPF, le Pancreatic Acinar Radiologic Score a obtenu les meilleures performances (AUROC 0,87 ; IC95 % 0,74–0,97), devant XGBoost (0,69 ; IC95 % 0,57–0,81) et le ua-FRS (0,62 ; IC95 % 0,45–0,76), avec des différences significatives ($p = 0,026$ et $p = 0,007$). Pour l'ensemble des événements fistuleux (40,8 %), les performances discriminantes étaient comparables entre les modèles. Le score radiologique présentait également la calibration la plus stable.

Conclusion

Parmi les 130 patients inclus, 17 (13,1 %) ont développé une CR-POPF et 36 (27,7 %) une fuite biochimique. Pour la prédiction des CR-POPF, le Pancreatic Acinar Radiologic Score a obtenu

les meilleures performances (AUROC 0,87 ; IC95 % 0,74–0,97), devant XGBoost (0,69 ; IC95 % 0,57–0,81) et le ua-FRS (0,62 ; IC95 % 0,45–0,76), avec des différences significatives ($p = 0,026$ et $p = 0,007$). Pour l'ensemble des événements fistuleux (40,8 %), les performances discriminantes étaient comparables entre les modèles. Le score radiologique présentait également la calibration la plus stable.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.091

3CVD00002-Traitement d'induction multimodal du cancer du pancréas localement avancé : résecabilité secondaire et survie dans un centre à haut volume

Mehdi BOUBADDI, Arthur MARICHEZ, Laurence CHICHE, Christophe LAURENT - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'adénocarcinome canalaire pancréatique localement avancé (LAPC) est non résécable au diagnostic. Son pronostic dépend d'un contrôle tumoral durable et, chez certains patients, de la possibilité d'une résection secondaire. Nous avons évalué la faisabilité, la tolérance et l'efficacité d'un protocole institutionnel d'induction à visée curative associant chimiothérapie systémique puis radiochimiothérapie par radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (IMRT) chez des patients atteints de LAPC non métastatique.

Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique a inclus 142 patients consécutifs traités entre 2014 et 2024 dans un centre universitaire tertiaire. Le traitement d'induction reposait sur une polychimiothérapie, majoritairement par FOLFIRINOX modifié, suivie d'une radiochimiothérapie par IMRT. La résecabilité était réévaluée selon l'état général, la réponse radiologique RECIST et l'évolution du CA19-9. Les critères principaux étaient la survie globale (SG) pour l'ensemble de la cohorte et la survie sans maladie (SSM) chez les patients réséqués.

Résultats

Parmi les 142 patients, 58 (40,8 %) ont bénéficié d'une résection chirurgicale. Les complications postopératoires majeures ont concerné 20,7 % des patients, avec une mortalité à 90 jours de 5,1 %. Le taux de résection R0 était de 65,5 %. La SG médiane était de 42,7 mois chez les patients réséqués versus 20,5 mois chez les non réséqués ($p < 0,001$). La SSM médiane après résection était de 27,0 mois. Une bonne tolérance, une réponse radiologique et la normalisation du CA19-9 étaient associées à la résecabilité.

Conclusion

Parmi les 142 patients, 58 (40,8 %) ont bénéficié d'une résection chirurgicale. Les complications postopératoires majeures ont concerné 20,7 % des patients, avec une mortalité à 90 jours de 5,1 %. Le taux de résection R0 était de 65,5 %. La SG médiane était de 42,7 mois chez les patients réséqués versus 20,5 mois chez les non réséqués ($p < 0,001$). La SSM

médiane après résection était de 27,0 mois. Une bonne tolérance, une réponse radiologique et la normalisation du CA19-9 étaient associées à la résécabilité.

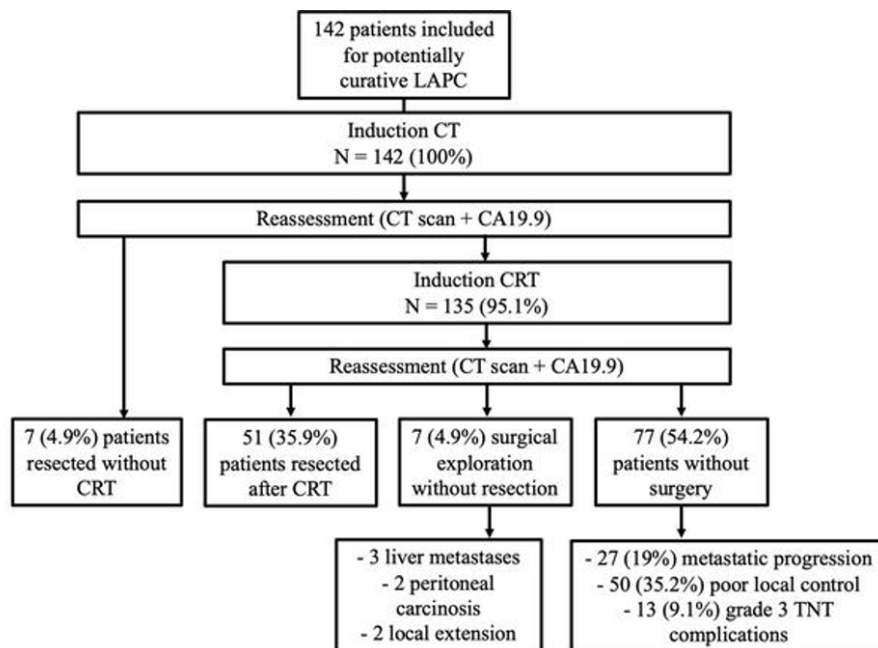


Figure 1: Flowchart of the study

CT: Chemotherapy; CRT: Chemoradiotherapy; TNT: Total Neoadjuvant Treatment; LAPC: Locally Advanced Pancreatic Cancer

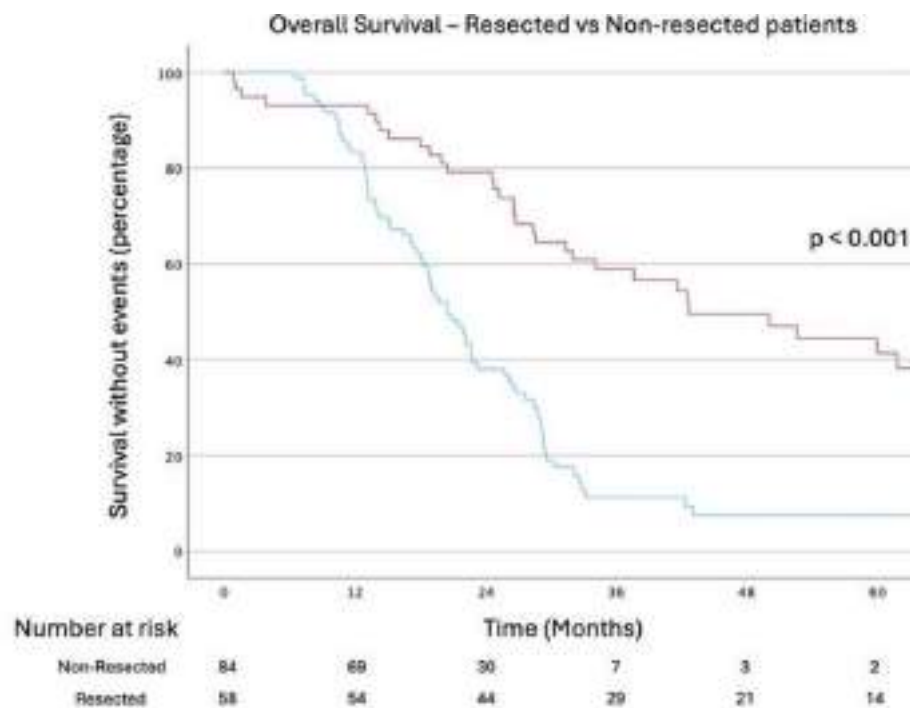


Figure 2. Kaplan-Meier curves of overall survival (OS) according to surgical resection status. Survival probabilities were estimated using the Kaplan-Meier method and compared using the Log-Rank test. The y-axis represents survival probability (%), and the x-axis represents time in months. The table below indicates the number of patients at risk at 12-month intervals.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.092

3CVD00012-Vers un nouveau paradigme dans la pancréatite aiguë : la puissance de l'IA multimodale pour prédire la nécrose en urgence

Asma SGHAIER, Amel OUSSAIFI, Itimed GHARBI, Feriel BEZIG, Khairiddine DHOUIOUI, Amal LETAIEF, Mohamed Hedi MRAIDHA, Mohamed Salah JARRAR, Mohamed Amine ELGHALI, Sabri YOUSSEF - (1)Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail

Introduction

L'évaluation et la prédiction du pronostic des pancréatites aiguës (PA) restent complexes en raison de la variabilité clinique et radiologique. Cette étude évalue l'apport de l'intelligence artificielle (IA) pour améliorer la détection, la sévérité et le pronostic des PA en combinant l'analyse d'images scanographiques et des données cliniques et biologiques.

Méthodes

Une cohorte rétrospective de patients atteints de PA était analysée. Des réseaux neuronaux convolutifs (CNN) et liquides (LNN) étaient entraînés sur les images tomographiques pour détecter la nécrose. Des algorithmes de Machine Learning (Random Forest, XGBoost, SVM) étaient testés sur les variables cliniques (Ranson, CRP, comorbidités) pour prédire les complications. Une approche multimodale intégrant les deux types de données était évaluée.

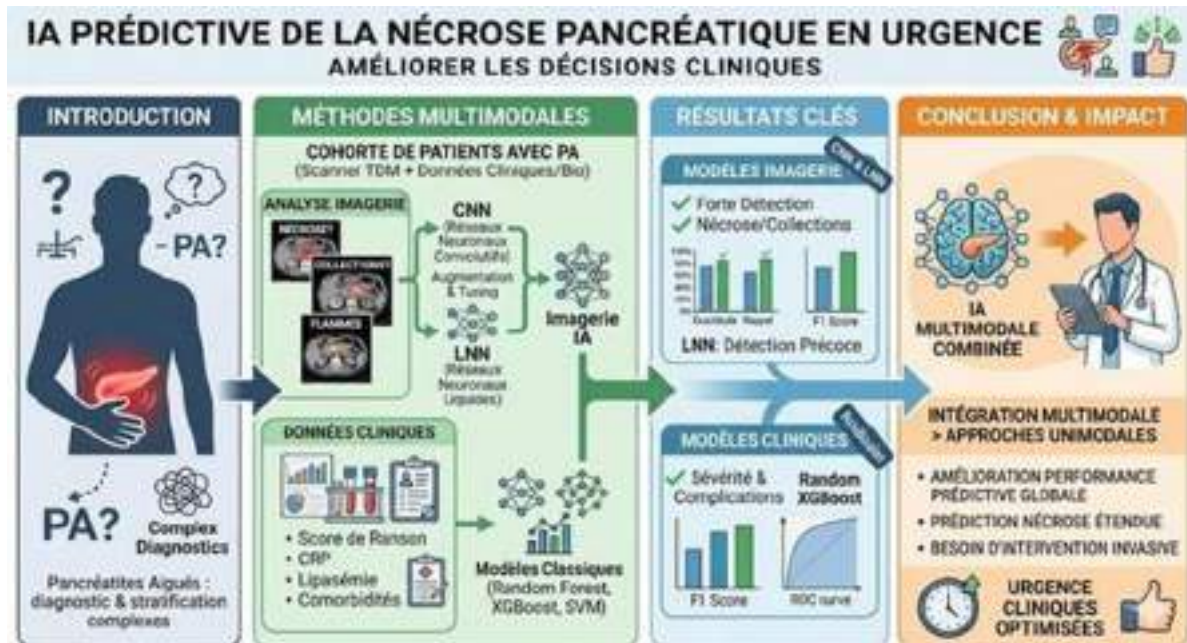
Résultats

Les modèles d'imagerie (CNN optimisés) ont montré une forte capacité à détecter la nécrose et les collections péri-pancréatiques, atteignant des niveaux élevés d'exactitude et de rappel après augmentation et tuning (AUC élevée sur jeu test). Les LNN ont fourni des résultats prometteurs en détection précoce des altérations morphologiques. Sur les données cliniques, les modèles arborescents (Random Forest, XGBoost) ont surpassé les autres algorithmes pour la prédiction de la sévérité et des complications, avec des scores F1 supérieurs et une bonne calibration. L'intégration multimodale a amélioré la performance prédictive globale par rapport aux approches unimodales, notamment pour la prédiction de la nécrose étendue et du besoin d'intervention invasive.

Conclusion

Les modèles d'imagerie (CNN optimisés) ont montré une forte capacité à détecter la nécrose et les collections péri-pancréatiques, atteignant des niveaux élevés d'exactitude et de rappel après augmentation et tuning (AUC élevée sur jeu test). Les LNN ont fourni des résultats

prometteurs en détection précoce des altérations morphologiques. Sur les données cliniques, les modèles arborescents (Random Forest, XGBoost) ont surpassé les autres algorithmes pour la prédiction de la sévérité et des complications, avec des scores F1 supérieurs et une bonne calibration. L'intégration multimodale a amélioré la performance prédictive globale par rapport aux approches unimodales, notamment pour la prédiction de la nécrose étendue et du besoin d'intervention invasive.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.093

3CVD00099-Exploration de la voie biliaire principale laparoscopique avec cholécystectomie versus extraction endoscopique pré, per ou post cholécystectomie de la lithiase de la voie biliaire principale : étude comparative multicentrique appariée selon le score de pr

Frederic BORIE (1), Tullio PIARDI (2), Rami RHALEM (3), Ibrahim DAGHER (4), Laurence CHICHE (5), Arnaud ALVES (6), Christophe TRESALLET (7), David MOSZKOWICZ (8), Astrid HERERRO (9), Roberto VALINAS (10), Fabrice MUSCARI (11), Luiso ABREUDECARVALHO (12), Jean Regis GARBAY (13), Fanny FOUR (14) - (1)Chu Caremeau, Nimes, France, (2)Chu Brescia, Brescia, Italie, (3)Chu Reims, Reims, France, (4)Chu A.beclere, Clamart, France, (5)Chu Bordeaux, Bordeaux, France, (6)Chu Caen, Caen, France, (7)Chu Jean Verdier, bondy, France, (8)Chu Louis Mourier, Colombes, France, (9)Chu Montpellier, Montpellier, France, (10)Ch Montevideo, Montevideo, Uruguay, (11)Chu Toulouse, Toulouse, France, (12)Ch Gand, Gand, Belgique, (13)Ch Perpignan, Perpignan, France, (14)Ch Caremeau, Nimes, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La méthode idéale pour traiter la lithiase vésiculaire et de la voie biliaire principale (LVBP) est toujours discutable. Cette étude a comparé le traitement en un temps (cholécystectomie laparoscopique (CL) avec exploration de la voie biliaire principale (CL+EVBP)) à celle en deux temps (CL avec extraction endoscopique pré, per ou post opératoire (CL+EE)).

Méthodes

De 2017 à 2022, 1010 patients de 13 centres présentant une LVBP étaient traités initialement soit par CL+EVBP (n=535), soit par CL+EE (n=475 dont 357 EE pré CL). Une analyse en intention de traiter avec appariement selon le score de propension 1:1 (âge, score ASA, mode de découverte, voie biliaire dilatée) a comparé la vacuité de la voie biliaire, le taux de complication, le nombre de procédure et la durée d'hospitalisation cumulée de 424 patients dans chaque groupe.

Résultats

Les taux de vacuité de la VBP étaient de 97,1% après CL+EVBP dont 1% sans calcul et de 92,7% après CL+EE dont 21,5% sans calcul (p=0,005). Le taux de complications après LC+EE était plus élevé (20.5% vs 14.9% ; p=0.04). Le nombre de procédure par patient après CL+EE était deux fois plus élevé (p<0,001). La durée d'hospitalisation cumulée après CL+EVBP était plus courte (8j (médiane 7j) contre 10j (médiane 8j); p<0,001).

Conclusion

Les taux de vacuité de la VBP étaient de 97,1% après CL+EVBP dont 1% sans calcul et de 92,7% après CL+EE dont 21,5% sans calcul (p=0,005). Le taux de complications après LC+EE était

plus élevé (20.5% vs 14.9% ; $p=0.04$). Le nombre de procédure par patient après CL+EE était deux fois plus élevé ($p<0,001$). La durée d'hospitalisation cumulée après CL+EVBP était plus courte (8j (médiane 7j) contre 10j (médiane 8j); $p<0,001$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.094

3CVD00572-Morbidité après conversion des pancréatectomies gauches robotiques versus cœlioscopiques : analyse appariée par score de propension d'une cohorte multicentrique internationale

Thibaud BERTRAND (1), Charlotte E. BAGGERMAN VAN HOUWENINGE (2), Bergthor BJORNSSON (3), Tullio PIARDI (4), Tobias KECK (5), Peter VAN DEN BOEZEM (6), Stefan BURGDORF (7), Fabio AUSANIA (8), Svein Olav BRATLIE (9), Miha PETRIC (10), Dietrich A. RUESS (11), Ruben DE KLEINE (12), Geert ROEYEN (13), Mathieu D'HONDT (14), Izaak Quintus MOLENAAR (15), Rosa JORBA (16), Hjalmar VAN SANTVOORT (15), Elizabeth PANDO (17), Tim PENCLEVEL (18), Sparrelid SPARRELID (19), Marc G. BESSELINK (2), Safi DOKMAK (1), Mohammad ABU HILAL (20) - (1)Hôpital Beaujon, Ap-Hp, Clichy, France, (2)Amsterdam Umc, Amsterdam, Pays-Bas, (3)Linköping University, Linköping, Suède, (4)Chu De Reims (hôpital Robert Debré), Reims, France, (5)University Hospital Schleswig-Holstein, Lübeck, Allemagne, (6)Radboud University Medical Center, Nimègue, Pays-Bas, (7)Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Danemark, (8)Hospital Clínic De Barcelona, Barcelone, Espagne, (9)Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Suède, (10)University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovénie, (11)Medical Center – University Of Freiburg, Fribourg-En-Brisgau, Allemagne, (12)University Medical Center Groningen, Groningue, Pays-Bas, (13)University Hospital Antwerp, Anvers, Belgique, (14)Az Groeninge, Courtrai, Belgique, (15)St. Antonius Hospital / Umc Utrecht, Utrecht, Pays-Bas, (16)Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragone, Espagne, (17)Hospital Universitari Vall D'hebron, Barcelone, Espagne, (18)Royal Surrey Nhs Foundation Trust, Guildford, Royaume-Uni, (19)Karolinska Institutet, Stockholm, Suède, (20)University Of Jordan, Amman, Jordanie

Conflits d'intérêts

Financement du registre d'Intuitive Surgical et Ethicon ; les autres ne déclarent aucun conflit.

Introduction

La conversion majeure la morbidité de la pancréatectomie gauche mini-invasive (PGMI). L'impact selon la voie d'abord robotique (PGR) ou cœlioscopique (PGC) reste inconnu.

Méthodes

Cohorte rétrospective multicentrique internationale issue d'un registre prospectif européen (75 centres, 20 pays ; 2019–2024). Appariement par score de propension 1:1. Critère principal : morbidité majeure (Clavien-Dindo ≥ 3) à 30 jours. Sous-groupes prédéfinis : conversion élective/urgente et volume du centre.

Résultats

Parmi 2 782 PGMI, 272 (9,8 %) ont été converties : 6,0 % en PGR contre 12,4 % en PGC ($p < 0,001$). Après appariement (61 vs 61), la morbidité majeure était comparable (28 % vs 33 % ; différence absolue $-4,9$ %, IC95 % $-20,7$ à $11,2$; $p = 0,555$), sans différence pour les complications pancréatiques, la mortalité ni l'Idéal Outcome. Les résultats étaient homogènes en conversion élective (24 % vs 34 %) et urgente (57 % vs 29 %), et selon le volume. En analyse multivariée, la

PGR était associée à un moindre risque de conversion urgente (OR 0,29 ; IC95 % 0,12–0,71 ; $p=0,007$).

Conclusion

Parmi 2 782 PGMI, 272 (9,8 %) ont été converties : 6,0 % en PGR contre 12,4 % en PGC ($p<0,001$). Après appariement (61 vs 61), la morbidité majeure était comparable (28 % vs 33 % ; différence absolue –4,9 %, IC95 % –20,7 à 11,2 ; $p=0,555$), sans différence pour les complications pancréatiques, la mortalité ni l'Ideal Outcome. Les résultats étaient homogènes en conversion élective (24 % vs 34 %) et urgente (57 % vs 29 %), et selon le volume. En analyse multivariée, la PGR était associée à un moindre risque de conversion urgente (OR 0,29 ; IC95 % 0,12–0,71 ; $p=0,007$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.095

3CVD00826-Classification des pancréatectomies gauches laparoscopiques selon l'étendue de l'exérèse et le risque de diabète de novo.

Fannie BAIXERAS (1), Jeanne DEMBINSKI (1), Fadhel Samir FTÉRICHE (1), Béatrice AUSSILHOU (1), Vinciane REBOURS (2), Mickael LESURTEL (1), Alain SAUVANET (1), Safi DOKMAK (1) - (1)Service De Chirurgie Hépato Bilio Pancréatique Et Transplantation Hépatique, Hopital Beaujon, Aphp, Clichy, France, (2)Service De Pancréatologie, Hopital Beaujon, Aphp, Clichy, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Après pancréatectomie gauche laparoscopique (PGL), le risque de diabète de novo (DDN) selon le niveau de section est mal étudié poussant certaines équipes à une section isthmique, techniquement plus facile. Ce travail voulait comparer et classer les PGL selon l'étendue de l'exérèse et le risque de DDN.

Méthodes

De 2008 à 2021, les PGL étaient classées en 3 types: section isthmique (type1), section distale avec résection >5cm (type 2) ou ≤5 cm (type 3), et comparées sur les suites immédiates et le risque de DDN.

Résultats

Parmi 345 patients, les types 1, 2 et 3 représentaient respectivement 180 (52%), 128 (37%) et 37 (11%) patients. Les patients opérés d'un type 1 étaient plus âgés (61±14 vs. 54±14 vs. 53±15ans, p<0,001), opérés plus souvent pour cancer (63% vs. 36% vs. 33%, p<0,001), avec un IMC équivalent (p=0,478), et sans diabète préopératoire chez 78% vs 81% vs 84% (p=0,612). La longueur de pancréas réséqué diminuait du type 1 au type 3 (12,0±2,9cm vs 8,8±2,5cm vs 4,5±0,8cm, p <0,001). Les taux de morbidité Clavien III-IV (10,0% vs 8,6% vs 8,10%, p=0,885) (un décès dans le groupe 2) et de fistule pancréatique grade B-C (19,9% vs 18,0% vs 18,9%, p=0,548) étaient similaires. Après un recul médian de 74 mois, l'incidence cumulée du DDN était de 39% vs 15% vs 7% (p<0,001).

Conclusion

Parmi 345 patients, les types 1, 2 et 3 représentaient respectivement 180 (52%), 128 (37%) et 37 (11%) patients. Les patients opérés d'un type 1 étaient plus âgés (61±14 vs. 54±14 vs. 53±15ans, p<0,001), opérés plus souvent pour cancer (63% vs. 36% vs. 33%, p<0,001), avec un IMC équivalent (p=0,478), et sans diabète préopératoire chez 78% vs 81% vs 84% (p=0,612). La

longueur de pancréas réséqué diminuait du type 1 au type 3 ($12,0 \pm 2,9\text{cm}$ vs $8,8 \pm 2,5\text{cm}$ vs $4,5 \pm 0,8\text{cm}$, $p < 0,001$). Les taux de morbidité Clavien III-IV ($10,0\%$ vs $8,6\%$ vs $8,10\%$, $p=0,885$) (un décès dans le groupe 2) et de fistule pancréatique grade B-C ($19,9\%$ vs $18,0\%$ vs $18,9\%$, $p=0,548$) étaient similaires. Après un recul médian de 74 mois, l'incidence cumulée du DDN était de 39% vs 15% vs 7% ($p < 0,001$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.096

3CVD00444-Preventing Postoperative Pancreatic Fistula After Distal Pancreatectomy: A Systematic Review of Intraoperative Strategies with Evidence-Based Recommendations

Sadok BEN JABRA, Mohamed Ali CHAOUCH, Ibtissem KORBI, Faouzi NOOMEN - (1)Chu Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Conflits d'intérêts

No competing interests to declare

Introduction

Postoperative pancreatic fistula (POPF) remains the most frequent and clinically relevant complication after distal pancreatectomy (DP), with reported rates of 17–30%, despite advances in surgical technique and perioperative care. Our objective was to systematically evaluate and compare all intraoperative strategies proposed to prevent POPF after distal pancreatectomy and to formulate evidence-based recommendations using the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine framework.

Méthodes

A systematic review were searched for meta-analyses, systematic reviews, randomized controlled trials , and comparative studies evaluating preventive strategies for POPF after DP. Interventions were grouped into preoperative/duct-targeted measures, surgical approach, spleen management, pancreatic transection and stump management, reinforcement techniques, and drainage strategies.

Résultats

Seventy-two studies were included. Among all evaluated. Multiple high-quality RCTs and meta-analyses showed a significant reduction in clinically relevant POPF with a no-drain strategy. Spleen preservation, with or without splenic vessel preservation, was associated with equivalent or reduced rates of clinically relevant POPF. In contrast, pancreatic duct stenting, botulinum toxin injection, choice of surgical approach pancreatic transection level, stump closure technique and main pancreatic duct ligation showed heterogeneous without consistent benefit. Reinforcement techniques, particularly polyglycolic acid mesh and reinforced staplers, demonstrated promising results in retrospective analyses but lacked confirmation in high-quality RCTs

Conclusion

Seventy-two studies were included. Among all evaluated. Multiple high-quality RCTs and meta-analyses showed a significant reduction in clinically relevant POPF with a no-drain strategy. Spleen preservation, with or without splenic vessel preservation, was associated with equivalent or reduced rates of clinically relevant POPF. In contrast, pancreatic duct stenting, botulinum toxin injection, choice of surgical approach pancreatic transection level, stump closure technique and main pancreatic duct ligation showed heterogeneous without consistent benefit. Reinforcement techniques, particularly polyglycolic acid mesh and reinforced staplers, demonstrated promising results in retrospective analyses but lacked confirmation in high-quality RCTs

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.097

3CVD00059-Prédiction explicable de la morbi-mortalité postopératoire par apprentissage automatique

Gwendoline MENDES, Franck VERDONK, Grégoire BELLAN, Julien HEDOU - (1)Surgecare, Paris, France

Conflits d'intérêts

Entreprise SurgeCare

Introduction

Les scores de risque péri-opératoires permettent de personnaliser les parcours de soins et d'optimiser l'allocation des ressources hospitalières. L'adoption clinique des modèles d'intelligence artificielle reste limitée par un manque d'interprétabilité. Cette étude vise à développer et valider un modèle d'apprentissage automatique explicable, basé sur des données pré- et peropératoires de routine, pour prédire les complications postopératoires majeures et la mortalité à un an.

Méthodes

Cohorte monocentrique rétrospective de 34 901 procédures chirurgicales consécutives (janvier 2018 – décembre 2021). Les complications majeures ont été définies par les réadmissions à 30 jours, les reprises chirurgicales et les codages PMSI. Après prétraitement, 25 254 séjours et 2 860 variables ont été analysés (complications : 28,9 % ; mortalité à 1 an : 3,7 %). Les données ont été divisées en ensembles d'entraînement, validation et test. Une approche parcimonieuse associant sélection de variables par le framework Stabl et XGBoost a été appliquée.

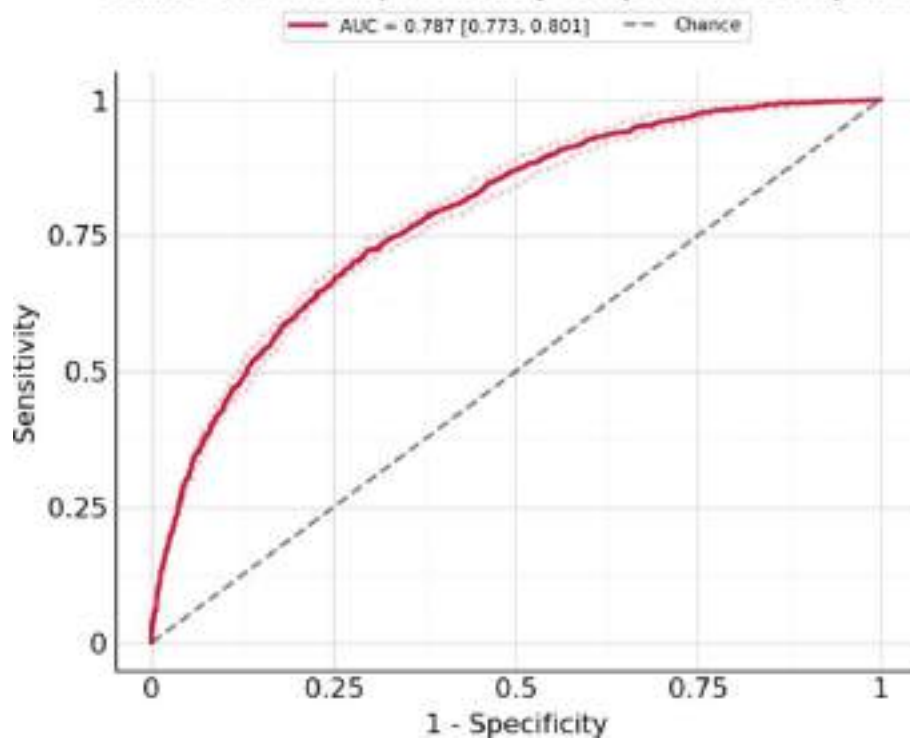
Résultats

Le modèle Stabl-XGBoost a atteint une AUC de 0,79 [0,77–0,80] pour les complications majeures (45 variables sélectionnées) et 0,82 [0,80–0,85] pour la mortalité à 1 an (23 variables). Les principaux prédicteurs des complications incluaient la durée d'intervention, la durée en salle de surveillance post-interventionnelle, l'indice d'anisocytose, l'urée et l'âge ; ceux de la mortalité : âge, phosphatase alcaline, CRP, sexe et albumine.

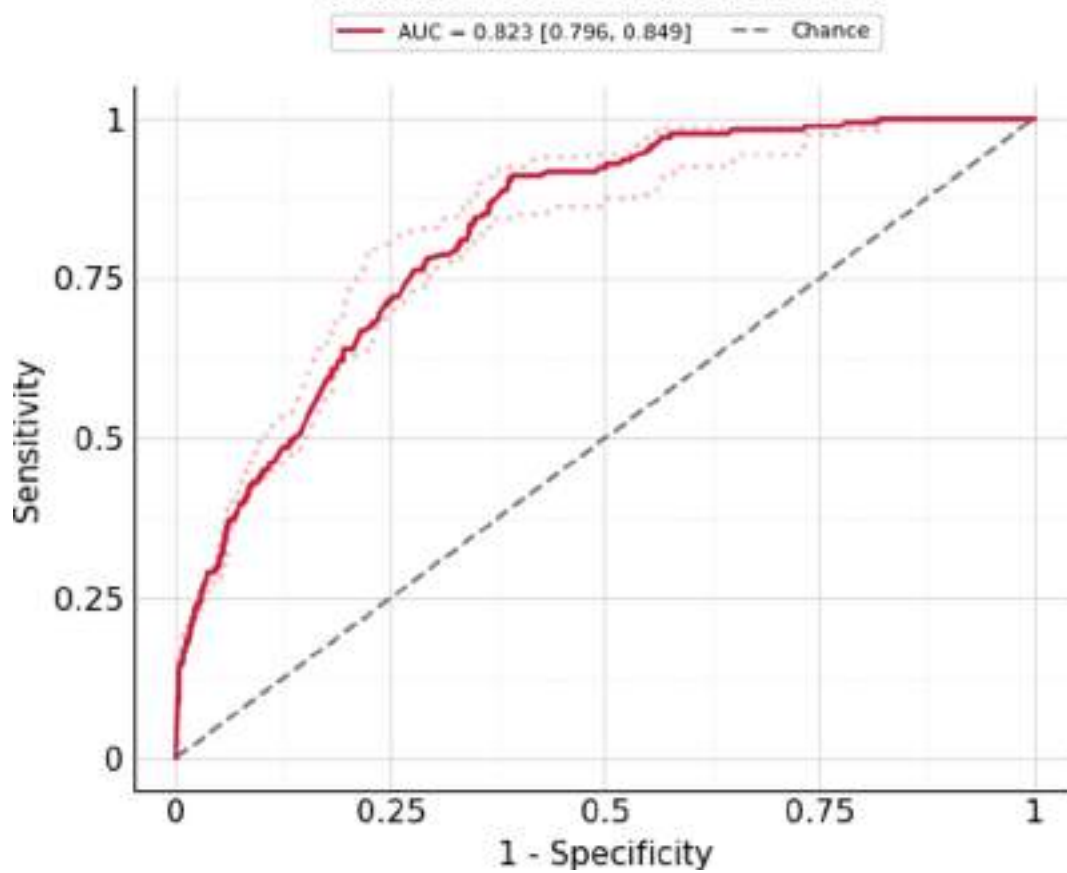
Conclusion

Le modèle Stabl-XGBoost a atteint une AUC de 0,79 [0,77–0,80] pour les complications majeures (45 variables sélectionnées) et 0,82 [0,80–0,85] pour la mortalité à 1 an (23 variables). Les principaux prédicteurs des complications incluaient la durée d'intervention, la durée en salle de surveillance post-interventionnelle, l'indice d'anisocytose, l'urée et l'âge ; ceux de la mortalité : âge, phosphatase alcaline, CRP, sexe et albumine.

Courbe ROC : Complications postopératoires majeures



Courbe ROC : Mortalité à un an



E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.098

3CVD00839-Cholangiocarcinome distal et adénocarcinome canalaire pancréatique : tumeurs voisines, survie comparable ? Analyse pronostique comparative après duodéno pancréatectomie céphalique d'emblée et élaboration d'un score composite de survie

Arthur MARICHEZ (1), Goudarz PASSAND (1), Mehdi BOUBADDI (1), Sabrina CASPIANI (1), Noa TOUSSAINT (1), Marie DECRAECKER (2), Saltel FRÉDÉRIC (3), Anne-Aurelie RAYMOND (4), Jean-Philippe ADAM (1), Christohe LAURENT (1), Laurence CHICHE (1) - (1)Service De Chirurgie Hépto-Biliaire, Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Service D'oncologie Digestive, Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (3)U1312-Equipe 3, Bordeaux Institute Of Oncology, Université De Bordeaux, Bordeaux, France, (4)Plateforme Oncoprot, Université De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le cholangiocarcinome distal (CCAd) et l'adénocarcinome canalaire pancréatique (PDAC) céphalique sont deux tumeurs périampullaires nécessitant un geste chirurgical identique mais relevant d'une chimiothérapie adjuvante différente. Si historiquement le CCAd présente un meilleur pronostic après résection, suite à l'avènement des dernières chimiothérapies le pronostic de ces deux tumeurs après résection chirurgicale reste peu étudié.

Méthodes

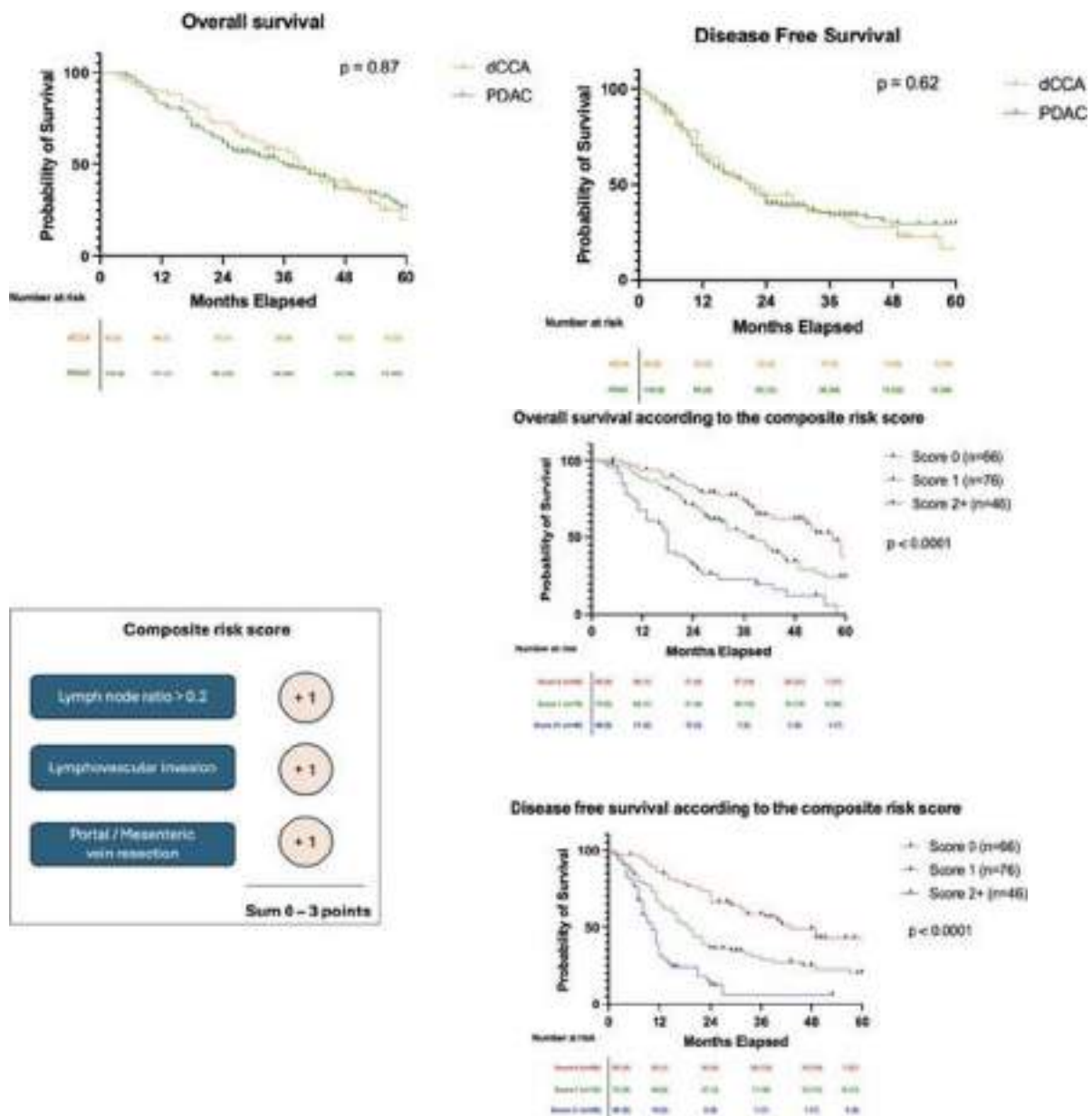
Tous patients opérés de duodéno pancréatectomie céphalique d'emblée pour CCAd ou PDAC dans une série monocentrique(2018–2023) ont été inclus. Les patients avec traitement néoadjuvant ou tumeur borderline/localement avancée ont été exclus. L'objectif principal était la survie oncologique (survie globale(SG) et sans-récidive(SSR)). Les objectifs secondaires étaient l'identification de facteurs pronostiques par analyse multivarié.

Résultats

187 patients ont été inclus (CCAd=53 ; PDAC=134). La durée médiane de suivi était respectivement de 56 et 46 mois. La SG et la SSR n'étaient pas significativement différentes entre CCAd et PDAC. Le type tumoral n'était pas un facteur pronostique indépendant en analyse multivariée. Dans le PDAC, la réalisation de l'ensemble des cycles de mFOLFIRINOX était associée à une meilleure survie. Le ratio ganglionnaire > 0,2, l'invasion lymphovasculaire et la résection veineuse ont été identifiés comme facteurs pronostiques indépendants et intégrés dans un score composite de survie qui stratifiait la SG et la SSR avec un pouvoir discriminant équivalent dans le CCAd et le PDAC.

Conclusion

187 patients ont été inclus (CCAd=53 ; PDAC=134). La durée médiane de suivi était respectivement de 56 et 46 mois. La SG et la SSR n'étaient pas significativement différentes entre CCAd et PDAC. Le type tumoral n'était pas un facteur pronostique indépendant en analyse multivariée. Dans le PDAC, la réalisation de l'ensemble des cycles de mFOLFIRINOX était associée à une meilleure survie. Le ratio ganglionnaire > 0,2, l'invasion lymphovasculaire et la résection veineuse ont été identifiés comme facteurs pronostiques indépendants et intégrés dans un score composite de survie qui stratifiait la SG et la SSR avec un pouvoir discriminant équivalent dans le CCAd et le PDAC.



E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.099

3CVD00446-Associating liver partition and Portal vein Ligation for staged hepatectomy (ALPPS) Versus Portal Vein Embolization in terms of two-stage postoperative outcomes, liver volumetry, and oncological safety: A Meta-Analysis

Sadok BEN JABRA, Mohamed Ali CHAOUCH, Ibtissem KORBI, Faouzi NOOMEN - (1)Chu Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Conflits d'intérêts

There are no competing interests to declare

Introduction

Major hepatectomy for liver malignancies often requires preoperative hypertrophy of the future liver remnant (FLR) to prevent postoperative liver failure. Portal vein embolization (PVE) is the traditional method, while the association of liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS) is a newer, more aggressive alternative. This meta-analysis aimed to compare the efficacy and safety of ALPPS versus PVE in patients undergoing major liver resection.

Méthodes

A systematic search was conducted in PubMed, Embase, Cochrane Library, and Google Scholar up to June 1, 2025. Clinical controlled trials comparing ALPPS and PVE were included. The results analyzed included FLR hypertrophy, postoperative morbidity and mortality, and oncological results. Meta-analyses were performed using a random-effects model. Quality was assessed using the Newcastle-Ottawa Scale and certainty of evidence using GRADE.

Résultats

Fourteen studies with more than 1,000 patients were included. ALPPS resulted in significantly higher FLR hypertrophy and faster growth. The dropout rates and FLR failure were lower with ALPPS. ALPPS also showed less tumor progression and fewer positive resection margins. However, ALPPS was associated with higher postoperative mortality and major complications. Long-term oncologic outcomes, including overall 1-, 3- and 5-year overall and disease-free survival, were similar between both groups.

Conclusion

Fourteen studies with more than 1,000 patients were included. ALPPS resulted in significantly higher FLR hypertrophy and faster growth. The dropout rates and FLR failure were lower with ALPPS. ALPPS also showed less tumor progression and fewer positive resection margins. However, ALPPS was associated with higher postoperative mortality and major complications.

Long-term oncologic outcomes, including overall 1-, 3- and 5-year overall and disease-free survival, were similar between both groups.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.100

3CVD00849-Fistule de l'anastomose pancréatico-jéjunale sur anse isolée après duodéno-pancréatectomie céphalique : analyse d'une série monocentrique

Ezer BEN ALI, Nouha DAMMAK, Mehdi BEN LATIFA, Fathia HARRABI, Amal BOUAZZI, Sami LAGHA, Waad FARHAT, Abdelkader MIZOUNI, Mohamed BEN MABROUK, Ali BEN ALI - (1)Chu Sahloul, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les données ont été anonymisées avant analyse. Le protocole respecte les recommandations éthiques nationales pour les études rétrospectives. Aucun consentement individuel n'était requis dans ce cadre, conformément à la réglementation en vigueur. Nous décl

Introduction

La duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) représente le traitement de référence des tumeurs céphalo-pancréatiques et péri-ampullaires. Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales et de la prise en charge péri-opératoire, elle reste grevée d'une morbidité importante, dominée par la fistule pancréatique postopératoire (FPP). L'anastomose pancréatico-jéjunale sur anse isolée constitue une alternative technique visant à limiter ce risque.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective, observationnelle et unicentrique incluant les patients ayant eu une DPC avec anastomose pancréatico-jéjunale sur anse isolée entre janvier 2005 et décembre 2023. Les données cliniques, biologiques, radiologiques, opératoires et anatomopathologiques ont été recueillies. La FPP a été définie selon la classification ISGPS 2016. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées.

Résultats

Au total, 254 patients ont été inclus. Le taux global de FPP était de 15,7 %, dont 9,8 % de fistules cliniquement significatives, grades B et C. En analyse univariée, la FPP était associée à l'âge avancé, aux comorbidités, au score ASA élevé, à l'altération de l'état général, à l'hypoprotidémie, à la dilatation isolée de la voie biliaire principale, au petit diamètre du canal de Wirsung, au diagnostic tumoral, à la durée opératoire prolongée et à la résection veineuse. En analyse multivariée, le petit diamètre du canal de Wirsung et la durée opératoire prolongée étaient indépendamment associés à la FPP.

Conclusion

Au total, 254 patients ont été inclus. Le taux global de FPP était de 15,7 %, dont 9,8 % de fistules cliniquement significatives, grades B et C. En analyse univariée, la FPP était associée à

l'âge avancé, aux comorbidités, au score ASA élevé, à l'altération de l'état général, à l'hypoprotidémie, à la dilatation isolée de la voie biliaire principale, au petit diamètre du canal de Wirsung, au diagnostic tumoral, à la durée opératoire prolongée et à la résection veineuse. En analyse multivariée, le petit diamètre du canal de Wirsung et la durée opératoire prolongée étaient indépendamment associés à la FPP.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.101

3CVD00475- Une cause rare d'abdomen aigue :Le kyste hydatique du foie ouvert dans le peritoine : A Propos De 29 Cas

Waad FARHAT (1) , Amal BOUAZZI (1), Sami LAGHA (1), Mehdi BEN LATIFA (1), Ilhem OUHICHI (2), Dorsaf BELTAIFA (3), Mohamed BEN MABROUK (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie, (2)Service D'anesthésie Et Réanimation Sahloul, Sousse, Tunisie, (3)Service D'anatomopathologie, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

non

Introduction

La rupture de kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale est un accident rare mais grave réalisant des tableaux cliniques C'est une urgence chirurgicale exceptionnelle mortelle qu'on doit l'évoquer dans tous les pays endémiques.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 26 cas de KHF rompus dans le péritoine révélé par un tableau d'abdomen aigu colligés entre janvier 2000 et décembre 2025

Résultats

Au cours de cette période, 1695 patients ont été opérés pour KHF, dont 26 avec une rupture aiguë dans le péritoine, soit 1,53 % des cas. L'âge moyen était de 29 ans et le sex-ratio de 1,72. La rupture a été secondaire à un traumatisme dans 6 cas. La présentation clinique a été celle d'une péritonite aiguë dans 22 cas, des réactions allergiques ont été observées dans 23 % des cas, mais aucun cas de choc anaphylactique n'a été noté. Le traitement chirurgical a consisté en un traitement de la péritonite, du KH rompu et des KH associés. Tous les patients ont été mis sous traitement antihelminthique en post opératoire. Les suites lointaines ont été marquées par une hydatidose péritonéale secondaire chez un malade.

Conclusion

Au cours de cette période, 1695 patients ont été opérés pour KHF, dont 26 avec une rupture aiguë dans le péritoine, soit 1,53 % des cas. L'âge moyen était de 29 ans et le sex-ratio de 1,72. La rupture a été secondaire à un traumatisme dans 6 cas. La présentation clinique a été celle d'une péritonite aiguë dans 22 cas, des réactions allergiques ont été observées dans 23 % des cas, mais aucun cas de choc anaphylactique n'a été noté. Le traitement chirurgical a consisté en un traitement de la péritonite, du KH rompu et des KH associés. Tous les patients ont été mis sous traitement antihelminthique en post opératoire. Les suites lointaines ont été marquées par une hydatidose péritonéale secondaire chez un malade.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.102

3CVD00457-Évaluation des dysfonctions primaires des greffons hépatiques par spectroscopie Raman spontanée et stimulée : analyse intermédiaire d'une étude prospective monocentrique

Mélanie MOUSSET, Edouard WASIELEWSKI, Laurent SULPICE - (1)Chu De Rennes, Rennes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La dysfonction primaire du greffon hépatique (incluant l'EAD et la PNF), demeure une complication majeure en post greffe immédiate. L'évaluation actuelle des greffons repose principalement sur des critères macroscopiques subjectifs. Des travaux préliminaires en spectroscopie Raman ont suggéré l'existence de profils spectraux lipidiques prédictif de dysfonction.

Méthodes

Il s'agit d'une analyse intermédiaire d'une étude prospective monocentrique incluant 81 transplantations hépatiques réalisées au CHU de Rennes. Des biopsies hépatiques pré-implantatoires congelées ont été analysées par spectroscopie Raman stimulée (SRS) et spontané (RS). Les acquisitions ciblaient le signal lipidique CH_2 ($\sim 2846 \text{ cm}^{-1}$) et le signal protéique CH_3 ($\sim 2931 \text{ cm}^{-1}$). Les ratios CH_2/CH_3 ont été calculés après traitement et normalisation des images et spectres obtenus et une calibration quotidienne du SRS par squalane a été réaliser pour standardiser les acquisitions.

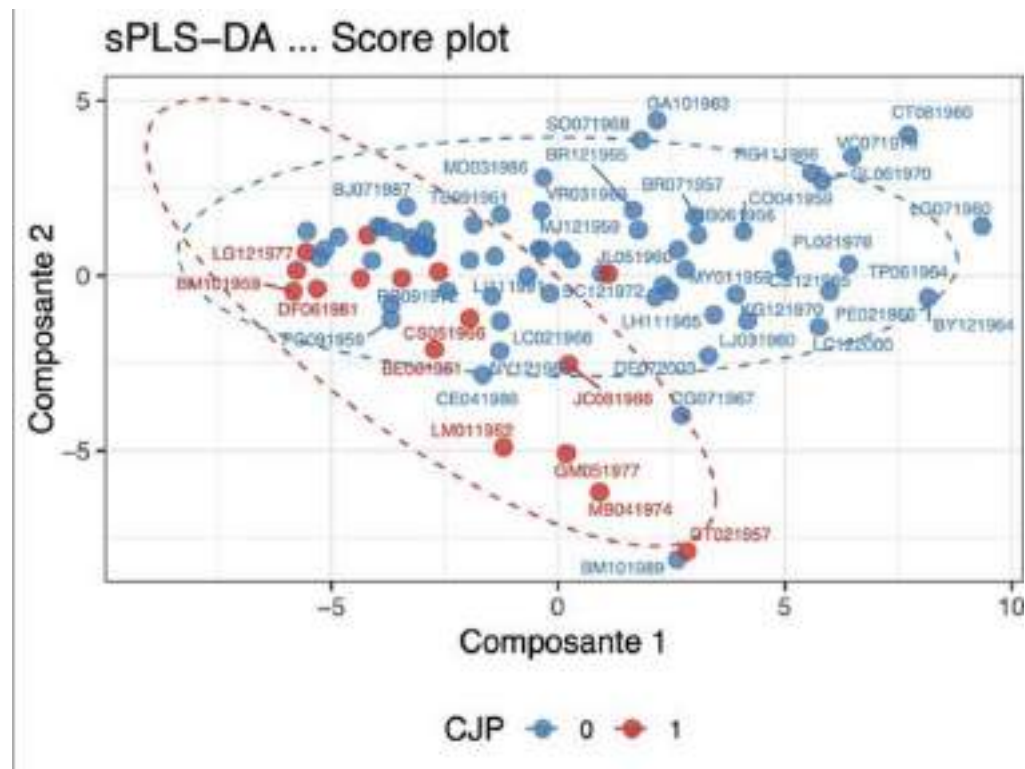
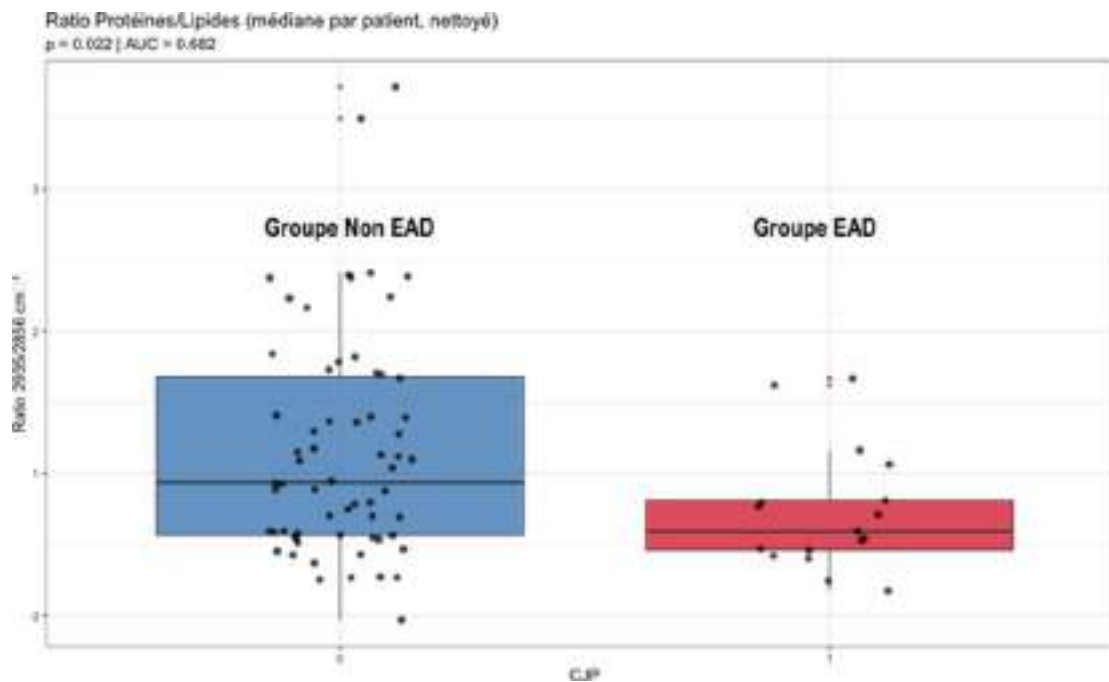
Résultats

Parmi les 81 patients, 18 ont développé un EAD (22,2%). Les caractéristiques des receveurs étaient comparables entre les groupes. Chez les donneurs, le BMI était plus élevé dans le groupe EAD (27,0 vs 24,7 kg/m^2 ; $p=0,048$). Au Raman spontané, le ratio protéines/lipides différait significativement entre greffons EAD et non-EAD ($p=0,022$; $\text{AUC}=0,682$). Dans le modèle multivarié par Random Forest, le ratio Raman se distinguait comme l'un des principaux facteurs à la prédiction de la dysfonction primaire du greffon. Pour le SRS, aucune association significative visible avec la survenue d'une EAD pour cette analyse intermédiaire.

Conclusion

Parmi les 81 patients, 18 ont développé un EAD (22,2%). Les caractéristiques des receveurs étaient comparables entre les groupes. Chez les donneurs, le BMI était plus élevé dans le groupe EAD (27,0 vs 24,7 kg/m^2 ; $p=0,048$). Au Raman spontané, le ratio protéines/lipides

différait significativement entre greffons EAD et non-EAD ($p=0,022$; $AUC=0,682$). Dans le modèle multivarié par Random Forest, le ratio Raman se distinguait comme l'un des principaux facteurs à la prédiction de la dysfonction primaire du greffon. Pour le SRS, aucune association significative visible avec la survenue d'une EAD pour cette analyse intermédiaire.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.103

3CVD00439-Apport d'un modèle de foie imprimé en 3D à l'enseignement de l'anatomie hépatique : une étude pilote

Alice BROCHIER - (1)Cochin Service De Chirurgie Digestive, Hépato-Biliaire Et Endocrinienne, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les modèles hépatiques imprimés en 3D évalués dans ce travail ont été conçus et fabriqués par la plateforme PRIM 3D, plateforme publique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans le cadre de ce projet de recherche pédagogique. Ce travail n'

Introduction

L'anatomie hépatique et ses variations vasculo-biliaires sont difficiles à enseigner, l'imagerie 2D restituant mal les rapports tridimensionnels. Peu d'études confrontent 2D, 3D virtuel et 3D imprimé, et l'apport sur les variations anatomiques reste peu évalué.

Méthodes

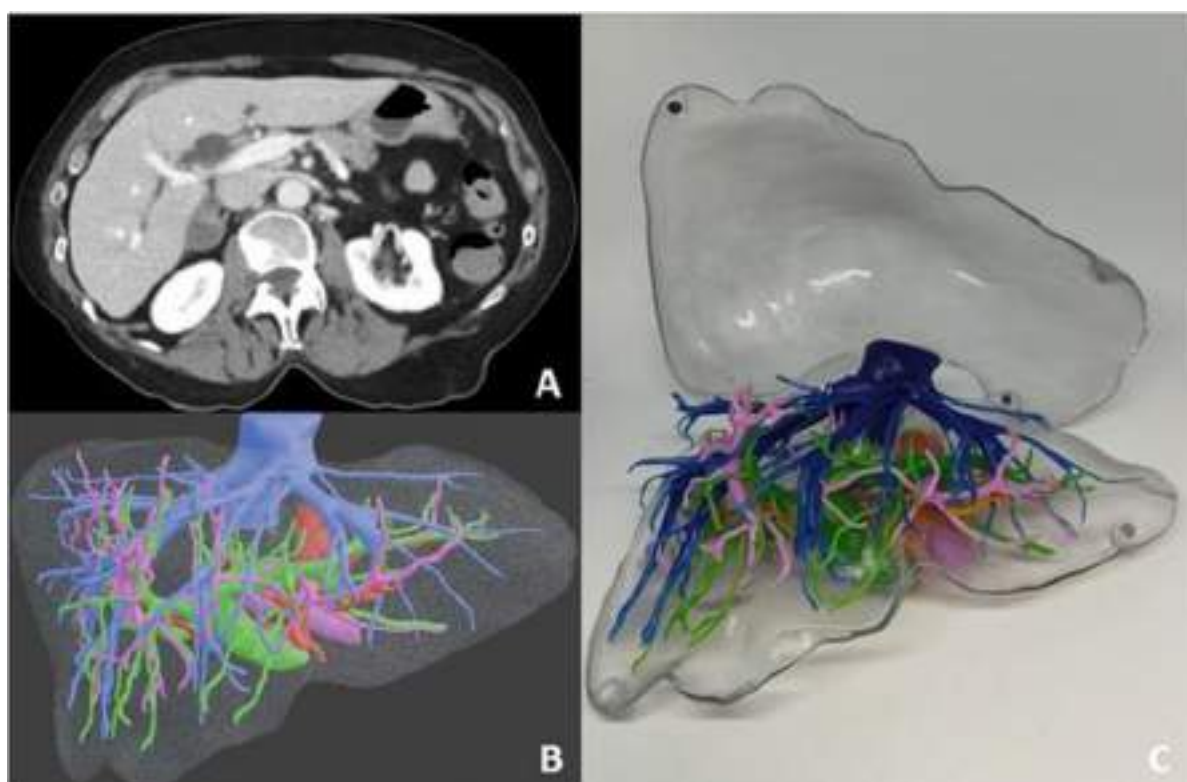
Étude prospective en bras croisés incluant 42 participants (internes, seniors non experts, experts), effectif calculé sur la base des différences 2D vs 3D rapportées dans la littérature. Chaque participant répondait à un questionnaire anatomique de 13 items d'abord sur scanner 2D puis sur outil 3D (Figure 1). La modalité 3D (virtuelle ou imprimée) était randomisée et stratifiée sur le niveau d'expertise. Deux niveaux de Kirkpatrick étaient mesurés: la compréhension anatomique objective (niveau 2; critère principal: différence de score 2D vs 3D, test de Wilcoxon apparié) et la satisfaction (niveau 1; échelle de 1 à 10).

Résultats

Le score médian de compréhension progressait de 7,75/13 (59%) en 2D à 10,75/13 (79%) en 3D ($p=0,009$), soit un gain médian de 3 points retrouvé à tous les niveaux d'expertise (internes: 7,1 à 9,8; seniors non experts: 7,8 à 10,9; experts: 8,5 à 11,6). Les items les plus améliorés concernaient les variations biliaires. Les modèles imprimé et virtuel étaient comparables ($p=0,226$). La satisfaction médiane était de 8,9/10.

Conclusion

Le score médian de compréhension progressait de 7,75/13 (59%) en 2D à 10,75/13 (79%) en 3D ($p=0,009$), soit un gain médian de 3 points retrouvé à tous les niveaux d'expertise (internes: 7,1 à 9,8; seniors non experts: 7,8 à 10,9; experts: 8,5 à 11,6). Les items les plus améliorés concernaient les variations biliaires. Les modèles imprimé et virtuel étaient comparables ($p=0,226$). La satisfaction médiane était de 8,9/10.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.104

3CVD00531-Facteurs associés à la sténose anastomotique après réparation des plaies biliaires post-cholécystectomie

Mohamed HAJRI, Sadok MEGDICHE, Zied HADRICHE, Aziz ATALLAH, Lassad GHARBI, Sahir OMRANI - (1)Service De Chirurgie Hépato-Biliaire Et De Transplantation Hépatique, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La plaie iatrogène des voies biliaires est une complication redoutée de la cholécystectomie. Sa réparation peut être grevée d'une morbidité importante, dominée par la sténose anastomotique. L'objectif était d'évaluer les résultats à long terme des réparations biliaires et d'identifier les facteurs associés à la sténose.

Méthodes

Étude rétrospective analytique menée entre janvier 2010 et janvier 2021, incluant les patients ayant bénéficié d'une réparation biliaire après plaie iatrogène survenue au cours d'une cholécystectomie. Le critère de jugement principal était la survenue d'une sténose biliaire anastomotique.

Résultats

Cinquante-huit patients ont été inclus. Les réparations biliaires étaient précoces dans 43,1 % des cas et tardives dans 56,9 %. La mortalité postopératoire était de 8 % et la morbidité globale de 31 %. Après un suivi de 3 ans, 18 patients, soit 31 %, ont présenté une sténose anastomotique, révélée par un ictère dans 11 cas, des angiocholites à répétition dans 4 cas et de manière asymptomatique dans 3 cas. Quinze patients ont nécessité une reprise chirurgicale avec confection d'une anastomose bilio-digestive. En analyse univariée, les facteurs associés à la sténose étaient un IMC < 25,5 kg/m², un délai de réparation < 7 semaines, un abcès de paroi, une fistule anastomotique, un score Terblanche IV, un score McDonald D et un séjour postopératoire prolongé. En analyse multivariée, seuls l'IMC < 25,5 kg/m² et le score Terblanche IV étaient indépendamment associés à la sténose.

Conclusion

Cinquante-huit patients ont été inclus. Les réparations biliaires étaient précoces dans 43,1 % des cas et tardives dans 56,9 %. La mortalité postopératoire était de 8 % et la morbidité globale de 31 %. Après un suivi de 3 ans, 18 patients, soit 31 %, ont présenté une sténose anastomotique, révélée par un ictère dans 11 cas, des angiocholites à répétition dans 4 cas et

de manière asymptomatique dans 3 cas. Quinze patients ont nécessité une reprise chirurgicale avec confection d'une anastomose bilio-digestive. En analyse univariée, les facteurs associés à la sténose étaient un IMC < 25,5 kg/m², un délai de réparation < 7 semaines, un abcès de paroi, une fistule anastomotique, un score Terblanche IV, un score McDonald D et un séjour postopératoire prolongé. En analyse multivariée, seuls l'IMC < 25,5 kg/m² et le score Terblanche IV étaient indépendamment associés à la sténose.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.105

3CVD00462-Les cystadénomes mucineux du pancréas : quand s'inquiéter?

Waad FARHAT (1) , Amal BOUAZZI (1), Sami LAGHA (1), Mehdi BEN LATIFA (1), Ilhem OUHICHI (2), Mohamed BEN MABROUK (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie, (2)Service D'anesthésie Et Réanimation Sahloul Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

pas de conflits d'interets

Introduction

Les cystadénomes mucineux du pancréas sont des tumeurs bénignes à potentialité maligne, qui comprennent les formes bénignes et celles avec dysplasie modérée (formes borderline). La transformation maligne en cystadénocarcinome mucineux est difficilement prévisible sur le seul aspect morphologique à l'imagerie

Méthodes

cinquante deux patients opérés d'une lésion kystique pancréatique entre 1998 et 2025 avec une histologie mentionnant les termes 'cystadénome mucineux avec présence d'un stroma ovarien ont été analysés sur le plan clinique, radiologique et anatomopathologique. Le groupe des cystadénomes mucineux bénins comportant 36 patients a été comparé à celui des cystadénomes mucineux malins comportant 16 patients.

Résultats

la scanographie était très sensible (92%) et très spécifique (97 %) pour détecter un nodule mural. Les patients atteints d'un cystadénome mucineux dégénéré étaient plus âgés (48 ans versus 42 ans, $p < 0.05$) et présentaient une lésion de plus grande taille (80 mm vs 35 mm en médiane) que ceux atteints d'un cystadénome mucineux bénin. Le caractère malin du cystadénome mucineux était associé de façon très significative à la présence d'un nodule mural en imagerie ($p < 0.001$) : scanographie (nodule mural > 10 mm dans 100 % des lésions malignes), imagerie par résonance magnétique nucléaire et échoendoscopie.

Conclusion

la scanographie était très sensible (92%) et très spécifique (97 %) pour détecter un nodule mural. Les patients atteints d'un cystadénome mucineux dégénéré étaient plus âgés (48 ans versus 42 ans, $p < 0.05$) et présentaient une lésion de plus grande taille (80 mm vs 35 mm en médiane) que ceux atteints d'un cystadénome mucineux bénin. Le caractère malin du cystadénome mucineux était associé de façon très significative à la présence d'un nodule

mural en imagerie ($p < 0.001$) : scanographie (nodule mural > 10 mm dans 100 % des lésions malignes), imagerie par résonance magnétique nucléaire et échoendoscopie.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.106

3CVD00004-Techniques de transection parenchymateuse par robot : un choix entre outils imparfaits

Raffaele BRUSTIA, Hassen HENTATI, Daniele SOMMACALE, Boris AMORY, Gastineau DELPHINE, Boyer NICOLAS, Laurent ALEXIS, Leniger MATTHIEU, Nerriec SARAH, Delielienne MADELINE, Hamon JEREMY, Osman BAHHA - (1)Upec-Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La transection hépatique en robotique reste limitée par l'absence de CUSA intégré. Le recours initial au CUSA a progressivement laissé place à la dissection bipolaire robotique. L'objectif était d'évaluer l'impact du dispositif de transection sur les résultats périopératoires

Méthodes

Étude prospective monocentrique issue de la cohorte PROCHE (IRB 00011558), incluant les patients adultes opérés d'hépatectomie robotique programmée (2019–2024). Les interventions étaient stratifiées selon la classification IMM (I–III) et comparées entre transection CUSA (assistée) et bipolaire robotique (pince bipolaire ± VesselSealer). Les critères de jugement étaient la durée opératoire, les pertes sanguines, la transfusion et la conversion en laparotomie.

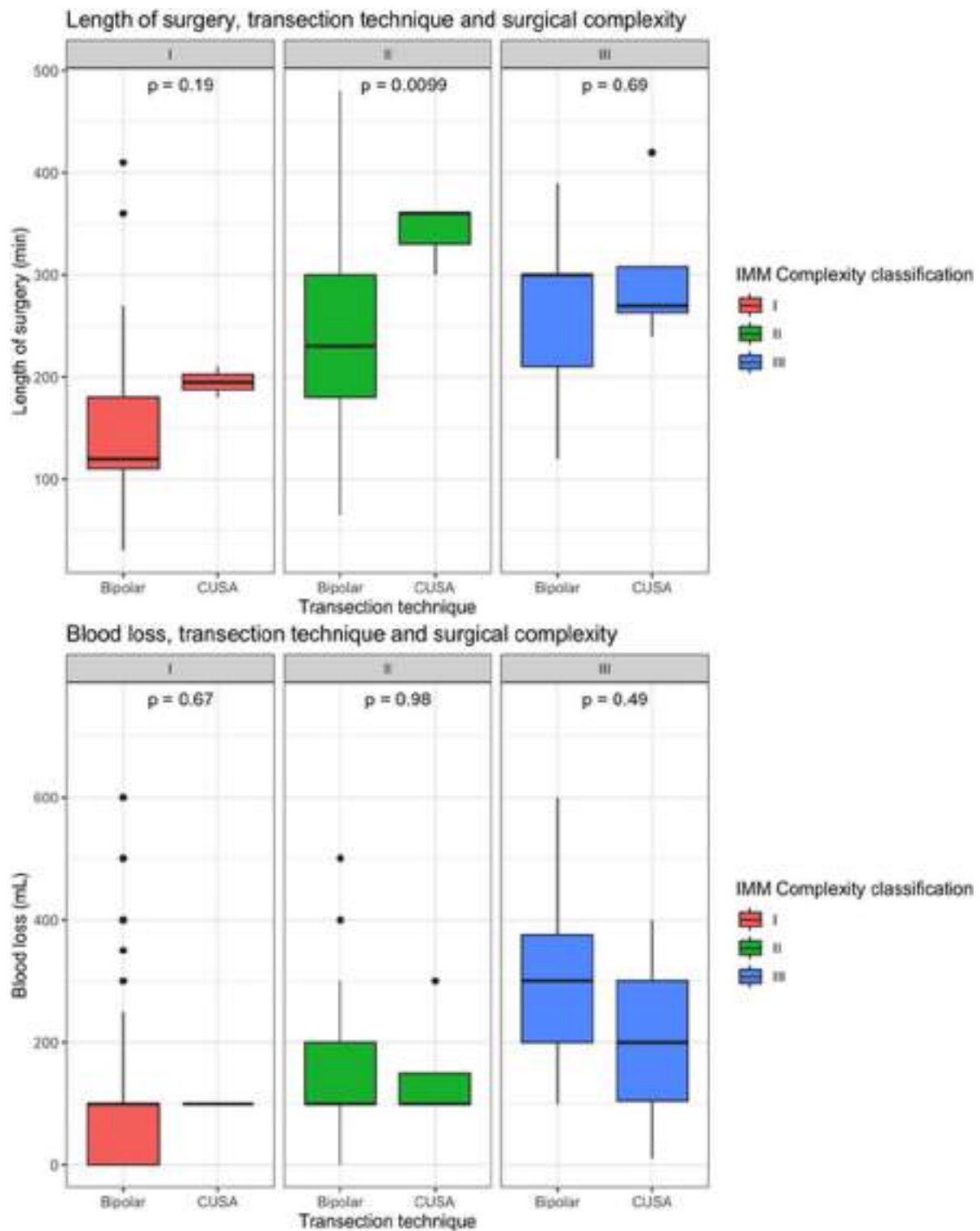
Résultats

Sur la période d'étude, 150 RLS (35 %) ont été réalisées. La transection était majoritairement bipolaire (92,6 %), le CUSA étant réservé aux cas complexes (IMM II–III, $p=0,001$). Après stratification, la durée opératoire était plus courte avec le bipolaire pour les IMM II, sans différence sur pertes sanguines, transfusion ou conversion. En analyse multivariée, les pertes sanguines prédisaient la transfusion (OR 1, IC95% [1,00–1,01], $p=0,024$) ; la conversion était associée à l'IMM III (OR 9,81, IC95% [1,26–99,0], $p=0,035$) et au Tachosil® (OR 18,6, IC95% [2,75–204], $p=0,006$), indépendamment du dispositif.

Conclusion

Sur la période d'étude, 150 RLS (35 %) ont été réalisées. La transection était majoritairement bipolaire (92,6 %), le CUSA étant réservé aux cas complexes (IMM II–III, $p=0,001$). Après stratification, la durée opératoire était plus courte avec le bipolaire pour les IMM II, sans différence sur pertes sanguines, transfusion ou conversion. En analyse multivariée, les pertes sanguines prédisaient la transfusion (OR 1, IC95% [1,00–1,01], $p=0,024$) ; la conversion était

associée à l'IMM III (OR 9,81, IC95% [1,26–99,0], $p=0,035$) et au Tachosil® (OR 18,6, IC95% [2,75–204], $p=0,006$), indépendamment du dispositif.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.107

3CVD00520-Atezolizumab-Bevacizumab néoadjuvant suivi d'une chirurgie pour les carcinomes hépatocellulaires localement avancés : étude multicentrique rétrospective française.

Alexandra NASSAR (1) , Chetana LIM (1), Giuliana AMADDEO (2), Claire GOUMARD (1), Manon ALLAIRE (3), Mehdi BOUBADDI (4), Christophe LAURENT (4), Laurence CHICHE (4), Celia TURCO (5), Christian HOBEIKA (6), Mickael LESURTEL (6), Heithem JEDDOU (7), Mohamad Ali ZORKOT (7), Rami RHALEM (8), Nicolas GOLSE (9), Antonio SA CUNHA (9), Mohamed BOUATTOUR (10), Jean-Charles NAULT (11), Sarah MOURI (3), Hélène REGNAULT (2), Sabrina SIDALI (12), Marie LEQUOY (13), Clémence HOLLANDE (10), Claudia CAMPANI (14), Raffaele BRUSTIA (15), Olivier SCATTON (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Biliaire Hôpital De La Pitié Salpêtrière, Paris, France, (2)Service D'hépatologie, Hopital Henri Mondor, Créteil, France, (3)Service D'hépatogastroentérologie, Hôpital De La Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Chirurgie Viscérale Et Digestive Unité De Chirurgie Hépatobiliaire Et Pancréatique, Hôpital Haut Lévêque Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (5)Service De Chirurgie Viscérale, Digestive Et Cancérologique-Unité De Transplantation Hépatique Chu Besançon, Besançon, France, (6)Service De Chirurgie Hépato-Pancréato-Biliaire Et Transplantation Hôpital Beaujon, Clichy, France, (7)Service De Chirurgie Hépato-Biliaire Et Digestive Chu De Rennes, Rennes, France, (8)Service De Chirurgie Générale, Digestive Et Endocrinienne, Chu De Reims, Reims, France, (9)Service De Chirurgie Hépato-Biliaire Et Pancréatique Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France, (10)Service D'oncologie Hépatique Et Innovation Thérapeutique, Hopital Beaujon, Clichy, France, (11)Service D'hépatologie Et Oncologie Hépatique, Hopital Avicenne, Bobigny, France, (12)Service D'hépatologie, Hopital Beaujon, Clichy, France, (13)Service D'hépatologie, Hopital Saint-Antoine, Paris, France, (14)service D'hépatologie Et Oncologie Hépatique, Hopital Avicenne, Bobigny, France, (15)Service De Chirurgie Digestive Et Hépato-Bilio-Pancréatique, Hopital Henri Mondor, Créteil, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

Introduction

La place de la résection hépatique (RH) après traitement systémique dans les carcinomes hépatocellulaires (CHC) localement avancés reste mal définie. Cette étude vise à évaluer les résultats d'une stratégie associant Atézolizumab-Bévacizumab (AB) néoadjuvant suivi d'une RH comparativement à un traitement par AB seul.

Méthodes

Les patients atteints d'un CHC localement avancé (thrombose vasculaire tumorale et/ou une maladie multinodulaire), opérés dans 8 centres français (2019-2025) sont inclus. Les résultats des patients ayant eu un traitement néoadjuvant par AB suivi d'une RH (AB+RH) sont comparés à une deuxième cohorte de patients Child A ayant reçu un traitement par AB seul dans 5 centres (2020-2024) et n'ayant pas progressé après 3 cycles d'AB (groupe AB).

Résultats

Parmi 2030 patients opérés pour CHC, 36 (1,8%) ont reçu un traitement par AB+RH avec 10 cycles (6-16) d'AB préopératoire. Ces patients sont comparés à 29 patients (4.2%) sélectionnés parmi 690 patients traités par AB seul. Les caractéristiques hépatiques et tumorales étaient comparables entre les 2 groupes, notamment les formes multinodulaires (50% vs 34%, $p=0,209$) et thromboses portes VP3-4 (33% vs 38%, $p=0,618$). La survie globale était significativement supérieure dans le groupe AB+RH ($p<0,001$). Parmi les patients opérés, 81% ont eu une hépatectomie majeure, sans aucune mortalité périopératoire observée. La médiane de survie sans récurrence après RH était de 38mois (IQR 23-53).

Conclusion

Parmi 2030 patients opérés pour CHC, 36 (1,8%) ont reçu un traitement par AB+RH avec 10 cycles (6-16) d'AB préopératoire. Ces patients sont comparés à 29 patients (4.2%) sélectionnés parmi 690 patients traités par AB seul. Les caractéristiques hépatiques et tumorales étaient comparables entre les 2 groupes, notamment les formes multinodulaires (50% vs 34%, $p=0,209$) et thromboses portes VP3-4 (33% vs 38%, $p=0,618$). La survie globale était significativement supérieure dans le groupe AB+RH ($p<0,001$). Parmi les patients opérés, 81% ont eu une hépatectomie majeure, sans aucune mortalité périopératoire observée. La médiane de survie sans récurrence après RH était de 38mois (IQR 23-53).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.108

3CVD00568-Valeur pronostique de la lipase sérique dans la pancréatite aiguë : corrélation avec les scores de gravité

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La pancréatite aiguë (PA) présente une évolution clinique hétérogène, allant de formes bénignes à des formes sévères associées à une mortalité importante. L'identification précoce des patients à risque demeure essentielle. Cette étude visait à évaluer l'association entre les taux sériques de lipase, les scores pronostiques validés et la mortalité hospitalière chez des patients admis pour PA.

Méthodes

Une étude rétrospective transversale a inclus 389 patients hospitalisés pour PA entre 2021 et 2023 dans un centre tertiaire. Les données démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies. La sévérité a été évaluée à l'aide des scores de Ranson, APACHE II, BISAP, HAPS, CTSI et Glasgow-Imrie. Les patients ont été stratifiés selon un seuil de lipase sérique de 600 U/L. Les associations entre les taux de lipase, les scores de gravité et la mortalité hospitalière ont été analysées.

Résultats

La mortalité hospitalière globale était de 2,6 % (n=10). Les taux de lipase étaient significativement associés au score de Ranson ($p<0,05$) ainsi qu'à certains paramètres biologiques. Une lipase ≥ 600 U/L prédisait la sévérité selon le score de Ranson avec une sensibilité de 70,2 % et une spécificité de 57,3 %. Des scores élevés de Ranson, BISAP et APACHE II étaient significativement associés à la mortalité ($p<0,01$), contrairement aux taux de lipase ($p=0,42$) ainsi qu'aux scores HAPS, CTSI et Glasgow-Imrie.

Conclusion

La mortalité hospitalière globale était de 2,6 % (n=10). Les taux de lipase étaient significativement associés au score de Ranson ($p<0,05$) ainsi qu'à certains paramètres biologiques. Une lipase ≥ 600 U/L prédisait la sévérité selon le score de Ranson avec une sensibilité de 70,2 % et une spécificité de 57,3 %. Des scores élevés de Ranson, BISAP et

APACHE II étaient significativement associés à la mortalité ($p < 0,01$), contrairement aux taux de lipase ($p = 0,42$) ainsi qu'aux scores HAPS, CTSI et Glasgow-Imrie.

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.109

3CVD00206-Résections hépatiques « wedge » et unisegmentectomies : la voie robotique sécurise-t-elle l'approche mini-invasive ?

Raffaele BRUSTIA, Hassen HENTATI, Daniele SOMMACALE, Boris AMORY, Gastineau DELPHINE, Kazan DANIEL, Bahaa OSMAN, Alexis LAURENT, Nicolas BOYER, Madeline DELELIENNE - (1)Upec-Aphp, Créteil, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les contraintes de la coelioscopie lors des résections hépatiques mineures maintiennent un risque de conversion. L'objectif était de comparer le taux de conversion en laparotomie et d'en identifier les facteurs de risque entre les approches robotique et laparoscopique.

Méthodes

Analyse d'une cohorte nichée issue de PROCHE (Cohorte Rétro-PROspective Chirurgie HEpatique GHU Henri Mondor IRB 00011558), étude prospective incluant 770 hépatectomies (2019–2026). Ce travail a porté sur 230 patients consécutifs soumis à une unisegmentectomie ou résection « wedge » mini-invasive : coelioscopie (n=72) ou robotique (n=158). Le critère principal était le taux de conversion en laparotomie. Un appariement par score de propension 1:1 sur la complexité (score IMM) a été réalisé (72 paires).

Résultats

Dans la cohorte globale, le taux de conversion était significativement plus faible dans le groupe robotique que dans le groupe coelioscopie (8,2 % vs 21,1 % ; $p = 0,009$). En analyse multivariée, la voie robotique était le seul facteur préopératoire indépendamment associé à une réduction du risque de conversion ($OR=0,39$; $IC95\%[0,20-0,77]$ $p=0,009$), indépendamment du score IMM, du type de résection et des antécédents chirurgicaux. Dans la cohorte appariée, la tendance persistait (9,7% vs 20,8%) sans atteindre la significativité ($p=0,136$). Le taux de complications graves ne différait pas entre les groupes (cohorte globale : 3,2% vs 5,6%; $p=0,466$).

Conclusion

Dans la cohorte globale, le taux de conversion était significativement plus faible dans le groupe robotique que dans le groupe coelioscopie (8,2 % vs 21,1 % ; $p = 0,009$). En analyse multivariée, la voie robotique était le seul facteur préopératoire indépendamment associé à une réduction du risque de conversion ($OR=0,39$; $IC95\%[0,20-0,77]$ $p=0,009$), indépendamment du score IMM, du type de résection et des antécédents chirurgicaux. Dans la cohorte appariée, la tendance persistait (9,7% vs 20,8%) sans atteindre la significativité ($p=0,136$). Le taux de

complications graves ne différait pas entre les groupes (cohorte globale : 3,2% vs 5,6%; $p=0,466$).

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.110

3CVD00753-Prise en charge chirurgicale des métastases pancréatiques : expérience multicentrique franco-belge

Ioanna Maria MAROUDA (1) , Mehdi BOUBADDI (2), Christophe LAURENT (2), Laurence CHICHE (2), Aurélien DUPRÉ (3), Antoine JEANBLANC (4), François Régis SOUCHE (4), Julie NAVEZ (5), Sebastien FREY (6), Daniela MARIAGE (6), Jean Emmanuel LANGDORPH (7), Petru BUCUR (7), Benjamin DARNIS (8), Bastien LE FLOC'H (9), Nicolas REGENET (9), Elena FERNANDEZ DE SEVILLA (10), Maximiliano GELLI (10), Patrice DAVID (11), Antonio SA CUNHA (1), Gabriella PITTAU (1) - (1)Centre Hépatobiliaire Henri Bismuth, Hôpital Paul Brousse Aphp, Villejuif, France, (2)Centre Hospitalier Universitaire De Bordeaux, Bordeaux, France, (3)Centre Leon Berard, Lyon, France, (4)Centre Hospitalier Universitaire De Montpellier, Montpellier, France, (5)Hôpital Universitaire De Bruxelles, Bruxelles, Belgique, (6)Centre Hospitalier Universitaire De Nice, Nice, France, (7)Centre Hospitalier Régional Universitaire De Tours, Tours, France, (8)Clinique Sauvegarde Lyon, Lyon, France, (9)Centre Hospitalier Universitaire De Nantes, Nantes, France, (10)Hôpital Gustave Roussy, Villejuif, France, (11)Hôpitaux Civils De Colmar, Colmar, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La pancréatectomie pour métastases d'une tumeur primitive extra-pancréatique est une indication chirurgicale rare, dont la prise en charge optimale reste débattue.

Méthodes

Cohorte rétrospective multicentrique incluant tous les patients opérés d'une résection pancréatique pour métastases pancréatiques (MP) (2002-2026). L'objectif principal : évaluer les résultats postopératoires et la survie à long terme en fonction de la tumeur primitive.

Résultats

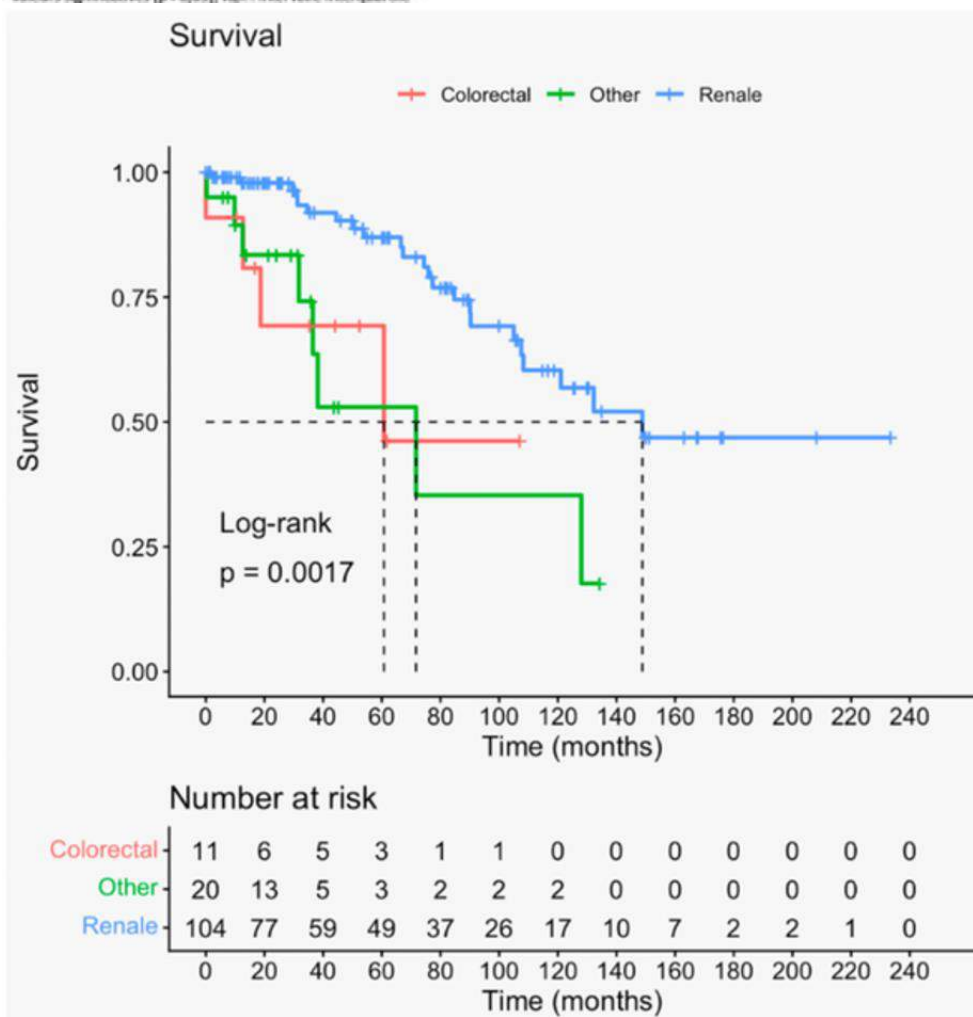
141 patients de 11 centres (10 en France, 1 en Belgique), de 65 ± 11 ans, 51 % des femmes. Les MP survenaient après un délai médian de 90,6 mois [24,2–151,2] depuis le diagnostic initial. La tumeur primitive la plus fréquente était le carcinome rénal à cellules claires (CRCC) (n=109, 77 %), suivi par le cancer colorectal (n=10, 7 %) et autres (n=22, 15 %). La pancréatectomie distale était l'intervention la plus réalisée (50 %), suivie de la duodénopancréatectomie céphalique (25 %) et la pancréatectomie totale (18 %). La mortalité à 90 jours était de 1,2 % et la morbidité majeure (Clavien–Dindo $\geq$ IIIb) de 7 % (Figure 1). Avec un suivi médian de 43 mois, le CRCC était associé à une meilleure survie globale : 148,8 mois [108,2–NA] vs 60,7 mois [18,7–NA] pour le cancer colorectal et 71,7 mois [36,5–NA] pour les autres tumeurs (p=0,0017) (Figure 2). La survie sans récurrence médiane était de 21,2, 17,4 et 8,4 mois respectivement (p=0,00054).

Conclusion

141 patients de 11 centres (10 en France, 1 en Belgique), de 65 ± 11 ans, 51 % des femmes. Les MP survenaient après un délai médian de 90,6 mois [24,2–151,2] depuis le diagnostic initial. La tumeur primitive la plus fréquente était le carcinome rénal à cellules claires (CRCC) (n=109, 77 %), suivi par le cancer colorectal (n=10, 7 %) et autres (n=22, 15 %). La pancréatectomie distale était l'intervention la plus réalisée (50 %), suivie de la duodéno pancréatectomie céphalique (25 %) et la pancréatectomie totale (18 %). La mortalité à 90 jours était de 1,2 % et la morbidité majeure (Clavien–Dindo $\geq$ IIIb) de 7 % (Figure 1). Avec un suivi médian de 43 mois, le CRCC était associé à une meilleure survie globale : 148,8 mois [108,2–NA] vs 60,7 mois [18,7–NA] pour le cancer colorectal et 71,7 mois [36,5–NA] pour les autres tumeurs ($p=0,0017$) (Figure 2). La survie sans récurrence médiane était de 21,2, 17,4 et 8,4 mois respectivement ($p=0,00054$).

Variable	Total (n=141)	Carcinome rénal (n=109)	Cancer colorectal (n=20)	Autres (n=22)	p
Complications postopératoires (%)					0,274
Non	57 (40,4)	44 (40,4)	2 (20,0)	11 (50,0)	
Oui	84 (59,6)	65 (59,6)	8 (80,0)	11 (50,0)	
Score de Clavien-Dindo (%)					0,142
IIIb	3 (2,3)	1 (1,0)	1 (11,1)	1 (4,5)	
IV	5 (3,8)	4 (3,9)	1 (11,1)	0 (0,0)	
V	2 (1,5)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (4,5)	
Mortalité à 90 jours (%)					1,000
Non	80 (98,8)	55 (98,2)	5 (100,0)	20 (100,0)	
Oui	1 (1,2)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Délais chirurgie-réadive, médian [IQR]	16,77 [6,26-33,44]	21,45 [9,41-52,19]	15,01 [9,00-20,86]	8,84 [5,33-15,80]	0,039
Délais chirurgie-décès, médian [IQR]	62,70 [30,90-87,52]	74,81 [46,74-103,77]	24,10 [16,93-37,31]	35,94 [20,47-51,89]	0,018

Valeurs significatives (p<0,05), IQR : intervalle interquartile



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.111

3CVD00782-Évolution des cavités résiduelles non épiplomisées après chirurgie conservatrice de l'échinococcose kystique du foie

Ahmed HADJ TAIEB (1), Youssef MEJDOUB (2), Majdi KCHAOU (1), Rami ZOUARI (1), Ines BEN HAMMOUDA (1), Asma ZAIEM (1), Abderrahmen MASMMOUDI (3), Aymen TRIGUI (1), Mohamed AZZEZA (1), Mohamed BEN AMAR (1) - (1)Hôpital Militaire Universitaire De Sfax-H.m.u.s., Sfax, Tunisie, (2)Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Sfax, Tunisie, (3)Hôpital Régional De Tataouine, Tataouine, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Introduction

Après kystectomie partielle pour échinococcose kystique du foie,, la persistance d'une cavité résiduelle complique l'interprétation de l'imagerie et le diagnostic différentiel avec une récurrence. L'objectif était d'analyser l'évolution morphologique des cavités résiduelles non épiplomisées.

Méthodes

Étude prospective incluant des patients opérés selon une technique conservatrice standardisée. L'analyse a porté sur les lésions sans épiploplastie. Le suivi radiologique évaluait la disparition ou la persistance de la cavité. L'évolution volumétrique a été étudiée par modèle linéaire mixte appliqué au ratio volume postopératoire / volume préopératoire.

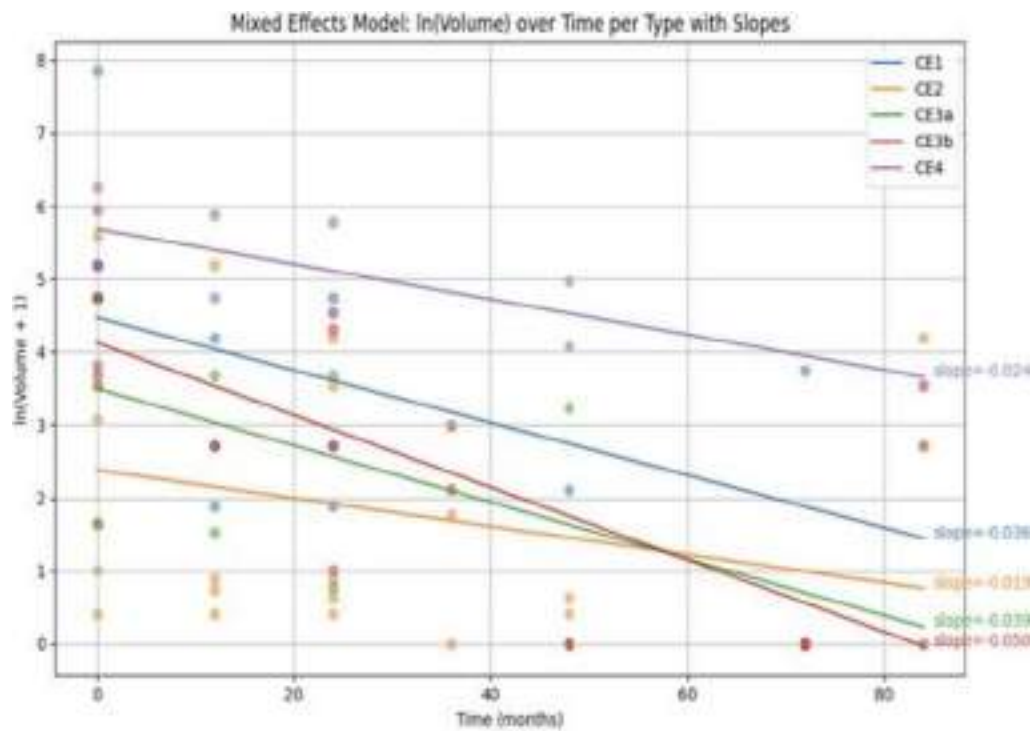
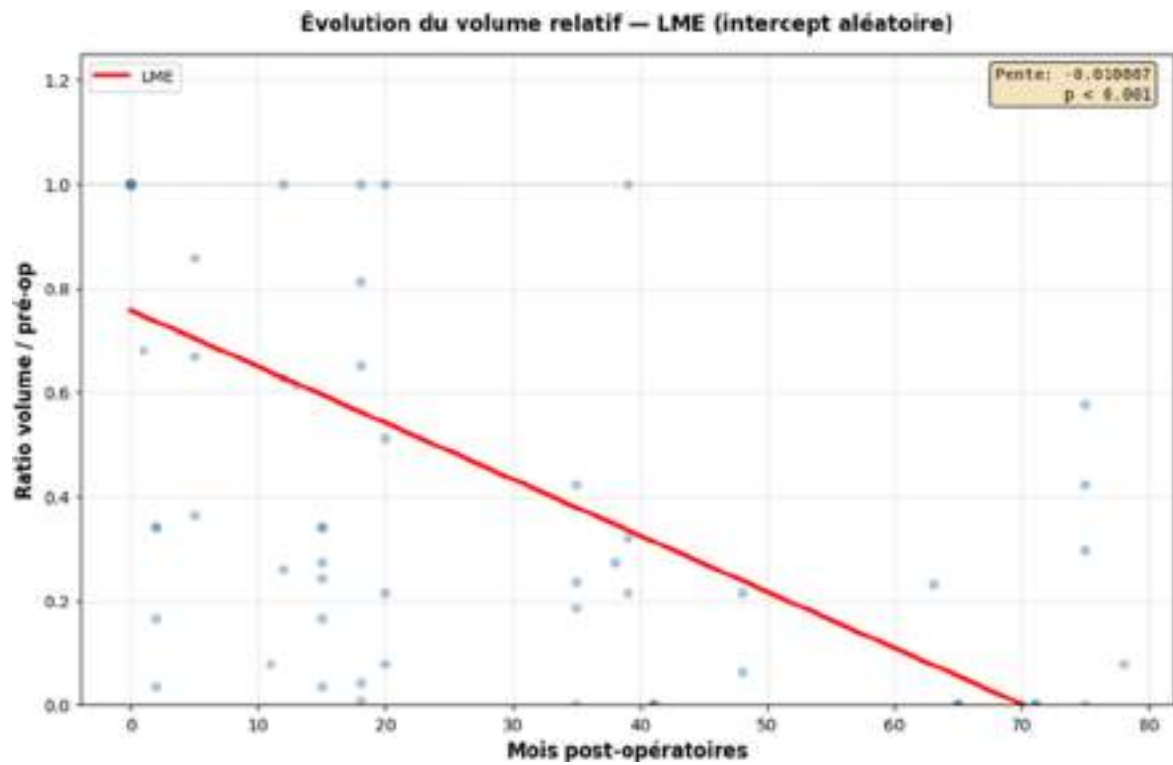
Résultats

Parmi 99 lésions kystiques opérées, 23 cavités résiduelles n'ont pas été épiplomisées. Une disparition complète a été observée dans 9 cas (39 %), avec un délai médian de 71 mois [IQR 41–71]. Parmi elles, 7/9 (77,8 %) correspondaient à des lésions CE1–CE2 à paroi souple et non calcifiée. Les 14 cavités restantes (61 %) persistaient, avec réduction progressive du volume. L'analyse volumétrique confirmait une décroissance lente mais significative du ratio, avec une pente moyenne de $-0,0108$ par mois ($p < 0,001$)(Figure 1), indépendamment du type OMS (Figure 2).

Conclusion

Parmi 99 lésions kystiques opérées, 23 cavités résiduelles n'ont pas été épiplomisées. Une disparition complète a été observée dans 9 cas (39 %), avec un délai médian de 71 mois [IQR 41–71]. Parmi elles, 7/9 (77,8 %) correspondaient à des lésions CE1–CE2 à paroi souple et non calcifiée. Les 14 cavités restantes (61 %) persistaient, avec réduction progressive du volume. L'analyse volumétrique confirmait une décroissance lente mais significative du ratio, avec une

pente moyenne de $-0,0108$ par mois ($p < 0,001$)(Figure 1), indépendamment du type OMS (Figure 2).



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.112

3CVD00532-CHOLECYSTECTOMIE SUS PUBIENNE PAR VOIE ROBOTIQUE : A oublier ou à explorer ? Résultats préliminaires d'une étude prospective de 30 patients

Antoine CAMERLO, Regis FARA, Florian BONNET, Antoine MALBEC - (1)Hopital Europeen, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Proctor Intuitive

Introduction

La voie sus pubienne pourrait améliorer les résultats esthétiques, pariétaux (diminution des douleurs post-opératoires et des éventrations) et économiques (reprise rapide des activités) de la cholécystectomie mini-invasive. Les contraintes techniques de cette approche ont arrêté son développement en cœlioscopie mais semblent effacées par l'abord robotique. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité et la sécurité d'une cholécystectomie robotique sus pubienne.

Méthodes

Entre février 2026 et juin 2026, 30 patients consécutifs ont bénéficié d'une cholécystectomie robotique par voie sus-pubienne à l'aide du système da Vinci. L'intervention était réalisée avec 3 trocarts robotiques pour un seul opérateur. Les données démographiques, opératoires et post-opératoires ont été recueillies prospectivement.

Résultats

L'âge médian était de 62 ans et l'IMC moyen de 30 kg/m². La durée opératoire moyenne totale était de 45 minutes et le temps de console moyen était de 30 minutes. Aucune conversion n'a été nécessaire. Une vue critique de sécurité a été obtenue dans 100 % des cas avec un score moyen de 5.5. Aucune complication per-opératoire ou post-opératoire n'a été observée. Tous les patients ont été pris en charge en ambulatoire. Les résultats esthétiques ont été jugés satisfaisants par l'ensemble des patients et la douleur post-opératoire a été contrôlée par la prise exclusive d'antalgiques de palier 1 pendant une durée moyenne de 3 jours.

Conclusion

L'âge médian était de 62 ans et l'IMC moyen de 30 kg/m². La durée opératoire moyenne totale était de 45 minutes et le temps de console moyen était de 30 minutes. Aucune conversion n'a été nécessaire. Une vue critique de sécurité a été obtenue dans 100 % des cas avec un score moyen de 5.5. Aucune complication per-opératoire ou post-opératoire n'a été observée. Tous les patients ont été pris en charge en ambulatoire. Les résultats esthétiques ont

été jugés satisfaisants par l'ensemble des patients et la douleur post-opératoire a été contrôlée par la prise exclusive d'antalgiques de pallier 1 pendant une durée moyenne de 3 jours.



E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.113

3CVD00558-Duodéno pancréatectomie céphalique versus pancréatectomie totale pour les TIPMP diffuses du canal principal avec transformation maligne

Zied HADRICH (1), Mohamed HAJRI (1), Aziz ATALLAH (1), Nadhem KHELIFI (1), Hedi MESSAOUDI (2), Sahir OMRANI (2) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Oncologique, Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

Les tumeurs intracanales papillaires et mucineuses du pancréas du canal principal, lorsqu'elles sont diffuses et associées à une transformation maligne, posent un problème complexe d'extension de la résection. Lorsque la dégénérescence prédomine dans la tête pancréatique, le choix entre duodéno pancréatectomie céphalique et pancréatectomie totale reste débattu.

Méthodes

Une revue systématique a été conduite selon les recommandations PRISMA 2020. Les bases PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Embase et Google Scholar ont été interrogées jusqu'en mars 2024. Les études rapportant les résultats de la duodéno pancréatectomie céphalique ou de la pancréatectomie totale pour TIPMP du canal principal ou mixtes avec dysplasie de haut grade ou carcinome invasif confirmé histologiquement ont été incluses.

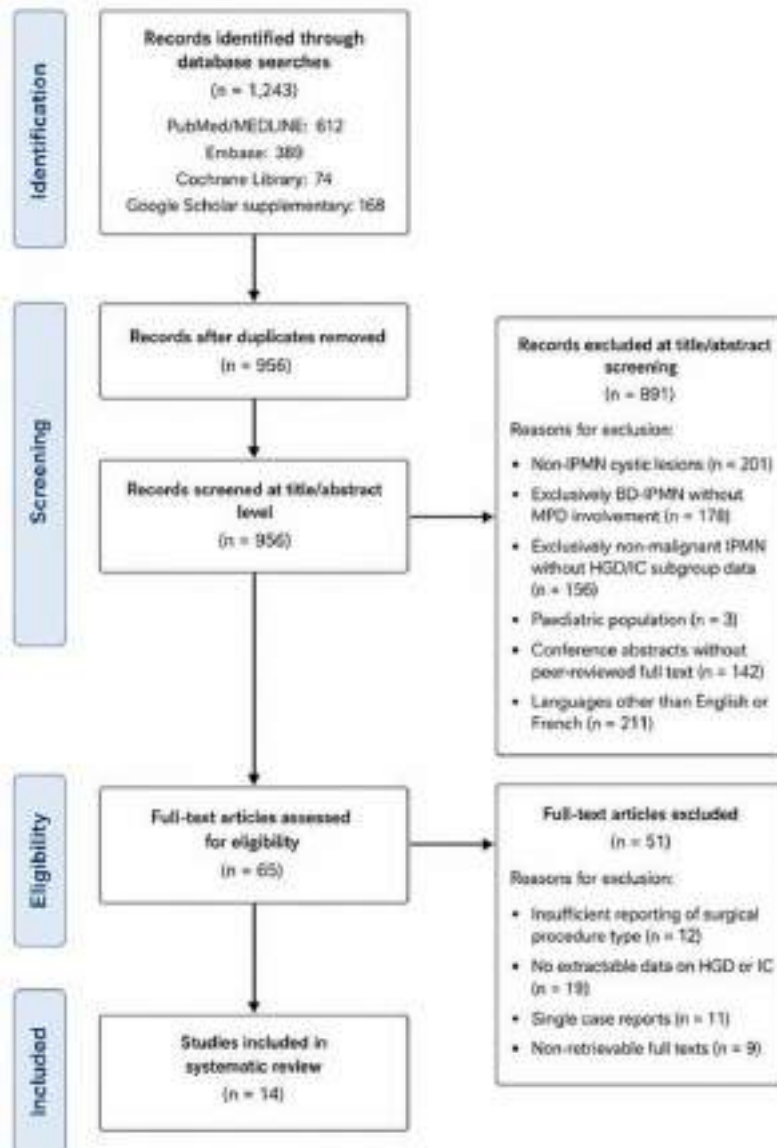
Résultats

Quatorze études ont été retenues, incluant 1 847 patients opérés pour TIPMP du canal principal (Figure 1). La duodéno pancréatectomie céphalique était majoritairement réalisée lorsque la lésion dominante siégeait dans la tête pancréatique. Après pancréatectomie partielle, le taux de progression ou de nouvelles lésions dans le pancréas restant variait de 7,2 % à 23 % pour un suivi médian de 50 mois. La pancréatectomie totale entraînait une insuffisance endocrine et exocrine constante, avec une morbidité postopératoire de 38–45 % et une mortalité de 0–3,6 %. Les taux de résection R0 étaient comparables lorsque les marges extemporanées étaient négatives.

Conclusion

Quatorze études ont été retenues, incluant 1 847 patients opérés pour TIPMP du canal principal (Figure 1). La duodéno pancréatectomie céphalique était majoritairement réalisée lorsque la lésion dominante siégeait dans la tête pancréatique. Après pancréatectomie partielle, le taux de progression ou de nouvelles lésions dans le pancréas restant variait de 7,2 % à 23 % pour un

suivi médian de 50 mois. La pancréatectomie totale entraînait une insuffisance endocrine et exocrine constante, avec une morbidité postopératoire de 38–45 % et une mortalité de 0–3,6 %. Les taux de résection R0 étaient comparables lorsque les marges extemporanées étaient négatives.



E-poster

B. Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique

PO.114

3CVD00780-Hépatectomie majeure : relation entre volumétrie pulmonaire préopératoire et insuffisance respiratoire aiguë postopératoire

Med Fadhel AYADI, Mohamed HAJRI, Zied HADRICH, Guelbi MOHAMED, Nefaa ARFA, Sahir OMRANI - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

Les hépatectomies majeures sont associées à une morbi-mortalité importante. L'insuffisance respiratoire aiguë postopératoire constitue une complication sévère. L'identification préopératoire des patients à risque pourrait permettre d'optimiser la préparation respiratoire et la prise en charge périopératoire. L'objectif de cette étude était d'évaluer la relation entre le volume pulmonaire total préopératoire et la survenue d'une insuffisance respiratoire aiguë après hépatectomie majeure.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique menée sur une période de 10 ans, incluant les patients ayant eu une hépatectomie majeure entre janvier 2014 et janvier 2024. Le volume pulmonaire total a été calculé à partir des scanners thoraciques préopératoires par volumétrie tridimensionnelle. L'aire sous la courbe ROC a été utilisée pour déterminer un seuil prédictif de survenue d'insuffisance respiratoire aiguë postopératoire.

Résultats

Cinquante-six patients ont été inclus. Une insuffisance respiratoire aiguë postopératoire est survenue chez 14 patients (25 %). L'analyse ROC a identifié un seuil de volume pulmonaire total à 3403 mL, avec une aire sous la courbe de 0,724 ($p = 0,013$). Les patients ayant un volume pulmonaire total > 3403 mL présentaient moins d'insuffisance respiratoire aiguë postopératoire (14 % versus 57 % ; $p = 0,003$). En régression logistique pénalisée selon la méthode de Firth, cette association n'atteignait pas la significativité statistique ($OR = 0,12$; $IC95 \% : 0,003-1,15$; $p = 0,06$).

Conclusion

Cinquante-six patients ont été inclus. Une insuffisance respiratoire aiguë postopératoire est survenue chez 14 patients (25 %). L'analyse ROC a identifié un seuil de volume pulmonaire total à 3403 mL, avec une aire sous la courbe de 0,724 ($p = 0,013$). Les patients ayant un volume pulmonaire total > 3403 mL présentaient moins d'insuffisance respiratoire aiguë

postopératoire (14 % versus 57 % ; $p = 0,003$). En régression logistique pénalisée selon la méthode de Firth, cette association n'atteignait pas la significativité statistique ($OR = 0,12$; $IC95\% : 0,003-1,15$; $p = 0,06$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.115

3CVD00022-La résection hépatique robotique en live-streaming à des fins pédagogiques : est-elle sûre ? Étude cas-témoin multicentrique

Alessia FASSARI (1), Benedetto IELPO (2), Vito DE BLASI (3), Francesca MARCUCCI (4), Alexandru AMARIUTEI (4), Alessandro ANSELMO (5), Edoardo ROSSO (4) - (1)Centre Hospitalier Universitaire De Rennes, Rennes, France, (2)Hôpital Del Mar, Barcelone, Espagne, (3)Centre Hospitalier De Luxembourg, Luxembourg, Luxembourg, (4)Centre De Chirurgie Digestive Pôle Santé Sud, Le Mans, France, (5)Universita Torre Vergata, Torre Vergata, Italie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les interventions chirurgicales en « live-streaming » sont de plus en plus utilisées comme outil pédagogique au sein de la communauté chirurgicale. La sécurité de la résection hépatique robotique diffusée en direct n'a pas été formellement évaluée. Nous avons comparé les résultats périopératoires des résections hépatiques robotiques en live-streaming versus des résections non diffusées.

Méthodes

Cette étude cas-témoin multicentrique a porté sur 311 résections hépatiques réalisées entre octobre 2024 et décembre 2025 dans trois centres HPB européens. Quarante-deux patients consécutifs ayant bénéficié d'une résection hépatique robotique en live-streaming (groupe L-S) ont été appariés 1:1 à des patients ayant subi une résection non diffusée (groupe nL) durant la même période. L'étude finale comprenait deux groupes homogènes de 42 patients chacun. Les critères principaux comprenaient la morbidité globale, les complications majeures, la conversion en chirurgie ouverte, les transfusions, les réhospitalisations, la mortalité, la durée d'hospitalisation et le taux de résection R1. Les variables peropératoires ont également été recueillies.

Résultats

Les résultats postopératoires — morbidité globale, complications majeures, taux de conversion, transfusions, réhospitalisations, mortalité, durée d'hospitalisation et taux de R1 étaient similaires entre les groupes L-S et nL. Le groupe L-S présentait une fréquence significativement plus élevée et une plus longue durée de manœuvre de Pringle ($p < 0,005$).

Conclusion

Les résultats postopératoires — morbidité globale, complications majeures, taux de conversion, transfusions, réhospitalisations, mortalité, durée d'hospitalisation et taux de R1

étaient similaires entre les groupes L-S et nL. Le groupe L-S présentait une fréquence significativement plus élevée et une plus longue durée de manœuvre de Pringle ($p < 0,005$).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.116

3CVD00712-Validation semi-automatique du codage d'adénocarcinome pancréatique dans les bases médico-administratives : application d'un pipeline textuel à l'Entrepôt de données de santé de l'AP-HP

Gaanan NAVEENDRAN (1) , Florian JOLY (2), Sacha GUILHAUMOU (1), Bastien RANCE (3), Stylianos TZEDAKIS (1), David FUKS (1), Ugo MARCHESE (1) - (1)Cochin, Paris, France, (2)Insem Paris Cité, Paris, France, (3)Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

L'adénocarcinome pancréatique (ADK) est un cancer de mauvais pronostic, souvent diagnostiqué tardivement. Le code CIM-10 C25 est largement utilisé pour identifier ces patients dans les bases médico-administratives, mais son exactitude est mise en cause, notamment en présence de lésions précancéreuses comme les TIPMP. L'objectif est de développer et valider un pipeline semi-automatique pour distinguer les vrais ADK parmi les patients codés C25 dans l'Entrepôt de Données de Santé (EDS) de l'AP-HP.

Méthodes

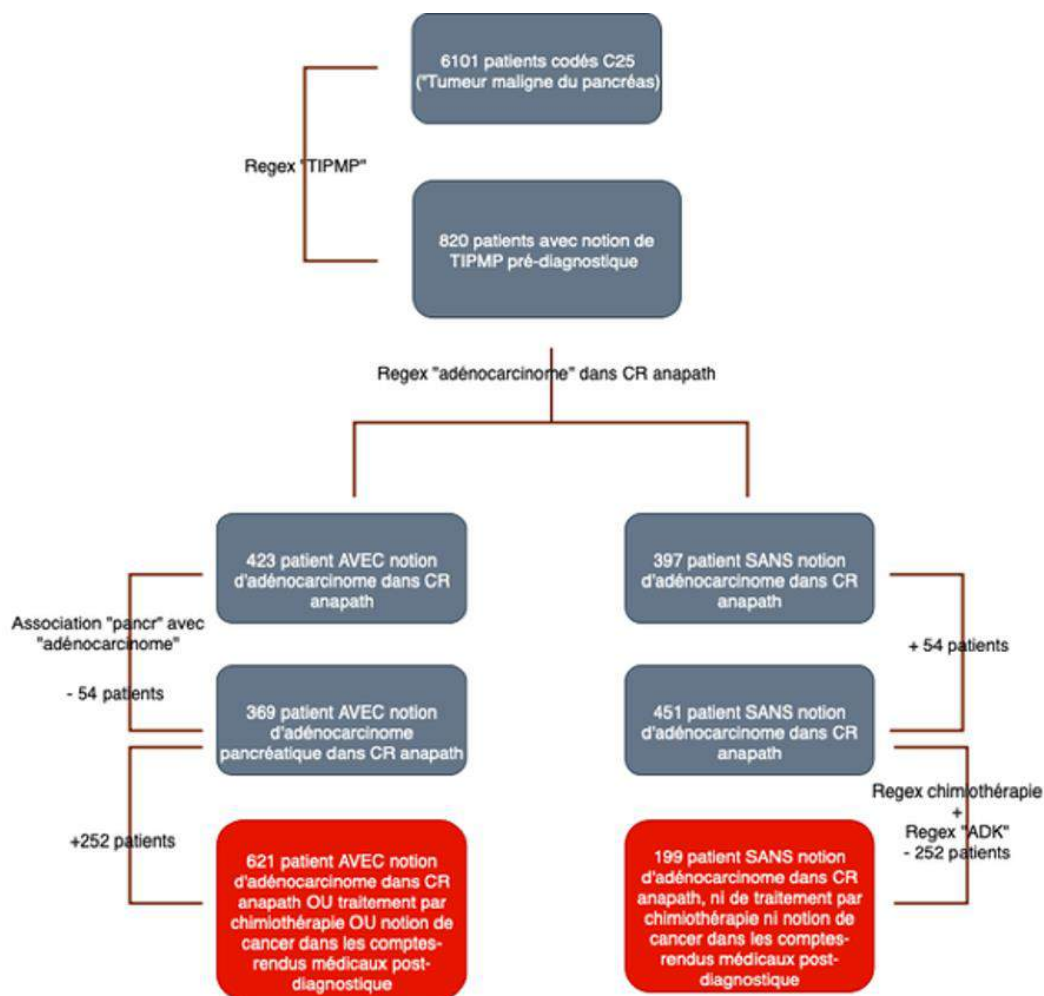
Nous avons analysé les données cliniques et textuelles de 6 110 patients codés C25, recherchant des mentions de TIPMP, une confirmation histologique d'ADK, un traitement par chimiothérapie et des descriptions explicites de cancer. Une validation manuelle sur 398 dossiers (2 échantillons de 199) a permis d'estimer la sensibilité et la spécificité de la méthode.

Résultats

Parmi les patients TIPMP+, seuls 2/199 sans signal de cancer étaient de vrais ADK, soit une spécificité de 99 %. Inversement, 27/199 patients classés comme ADK n'étaient pas confirmés, soit une sensibilité estimée à 86 %. Le pipeline appliqué à l'ensemble de la cohorte a permis d'identifier 1 468 patients sur 6110 potentiellement surcodés.

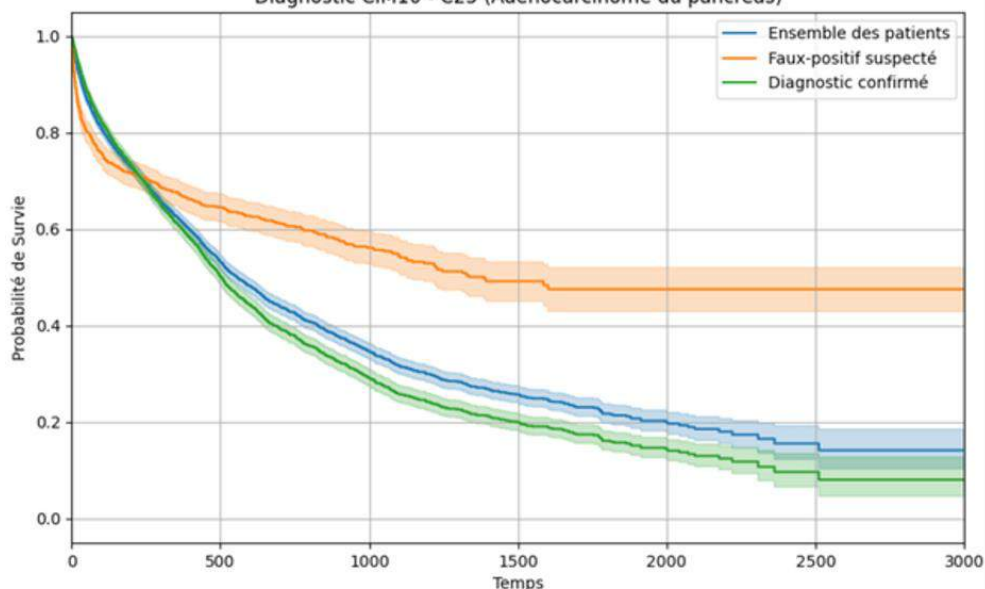
Conclusion

Parmi les patients TIPMP+, seuls 2/199 sans signal de cancer étaient de vrais ADK, soit une spécificité de 99 %. Inversement, 27/199 patients classés comme ADK n'étaient pas confirmés, soit une sensibilité estimée à 86 %. Le pipeline appliqué à l'ensemble de la cohorte a permis d'identifier 1 468 patients sur 6110 potentiellement surcodés.



Courbe de Survie de Kaplan-Meier

Diagnostic CIM10 - C25 (Adénocarcinome du pancréas)



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.117

3CVD00793-Apport de l'échographie peropératoire dans la détection des exovésiculations au cours de l'échinococcose kystique du foie

Ahmed HADJ TAIEB (1), Youssef MEJDOUB (2), Rami ZOUARI (1), Majdi KCHAOU (1), Ines BEN HAMMOUDA (1), Asma ZAIEM (1), Abderrahmen MASMMOUDI (3), Aymen TRIGUI (1), Mohamed AZZEZA (1), Mohamed BEN AMAR (1) - (1)Hôpital Militaire Universitaire De Sfax-H.m.u.s., Sfax, Tunisie, (2)Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Sfax, Tunisie, (3)Hôpital Régional De Tataouine, Tataouine, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Introduction

Dans l'échinococcose kystique du foie, les exovésiculations sont des extensions parasitaires périphériques parfois méconnues par l'imagerie préopératoire. Leur persistance après kystectomie partielle peut être responsable du maintien d'éléments parasitaires viables. L'objectif était d'évaluer l'apport de l'échographie peropératoire dans leur détection et l'optimisation du geste chirurgical.

Méthodes

Étude prospective incluant des patients opérés pour échinococcose kystique du foie selon une technique standardisée de kystectomie partielle. Chaque lésion a bénéficié d'une échographie, d'une TDM préopératoire et d'une échographie peropératoire systématique. Les taux de détection ont été comparés par test de Cochran puis tests de McNemar appariés.

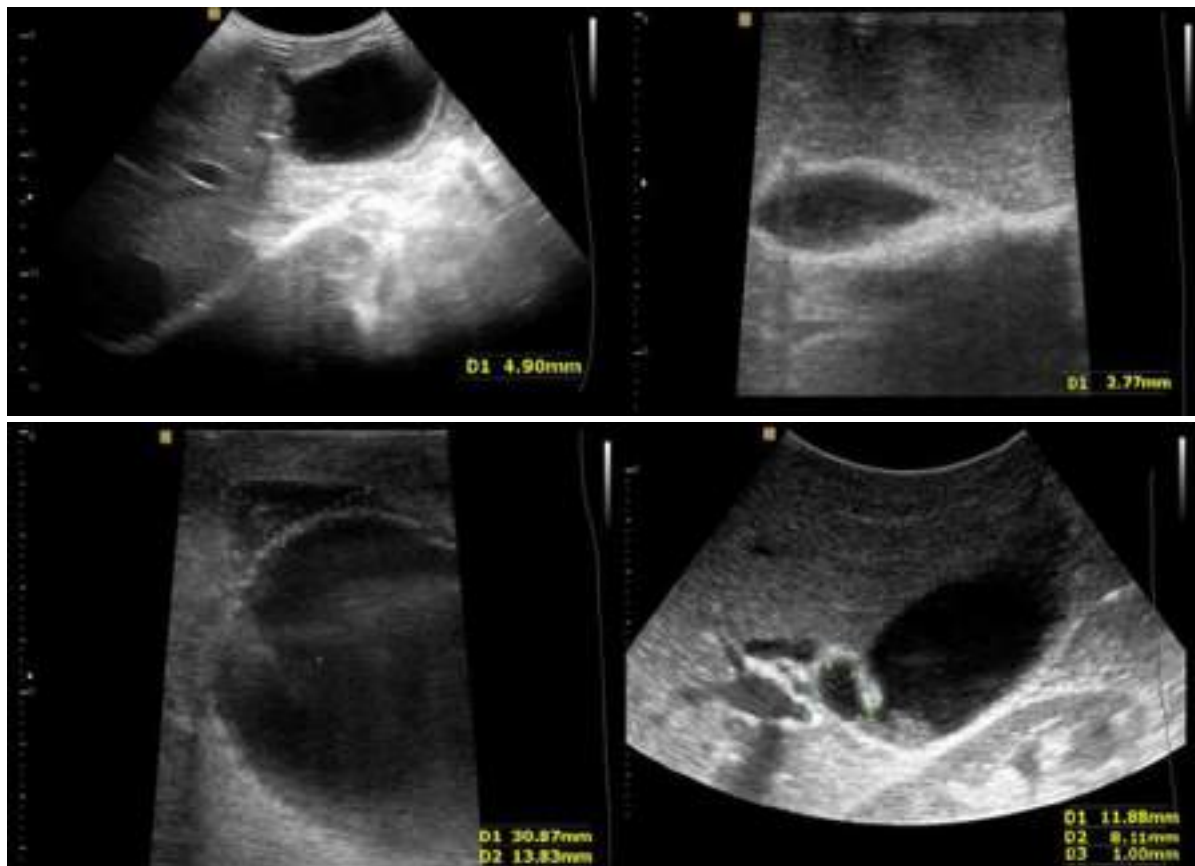
Résultats

Soixante patients ont été inclus, correspondant à 99 lésions. Les exovésiculations ont été détectées dans 8 cas par échographie préopératoire (8,1 %), 12 par la tomodensitométrie (TDM) (12,1 %) et 18 par échographie peropératoire (18,2 %). La différence globale était significative (Q de Cochran = 12,667 ; $p = 0,002$). L'échographie peropératoire augmentait significativement le rendement diagnostique par rapport à l'échographie ($p = 0,006$) et à la TDM ($p = 0,031$). Ce gain concernait surtout les lésions CE3b/CE4, avec 6 exovésiculations supplémentaires par rapport à la TDM.

Conclusion

Soixante patients ont été inclus, correspondant à 99 lésions. Les exovésiculations ont été détectées dans 8 cas par échographie préopératoire (8,1 %), 12 par la tomodensitométrie (TDM) (12,1 %) et 18 par échographie peropératoire (18,2 %). La différence globale était significative (Q de Cochran = 12,667 ; $p = 0,002$). L'échographie peropératoire augmentait

significativement le rendement diagnostique par rapport à l'échographie ($p = 0,006$) et à la TDM ($p = 0,031$). Ce gain concernait surtout les lésions CE3b/CE4, avec 6 exovésiculations supplémentaires par rapport à la TDM.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.118

3CVD00553-Ischémie splénique après pancréatectomie selon Warshaw : recherche de facteurs prédictifs sur scanner préopératoires

Kamel DJEBLOUN, Mehdi EL AMRANI - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La technique de Warshaw consiste en une pancréatectomie gauche avec résection des vaisseaux spléniques et préservation de la rate, reposant sur la vascularisation collatérale assurée par les vaisseaux courts gastriques et l'arcade gastro-épiploïque. Elle expose toutefois à un risque d'ischémie splénique postopératoire. Les variations anatomiques de l'artère splénique pourraient influencer ce risque.

Méthodes

Etude rétrospective multicentrique incluant 120 patients opérés par pancréatectomie gauche selon Warshaw pour adénocarcinome pancréatique entre 2014 et 2024. Les scanners préopératoires ont été relus afin d'évaluer les caractéristiques tumorales et l'anatomie artérielle splénique, notamment le type de vascularisation selon la classification de Michels et la distance entre la première bifurcation de l'artère splénique et le parenchyme splénique. Le critère de jugement principal était la survenue d'une ischémie splénique postopératoire.

Résultats

Une ischémie splénique postopératoire a été observée chez 44 patients (36,7 %), dont 10 (8,3 %) présentaient une ischémie sévère intéressant plus de 70 % du parenchyme. Le type de vascularisation splénique n'était pas associé à la survenue d'une ischémie. En revanche, une distance comprise entre 16 et 30 mm entre la première bifurcation artérielle et le parenchyme était associée à une diminution du risque d'ischémie. À l'inverse, une distance ≤ 15 mm était significativement associée à la survenue d'une ischémie sévère.

Conclusion

Une ischémie splénique postopératoire a été observée chez 44 patients (36,7 %), dont 10 (8,3 %) présentaient une ischémie sévère intéressant plus de 70 % du parenchyme. Le type de vascularisation splénique n'était pas associé à la survenue d'une ischémie. En revanche, une distance comprise entre 16 et 30 mm entre la première bifurcation artérielle et le parenchyme était associée à une diminution du risque d'ischémie. À l'inverse, une distance ≤ 15 mm était significativement associée à la survenue d'une ischémie sévère.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.119

3CVD00219-Chirurgie hépatique coelioscopique sur sujet anatomique reperfusé : preuve de concept et applications futures.

Thomas BODIN (1), Cyrille DECANTE (1), Antoine HAMEL (1), Stéphane PLOTEAU (1), Céline SALAUD (1), Timothee VIGNAUD (2) - (1)Laboratoire D'anatomie – Ufr Médecine – Nantes Université, Nantes, France, (2)Institut De Cancérologie De L'ouest, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs déclarent être libres de conflit d'intérêt. Les auteurs tiennent à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont fait don de leur corps à la science afin de permettre la poursuite des recherches anatomiques. Les résultats de ces rech

Introduction

La chirurgie hépatique coelioscopique est une chirurgie complexe avec une courbe d'apprentissage longue et des opportunités d'apprentissage parfois limitées. La transition depuis la chirurgie ouverte nécessite un nouvel apprentissage, et les modèles hors soins sont rares.

Méthodes

Le Comité d'Ethique Scientifique et Pédagogique du Laboratoire d'Anatomie de Nantes a accepté cette étude(saisine S102A89). Les sujets ont été reperfusés à l'aide d'une machine de reperfusion SIMLIFE®. Pour obtenir une reperfusion hépatique satisfaisante la veine mésentérique supérieure, la veine jugulaire interne, la veine fémorale et l'artère fémorale ont été utilisées. (figure 1A)

Résultats

La reperfusion a été mise en œuvre à 3 reprises avec succès. Celle-ci permet la remise en charge des vaisseaux hépatiques et la réalisation d'échographies peropératoires réalistes (figure 1B). Deux abords pédiculaires puis lobectomies gauches ont été réalisés, par voie coelioscopique. (Figure 2) L'abord périculaire était réaliste et permettait de s'entraîner au contrôle de l'artère hépatique et du tronc porte, ainsi que de leurs branches. L'abord pediculaire ne permettait pas d'obtenir une délimitation ischémique à la surface de la capsule hépatique La transsection parenchymateuse pouvait elle aussi être réalisée avec reproduction des saignements et des difficultés de repérage au sein du parenchyme hépatique.

Conclusion

La reperfusion a été mise en œuvre à 3 reprises avec succès. Celle-ci permet la remise en charge des vaisseaux hépatiques et la réalisation d'échographies peropératoires réalistes

A diagram of the human circulatory system. It shows the heart in the center, with four main chambers: right and left atria and ventricles. Red lines represent oxygenated blood, and blue lines represent deoxygenated blood. The system branches out to the lungs (pulmonary circulation) and the rest of the body (systemic circulation). Yellow tubes are shown entering and exiting the body, representing the respiratory system.

324

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.120

3CVD00788-Cholécystectomie différée après pancréatite biliaire bénigne : attendre, c'est risquer la récurrence.

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les recommandations préconisent une cholécystectomie au cours de l'hospitalisation index pour la pancréatite aiguë biliaire bénigne (PABB), mais la chirurgie différée reste fréquente en contexte à ressources limitées. Cette étude a évalué si le délai chirurgical influence les récurrences biliaires et le recours aux soins.

Méthodes

Nous avons inclus rétrospectivement 270 patients opérés après un premier épisode de PABB, excluant ceux présentant une obstruction biliaire persistante ou une cholédocholithiase nécessitant une désobstruction endoscopique. Les patients étaient classés en précoce (≤ 14 jours ; $n=221$) ou différée (>14 jours ; $n=49$). Un appariement par score de propension a réduit le biais de sélection. Les récurrences ont été évaluées par Kaplan-Meier.

Résultats

Les caractéristiques initiales étaient comparables, hormis une CRP d'admission plus élevée chez les patients différés ($p=0,045$). Les récurrences biliaires avant chirurgie étaient plus fréquentes en cas de chirurgie différée (24,5 % vs 1,8 % ; $p<0,001$), incluant pancréatite récurrente, cholécystite et réhospitalisations. Le temps opératoire et les suites étaient comparables. La conversion était plus élevée dans le groupe différée (6,1 % vs 2,7 % ; $p=0,022$). Après appariement, la chirurgie différée restait associée aux récurrences (24,5 % vs 0 % ; $p<0,001$) et les prédisait indépendamment (OR 22,1 ; IC95 % 6,3–77,5).

Conclusion

Les caractéristiques initiales étaient comparables, hormis une CRP d'admission plus élevée chez les patients différés ($p=0,045$). Les récurrences biliaires avant chirurgie étaient plus fréquentes en cas de chirurgie différée (24,5 % vs 1,8 % ; $p<0,001$), incluant pancréatite récurrente, cholécystite et réhospitalisations. Le temps opératoire et les suites étaient comparables. La conversion était plus élevée dans le groupe différée (6,1 % vs 2,7 % ; $p=0,022$).

Après appariement, la chirurgie différée restait associée aux récurrences (24,5 % vs 0 % ; $p < 0,001$) et les prédisait indépendamment (OR 22,1 ; IC95 % 6,3–77,5).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.121

3CVD00766-La modification du microbiote biliaire induit par le drainage endoscopique avant duodéno-pancréatectomie céphalique a-t-elle un impact sur la morbidité post-opératoire ? A partir de l'étude observationnelle prospective COMPAMIC

Florian MARTINET-KOSINSKI (1) , Charlotte MAULAT (2), Cindy CANIVET (2), Paul BOULARD (2), Sam HEMATI (2), Barbara BOURNET (3), Jacques AMAR (4), Fabrice MUSCARI (2) - (1)Service De Chirurgie Digestive-Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (2)Service De Chirurgie Digestive-Chu Toulouse, Toulouse, France, (3)Service De Pancréatologie-Chu Toulouse, Toulouse, France, (4)Service De Cardiologie-Chu Toulouse, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le microbiote biliaire (MB), longtemps négligé au profit du microbiote intestinal, émerge comme un acteur central à la fois dans la carcinogenèse pancréatobiliaire et dans la morbidité postopératoire des duodénopancréatectomies céphaliques (DPC). Notre hypothèse est que le drainage biliaire préopératoire (DBP) modifie le microbiote et peut avoir un impact sur la morbidité post-opératoire.

Méthodes

Trente patients opérés de DPC toutes étiologies confondues ont été prospectivement inclus au CHU de Toulouse (NCT04931069). La bile peropératoire a été analysée par séquençage de l'ARNr 16S. Les analyses de diversité alpha et bêta, d'abondance différentielle au niveau du genre et l'association entre microbiote et complications postopératoires ont été réalisées sous R en comparant le groupe avec DBP (DBP+) et sans DBP (DBP-).

Résultats

Les DBP+ (n=12; 40%) avaient un MB significativement plus riche, plus diversifié (richesse observée = 43 vs 19, $p<0.01$) et différait du groupe DBP- ($p<0.01$). L'analyse d'abondance différentielle chez les DBP+ induisait un enrichissement en bactéries de la famille des enterobacteriaceae dans le MB et le microbiote jéjunal mais un appauvrissement dans le microbiote pancréatique. Il y avait dans le groupe DBP+ une tendance à une augmentation non significative des pics fébriles (83% vs 56%), de l'utilisation d'antibiothérapies post-opératoires (75% vs 67%) et des fistules pancréatiques grade B et C (58% vs 50%).

Conclusion

Les DBP+ (n=12; 40%) avaient un MB significativement plus riche, plus diversifié (richesse observée = 43 vs 19, $p<0.01$) et différait du groupe DBP- ($p<0.01$). L'analyse d'abondance différentielle chez les DBP+ induisait un enrichissement en bactéries de la famille des enterobacteriaceae dans le MB et le microbiote jéjunale mais un appauvrissement dans le microbiote pancréatique. Il y avait dans le groupe DBP+ une tendance à une augmentation non significative des pics fébriles (83% vs 56%), de l'utilisation d'antibiothérapies post-opératoires (75% vs 67%) et des fistules pancréatiques grade B et C (58% vs 50%).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.123

3CVD00028-Facteurs Associés Aux Événements Postopératoires Majeurs Après Cholécystectomie Pour Pathologie Présumée Bénigne : Analyse De La Cohorte Prospective Multicentrique AL-CODS

Anisse TIDJANE, Benali TABETI, Mohammed TIDJANE, A L CODS-COLLABORATIVE - (1)Service De Chirurgie Hépatobiliaire / Ehu-Oran, Oran, Algérie, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La cholécystectomie est l'intervention biliaire la plus réalisée en pratique chirurgicale. En Algérie, les données nationales concernant les événements postopératoires précoces graves et leurs déterminants restent limitées. Cette étude visait à identifier les facteurs associés à un critère composite d'événements postopératoires majeurs après cholécystectomie pour pathologie bénigne présumée.

Méthodes

Analyse de l'étude prospective multicentrique algérienne AL-CODS incluant 813 patients opérés entre janvier et juin 2025. Le critère de jugement principal était un composite regroupant la réadmission, la réintervention et la mortalité postopératoire à 30 jours. Une régression logistique multivariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à ce critère.

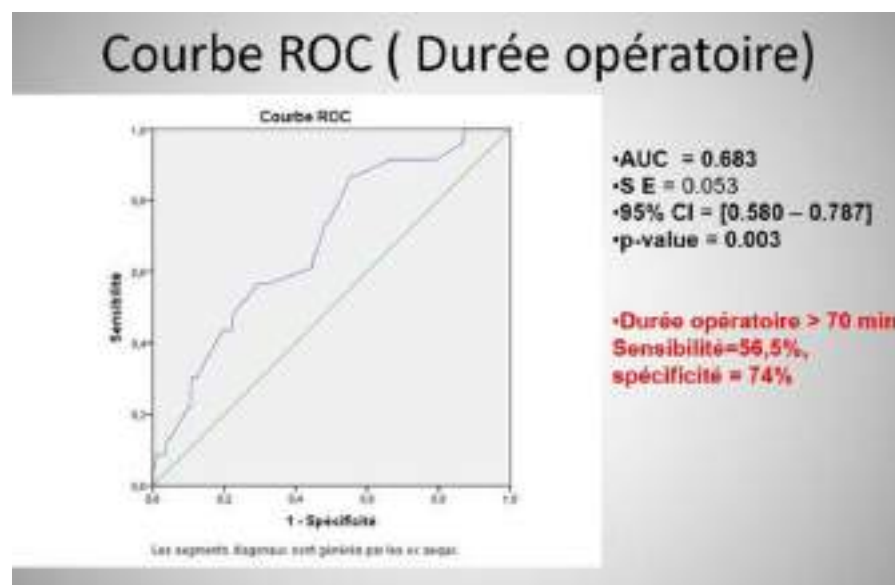
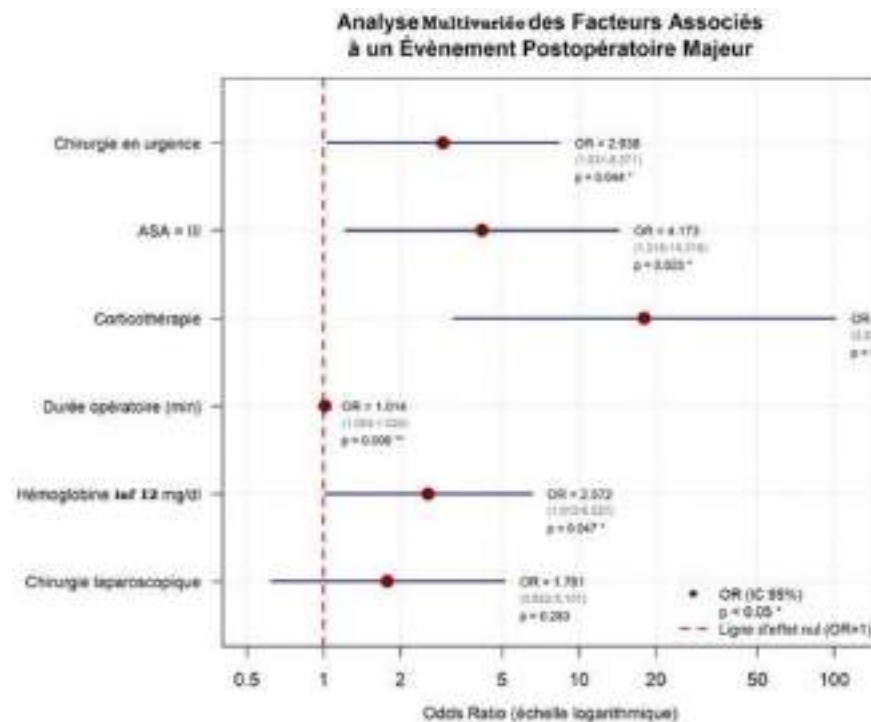
Résultats

L'âge moyen était de $49,0 \pm 15,9$ ans et 77,5 % des patients étaient des femmes. La laparoscopie était réalisée dans 82,4 % des cas, avec un taux de conversion de 4,1 %. Les complications majeures (Clavien–Dindo $\geq$ III) concernaient 16 patients (2,0 %). Le taux de réadmission à 30 jours était de 1,6 % (13/813), celui de réintervention de 1,3 % (11/813) et la mortalité postopératoire de 0,5 % (4/813). En analyse multivariée, la chirurgie en urgence (OR=2,94; IC95% [1,03-8,37]; p=0,044), un score ASA $\geq$ 3 (OR=4,17; IC95% [1,22–14,32]; p=0,023), la durée opératoire en minutes (OR=1,01; IC95% [1,00–1,02]; p=0,006) et une anémie préopératoire $\leq$ 12g/dL (OR=2,57, IC95% [1,01–6,54]; p=0,047) étaient indépendamment associés à la survenue d'un événement postopératoire majeur.

Conclusion

L'âge moyen était de $49,0 \pm 15,9$ ans et 77,5 % des patients étaient des femmes. La laparoscopie était réalisée dans 82,4 % des cas, avec un taux de conversion de 4,1 %. Les complications majeures (Clavien–Dindo $\geq$ III) concernaient 16 patients (2,0 %). Le taux de

réadmission à 30 jours était de 1,6 % (13/813), celui de réintervention de 1,3 % (11/813) et la mortalité postopératoire de 0,5 % (4/813). En analyse multivariée, la chirurgie en urgence (OR=2,94;IC95% [1,03-8,37];p=0,044), un score ASA≥3 (OR=4,17;IC95%[1,22-14,32];p=0,023), la durée opératoire en minutes (OR=1,01;IC95%[1,00-1,02];p=0,006) et une anémie préopératoire≤12g/dL (OR=2,57,C95%[1,01-6,54];p=0,047) étaient indépendamment associés à la survenue d'un événement postopératoire majeur.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.124

3CVD00565-Anastomose pancréatico-jéjunale versus pancréatico-gastrique après duodéno pancréatectomie céphalique

Zied HADRICH (1), Mohamed HAJRI (1), Aziz ATALLAH (1), Firas JAOUAD (1), Hedi MESSAOUDI (2), Sahir OMRANI (2) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Oncologique, Institut Salah Azaiez, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire demeure l'une des principales complications de la duodéno pancréatectomie céphalique. Le choix de l'anastomose pancréatico-digestive, entre anastomose pancréatico-jéjunale et anastomose pancréatico-gastrique, reste débattu. L'objectif de cette revue était d'analyser les données actuelles comparant ces deux techniques, en particulier pour la fistule pancréatique cliniquement pertinente.

Méthodes

Une revue narrative structurée de la littérature a été réalisée dans PubMed/MEDLINE, Embase et Cochrane Library entre janvier 2000 et mai 2025, selon une stratégie PICO. Les essais randomisés et méta-analyses comparant l'anastomose pancréatico-jéjunale et l'anastomose pancréatico-gastrique après duodéno pancréatectomie céphalique ont été analysés. Le risque de biais des essais randomisés a été évalué par l'outil Cochrane RoB 2.

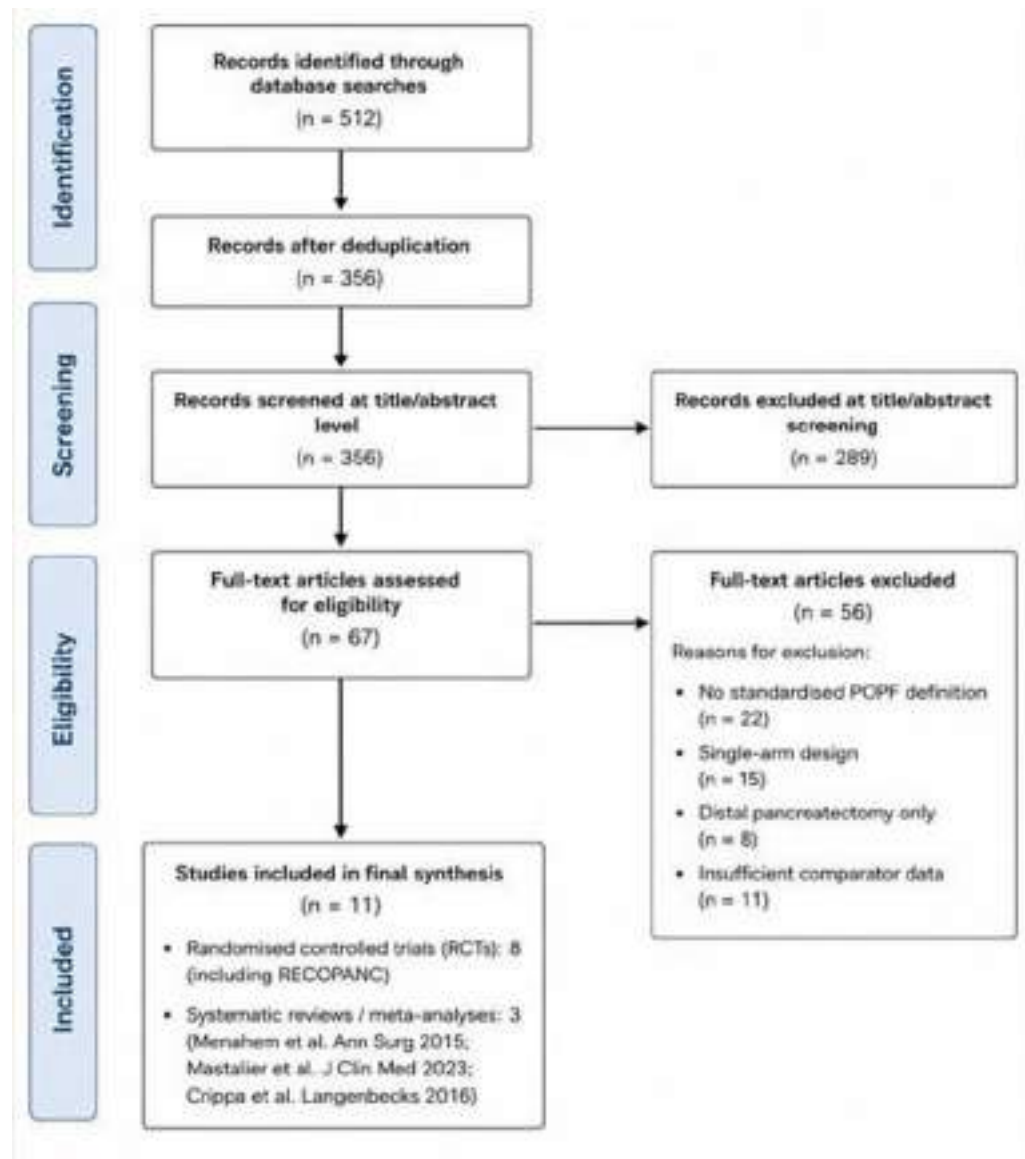
Résultats

Huit essais randomisés, totalisant plus de 2 700 patients, et trois méta-analyses ont été retenus (Figure 1). Les anciennes méta-analyses, fondées sur les définitions pré-2016, rapportaient une réduction globale des fistules pancréatiques avec l'anastomose pancréatico-gastrique. Toutefois, l'essai multicentrique RECOPANC, utilisant la définition ISGPS 2016 de la fistule cliniquement pertinente, n'a pas montré de différence significative entre anastomose pancréatico-gastrique et anastomose pancréatico-jéjunale. L'anastomose pancréatico-gastrique était associée à une tendance à davantage d'hémorragies intraluminales. Aucune différence constante n'était retrouvée concernant le retard de vidange gastrique, la morbidité globale ou la mortalité postopératoire.

Conclusion

Huit essais randomisés, totalisant plus de 2 700 patients, et trois méta-analyses ont été retenus (Figure 1). Les anciennes méta-analyses, fondées sur les définitions pré-2016,

rapportaient une réduction globale des fistules pancréatiques avec l'anastomose pancréatico-gastrique. Toutefois, l'essai multicentrique RECOPANC, utilisant la définition ISGPS 2016 de la fistule cliniquement pertinente, n'a pas montré de différence significative entre anastomose pancréatico-gastrique et anastomose pancréatico-jéjunale. L'anastomose pancréatico-gastrique était associée à une tendance à davantage d'hémorragies intraluminales. Aucune différence constante n'était retrouvée concernant le retard de vidange gastrique, la morbidité globale ou la mortalité postopératoire.



E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.125

3CVD00791-Négativation sérologique tardive après chirurgie conservatrice de l'échinococcose kystique du foie : étude prospective

Ahmed HADJ TAIEB (1), Youssef MEJDOUB (2), Ines BEN HAMMOUDA (1), Majdi KCHAOU (1), Rami ZOUARI (1), Asma ZAIEM (1), Abderrahmen MASMMOUDI (3), Aymen TRIGUI (1), Mohamed AZZEZA (1), Mohamed BEN AMAR (1) - (1)Hôpital Militaire Universitaire De Sfax-H.m.u.s., Sfax, Tunisie, (2)Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie, (3)Hôpital Régional De Tataouine, Tataouine, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Introduction

La persistance prolongée d'une sérologie hydatique positive après chirurgie de l'échinococcose kystique hépatique, en l'absence de récurrence, limite sa valeur diagnostique dans le suivi postopératoire. Cette étude visait à estimer le délai de séronégativisation et à identifier les facteurs associés à la clairance sérologique.

Méthodes

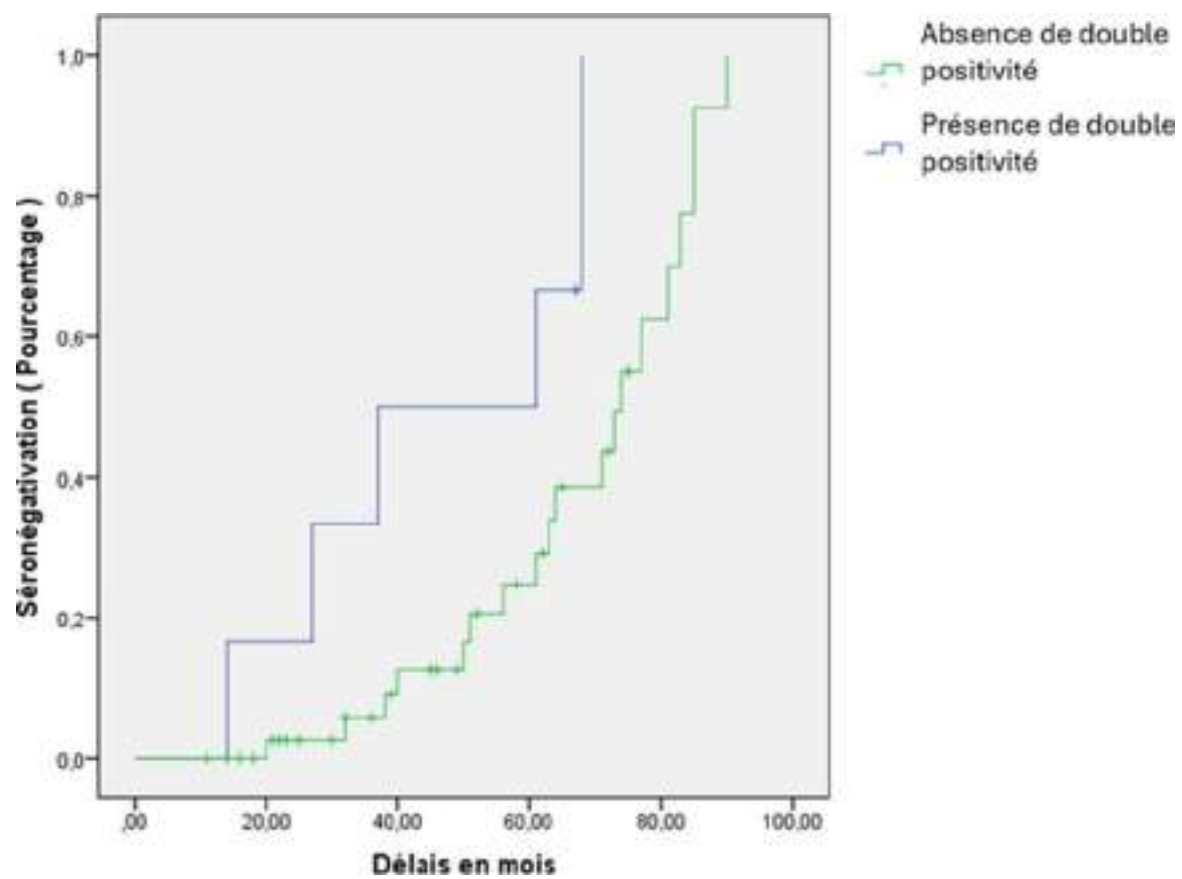
Étude prospective incluant des patients opérés pour échinococcose kystique hépatique entre juin 2017 et décembre 2023. Le suivi reposait sur une évaluation clinique, radiologique et sérologique par Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) et hémagglutination indirecte (HAI). Les délais de séronégativisation ont été analysés par les méthodes de Kaplan-Meier et de Cox.

Résultats

Soixante patients ont été inclus, dont 48 séropositifs en préopératoire. Après un suivi médian de 61 mois, le délai médian de séronégativisation était de 65 mois pour l'ELISA et de 71 mois pour la HAI. À cinq ans, la séropositivité persistait respectivement chez 62,5% et 64,6% des patients. En analyse multivariée, la CRP et la double positivité ELISA/HAI préopératoire étaient indépendamment associées à la séronégativisation.

Conclusion

Soixante patients ont été inclus, dont 48 séropositifs en préopératoire. Après un suivi médian de 61 mois, le délai médian de séronégativisation était de 65 mois pour l'ELISA et de 71 mois pour la HAI. À cinq ans, la séropositivité persistait respectivement chez 62,5% et 64,6% des patients. En analyse multivariée, la CRP et la double positivité ELISA/HAI préopératoire étaient indépendamment associées à la séronégativisation.



E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.126

3CVD00154-Premier cas français d'implantation de cellules de CHC chez le poisson zèbre. Premiers pas vers une médecine prédictive.

Angel BRULL GARCIA (1) , Pierre-Marie RAILLARD (1), Emilie PANAFIEU (1), Jean François FRANETICH (2), Angelita REBOLLO (3), Eric SAVIER (4) - (1)Leat Imagine, Inserm U1267/cnrs UAR3633/université Paris Cité, Paris, France, (2)Cimi, Sorbonne Université, Paris, France, (3)U1267, Faculté De Pharmacie, Inserm U1267, Université Paris Cité, Paris, France, (4)Service De Chirurgie Digestive Et Hépto-Bilio-Pancréatique, Transplantation Hépatique, Chu Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris (ap-Hp), Sorbonne Université, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la quatrième cause de décès par cancer dans le monde. Les traitements curatifs ne concernent que moins de 40% des patients. L'immunothérapie donne de bons résultats, mais dans 1/3 des cas seulement. Le bénéfice des inhibiteurs de tyrosine kinase est limité et le CHC est habituellement résistants aux chimiothérapies classiques. Afin de prédire la réponse d'un CHC à un médicament, nous développons un modèle de xénogreffe dérivée du patient sur des embryons de poisson-zèbre comme plateforme de prédiction rapide pour un traitement personnalisé du CHC. Ce modèle a de nombreux avantages : disponibilité de nombreux individus, œufs et larves transparents, développement rapide, pas de rejet immunitaire à ce stade, pas de contraintes réglementaires < 5ème jours post fécondation.

Méthodes

Matériel : cellules de la lignée tumorale HepG2 marquées par un colorant vital. Cellules primaires de CHC marquées avec le même colorant vital. Oocytes et embryons de poisson zèbre. Méthodes : mise au point du site d'injection, des aiguilles, des cellules dans l'aiguille.

Résultats

Des cellules HepG2 implantées dans des oocytes ont été suivies pendant 5 jours. Les expériences ont été reproduites avec des hépatocytes primaires de CHC. L'évaluation des combinaisons des traitements avec peptides thérapeutiques bifonctionnels développés par notre laboratoire sont en cours.

Conclusion

Des cellules HepG2 implantées dans des oocytes ont été suivies pendant 5 jours. Les expériences ont été reproduites avec des hépatocytes primaires de CHC. L'évaluation des

combinaisons des traitements avec peptides thérapeutiques bifonctionnels développés par notre laboratoire sont en cours.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.127

3CVD00491-Nouvel adénocarcinome développé sur pancréas restant : une revue systématique de 32 cas selon PRISMA

Juliette YVART DEGARDIN - (1)Achbt, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La survenue d'un adénocarcinome (ADC) sur pancréas restant après pancréatectomie est une situation rare. Son incidence pourrait être sous-estimée du fait de la difficulté à différencier une récurrence locale d'un nouveau cancer. L'objectif est de décrire les caractéristiques clinicopathologiques, les stratégies thérapeutiques et les données de survie des ADC sur pancréas restant.

Méthodes

Une revue systématique a été conduite selon les recommandations PRISMA 2020. Les bases de données PubMed, Cochrane Library et Web of Science ont été interrogées. Les patients ayant présenté un PDAC traité par pancréatectomie et ayant développé un nouvel ADC étaient inclus (la première résection devait être R0 et dater de plus de 24 mois).

Résultats

32 cas issus de 21 publications ont été inclus. Le délai médian entre les deux lésions était de 50 mois (24 – 180 mois). La totalisation de la pancréatectomie était le geste le plus fréquemment réalisé (93 %). Les analyses mutationnelles n'étaient disponibles que sur les cas récents mais semblent intéressantes selon la littérature pour distinguer les nouvelles lésions des récurrences.

Conclusion

32 cas issus de 21 publications ont été inclus. Le délai médian entre les deux lésions était de 50 mois (24 – 180 mois). La totalisation de la pancréatectomie était le geste le plus fréquemment réalisé (93 %). Les analyses mutationnelles n'étaient disponibles que sur les cas récents mais semblent intéressantes selon la littérature pour distinguer les nouvelles lésions des récurrences.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.128

3CVD00121-Faut-il se méfier de l'imagerie pré-opératoire dans le bilan de résécabilité des tumeurs de la tête du pancréas ?

Abdessamad MAJD, Abdelilah EL BAKOURI, Mounir BOUALI, Khalid EL HATTABI - (1)Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'évaluation de la résécabilité repose sur l'imagerie préopératoire (scanner ou IRM), classant la tumeur en résécable, borderline ou localement avancée. Cependant, des discordances peuvent exister entre l'évaluation radiologique et l'exploration chirurgicale, liées aux limites de l'imagerie ou à la progression tumorale entre l'imagerie et l'intervention

Méthodes

Notre série comprend 78 patients, avec un âge moyen de 59,64 ans et une prédominance masculine (sex-ratio 1,78). Le critère de jugement principal était la résécabilité tumorale jugée en pré opératoire par la TDM (89,7%) et l'IRM (52,6%)

Résultats

L'exploration chirurgicale a mis en évidence une discordance majeure avec les résultats de l'imagerie préopératoire : 35,5% des tumeurs considérées comme résécables lors du bilan préopératoire se sont révélées finalement non résécables au cours de l'intervention. Les principales causes de cette non-résécabilité : la carcinose péritonéale (18,2%), les métastases hépatiques (18,2%), l'envahissement vasculaire (36,4%) Figure 1 comme l'a démontré l'étude de Gilabert.
 Le taux de résécabilité chirurgicale final (29,5%) est inférieur au taux prédit par l'imagerie (39,7%), avec réalisation d'une duodénopancréatectomie céphalique chez 22 patients
Scanner: Sensibilité : 85,7% Spécificité : 81,6% VPP : 66,7% VPN : 93% Corrélation : $p < 0,001$
IRM Sensibilité : 78,6% Spécificité : 74,1% VPP : 61,1% VPN : 87,0% Corrélation : $p = 0,002$ Valeur prédictive positive (VPP) négative (VPN) La corrélation entre la classification de résécabilité à l'imagerie et à l'exploration chirurgicale était hautement significative ($p < 0,001$ selon test exact de Fisher)

Conclusion

L'exploration chirurgicale a mis en évidence une discordance majeure avec les résultats de l'imagerie préopératoire : 35,5% des tumeurs considérées comme résécables lors du bilan préopératoire se sont révélées finalement non résécables au cours de l'intervention. Les principales causes de cette non-résécabilité : la carcinose péritonéale (18,2%), les métastases

hépatiques (18,2%), l'envahissement vasculaire (36,4%) Figure 1 comme l'a démontré l'étude de Gilabert.
 Le taux de résécabilité chirurgicale final (29,5%) est inférieur au taux prédit par l'imagerie (39,7%), avec réalisation d'une duodénopancréatectomie céphalique chez 22 patients Scanner: Sensibilité : 85,7% Spécificité : 81,6% VPP : 66,7% VPN : 93% Corrélation : $p < 0,001$ IRM Sensibilité : 78,6% Spécificité : 74,1% VPP : 61,1% VPN : 87,0% Corrélation : $p = 0,002$ Valeur prédictive positive (VPP) négative (VPN) La corrélation entre la classification de résécabilité à l'imagerie et à l'exploration chirurgicale était hautement significative ($p < 0,001$ selon test exact de Fisher)

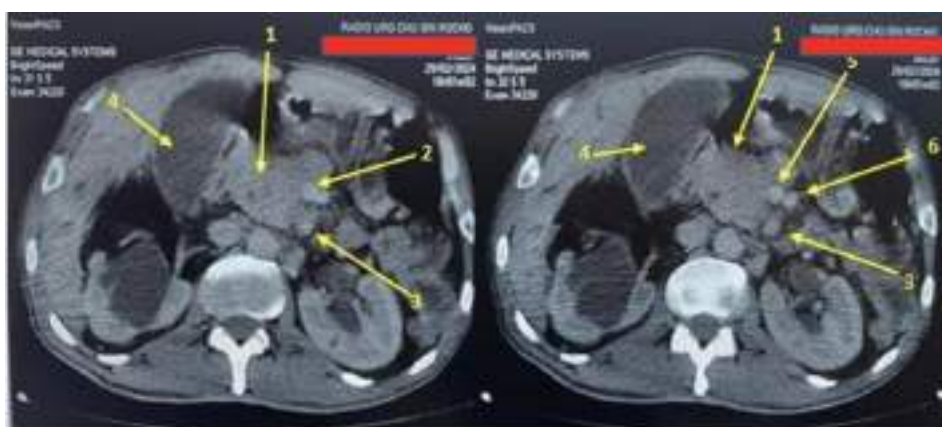


Figure n1 : TDM Abdominale injectée au temps portal montrant un adénocarcinome de la tête du pancréas localement avancé avec envahissement des vaisseaux mésentériques supérieurs sur plus de 180°.

1 : Tumeur de la tête du pancréas ; 2 : Tronc veineux Splénomésaraïque ; 3 : AMS ; 4 : Grosse VB ; 5 : VMS ; 6 : Veine Splénique

Critère	Imagerie (n=42)	Chirurgie (n=55)
Envahissement artériel	30 (71,4%)	34 (61,8%)
Envahissement veineux	42 (100%)	37 (67,3%)
Métastases	32 (76,2%)	39 (70,9%)

Paramètre	Valeur
Sensibilité	82,4% (28/34)
Spécificité	95,5% (42/44)
VPP	93,3%
VPN	87,5%
p-value	< 0,001

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.129

3CVD00496-La chirurgie digitalisée : un nouveau défi pour la pratique chirurgicale

Xavier MULLER (1) , Mickael LESURTEL (2), Olivier DEL FABBRO (3) - (1)Institut Hépatologie De Lyon, Lyon, France, (2)Hôpital Beaujon, Paris, France, (3)Eth Zurich, Zurich, Suisse

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

Les systèmes robotiques chirurgicaux se développent rapidement dans toutes les disciplines. Ces plateformes génèrent en temps réel des données procédurales granulaires — cinématique, échanges d'instruments, vidéo — transformant le bloc opératoire d'une « boîte noire » en un espace transparent pour le fabricant, tout en restant opaque pour le chirurgien. Nous proposons le concept de « chirurgie digitalisée » pour désigner ce changement de paradigme et en analyser les implications éthiques et réglementaires.

Méthodes

Analyse normative et revue critique des cadres réglementaires existants — cadre IDEAL et Règlement européen sur l'IA (2024/1689) — appliqués à la chirurgie robotique, et examen de la littérature sur le consentement éclairé.

Résultats

La chirurgie digitalisée engendre une asymétrie de pouvoir selon quatre axes résumés dans le Tableau 1 : propriété des données sans contribution au chirurgien ; visibilité asymétrique ; apprentissage asymétrique ; pouvoir de négociation asymétrique. Ces asymétries fragilisent le consentement éclairé fondé sur la confiance. Les cadres réglementaires actuels n'évaluent que des artefacts dont l'architecture est déjà fixée, constituant une erreur de cadrage fondamentale.

Conclusion

La chirurgie digitalisée engendre une asymétrie de pouvoir selon quatre axes résumés dans le Tableau 1 : propriété des données sans contribution au chirurgien ; visibilité asymétrique ; apprentissage asymétrique ; pouvoir de négociation asymétrique. Ces asymétries fragilisent le consentement éclairé fondé sur la confiance. Les cadres réglementaires actuels n'évaluent que des artefacts dont l'architecture est déjà fixée, constituant une erreur de cadrage fondamentale.

Tableau 1. Quatre domaines d'asymétrie entre la communauté chirurgicale et les patients d'une part, et les industrielles d'autre part, dans le contexte de la chirurgie digitalisée.

Domaine d'asymétrie	Chirurgiens et patients	Fabricant / propriétaire de la plateforme
1. Propriété sans contribution	Apportent l'expertise clinique, le jugement et les décisions opératoires ; aucune propriété sur les données produites.	Conserve la propriété de toutes les données procédurales générées lors de l'utilisation de la plateforme.
2. Visibilité asymétrique	Ne voit que ses propres cas ; aucun accès aux données comparatives, aux références ou aux valeurs aberrantes.	Voit l'ensemble des utilisateurs dans le monde — valeurs aberrantes, références et tendances à l'échelle de la population.
3. Apprentissage asymétrique	Aucune boucle de retour structurée transmettant des informations au chirurgien opérant.	Chaque procédure entraîne des modèles d'IA propriétaires au sein d'une boucle de rétroaction fermée et contrôlée par le fabricant.
4. Pouvoir réglementaire et de négociation	Les utilisateurs finaux sont consultés après que l'architecture technique a été fixée.	Organisé, bien doté en ressources ; façonne la gouvernance des données et l'architecture des produits dès le départ.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.130

3CVD00170-Place des hépatectomies réglées dans la chirurgie du kyste hydatique du foie

Mehdi BEN LATIFA, Khawla BERRIRI, Amel BOUAZZI, Sami LAGHA, Waad FARHAT, Mohamed BEN MABROUK -
(1)Service Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse,
Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Le kyste hydatique du foie (KHF) est une affection cosmopolite. Souvent considérée comme une pathologie bénigne, ne justifiant pas de sacrifice de parenchyme hépatique. Néanmoins, dans certaines situations une hépatectomie réglée (HR) semble légitime, mettant le patient à l'abri de certaines complications mortelles. L'objectif de notre travail est de démontrer l'innocuité et l'efficacité des HR pour des cas bien sélectionnés dans la chirurgie du KHF.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective colligeant les patients opérés pour KHF durant 21 ans. Pour avoir une population homogène on a inclus les KHF justiciables d'une HR (taille $\geq$ 8 cm ou nombre $\geq$ 3 kystes ou occupant tout un lobe ou un foie).

Résultats

651 patients étaient inclus dans notre étude répartis en trois sous-groupes : un groupe témoin (G1) comportant 39 cas d'HR. Un deuxième groupe (G2) de traitement radical type périkystectomie totale comportant 159 patients et un troisième groupe (G3) incluant 453 cas de traitement conservateur. La morbidité globale était significativement plus faible dans le groupe d'HR (10,26% contre 13,8% pour G2 et 23,4% pour G3). La durée d'hospitalisation était plus courte dans le groupe G1 (p : 0,001) avec un taux de récurrence nul alors qu'il était de 2,5% et 16,5% respectivement dans G2 et G3. Néanmoins, la durée opératoire était plus prolongée dans le groupe HR.

Conclusion

651 patients étaient inclus dans notre étude répartis en trois sous-groupes : un groupe témoin (G1) comportant 39 cas d'HR. Un deuxième groupe (G2) de traitement radical type périkystectomie totale comportant 159 patients et un troisième groupe (G3) incluant 453 cas de traitement conservateur. La morbidité globale était significativement plus faible dans le groupe d'HR (10,26% contre 13,8% pour G2 et 23,4% pour G3). La durée d'hospitalisation était plus

courte dans le groupe G1($p : 0,001$) avec un taux de récurrence nul alors qu'il était de 2,5% et 16,5% respectivement dans G2 et G3. Néanmoins, la durée opératoire était plus prolongée dans le groupe HR.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.131

3CVD00539-Quelle séquence de conservation dynamique avant la perfusion normothermique des greffons marginaux ? – Une étude préclinique

Emma MULET (1), Xavier MULLER (2), Guillaume ROSSIGNOL (3), Kayvan MOHKAM (2), Jean Yves MABRUT (2), Natacha BOULANGER (2) - (1)Hospices Civils De Lyon, Lyon, France, (2)Hôpital De La Croix Rousse, Lyon, France, (3)Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Introduction

La perfusion normothermique après la conservation statique (NMP) ouvre des perspectives d'évaluation et de traitement des greffons hépatiques avant transplantation. Pourtant, la NMP a un coût métabolique qui se traduit par l'activation de l'inflammasome hépatique avant la transplantation. Le bénéfice d'une séquence de conservation dynamique avant l'initiation de la NMP reste inconnu.

Méthodes

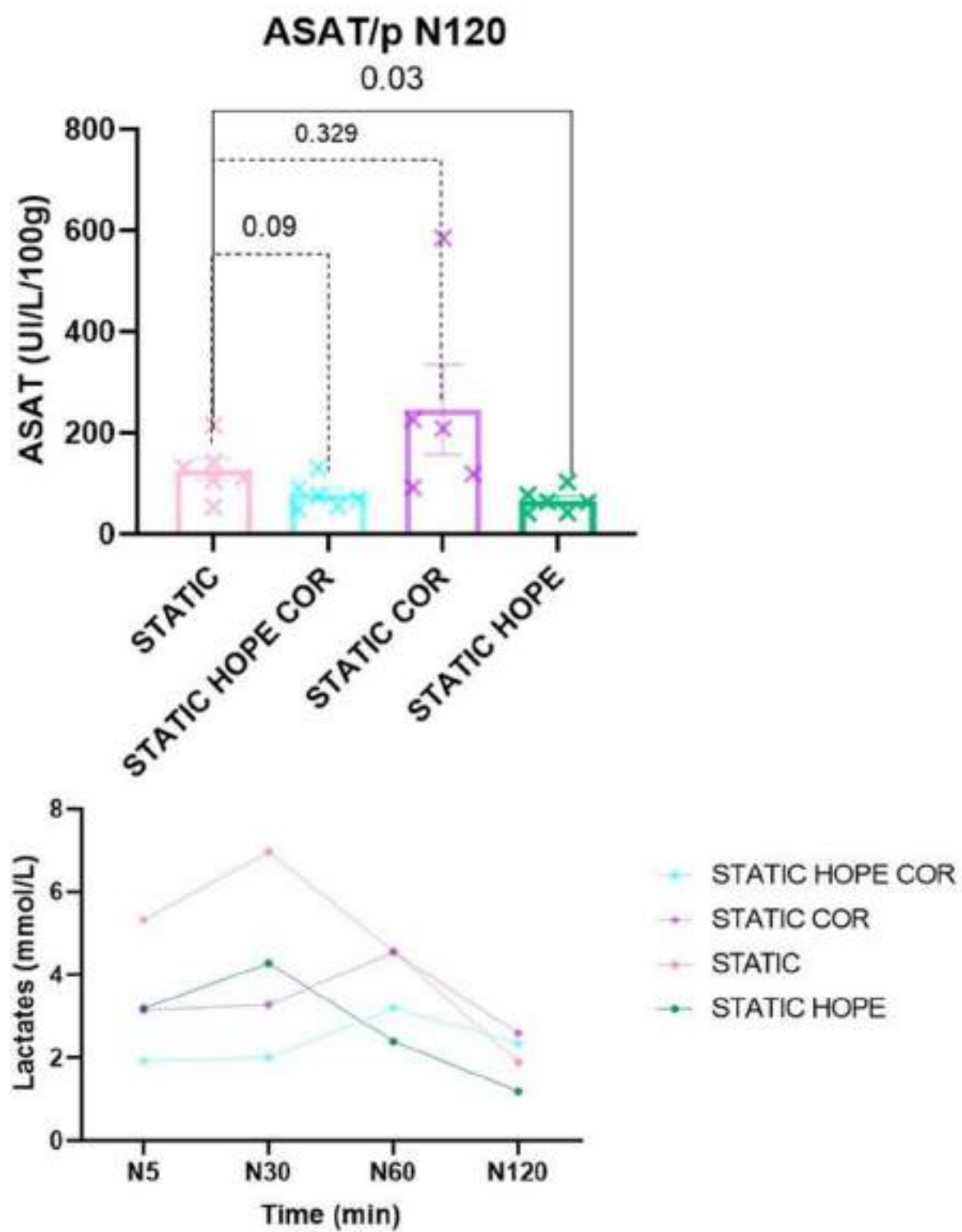
En plus du groupe STATIC (n=6, 6h d'ischémie froide), nous avons étudié trois modalités de conservation dynamique de greffons hépatiques porcins avec 30min d'ischémie chaude avant l'initiation de la NMP : STATIC-HOPE (n=6, 6h d'ischémie froide+2h HOPE) STATIC-HOPE-COR (n=6, 6h d'ischémie froide+1h de HOPE +1h de COR) STATIC-COR (n=5, 6h d'ischémie froide+1h de COR) Tous les greffons ont bénéficié de 2h de NMP à 37°C avec du sang total autologue après la conservation.

Résultats

Après 120min de NMP, le groupe STATIC-HOPE était le seul avec une cytololyse significativement plus basse que le groupe STATIC (65 vs 127UI/L/100g ; p=0,03, Figure 1). Dans tous les groupes, le taux de lactates à 120min était < 2,5, avec un pic de lactate plus bas dans le groupe STATIC-HOPE-COR (Figure 2). La production de bile était augmentée dans les groupes avec HOPE (10.4 pour STATIC-HOPE-COR et 5.9 ml pour HOPE vs 3.6 mL pour STATIC).

Conclusion

Après 120min de NMP, le groupe STATIC-HOPE était le seul avec une cytololyse significativement plus basse que le groupe STATIC (65 vs 127UI/L/100g ; p=0,03, Figure 1). Dans tous les groupes, le taux de lactates à 120min était < 2,5, avec un pic de lactate plus bas dans le groupe STATIC-HOPE-COR (Figure 2). La production de bile était augmentée dans les groupes avec HOPE (10.4 pour STATIC-HOPE-COR et 5.9 ml pour HOPE vs 3.6 mL pour STATIC).



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.132

3CVD00080-L'ICG dans le cancer de la vésicule biliaire : une approche prometteuse encore peu exploitée

Rezki KEDJEM, Keltoum Dite Nessma LARDJANE, Nassim LALLOUTI, Ahmed DJADJOUA, Rabah BOUZOUAGH, Chafik BOUZID - (1)Clcc Dbk Tizi Ouzou, Tizi Ouzou, Algérie

Conflits d'intérêts

aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le cancer de la vésicule biliaire (CVB) est une tumeur rare . Son traitement repose sur une résection radicale associée à un curage ganglionnaire adéquat. Cependant, la complexité anatomique de la région hilaire et la difficulté d'identification des structures biliaires et des relais ganglionnaires peuvent limiter la qualité de resection. Dans ce contexte, la fluorescence au vert d'indocyanine (ICG) apparaît comme un outil innovant susceptible d'améliorer la visualisation peropératoire. Objectif : Évaluer l'intérêt potentiel de l'ICG dans la chirurgie du CVB à travers une revue de la littérature et présenter le protocole prospectif développé dans notre centre.

Méthodes

Une revue narrative des études rapportant l'utilisation de l'ICG en chirurgie du CVB a été réalisée. Les paramètres analysés incluaient les marges de résection, la cartographie ganglionnaire et la visualisation de l'arbre biliaire. Parallèlement, un protocole prospectif est en cours d'élaboration afin d'évaluer l'apport d'une injection pré ou peropératoire d'ICG pour guider la résection hépatique et le curage ganglionnaire.

Résultats

Les données sont limitées, issues de séries de faisabilité et de petites cohortes. L'ICG améliore la visualisation de l'arbre biliaire, permettant une dissection plus précise et plus sécurisée, avec une meilleure identification des voies biliaires. Elle facilite également la délimitation des segment hépatique à réséquer. Son rôle dans le curage ganglionnaire semble prometteur, bien que les performances rapportées restent variables.

Conclusion

Les données sont limitées, issues de séries de faisabilité et de petites cohortes. L'ICG améliore la visualisation de l'arbre biliaire, permettant une dissection plus précise et plus sécurisée, avec une meilleure identification des voies biliaires. Elle facilite également la délimitation des segment hépatique à réséquer. Son rôle dans le curage ganglionnaire semble prometteur, bien que les performances rapportées restent variables.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.133

3CVD00773-Cholécystectomie laparoscopique chez le sujet âgé : sécurité et prédicteurs de complications.

Imen BEN ISMAIL, Khadija YAICH, Marwen SGHAIER, Saber REBII - (1)Centre De Traumatologie Et Des Grands Brûlés, Ben Arous, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La cholécystite aiguë lithiasique (CAL) est une urgence chirurgicale fréquente du sujet âgé. La sécurité de la cholécystectomie laparoscopique (CL) dans cette population reste débattue en raison de la fragilité et des comorbidités. Cette étude visait à évaluer les résultats de la CL pour CAL chez le sujet âgé et à identifier les facteurs prédictifs de complications postopératoires.

Méthodes

Étude rétrospective sur cinq ans incluant les patients âgés de ≥ 65 ans opérés par CL pour CAL entre janvier 2019 et décembre 2023. Les complications ont été classées selon Clavien-Dindo. Des régressions logistiques univariées et multivariées ont déterminé les prédicteurs indépendants de morbidité.

Résultats

Au total, 120 patients ont été inclus, d'âge moyen 73 ans, à prédominance féminine (62 %). La plupart (76 %) avaient au moins une comorbidité ; 63 % présentaient une cholécystite Tokyo grade II. La CL était réalisée dans les 24 heures dans 71 % des cas. Une conversion est survenue dans 15,8 %. Des complications sont survenues chez 7 patients (5,8 %), dont 4 majeures ($\geq$ grade III). Deux décès (1,7 %) ont été enregistrés. L'analyse multivariée identifiait la BPCO (OR 2,66 ; IC95 % 1,96–4,49 ; $p < 0,001$) et l'abcès péri-vésiculaire au scanner (OR 2,22 ; IC95 % 1,56–3,13 ; $p < 0,001$) comme prédicteurs indépendants de complications.

Conclusion

Au total, 120 patients ont été inclus, d'âge moyen 73 ans, à prédominance féminine (62 %). La plupart (76 %) avaient au moins une comorbidité ; 63 % présentaient une cholécystite Tokyo grade II. La CL était réalisée dans les 24 heures dans 71 % des cas. Une conversion est survenue dans 15,8 %. Des complications sont survenues chez 7 patients (5,8 %), dont 4 majeures ($\geq$ grade III). Deux décès (1,7 %) ont été enregistrés. L'analyse multivariée identifiait la BPCO (OR 2,66 ; IC95 % 1,96–4,49 ; $p < 0,001$) et l'abcès péri-vésiculaire au scanner (OR 2,22 ; IC95 % 1,56–3,13 ; $p < 0,001$) comme prédicteurs indépendants de complications.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.134

3CVD00421-Kyste hydatique du dôme hépatique : facteurs prédictifs de morbidité post opératoire

Yosr HASSINE, Mohamed Mehdi TRABELSI, Salsabil NASRI, Hajer TAHAR, Hichem JERRAYA, Chadli DZIRI, Ramzi NOUIRA - (1)Service De Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

Le kyste hydatique du dôme hépatique (KHDH) est une localisation à risque en raison de ses rapports anatomiques étroits avec le diaphragme et la cavité thoracique. Cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de morbidité postopératoire.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative à visée pronostique ayant inclus les patients qui ont été opérés pour KHDH dans notre service entre 2016 et 2024. Le critère du jugement principal était la survenue d'une complication chirurgicale spécifique. Afin d'étudier les facteurs prédictifs indépendants de morbidité chirurgicale spécifique, les patients ont été divisés en 2 groupes le groupe « morbidité » et le groupe « pas de morbidité ». Puis nous avons réalisés une étude descriptive suivie d'une étude analytique avec analyse multivariée type régression logistique.

Résultats

Nous avons colligés 64 patients opérés pour un KHDH. La morbidité chirurgicale spécifique était de 12,5%. On a retenu à la fin de cette étude deux facteurs : l'épaisseur de la paroi du kyste en mm au scanner [OR=2,04 ; IC95% [1,15-3,61] ;(P=0,01) et le délai d'ablation du drainage. [OR=2,02 ; IC95% [1,08-3,78] (P=0,02).

Conclusion

Nous avons colligés 64 patients opérés pour un KHDH. La morbidité chirurgicale spécifique était de 12,5%. On a retenu à la fin de cette étude deux facteurs : l'épaisseur de la paroi du kyste en mm au scanner [OR=2,04 ; IC95% [1,15-3,61] ;(P=0,01) et le délai d'ablation du drainage. [OR=2,02 ; IC95% [1,08-3,78] (P=0,02).

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.135

3CVD00469-les ampullomes vaterien

Waad FARHAT (1), Amal BOUAZZI (1), Sami LAGHA (1), Oumeyma TLILI (1), Ilhem OUIHICHI (2), Dorsaf BELTAIFA (3), Mohamed BEN MABROUK (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie, (2)Service D'anesthésie Et Réanimation Sahloul Sousse, Sousse, Tunisie, (3)Service D'anatomopathologie Sahloul, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

non

Introduction

Les tumeurs ampullaires sont rares et représentent seulement 0,6 à 0,8 % de l'ensemble des cancers digestifs le but de notre étude est de typer et classer les adénocarcinomes ampullaires sur la base de données morphologiques et immunohistochimiques et évaluer leurs facteurs pronostiques clinico-pathologiques.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de septembre 2000 à novembre 2025. Une relecture histologique des lames a permis de reclasser ces tumeurs en 3 groupes distinguant les adénocarcinomes de type intestinal(I), les adénocarcinomes de type pancréaticobiliaire(PB) et les adénocarcinomes de type mixte(M).

Résultats

il s'agissait de 98 cas 59,4% étaient de type (I), 39,2% de type (PB) et 20,2% de type (M). L'âge moyen des patients était de 59,6 ans avec un sex-ratio de 1,93. Les principaux signes cliniques étaient l'ictère rétionnel accompagné ou précédé dans 37% des cas d'amaigrissement et de fièvre et dans 37% des cas de douleurs abdominales. Une cholestase biologique a été retrouvée dans 89.4% des cas. Le traitement chirurgical a consisté en une duodénopancréatectomie céphalique. La survie globale était de 66% à 5 ans. Comparé au type (I), le type (PB) est associé à un plus mauvais pronostic. Les tumeurs récidivantes étaient dans 77% des cas de type (PB), dans 23% des cas de type (I).

Conclusion

il s'agissait de 98 cas 59,4% étaient de type (I), 39,2% de type (PB) et 20,2% de type (M). L'âge moyen des patients était de 59,6 ans avec un sex-ratio de 1,93. Les principaux signes cliniques étaient l'ictère rétionnel accompagné ou précédé dans 37% des cas d'amaigrissement et de fièvre et dans 37% des cas de douleurs abdominales. Une cholestase biologique a été retrouvée dans 89.4% des cas. Le traitement chirurgical a consisté en une duodénopancréatectomie

céphalique. La survie globale était de 66% à 5 ans. Comparé au type (I), le type (PB) est associé à un plus mauvais pronostic. Les tumeurs récidivantes étaient dans 77% des cas de type (PB), dans 23% des cas de type (I).

E-poster

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

PO.136

3CVD00294-Tumeur de Frantz chez l'adolescente : peut-on privilégier une chirurgie conservatrice ?

Redha BOUZITOUNA - (1)Chu De Constantine Service De Chirurgie Digestive A, Constantine, Algérie

Conflits d'intérêts

je n'ai pas de conflit d'intérêts

Introduction

La tumeur pseudopapillaire et solide du pancréas (TPSP), ou tumeur de Frantz, est une tumeur pancréatique rare représentant 0,3 à 2,7 % des tumeurs exocrines du pancréas. Elle touche préférentiellement les femmes jeunes et se caractérise par un faible potentiel de malignité ainsi qu'un excellent pronostic après exérèse complète. Chez les jeunes, la préservation du parenchyme pancréatique constitue un enjeu majeur, favorisant le recours à des techniques de chirurgie conservatrice.

Méthodes

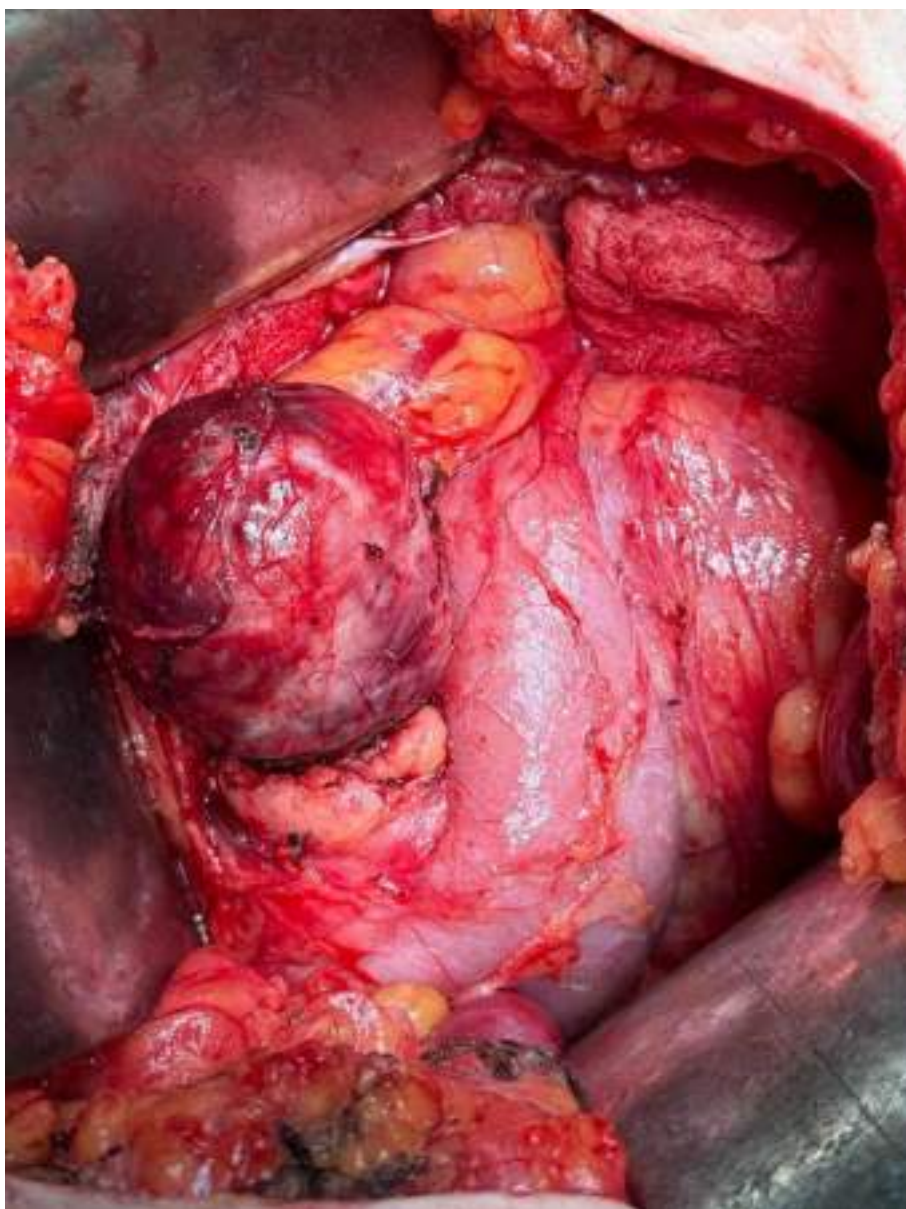
Nous rapportons le cas d'une adolescente de 16 ans, chez qui une masse pancréatique a été découverte fortuitement. L'examen clinique, le bilan biologique et les marqueurs tumoraux étaient normaux. La tomодensitométrie abdominale a objectivé une masse de l'uncus mesurant 44 × 42 × 34 mm. L'IRM a montré une lésion encapsulée de 38 × 31 mm évocatrice d'une tumeur de Frantz. La biopsie pancréatique a confirmé le diagnostic.

Résultats

L'exploration chirurgicale a retrouvé une masse solide-kystique bien encapsulée de 4 cm, à développement exophytique au niveau du processus unciné. L'échographie peropératoire a confirmé l'absence d'atteinte du canal de Wirsung, permettant la réalisation d'une énucléation tumorale. L'examen anatomopathologique avec immunohistochimie a confirmé le diagnostic de TPSP. Les marges de résection étaient saines. Une infiltration périnerveuse était notée sans envahissement ganglionnaire. Les suites ont été simples.

Conclusion

L'exploration chirurgicale a retrouvé une masse solide-kystique bien encapsulée de 4 cm, à développement exophytique au niveau du processus unciné. L'échographie peropératoire a confirmé l'absence d'atteinte du canal de Wirsung, permettant la réalisation d'une énucléation tumorale. L'examen anatomopathologique avec immunohistochimie a confirmé le diagnostic de TPSP. Les marges de résection étaient saines. Une infiltration périnerveuse était notée sans envahissement ganglionnaire. Les suites ont été simples.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.137

3CVD00431-Obstination cœlioscopique face à la vésicule difficile : Performance ou imprudence ?

Asma SGHAIER, Yessine BOUHLEL, Firas JEMAL, Mohamed Salah JARRAR, Mohamed Amine ELGHALI, Sabri YOUSSEF - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale . Hôpital Farhat Hached De Sousse. Faculté De Médecine De Sousse Université De Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail

Introduction

L'inflammation locale lors d'une cholécystite aiguë lithiasique (CAL) rend la dissection cœlioscopique complexe et dangereuse. Anticiper la conversion en laparotomie est crucial pour éviter les complications sévères. Cette étude vise à modéliser ce risque opératoire.

Méthodes

Une étude analytique a été menée de 2015 à 2025 , incluant 870 patients opérés de CAL par laparoscopie selon les Tokyo Guidelines 2018. Les données ont été traitées pour comparer les groupes « cœlioscopie » et « conversion ».

Résultats

La conversion a concerné 17,2 % de la cohorte, dictée par des remaniements inflammatoires majeurs bloquant l'accès au canal cystique (66,7 %). Huit facteurs prédictifs indépendants ont été retenus en analyse multivariée : âge > 60 ans, obésité, signes digestifs/ictère, Murphy positif, CRP élevée, distension de la vésicule, calcul enclavé et épanchement local. La pondération de ces critères a donné naissance au score FHS14. Avec un seuil critique >7, ce score montre une excellente performance prédictive (sensibilité 74 %, spécificité 84,3 %). La conversion s'associe à une morbidité supérieure (26,7 % vs 14 %) et un séjour prolongé.

Conclusion

La conversion a concerné 17,2 % de la cohorte, dictée par des remaniements inflammatoires majeurs bloquant l'accès au canal cystique (66,7 %). Huit facteurs prédictifs indépendants ont été retenus en analyse multivariée : âge > 60 ans, obésité, signes digestifs/ictère, Murphy positif, CRP élevée, distension de la vésicule, calcul enclavé et épanchement local. La pondération de ces critères a donné naissance au score FHS14. Avec un seuil critique >7, ce score montre une excellente performance prédictive (sensibilité 74 %, spécificité 84,3 %). La conversion s'associe à une morbidité supérieure (26,7 % vs 14 %) et un séjour prolongé.

FHS14 SCORE: PREDICTING CONVERSION IN ACUTE CHOLECYSTITIS

ANTICIPATING OBSTACLE TO SECURE SURGERY (site: 1)



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.138

3CVD00473-prise en charge des Kystes Hydatiques du foie Rompus dans Les Voies Biliaires :À Propos de 96 Cas

Waad FARHAT (1) , Amal BOUAZZI (1), Sami LAGHA (1), Fathia HARRABI (1), Ilhem OUHICHI (2), Mohamed BEN MABROUK (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie, (2)Service D'anesthésie Réanimation, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

non

Introduction

La rupture du kyste hydatique dans les voies biliaires est une complication courante et grave. Elle peut être latente ou révélée par une angiocholite aiguë.
 L'objectif de ce travail est de discuter les caractéristiques cliniques, les données radiologiques et la prise en charge de cette complication.

Méthodes

Etude rétrospective rapportant une série de kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires colligés dans le service de chirurgie générale du CHU Sahloul, Sousse entre 2000 et 2025.

Résultats

Sur 1695 kystes hydatiques du foie opérés,96 étaient compliqués de rupture dans les voies biliaires soit 5,66%.Il y avait 63 hommes et 33 femmes.L'âge moyen était de 39 ans avec des extrêmes allant de 10 à 74 ans La clinique était dominée par la crise d'angiocholite ou une douleur de l'hypochondre droit.L'ictère était isolé dans 12 cas.La fistule bilio-kystique était latente dans plus de 59% des cas.Les kystes hydatiques avec fistule étaient localisés dans le lobe droit du foie dans 69 cas et dans le lobe gauche dans 27 cas.Le traitement a consisté en une résection du dôme saillant dans 12 cas,une péri-kystectomie dans 47 cas une lobectomie gauche dans 32 cas une hépatectomie gauche dans 5 cas.La morbidité était représentée par quatre abcès sous phrénique, quatre fistules biliaires prolongées.Quatre cas de récurrence étaient notées chez des patients traités par les méthodes conservatrices.

Conclusion

Sur 1695 kystes hydatiques du foie opérés,96 étaient compliqués de rupture dans les voies biliaires soit 5,66%.Il y avait 63 hommes et 33 femmes.L'âge moyen était de 39 ans avec des extrêmes allant de 10 à 74 ans La clinique était dominée par la crise d'angiocholite ou une douleur de l'hypochondre droit.L'ictère était isolé dans 12 cas.La fistule bilio-kystique était

latente dans plus de 59% des cas. Les kystes hydatiques avec fistule étaient localisés dans le lobe droit du foie dans 69 cas et dans le lobe gauche dans 27 cas. Le traitement a consisté en une résection du dôme saillant dans 12 cas, une péri-kystectomie dans 47 cas, une lobectomie gauche dans 32 cas, une hépatectomie gauche dans 5 cas. La morbidité était représentée par quatre abcès sous phrénique, quatre fistules biliaires prolongées. Quatre cas de récurrence étaient notés chez des patients traités par les méthodes conservatrices.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.139

3CVD00832-Profilage protéomique des prélèvements cytologiques sur sténose biliaire indéterminée : une signature stromale pour le diagnostic du cholangiocarcinome extrahépatique

Arthur MARICHEZ (1), Anne-Aurélié RAYMOND (2), Goudarz PASSAND (1), Sylvaine DI TOMMASO (3), Julie MONIER (2), Jean-William DUPUY (2), Hadrien MARY (4), Cyril DOURTHE (5), Samuel AMINTAS (6), Anais PUJALS (7), Brigitte LE BAIL (8), Marion MARTY (8), Geneviève BELLEANNÉE (8), Frédéric SALTEL (5), Laurence CHICHE (1) - (1)Service De Chirurgie Hépato-Biliaire, Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Plateforme Oncoprot, Université De Bordeaux, Bordeaux, France, (3)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (4)Beliver, Bordeaux, France, (5)U1312-Equipe 3, Bordeaux Institute Of Oncology, Université De Bordeaux, Bordeaux, France, (6)Service De Biologie Des Tumeurs, Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (7)Service De Biologie Des Tumeurs, Hôpital Henri Mentor, Aphp, Créteil, France, (8)Service D'anatomopathologie, Chu De Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Le diagnostic de cholangiocarcinome extrahépatique (CCAe) sur sténose biliaire repose sur l'examen histologique des prélèvements cytologiques (PC), dont la sensibilité est limitée à 50 %. Cette insuffisance diagnostique expose les patients à des examens invasifs répétés, des retards de prise en charge et des résections chirurgicales majeures pour des lésions finalement bénignes. L'objectif de ce travail était d'utiliser une technologie innovante, le profilage protéomique, afin d'obtenir une signature protéomique diagnostique permettant de distinguer par modèle prédictif les sténoses biliaires bénignes des malignes à partir de PC.

Méthodes

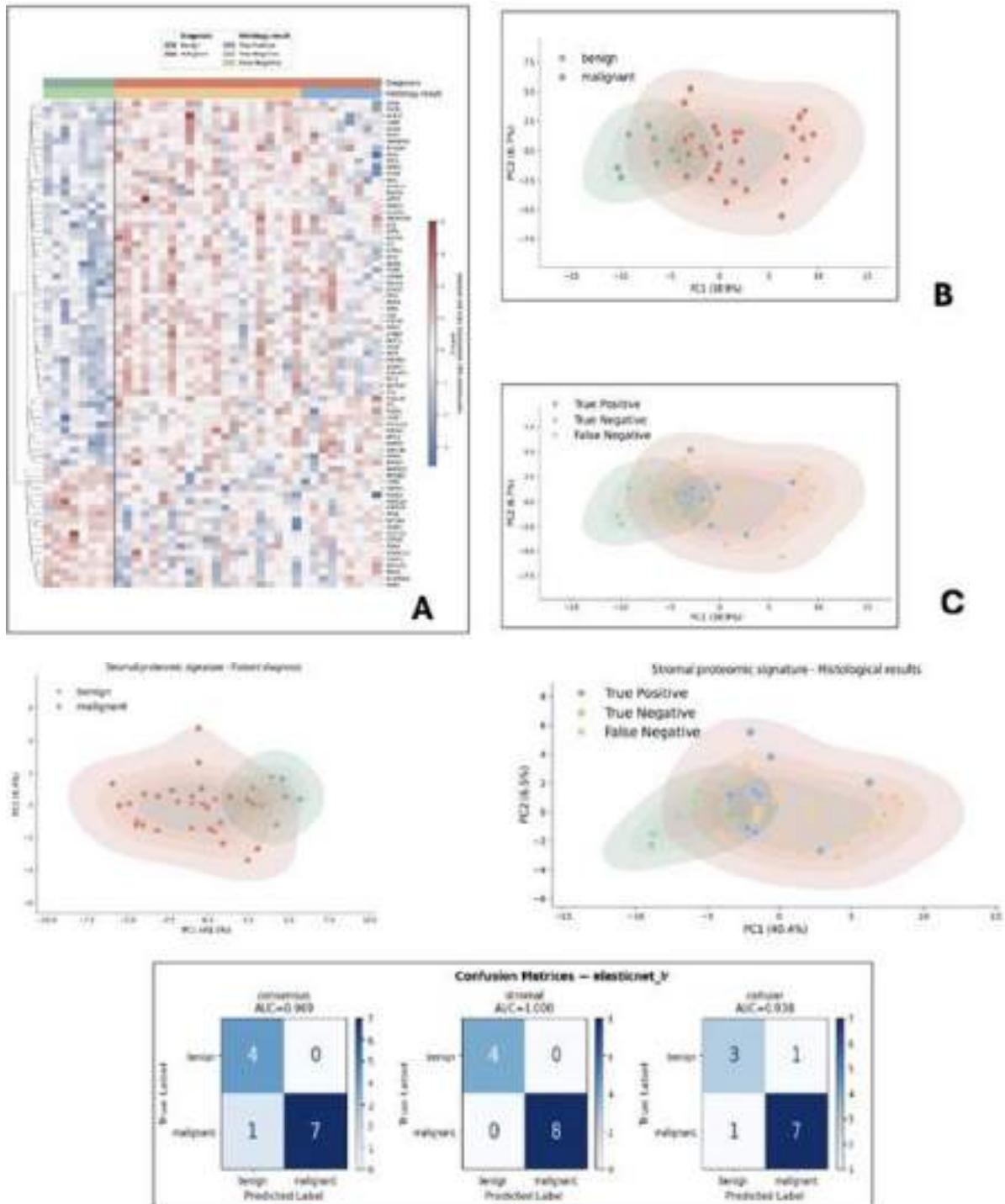
Parmi les patients d'une série monocentrique ayant bénéficié d'un PC pour sténose biliaire suspecte de CCAe, une cohorte de découverte (n=38) et deux cohortes de validation (interne (n=12) et externe (n=14)) ont été constituées. Après relecture anatomopathologique et microdissection laser des zones d'intérêt sur blocs FFPE, une analyse protéomique par spectrométrie de masse a été réalisée. Des modèles prédictifs par régression logistique Elasticnet ont été entraînés sur la signature obtenue puis appliqués aux cohortes de validation

Résultats

La cohorte de découverte a permis l'élaboration d'une signature protéomique de 76 protéines. La déconvolution cellulaire a généré deux sous-signatures : stromale (23 protéines) et cellulaire (53 protéines). La signature stromale a présenté les meilleures performances diagnostiques, avec une sensibilité de 100 % en validation interne et externe avec une aire sous la courbe ROC de 1,00 et 0,92 respectivement.

Conclusion

La cohorte de découverte a permis l'élaboration d'une signature protéomique de 76 protéines. La déconvolution cellulaire a généré deux sous-signatures : stromale (23 protéines) et cellulaire (53 protéines). La signature stromale a présenté les meilleures performances diagnostiques, avec une sensibilité de 100 % en validation interne et externe avec une aire sous la courbe ROC de de 1,00 et 0,92 respectivement.



E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.140

3CVD00743- Une forme sévère de la pancréatite aigüe nécrotico-hémorragique : la pancréatite aigüe lupique

Chaima YAKOUBI, Wiem MARZOUKI, Rakia SIALA, Sarra SAAD, Rami GUIZANI, Karim SASSI, Mohamed BEN SLIMA - (1)Service De Chirurgie Générale B-Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec ce travail.

Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une pathologie auto-immune non spécifique d'organe qui peut se compliquer d'une atteinte digestive grave. La pancréatite lupique est une atteinte rare mais gravissime au cours du LES. Elle est rarement révélatrice et son incidence annuelle est de 0,4 à 1 %. Sa pathogénie demeure encore mystérieuse et multifactorielle.

Méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 26 ans, admise au service de médecine interne à l'hôpital universitaire la Rabta en Tunisie pour une poussée sévère de son LES : atteinte rénale, hématologique (une pancytopenie) et cardiaque (une myocardite). Les données cliniques, biologiques et d'imagerie ont été recueillies.

Résultats

On a retenu le diagnostic d'une pancréatite aigüe (PA) devant l'association d'épigastalgies de type pancréatiques à un taux de Lipasémie à 2390 U/l. Le scanner de stadification avait conclu à une PA nécrotico-hémorragique stade E de Balthazar avec un CTSI à 9. La patiente a été maintenue sous corticothérapie devant la poussée sévère de sa maladie. L'évolution a été marquée par une surinfection des coulées de nécrose à J21 d'hospitalisation. Le Taux de procalcitonine était à 1,9 µg/L, une ponction a permis l'identification d'un *Staphylococcus aureus* multi sensible. Un drainage percutané a été réalisé. Les suites étaient simples. L'évolution a été favorable, avec une nette régression des collections nécrotiques.

Conclusion

On a retenu le diagnostic d'une pancréatite aigüe (PA) devant l'association d'épigastalgies de type pancréatiques à un taux de Lipasémie à 2390 U/l. Le scanner de stadification avait conclu à une PA nécrotico-hémorragique stade E de Balthazar avec un CTSI à 9. La patiente a été maintenue sous corticothérapie devant la poussée sévère de sa maladie. L'évolution a été marquée par une surinfection des coulées de nécrose à J21 d'hospitalisation. Le Taux de procalcitonine était à 1,9 µg/L, une ponction a permis l'identification d'un *Staphylococcus*

aureus multi sensible. Un drainage percutané a été réalisé. Les suites étaient simples. L'évolution a été favorable, avec une nette régression des collections nécrotiques.

E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.141

3CVD00097-Cystadénome séreux géant du pancréas : à propos d'un cas et revue de la littérature

Amina KRELIL - (1)Chirurgie Générale, Oran, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts

Introduction

Le cystadénome séreux du pancréas est une tumeur kystique rare et généralement bénigne, représentant 10–16 % des lésions kystiques pancréatiques. Il touche préférentiellement la femme après 50 ans. Son diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie, montrant une lésion en « nid d'abeille ». Les formes volumineuses ou atypiques peuvent poser un problème diagnostique avec les tumeurs mucineuses du pancréas.

Méthodes

Patiente âgée de 59 ans, diabétique ayant consulté pour une masse épigastrique évoluant depuis 6 mois avec douleurs abdominales. L'IRM a objectivé une volumineuse masse kystique pancréatique corporéo-caudale multilobulée, bien limitée, mesurant 146 × 83, d'aspect multi-microkystique, sans communication avec le canal pancréatique principal en contact avec les vaisseaux spléniques. La patiente a bénéficié d'une spléno pancréatectomie caudale. L'étude anatomopathologique a retrouvé une lésion multikystique constituée de cellules cubiques régulières sans atypies ni invasion, compatible avec un cystadénome séreux du pancréas sans signe de malignité. Les suites opératoires étaient simples.

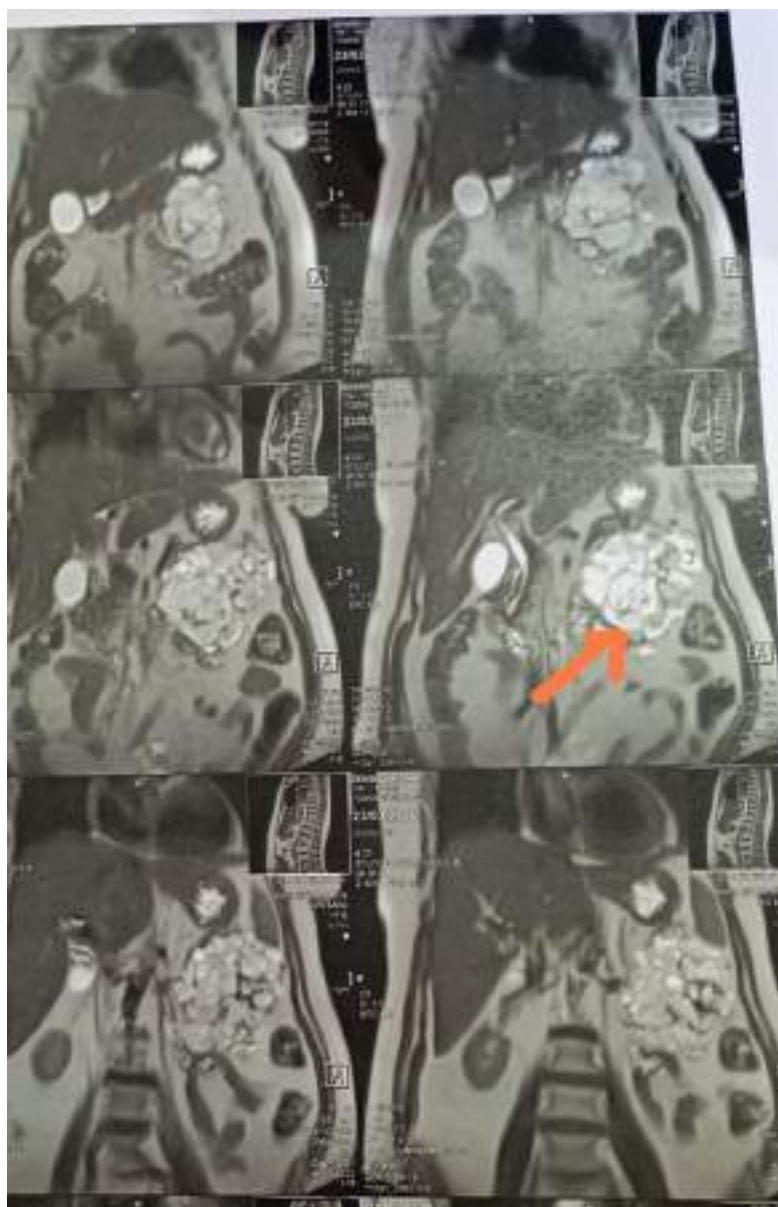
Résultats

Le cystadénome séreux touche préférentiellement la femme après 50 ans. L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic en montrant typiquement un aspect microkystique en « nid d'abeille ». Cependant, les formes volumineuses ou atypiques rendent le diagnostic différentiel difficile avec les tumeurs mucineuses. La chirurgie est indiquée en cas de symptomatologie, de taille importante ou de doute diagnostique.

Conclusion

Le cystadénome séreux touche préférentiellement la femme après 50 ans. L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic en montrant typiquement un aspect microkystique en « nid d'abeille ». Cependant, les formes volumineuses ou atypiques rendent le diagnostic différentiel difficile avec les tumeurs mucineuses. La chirurgie est indiquée en cas de symptomatologie, de taille importante ou de doute diagnostique.





E-poster

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

PO.142

3CVD00856-Influence du diabète sur la survie dans le cancer du pancréas

Sabiha BELHOUAS (1) , Marwa Zehour ACHOUR (2), Meriem MANSOURI (2), Ali BENNANI (1), Aomar BENCHABANE (1), Abdelkader BOUAZZA (1), Faiza TAIB (1), Abdallah BOUDIAF (1), Abdelkadir BENBLIDIA (1), Ibtissem BEZGHOUD (1), Salah BERKANE (1) - (1)Service De Chirurgie Oncologique Et Viscérale Eph Bologhine Ibn Ziri Université Des Science De La Santé Youcef El Khatib Alger, Alger, Algérie, (2)Université Des Science Et Technologie Houari Boumedienne, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflits d'intérêts

Introduction

Le diabète entretient une relation complexe avec le cancer du pancreas , mais son impact pronostic reste controversé . l'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence du diabète sur la survie des patients opérés pour cancer du pancreas .

Méthodes

Etude rétrospective incluant 171 patients opérés pour cancer du pancreas entre 2005 et 2025 . Les données cliniques, anatomopathologiques et évolutives ont été analysées . La survie globale a été étudiée par la méthode de Kaplan-Meier et comparée par le test du Log- Rank . Une analyse multivariée selon le modèle de Cox a été réalisée.

Résultats

L'âge moyen était de 60,05 ans avec une nette prédominance masculine (60,82%) . Le diabète était retrouvé chez 39,2% des patients , principalement de type 2 (72,73%) . La survie globale moyenne était de 421 jours avec une médiane de 208 jours . les patients non diabétiques présentaient une survie moyenne de 486 jours contre 344 jours chez les diabétiques , sans différence significative ($P=0,492$). Le type , la durée d'évolution et le traitement du diabète n'étaient pas associés à la survie . En analyse multivariée , un âge > 65 ans constituait un pronostique indépendant de mauvaise survie (HR= 1,54; IC95% : 1,07-2,20; $P= 0,019$) . La localisation tumorale et les métastases influençaient également la survie.

Conclusion

L'âge moyen était de 60,05 ans avec une nette prédominance masculine (60,82%) . Le diabète était retrouvé chez 39,2% des patients , principalement de type 2 (72,73%) . La survie globale moyenne était de 421 jours avec une médiane de 208 jours . les patients non diabétiques présentaient une survie moyenne de 486 jours contre 344 jours chez les diabétiques , sans différence significative ($P=0,492$). Le type , la durée d'évolution et le traitement du diabète

n'étaient pas associés à la survie . En analyse multivariée , un âge > à 65 ans constituait un pronostique indépendant de mauvaise survie (HR= 1,54; IC95% : 1,07-2,20; P= 0,019) . La localisation tumorale et les métastases influençaient également la survie.

E-poster

B. Chirurgie Hépatobiliaire-Pancréatique

PO.143

3CVD00559-Facteurs associés à la morbidité postopératoire après résection hépatique pour carcinome hépatocellulaire

Zied HADRICH, Mohamed HAJRI, Taher LABIDI, Aziz ATALLAH, Hedi MESSAOUDI, Sahir OMRANI - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La résection hépatique constitue un traitement curatif du carcinome hépatocellulaire chez les patients sélectionnés ayant une fonction hépatique préservée (Fig 1). Toutefois, la morbidité postopératoire reste élevée et peut compromettre les résultats à court terme. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés aux complications postopératoires après résection hépatique pour carcinome hépatocellulaire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients adultes opérés d'une résection hépatique pour carcinome hépatocellulaire entre janvier 2020 et décembre 2023. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques et opératoires ont été analysées. La morbidité postopératoire et la mortalité à 30 jours ont été évaluées. Une analyse univariée puis multivariée par régression logistique a été réalisée.

Résultats

Quatre-vingt-huit patients ont été inclus. L'âge moyen était de $60,8 \pm 13,3$ ans, avec une prédominance masculine (64,8 %). Une cirrhose était présente chez 66 % des patients, principalement d'origine virale. Une résection anatomique a été réalisée dans 58 % des cas. La morbidité postopératoire était de 45,5 % et la mortalité à 30 jours de 6,9 %. En analyse univariée, le stade Child-Pugh B, la transfusion périopératoire, la durée opératoire prolongée et l'augmentation des pertes sanguines étaient associés aux complications postopératoires. En analyse multivariée, seules les pertes sanguines peropératoires > 275 mL étaient indépendamment associées à la morbidité postopératoire (OR = 3,5 ; IC95 % : 1,07–11,45 ; $p = 0,038$) (Fig 2).

Conclusion

Quatre-vingt-huit patients ont été inclus. L'âge moyen était de $60,8 \pm 13,3$ ans, avec une prédominance masculine (64,8 %). Une cirrhose était présente chez 66 % des patients, principalement d'origine virale. Une résection anatomique a été réalisée dans 58 % des cas. La

morbidité postopératoire était de 45,5 % et la mortalité à 30 jours de 6,9 %. En analyse univariée, le stade Child-Pugh B, la transfusion périopératoire, la durée opératoire prolongée et l'augmentation des pertes sanguines étaient associés aux complications postopératoires. En analyse multivariée, seules les pertes sanguines peropératoires > 275 mL étaient indépendamment associées à la morbidité postopératoire (OR = 3,5 ; IC95 % : 1,07–11,45 ; p = 0,038) (Fig 2).

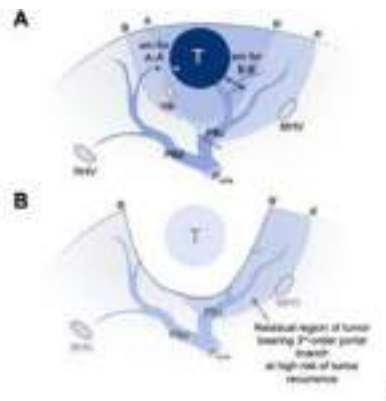


Figure 1. Principles of anatomical versus non-anatomical liver resection for hepatocellular carcinoma [2].

(A) Anatomical resection (A-A') involves complete removal of the tumor-bearing portal branches delineated by anatomical landmarks, aiming to excise the entire portal territory at risk.

(B) Non-anatomical resection (B-B') corresponds to tumor excision without respecting segmental anatomy, leaving part of the tumor-bearing third-order portal branches, which may increase the risk of tumor recurrence.

Abbreviations: HCC, hepatocellular carcinoma; MHV, middle hepatic vein; RHV, right hepatic vein; P8v, ventral branch of portal vein segment VIII; P8d, dorsal branch of portal vein segment VIII; PRPM, right paramedian pedicle; V8i, intermediate vein of segment VIII.

(Adapted from Shindoh et al., *J Hepatol* 2016)

ROC curve

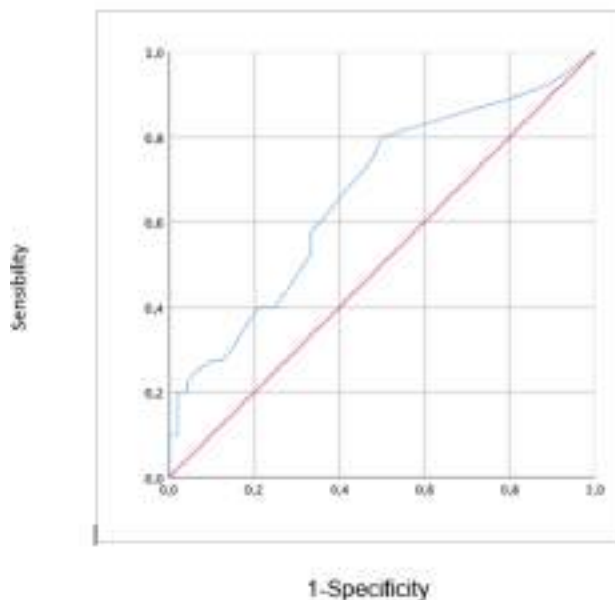


Figure 2: ROC curve: blood loss threshold

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.144

3CVD00698-Transplantation hépatique après un cancer extra-hépatique : le délai de 5 ans est-il encore justifié ?

Pauline THIBODOT (1), Thomas HUSSON (1), Audrey COILLY (2), Daniel CHERQUI (2), Eric VIBERT (2), Daniel AZOULAY (2), Marc Antoine ALLARD (2), Antonio SA CUNHA (2), Nicolas GOLSE (2) - (1)Aphp, Paris, France, (2)Centre Hépatobiliaire, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Compte-tenu de l'augmentation de l'incidence des cancers, une proportion croissante des candidats pour une transplantation hépatique (TH) présente un antécédent oncologique. Chez ces patients avec un antécédent de cancer extra-hépatique (CEH), on recommande un délai de 5 ans sans récurrence avant la TH, s'appuyant sur des données limitées. Notre étude vise à évaluer l'impact de la TH sur la survie des patients avec un CEH actif ou récent.

Méthodes

Nous avons réalisé une analyse rétrospective sur 137 patients de deux cohortes françaises (1996-2025) avec un antécédent de CEH. Ces patients étaient répartis en deux groupes : CEH actif/récemment (<5 ans avant TH) et CEH ancien (guéri >5 ans). Nous avons comparé la survie globale (SG) et la survie sans récurrence (SSR).

Résultats

Parmi les 137 patients, 52,5% avaient un CEH récent/actif. Ces patients étaient plutôt des femmes avec plus de cancers gynécologiques et urinaires. Les indications de TH étaient comparables. Il n'y avait pas de différence significative de SG ($p=0,92$) ni de SSR ($p=0,24$) mais la récurrence du CEH était plus fréquente dans le groupe cancer récent/actif ($p=0,011$). Néanmoins, la SG à 5 ans dans ce groupe était à 83%, dépassant le seuil admis de 50% pour une éligibilité à la TH.

Conclusion

Parmi les 137 patients, 52,5% avaient un CEH récent/actif. Ces patients étaient plutôt des femmes avec plus de cancers gynécologiques et urinaires. Les indications de TH étaient comparables. Il n'y avait pas de différence significative de SG ($p=0,92$) ni de SSR ($p=0,24$) mais la récurrence du CEH était plus fréquente dans le groupe cancer récent/actif ($p=0,011$). Néanmoins, la SG à 5 ans dans ce groupe était à 83%, dépassant le seuil admis de 50% pour une éligibilité à la TH.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.145

3CVD00675-Résultats chirurgicaux après transplantation hépatique pédiatrique utilisant des greffons après SPLIT: étude pilote pour la définition de Textbook Outcomes et de benchmarks

Antoine ROUAULT (1), Xavier MULLER (2), Rani KASSIR (3), Rémi DUBOIS (3), Jean-Yves MABRUT (2), Kayvan MOHKAM (2), Guillaume ROSSIGNOL (3) - (1)Service De Chirurgie Générale, Digestive Et Transplantations Hépatiques Et Intestinales; Univ. Lille, Inserm, Chu Lille U1189-Onco-Thai-Assisted Laser Therapy And Immunotherapy For Oncology, Lille, France, Lyon, France, (2)Service De Chirurgie Générale, Digestive Et Transplantations Hépatiques Et Intestinales, Lyon, France, (3)Service De Chirurgie Uro-Viscérale, Thoracique Et De Transplantation De L'enfant, Lyon, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La transplantation hépatique pédiatrique (THP) permet d'obtenir d'excellents résultats de survie malgré une morbidité importante. Contrairement à la transplantation hépatique adulte, aucun benchmark consensuel n'existe. Cette étude vise à établir les bases d'un futur benchmark multicentrique.

Méthodes

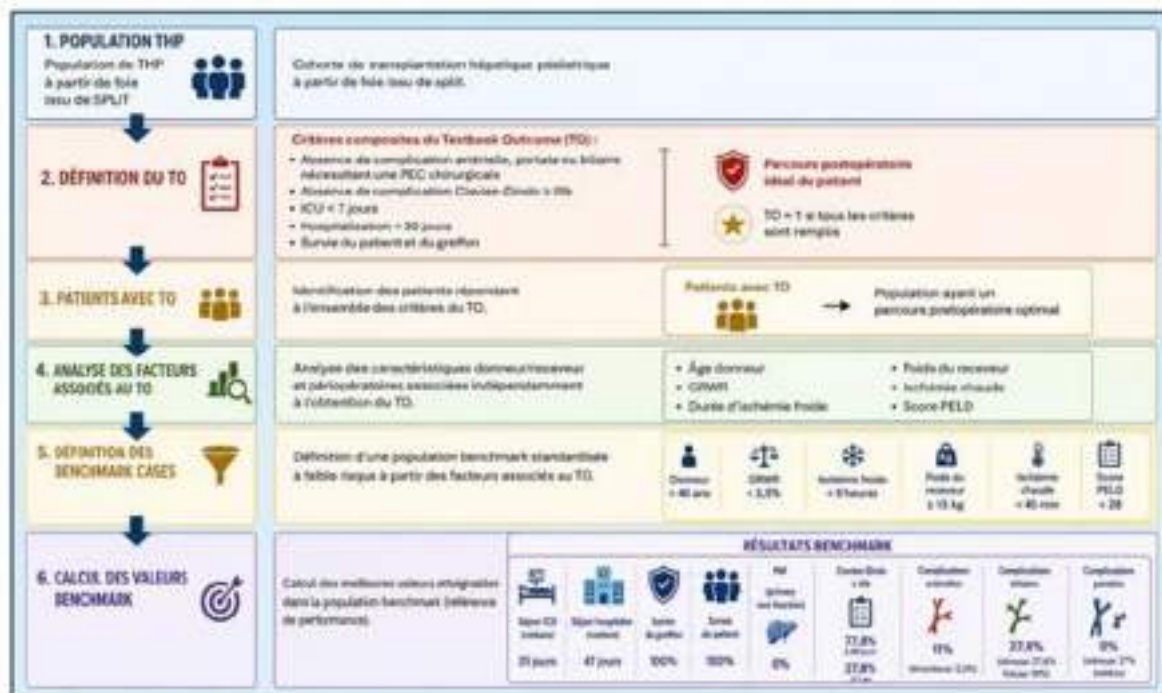
Cette étude monocentrique a inclus les THP entre 2019 et 2025. Les Textbook Outcomes (TO), exigeants, comprenaient l'absence de complication générale et notamment vasculaire ou biliaire de grade Clavien-Dindo (CD) $\geq$ IIIb, une survie du patient/greffe à 1an, un séjour en réanimation < 7 jours et une durée d'hospitalisation < 30 jours. Les benchmarks ont été définis à partir de la population atteignant les TO.

Résultats

Parmi 116 THP réalisées, 52 SPLIT ont été analysées. Les TO étaient atteints chez 11,5% des patients à 90 jours et 7,7% à 1an, principalement dû à des durées d'hospitalisation prolongées. L'absence de complication CD $\geq$ IIIb concernait 32,7% des THP, tandis que 57,7% des patients présentaient une complication vasculaire ou biliaire de grade CD $\geq$ IIIb à 1an. La population TO était caractérisée par un âge du donneur < 40 ans, un GRWR $< 3,5\%$, une ischémie froide < 9 h, un poids receveur ≥ 15 kg, une ischémie chaude < 45 min et un score PELD < 28 . En appliquant ces critères de sélection, les benchmarks obtenus étaient une absence de complication CD $\geq$ IIIb chez 27,8% des patients à 1an, un taux de complications biliaires CD $\geq$ IIIb de 27,8%, avec une survie patient/greffe de 100%.

Conclusion

Parmi 116 THP réalisées, 52 SPLIT ont été analysées. Les TO étaient atteints chez 11,5% des patients à 90 jours et 7,7% à 1 an, principalement dû à des durées d'hospitalisation prolongées. L'absence de complication CD $\geq$ IIIb concernait 32,7% des THP, tandis que 57,7% des patients présentaient une complication vasculaire ou biliaire de grade CD $\geq$ IIIb à 1 an. La population TO était caractérisée par un âge du donneur <40 ans, un GRWR <3,5%, une ischémie froide <9h, un poids receveur $\geq$ 15kg, une ischémie chaude <45min et un score PELD<28. En appliquant ces critères de sélection, les benchmarks obtenus étaient une absence de complication CD $\geq$ IIIb chez 27,8% des patients à 1 an, un taux de complications biliaires CD $\geq$ IIIb de 27,8%, avec une survie patient/greffon de 100%.



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.146

3CVD00285-Incidence des pancréatectomies futiles pour adénocarcinome pancréatique (ACP), et validation externe des scores prédictifs, à partir de 288 patients issus de la cohorte BACAP.

Camille GARCIA (1), Paul BOULARD (2), Barbara BOURNET (3), Charlotte MAULAT (4), Sam HEMATI (5), Cindy CANIVET (5), Rémi COLIN CHEVALIER (5), Fabrice MUSCARI (6) - (1)Interne, Toulouse, France, (2)Cca Chirurgie Hepato-Bilio-Pancréatique, Toulouse, France, (3)Pr Gastro-Entérologie, Toulouse, France, (4)Mcu Chirurgie Hepato-Bilio-Pancréatique, Toulouse, France, (5)Interne Chirurgie, Toulouse, France, (6)Pr Chirurgie Hepato-Bilio-Pancréatique, Toulouse, France

Conflits d'intérêts

Je ne déclare pas de conflit d'intérêt pour ce travail

Introduction

L'adénocarcinome pancréatique est associé à un pronostic sévère malgré une résection curative. L'objectif était d'étudier les pancréatectomies futiles (récidives précoces) en testant sur cette cohorte les 3 principaux scores de prédiction publiés dans la littérature.

Méthodes

288 patients (cohorte multicentrique BACAP, 2014–2024), opérés d'une pancréatectomie curative pour ACP. La récurrence précoce (futilité) correspondait à une récurrence ou un décès dans les 6 et 12 mois suivant la résection. Les performances des trois scores ont été évaluées en termes de précision, sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative.

Résultats

Récurrence précoce : 20,8 % à 6 mois et 44,4 % à 12 mois. La précision des modèles de Citterio, Guo, Crippa (simplifiée) et Crippa (complet) était respectivement de 79,7 %, 70,6 %, 74,0 % et 51,4 %. L'ensemble des modèles présentait une spécificité élevée (classant correctement les patients n'ayant pas récidivé dans le groupe à risque faible) mais une sensibilité faible (détection des récurrences limitée). En analyse multivariée, seul le taux de CA 19-9 préopératoire était indépendamment associé à la récurrence précoce à 6 mois et à 12 mois.

Conclusion

Récurrence précoce : 20,8 % à 6 mois et 44,4 % à 12 mois. La précision des modèles de Citterio, Guo, Crippa (simplifiée) et Crippa (complet) était respectivement de 79,7 %, 70,6 %, 74,0 % et 51,4 %. L'ensemble des modèles présentait une spécificité élevée (classant correctement les patients n'ayant pas récidivé dans le groupe à risque faible) mais une sensibilité faible

(détection des récidives limitée). En analyse multivariée, seul le taux de CA 19-9 préopératoire était indépendamment associé à la récurrence précoce à 6 mois et à 12 mois.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.147

3CVD00625-Perceived surgical difficulty and early outcomes after redo liver transplantation: an international survey with cohort analysis

Walid HADJI (1), Chetana LIM (1), Claire GOUARD (1), Florence JEUNE (1), Eric SAVIER (1), Geraldine ROUSSEAU (1), Fabiano PERDIGAO (1), Laurent COUBEAU (2), Olga CICCARELLI (2), Eliano BONACCORSI-RIANI (3), Lluís SECANELLA (4), Marina VILA-TURA (4), Laura LLADO (4), Laurent SULPICE (5), Michel RAYAR (6), Olivier SCATTON (1) - (1)Pitié Salpêtrière, Paris, France, (2)Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, (3)Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Espagne, (4)Hospital Universitari De Bellvitge, Barcelone, Espagne, (5)Pontchailloux Hospital, Rennes, France, (6)Archet Hospital, Nice, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La retransplantation hépatique est considérée comme l'une des interventions les plus complexes de la chirurgie abdominale. La difficulté opératoire est fréquemment prise en compte lors de la sélection des candidats et de la planification chirurgicale. Cependant, le lien entre la difficulté perçue et la complexité opératoire objective ou les résultats précoces reste mal établi.

Méthodes

Une enquête internationale a évalué 28 situations cliniques liées à la difficulté de la reTH. Les facteurs ayant obtenu un score moyen >5 ont été étudiés dans une cohorte multicentrique rétrospective de 206 patients transplantés dans quatre centres européens. Le critère de jugement principal était l'échec du greffon à 90 jours (décès ou retransplantation). Le critère secondaire était la difficulté chirurgicale, définie par une durée opératoire >520 minutes et/ou la transfusion de plus de 8 CGR.

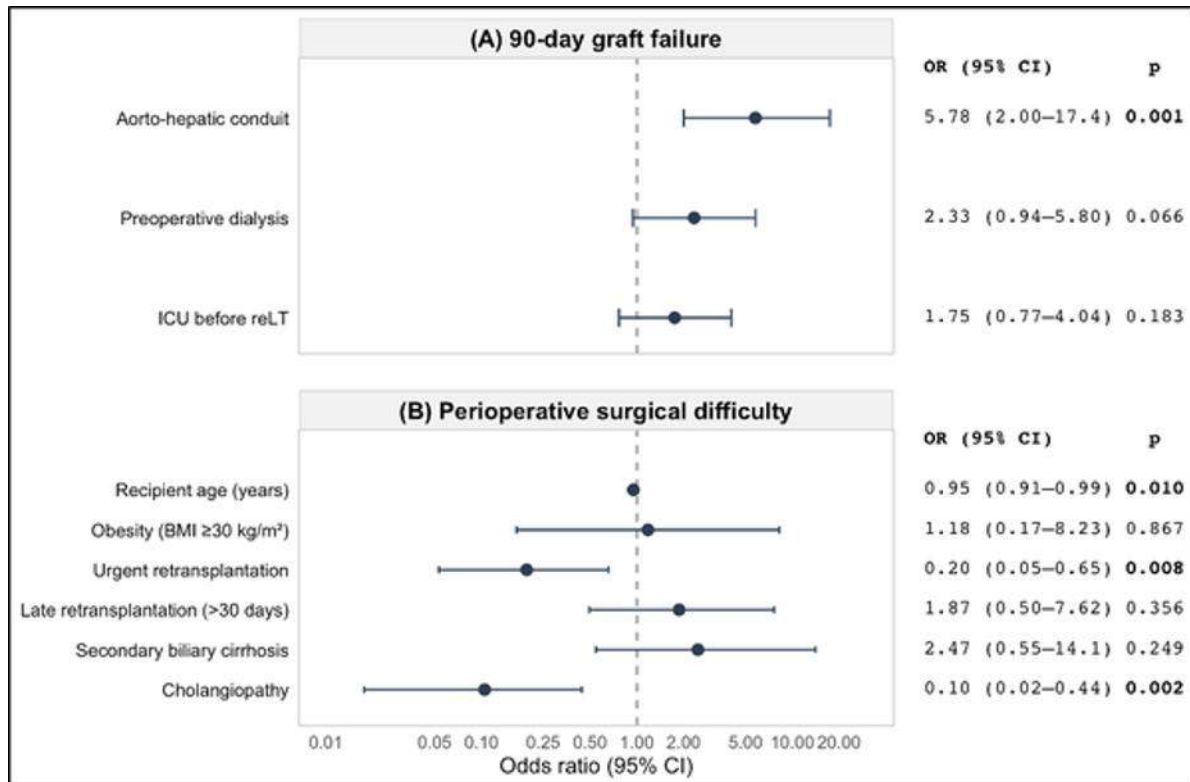
Résultats

Soixante-et-onze chirurgiens de 17 pays ont participé à l'enquête (taux de réponse : 62 %). L'accord inter-observateurs était excellent (ICC 0,98). Les situations jugées les plus difficiles étaient la thrombose portale complète, l'hypertension portale sévère, les réinterventions après la première TH, la retransplantation tardive et l'utilisation d'un pontage aorto-hépatique. Dans la cohorte de validation, seul le pontage aorto-hépatique était indépendamment associé à l'échec du greffon à 90 jours. Un score composite pondéré de difficulté élevé était associé à une augmentation de la difficulté chirurgicale mais pas de l'échec du greffon.

Conclusion

Soixante-et-onze chirurgiens de 17 pays ont participé à l'enquête (taux de réponse : 62 %). L'accord inter-observateurs était excellent (ICC 0,98). Les situations jugées les plus difficiles

étaient la thrombose portale complète, l'hypertension portale sévère, les réinterventions après la première TH, la retransplantation tardive et l'utilisation d'un pontage aorto-hépatique. Dans la cohorte de validation, seul le pontage aorto-hépatique était indépendamment associé à l'échec du greffon à 90 jours. Un score composite pondéré de difficulté élevé était associé à une augmentation de la difficulté chirurgicale mais pas de l'échec du greffon.



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.148

3CVD00256-La perfusion hypothermique oxygénée (HOPE) comparée à la conservation statique à froid dans la transplantation hépatique utilisant des greffons de donneurs à critères élargis : une analyse appariée par score de propension.

Chloe PAUL, Valere BARLERIN, Ivan MARCHITELLI, Pierre DE MATHELIN, Francois FAITOT, Philippe BACHELLIER, Pietro ADDEO - (1)Hospitaux Univesritaires De Strasbourg, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La perfusion hypothermique oxygénée (HOPE) est une technique de préservation des greffons hépatiques susceptible d'améliorer les résultats de la transplantation hépatique utilisant des greffons issus de donneurs à critères élargis (ECD). Cette étude compare la HOPE à la conservation statique à froid (SCS).

Méthodes

Quatre-vingt-dix-sept greffons ECD préservés par HOPE ont été comparés à 97 greffons ECD conservés par SCS après appariement par score de propension, basé sur le nombre de critères ECD et le Balance of Risk Score (BAR).

Résultats

Après appariement, la HOPE a permis une réduction significative des besoins transfusionnels peropératoires (2,3 vs 3,7 unités ; $p=0,004$), du taux de dysfonction précoce du greffon (11,3 % vs 26,8 % ; $p=0,006$) et de l'insuffisance rénale aiguë postopératoire (47,4 % vs 61,9 % ; $p=0,04$). La durée d'hospitalisation après le séjour en soins intensifs était également plus courte (10 vs 12 jours ; $p=0,006$). Les taux de survie à 1 et 3 ans étaient comparables entre les groupes. Dans le sous-groupe des greffons présentant une macrostéatose modérée ($>30\%$), la HOPE réduisait la dysfonction précoce du greffon (30 % vs 83,3 % ; $p=0,03$), mais était associée à davantage de morbidité majeure, de complications biliaires et d'insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse.

Conclusion

Après appariement, la HOPE a permis une réduction significative des besoins transfusionnels peropératoires (2,3 vs 3,7 unités ; $p=0,004$), du taux de dysfonction précoce du greffon (11,3 % vs 26,8 % ; $p=0,006$) et de l'insuffisance rénale aiguë postopératoire (47,4 % vs 61,9 % ; $p=0,04$). La durée d'hospitalisation après le séjour en soins intensifs était également plus courte (10 vs

12 jours ; $p=0,006$). Les taux de survie à 1 et 3 ans étaient comparables entre les groupes. Dans le sous-groupe des greffons présentant une macrostéatose modérée ($>30\%$), la HOPE réduisait la dysfonction précoce du greffon (30% vs $83,3\%$; $p=0,03$), mais était associée à davantage de morbidité majeure, de complications biliaires et d'insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.149

3CVD00882-Disparités entre les sexes sur la liste d'attente de transplantation hépatique : une étude de cohorte rétrospective au CHU de Montpellier (2007-2026)

Mathilde RICARD (1) , Olivier JACQUET-FRANCILLON (2), Astrid HERRERO (1), Francis NAVARRO (1), Bader AL TAWEEL (1) - (1)Chu Montpellier, Montpellier, France, (2)Agence De La Biomédecine, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Des inégalités entre sexes dans l'accès à la transplantation hépatique ont été largement documentées aux États-Unis et dans plusieurs pays européens, mais restent peu étudiées en France. L'objectif de notre étude était d'évaluer les disparités d'accès à la transplantation hépatique entre les sexes au CHU de Montpellier.

Méthodes

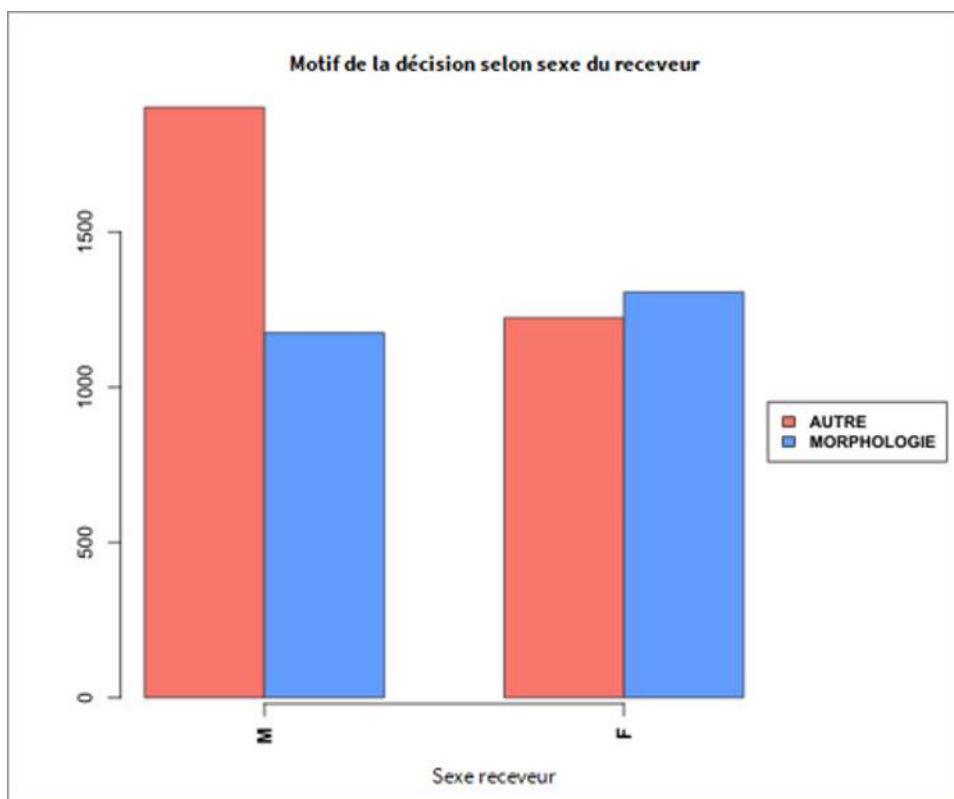
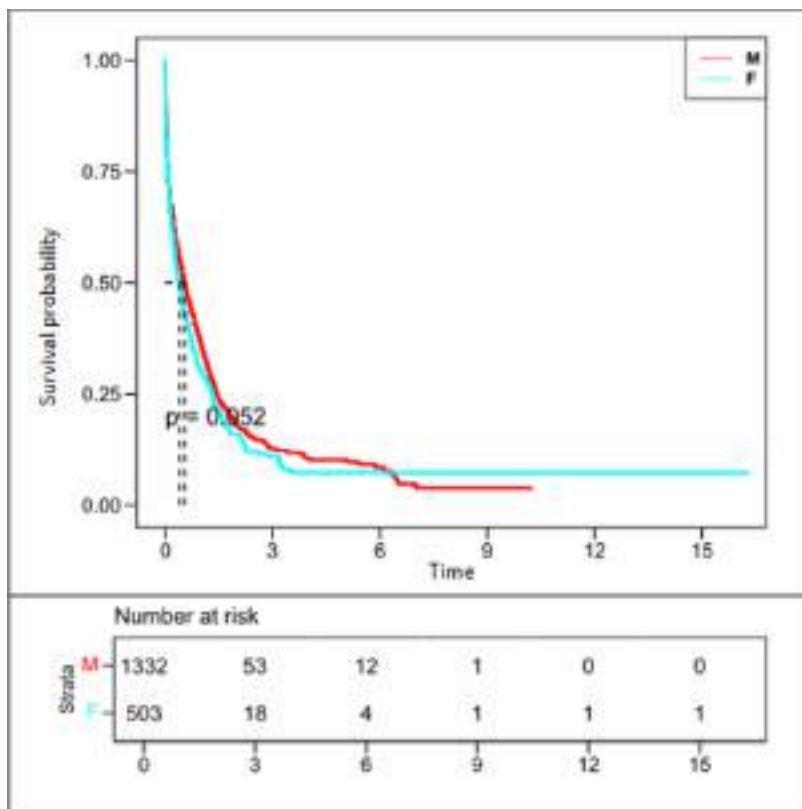
Cette étude de cohorte monocentrique rétrospective, menée à partir de la base CRISTAL, a inclus 1835 patients adultes inscrits sur liste d'attente de transplantation hépatique au CHU de Montpellier, entre 2007 et 2026. Le critère de jugement principal était le taux d'accès à la transplantation. Les critères secondaires étaient la mortalité sur liste, le retrait de liste pour aggravation, et les facteurs associés.

Résultats

Sur les 1835 patients, 27,4% étaient des femmes. Aucune disparité significative n'a été observée pour le taux de transplantation (HR 1,13 [0,99-1,28], $p = 0,055$), la mortalité sur liste (HR 1,08, $p = 0,71$) ni le retrait pour aggravation (HR 0,96, $p = 0,80$) en analyse univariée. Toutefois, lorsqu'un greffon était proposé, la probabilité d'attribution était environ deux fois plus faible chez les femmes (OR 0,46 [0,41-0,51], $p < 0,001$), avec un motif morphologique de refus significativement plus fréquent (OR 1,73 [1,55-1,92], $p < 0,001$).

Conclusion

Sur les 1835 patients, 27,4% étaient des femmes. Aucune disparité significative n'a été observée pour le taux de transplantation (HR 1,13 [0,99-1,28], $p = 0,055$), la mortalité sur liste (HR 1,08, $p = 0,71$) ni le retrait pour aggravation (HR 0,96, $p = 0,80$) en analyse univariée. Toutefois, lorsqu'un greffon était proposé, la probabilité d'attribution était environ deux fois plus faible chez les femmes (OR 0,46 [0,41-0,51], $p < 0,001$), avec un motif morphologique de refus significativement plus fréquent (OR 1,73 [1,55-1,92], $p < 0,001$).



E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.150

3CVD00670-Du downstaging morphologique au downstaging biologique : le score AFP comme nouvelle cible avant transplantation hépatique ?

Alessandra IDA, Olivier ROSMORDUC, Daniel CHERQUI, Daniel AZOULAY, Marc Antoine ALLARD, Daniel PIETRASZ, Gabriella PITTAU, Chady SALLOUM, Oriana CIACIO, Eric VIBERT, Audrey COILLY, Alina PASCALE, Nicolas GOLSE - (1)Paul Brousse, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Les critères français de transplantation hépatique (TH) du carcinome hépatocellulaire (CHC) intègrent désormais le score AFP (morphologie+AFP). Cependant, le downstaging (DS) demeure évalué selon les critères de Milan. Cette étude évalue les résultats d'une stratégie de DS réintégrant dans les critères du score AFP.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients transplantés entre 2013 et 2023 après un DS réussi (DS+) et comparés à une cohorte transplantée sans DS (DS-). Les critères de jugement principaux étaient la survie globale (OS) et la survie sans récurrence (DFS). Les facteurs associés à la récurrence ont été analysés par régression de Cox univariée.

Résultats

Trente-cinq patients DS+ ont été comparés à 259 patients DS-. Dans le groupe DS+, l'OS et la DFS étaient respectivement de 94,3 % et 88,6 % à 1 an, 76,6 % et 67,7 % à 3 ans. Dans le groupe DS-, elles étaient de 88,8 % et 85,3 % à 1 an, de 81,0 % et 76,0 % à 3 ans, sans différence significative entre les groupes ($p=0,080$). Les facteurs associés à la récurrence étaient le nombre de nodules résiduels après DS ($HR=1,53$; $p=0,024$), la progression sous traitement néoadjuvant ($HR=3,87$; $p=0,012$), le nombre de nodules à l'histologie ($HR=1,10$; $p=0,019$) et l'invasion microvasculaire ($HR=3,70$; $p=0,013$).

Conclusion

Trente-cinq patients DS+ ont été comparés à 259 patients DS-. Dans le groupe DS+, l'OS et la DFS étaient respectivement de 94,3 % et 88,6 % à 1 an, 76,6 % et 67,7 % à 3 ans. Dans le groupe DS-, elles étaient de 88,8 % et 85,3 % à 1 an, de 81,0 % et 76,0 % à 3 ans, sans différence significative entre les groupes ($p=0,080$). Les facteurs associés à la récurrence étaient le nombre de nodules résiduels après DS ($HR=1,53$; $p=0,024$), la progression sous traitement

néoadjuvant (HR=3,87 ; p=0,012), le nombre de nodules à l'histologie (HR=1,10 ; p=0,019) et l'invasion microvasculaire (HR=3,70 ; p=0,013).

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.151

3CVD00338-L'infiltration lymphoganglionnaire en inter-aortico-cave n'est une contre-indication à la chirurgie radicale pour cancer de la vésicule biliaire.

Salah BERKANE - (1)Faculté De Médecine D'alger. Univeristé Des Sciences Médicales D'alger. Hopital De Bologhine Ibn Ziri. Alger. Algérie, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Introduction : l'atteinte ganglionnaire en inter-aortico-cave est considérée comme une contre-indication à la chirurgie radicale du cancer de la vésicule biliaire. Ce fait est basé sur l'idée que la survie dans ce cas reste nulle. Notre objectif est de rapporter les résultats à long terme patients avec atteinte ganglionnaire en inter-aortico-cave et celle du tronc cœliaque.

Méthodes

Patients et méthode : tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie d'exérèse radicale associée à une lymphadénectomie extensive pour un cancer de la vésicule biliaire ont été inclus. Cette lymphadénectomie concerne les 3 étages intéressés par l'infiltration ganglionnaire depuis le hile hépatique jusqu'au tronc cœliaque et l'aire inter-aortico-cave

Résultats

Résultats : Trente-sept cas de N+ en inter-aortico-cave et du tronc coeliaque ont été colligés. Il s'agit de 30 femmes (81%) et 07 hommes (19%) avec un âge moyen de 57,8ans (38 – 73ans). Quatre-vingt et onze pour cent (34/37) étaient des pT3 et pT4. Six-cent-quatre-vingt dix ganglions ont été retirés (18,9ganglions/patient). Trois-cent-onze ganglions (45%) étaient infiltrés. Respectivement, 86,5% (32) and 18,9% (07) patients avaient une infiltration ganglionnaire en inter-aortico-cave et le tronc cœliaque. La survie globale à 5ans après résection radicale de type R0 est de 20,8%. Elle est nulle pour la résection de type R1 et R2 et les N+ du tronc cœliaque.

Conclusion

Résultats : Trente-sept cas de N+ en inter-aortico-cave et du tronc coeliaque ont été colligés. Il s'agit de 30 femmes (81%) et 07 hommes (19%) avec un âge moyen de 57,8ans (38 – 73ans). Quatre-vingt et onze pour cent (34/37) étaient des pT3 et pT4. Six-cent-quatre-vingt dix ganglions ont été retirés (18,9ganglions/patient). Trois-cent-onze ganglions (45%) étaient infiltrés. Respectivement, 86,5% (32) and 18,9% (07) patients avaient une infiltration ganglionnaire en inter-aortico-cave et le tronc cœliaque. La survie globale à 5ans après

résection radicale de type R0 est de 20,8%. Elle est nulle pour la résection de type R1 et R2 et les N+ du tronc cœliaque.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.152

3CVD00087-Le taux de lipase sérique préopératoire permet de prédire le risque de fistule pancréatique post-DPC. Une étude européenne multi-centrique

Florian MARTINET-KOSINSKI (1) , Laurence GAU (2), Bruno PEREIRA (3), Sébastien FREY (4), Karl BAQUE (4), Johan RODRIGUES RIBEIRO (5), Christian TOSO (5), Charlotte MAULAT (6), Fabrice MUSCARI (6), Aurélien DUPRE (7), Serban PUIA-NEGULESCU (8), Benjamin DARNIS (9), Benoît GIGNOUX (9), Nicolas BOYER (10), Raffaele BRUSTIA (10), Ambroise RAVENET (11), Rami RHALEM (11), Ophélie BACOEUR-OUZILLOU (1), Emmanuel BUC (1), Denis PEZET (1), Johan GAGNIÈRE (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive-Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (2)Service De Chirurgie Digestive-Clinique Pasteur, Toulouse, France, (3)Direction De La Recherche Clinique Et De L'innovation-Chu De Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (4)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Nice, Nice, France, (5)Service De Chirurgie Digestive-Hopitaux Universitaire De Genève, Genève, Suisse, (6)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Toulouse, Toulouse, France, (7)Département De Chirurgie Oncologique, Centre Léon Bérard, Lyon, Lyon, France, (8)Service De Chirurgie Digestive Et Transplantation Hépatique-Hôpital La Timone, Ap-Hm, Marseille, France, (9)Service De Chirurgie Digestive-Clinique De La Sauvegarde, Lyon, France, (10)Service De Chirurgie Digestive Chu Henri Mondor-Aphp-Upec, Créteil, France, (11)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Reims, Reims, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La fistule pancréatique postopératoire cliniquement pertinente (CR-POPF) après duodénopancréatectomie céphalique (DPC) représente la complication la plus redoutée, contribuant à la prolongation de l'hospitalisation, aux réinterventions et à la mortalité. L'objectif est de montrer que le taux de lipase sérique préopératoire pourrait constituer un marqueur prédictif objectif du risque de CR-POPF.

Méthodes

Nous avons analysé rétrospectivement les données issues d'un recueil européen multicentrique regroupant 8 centres tertiaires. Grâce à des analyses univariées, multivariées et d'une analyse des correspondances multiples, nous avons étudié la corrélation entre la survenue d'une CR-POPF post-DPC et les variables recueillies, dont le taux de lipase sérique préopératoire.

Résultats

681 patients ont bénéficié d'une DPC, parmi lesquels 174 (36%) ont présenté une CR-POPF. Une analyse de sensibilité a permis de définir deux groupes selon que le taux de lipase préopératoire était inférieur ou supérieur ou égal à 2 fois la limite supérieure de la normale (lipase $\geq$ 2N). En univarié, le taux de CR-POPF était significativement diminué si taux de lipase $\geq$ 2N (23% vs 13%). En analyse multivariée, incluant la texture pancréatique et le diamètre du Wirsung, un taux de lipase $\geq$ 2N était associé à un risque significativement moindre de CR-POPF (OR=0,46; p=0.02; AUC=0.70). Un taux de lipase $\geq$ 2N présentait une spécificité élevée (74%) et une valeur prédictive

négative élevée (73%) pour la survenue de CR-POPF, supérieures à celles de la texture pancréatique ou du diamètre canalaire.

Conclusion

681 patients ont bénéficié d'une DPC, parmi lesquels 174 (36%) ont présenté une CR-POPF. Une analyse de sensibilité a permis de définir deux groupes selon que le taux de lipase préopératoire était inférieur ou supérieur ou égal à 2 fois la limite supérieure de la normale (lipase $\geq$ 2N). En univarié, le taux de CR-POPF était significativement diminué si taux de lipase $\geq$ 2N (23% vs 13%). En analyse multivariée, incluant la texture pancréatique et le diamètre du Wirsung, un taux de lipase $\geq$ 2N était associé à un risque significativement moindre de CR-POPF (OR=0,46; p=0.02; AUC=0.70). Un taux de lipase $\geq$ 2N présentait une spécificité élevée (74%) et une valeur prédictive négative élevée (73%) pour la survenue de CR-POPF, supérieures à celles de la texture pancréatique ou du diamètre canalaire.

E-poster

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

PO.153

3CVD00543- Calcification de l'artère mésentérique supérieure chez les donneurs de 80 ans et plus, un critère de refus ?

Jean-Emmanuel LANGDORPH, Ephrem SALAMÉ, Antoine DOYEN, Petru BUCUR - (1)Chu Tours, Chirurgie Hépatobiliaire Et Pancréatique, Transplantation Hépatique, Tours, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La pénurie de greffons hépatiques mène à l'extension des critères d'acceptation notamment de l'âge. Les greffons de plus de 80 ans sont associés à davantage de cholangite ischémique post transplantation hépatique (TH). Nous interrogeons l'hypothèse de la qualité artérielle du donneur âgé comme facteur pronostic de retransplantation.

Méthodes

Analyse rétrospective des patients transplantés avec un greffon de 80 ans ou plus, dans un centre de transplantation hépatique entre 2010 et 2025, avec comme critère de comparaison la calcification de l'artère mésentérique supérieure (cAMS). Le critère de jugement principal est le taux de retransplantation.

Résultats

123 patients ont été inclus, dont 69 étaient cAMS. Les greffons cAMS étaient statistiquement associés à des donneurs plus âgés (85 vs 84 ans ; $p=0.03$), à une microstéatose (55% vs. 35% ; $p=0.03$), et à des calcifications du tronc coélique (75% vs. 24% ; $p<0.01$) et de l'aorte abdominale (100% vs. 80% ; $p<0.01$). Le taux de retransplantation hépatique était statistiquement plus important dans le groupe cAMS (13% vs 2% ; $p=0.01$). On ne retrouvait pas de différence significative sur la survie des greffons ($p=0.49$). Après régression logistique, une cAMS était le seul facteur de risque indépendant de retransplantation (IC95% = [1.1-123.1] ; $p=0.04$). Un âge supérieur à 60 ans était un facteur protecteur à la retransplantation dans le groupe cAMS (22% vs. 60% ; $p=0.03$).

Conclusion

123 patients ont été inclus, dont 69 étaient cAMS. Les greffons cAMS étaient statistiquement associés à des donneurs plus âgés (85 vs 84 ans ; $p=0.03$), à une microstéatose (55% vs. 35% ; $p=0.03$), et à des calcifications du tronc coélique (75% vs. 24% ; $p<0.01$) et de l'aorte abdominale (100% vs. 80% ; $p<0.01$). Le taux de retransplantation hépatique était statistiquement plus important dans le groupe cAMS (13% vs 2% ; $p=0.01$). On ne retrouvait pas

de différence significative sur la survie des greffons ($p=0.49$). Après régression logistique, une cAMS était le seul facteur de risque indépendant de retransplantation (IC95% = [1.1-123.1] ; $p=0.04$). Un âge supérieur à 60 ans était un facteur protecteur à la retransplantation dans le groupe cAMS (22% vs. 60% ; $p=0.03$).

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.154

3CVD00852-Comparaison des complications post opératoires après oesophagectomie de Lewis Santy selon l'abord thoracique : Etude rétrospective multicentrique française

Julie VEDEL (1), Johan GAGNIERE (2), Caroline GRONNIER (3), Olivier FACY (4), Mehdi OUAISSI (5), Anne MOURREGOT (6), Richard GHANDHOUR (7), Perrine COME (1), Ophélie BACOEUR (2), Nicolas MICHOT (5), Farouk MOURTHADHOI (1), Bertrand LE ROY (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Saint Etienne, France, (2)Service De Chirurgie Digestive Et Hépatobiliaire, Clermont Ferrand, France, (3)Service De Chirurgie Digestive, Bordeaux, France, (4)Service De Chirurgie Digestive Oncologique, Dijon, France, (5)Service De Chirurgie Digestive Oncologique Endocrinienne Hépatobiliaire Pancréatique Et De Transplantation Hépatique, Tours, France, (6)Service De Chirurgie Oncologique, Institut Du Cancer De Montpellier, Montpellier, France, (7)Service De Chirurgie Digestive, Le Puy En Velay, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en lien avec ce travail.

Introduction

L'œsophagectomie polaire supérieure pour cancer de l'œsophage ou de la jonction œso-gastrique reste liée à une morbidité élevée notamment du aux fistules anastomotiques et aux complications pulmonaires. La voie robotique représente une alternative émergente à la thoracotomie, mais les données comparatives françaises en vie réelle sont réduites.

Méthodes

Étude rétrospective multicentrique (6 centres français, janvier 2018 – août 2024) incluant des patients opérés d'une œsophagectomie polaire supérieure après traitement néoadjuvant, classés selon l'approche thoracique : thoracotomie ou robotique (RAMIE). Le critère principal est la fistule anastomotique à 90 jours. Les critères secondaires sont : sévérité ECCG, complications pulmonaires, mortalité à 90 jours, durée d'hospitalisation, ganglions prélevés, CCI, survie sans récurrence et survie globale. L'effet centre était inclus dans les analyses de sensibilité.

Résultats

483 patients ont été inclus (thoracotomie n=353 ; RAMIE n=130). Le taux global de fistule ne différait pas significativement (RAMIE 45,4 % vs 32,3 % ; OR 1,48, IC95 % 0,66–3,35, p=0,341). L'analyse ECCG montrait néanmoins moins de fistules grade 3 en RAMIE (16,9 % vs 43,6 % des fistules), avec une prédominance de grade 2 (74,6 % vs 41,0 %). Aucune différence significative pour les autres critères ni pour la survie.

Conclusion

483 patients ont été inclus (thoracotomie n=353 ; RAMIE n=130). Le taux global de fistule ne différait pas significativement (RAMIE 45,4 % vs 32,3 % ; OR 1,48, IC95 % 0,66–3,35, p=0,341). L'analyse ECCG montrait néanmoins moins de fistules grade 3 en RAMIE (16,9 % vs 43,6 % des fistules), avec une prédominance de grade 2 (74,6 % vs 41,0 %). Aucune différence significative pour les autres critères ni pour la survie.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.155

3CVD00034-Valeur prédictive de la protéine C-réactive dans la survenue des complications septiques après gastrectomie carcinologique pour adénocarcinome gastrique

Ghazi LÂAMIRI, Hazem ALOUANI, Houda GAZZAH, Mahdi BOUASSIDA, Hassen TOUINSI - (1)Hôpital Universitaire Mohamed Taher Mâamouri, Nabeul, Tunisie

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La gastrectomie carcinologique pour adénocarcinome gastrique est une chirurgie lourde associée à une morbi-mortalité postopératoire non négligeable. Les complications septiques restent fréquentes et leur détection précoce constitue un enjeu majeur. Parmi les biomarqueurs inflammatoires, la protéine C-réactive (CRP) semble jouer un rôle potentiel dans la prédiction des complications postopératoires.

Méthodes

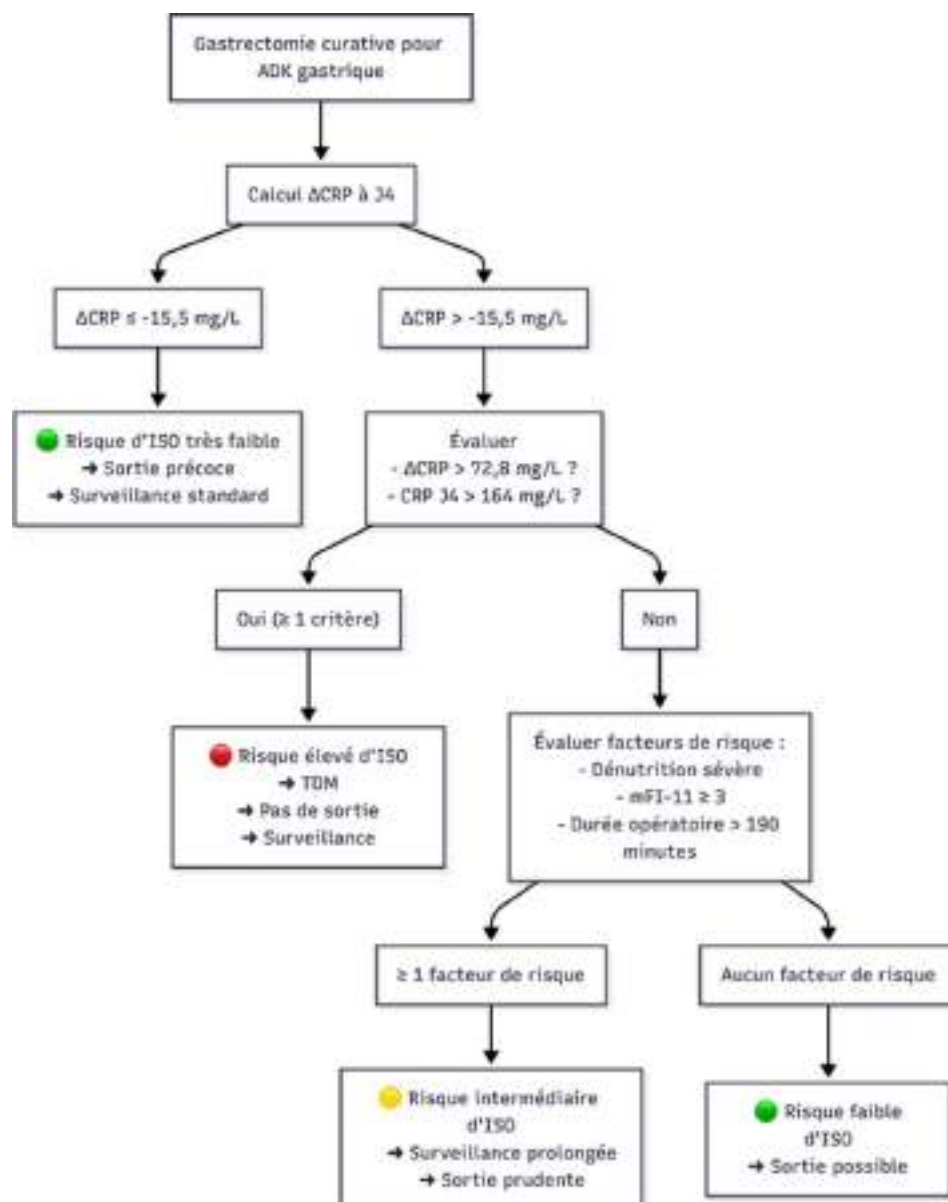
Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique incluant les patients opérés d'une gastrectomie à visée curative pour adénocarcinome gastrique non métastatique entre 2010 et 2024. Les valeurs de CRP postopératoires et leur variation ont été analysées. Une analyse ROC a permis de déterminer les performances diagnostiques et les seuils prédictifs.

Résultats

Quatre-vingt-seize patients ont été inclus. La morbidité globale était de 35,4 % et les infections du site opératoire de 26 %.
 La CRP à J4 et sa variation (Δ CRP) ont montré les meilleures performances prédictives avec des aires sous la courbe respectives de 0,842 et 0,898.
 En analyse multivariée, une CRP à J4 > 164 mg/L et une Δ CRP > 72,8 mg/L étaient indépendamment associées à la survenue d'une infection du site opératoire. Une Δ CRP $\leq$ -15,5 mg/L avait une valeur prédictive négative de 100 %.

Conclusion

Quatre-vingt-seize patients ont été inclus. La morbidité globale était de 35,4 % et les infections du site opératoire de 26 %.
 La CRP à J4 et sa variation (Δ CRP) ont montré les meilleures performances prédictives avec des aires sous la courbe respectives de 0,842 et 0,898.
 En analyse multivariée, une CRP à J4 > 164 mg/L et une Δ CRP > 72,8 mg/L étaient indépendamment associées à la survenue d'une infection du site opératoire. Une Δ CRP $\leq$ -15,5 mg/L avait une valeur prédictive négative de 100 %.



E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.156

3CVD00681-Résultats d'un programme régional de prise en charge des pathologies oesophagiennes sévères de l'enfant en Afrique subsaharienne

Barbara BOGAERT (1) , Maxime KOFFI (2), Niortchan TIHO SORO (2), Hermance KASSI (2), Précieuse GBONON (2), Gaudens DIETH (2), Clément COULIBALY (2), Samba TEMBELY (2), Sylvia DA SILVA ANOMA (2), Brouh YAPO (2), Marie-Josée TANON (2), Adrien DE COCK (3), Francis VEYCKEMANS (4), Rocio ORTEGO (1), Fabrice LESAGE (1), Laure DE SAINT BLANQUAT (1), Laurent DUPIC (1), Robin POUYAU (5), Jérôme VIALA (6), Elie ABI-NADER (1), Cécile TALBOTEC (1), Noémie LAVERDURE (5), Carine FUCHSMANN (7), Pierre FAYOUX (4), Lynda TOUSSA (8), Briac THIERRY (1), Carmen CAPITO (1), Rémi DUBOIS (5), Yann REVILLON (1), Christophe CHARDOT (1) - (1)Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France, (2)Hôpital Mère Enfant Dominique Ouattara, Bingerville, Côte d'Ivoire, (3)Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse, (4)Hôpital Jeanne De Flandres, Lille, France, (5)Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France, (6)Hôpital Robert Debré, Paris, France, (7)Hôpital Croix Rousse, Lyon, France, (8)La Chaîne De L'espoir, Paris, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

Les pathologies œsophagiennes sévères de l'enfant sont dominées en Afrique subsaharienne par les brûlures caustiques. Elles sont associées à une morbi-mortalité importante, aggravée par accès limité aux soins spécialisés. Depuis 2019, un centre régional de référence a été développé à Abidjan avec le soutien de La Chaîne de l'Espoir. L'objectif est d'évaluer les résultats de ce programme entre 2019 et 2025.

Méthodes

Étude rétrospective incluant tous les enfants pris en charge entre 2019 et 2025. Les dossiers sont discutés lors de réunions multidisciplinaires internationales. Les traitements associent procédures endoscopiques et chirurgicales, principalement par œsophagectomie transhiatale et œsocoloplastie.

Résultats

137 enfants (âge médian 4 ans) originaires de 11 pays ont bénéficié de 214 procédures. Les indications comprenaient 120 sténoses caustiques, 12 atrésies de l'œsophage, 2 mégaoesophages idiopathiques, 1 fistule œso-trachéale acquise et 2 corps étrangers. 149 procédures endoscopiques et 65 interventions chirurgicales ont été réalisées. Avec un recul médian de 3.5 ans (1 à 6 ans), 131 enfants sont vivants (96%). 41/45 enfants (91%) sont alimentés per os exclusivement et 5/45 enfants (11%) reçoivent un complément par gastrostomie. L'état nutritionnel est normal chez 33/45 enfants (73%). La principale complication tardive est le reflux gastro-colique chez 10/45 enfants (22%).

Conclusion

137 enfants (âge médian 4 ans) originaires de 11 pays ont bénéficié de 214 procédures. Les indications comprenaient 120 sténoses caustiques, 12 atrésies de l'œsophage, 2 mégaoesophages idiopathiques, 1 fistule œso-trachéale acquise et 2 corps étrangers. 149 procédures endoscopiques et 65 interventions chirurgicales ont été réalisées. Avec un recul médian de 3.5 ans (1 à 6 ans), 131 enfants sont vivants (96%). 41/45 enfants (91%) sont alimentés per os exclusivement et 5/45 enfants (11%) reçoivent un complément par gastrostomie. L'état nutritionnel est normal chez 33/45 enfants (73%). La principale complication tardive est le reflux gastro-colique chez 10/45 enfants (22%).

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.157

3CVD00333-Implémentation structurée de la gastrectomie robotique en centre occidental : analyse de la courbe d'apprentissage basée sur le Textbook Outcome

Asyadée JACOB, Alexandre RAULT, Grégoire DE COURVILLE, Julien DUBREZ, Frédéric KANSO - (1)Hôpital Foch, Suresnes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La diffusion de la gastrectomie robotique en Occident reste limitée par le manque de données sur son implémentation et sa courbe d'apprentissage. Cette étude visait à évaluer l'acquisition du Textbook Outcome (TO) au cours d'un programme structuré.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés d'une gastrectomie robotique pour cancer gastrique entre 2019 et 2025. L'implémentation reposait sur une formation dédiée, simulation, proctoring et standardisation technique. Les analyses CUSUM et RA-CUSUM fondées sur l'échec du TO ont permis d'identifier les phases d'apprentissage et de maîtrise. Les résultats périopératoires et oncologiques ont été comparés entre ces phases.

Résultats

Quarante-quatre patients ont été inclus. Un point d'inflexion était observé après 20 cas, définissant une phase d'apprentissage (n=20) et une phase de maîtrise (n=24). Malgré davantage de gastrectomies totales en phase de maîtrise (69,6 % vs 42,9 %), les résultats s'amélioraient significativement : TO (78,3 % vs 47,6 % ; p=0,03), curage D2 complet (95,7 % vs 61,9 % ; p=0,006), rendement ganglionnaire ($35,2 \pm 9,3$ vs $25,9 \pm 8,5$; p=0,001), temps opératoire (338 ± 49 vs 412 ± 61 min ; p<0,001) et pertes sanguines (69 ± 54 vs 145 ± 110 mL ; p=0,004). Les taux de résection R0 demeuraient élevés. (97,7 % vs 95,2 % ; p=0,68).

Conclusion

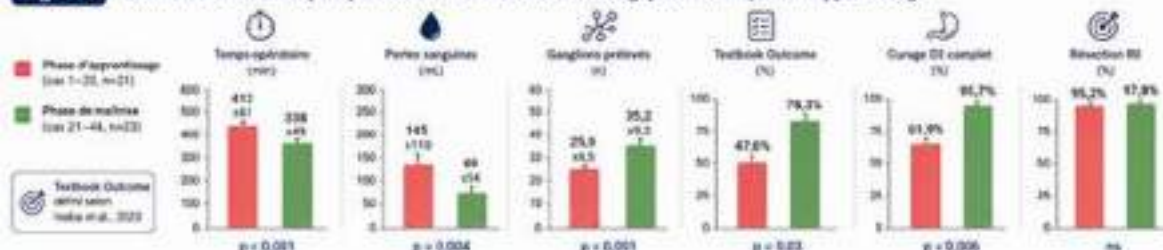
Quarante-quatre patients ont été inclus. Un point d'inflexion était observé après 20 cas, définissant une phase d'apprentissage (n=20) et une phase de maîtrise (n=24). Malgré davantage de gastrectomies totales en phase de maîtrise (69,6 % vs 42,9 %), les résultats s'amélioraient significativement : TO (78,3 % vs 47,6 % ; p=0,03), curage D2 complet (95,7 % vs 61,9 % ; p=0,006), rendement ganglionnaire ($35,2 \pm 9,3$ vs $25,9 \pm 8,5$; p=0,001), temps opératoire (338 ± 49 vs 412 ± 61 min ; p<0,001) et pertes sanguines (69 ± 54 vs 145 ± 110 mL ; p=0,004). Les taux de résection R0 demeuraient élevés. (97,7 % vs 95,2 % ; p=0,68).

Figure 1 Courbe CUSUM du Textbook Outcome : identification du seuil de maîtrise



La courbe CUSUM du Textbook Outcome montre une phase d'apprentissage ascendante suivie d'une phase de maîtrise descendante. Le point d'inflexion est atteint après le 21^e cas, définissant le seuil de maîtrise.

Figure 2 Évolution des résultats périopératoires et des indicateurs oncologiques selon la phase d'apprentissage



Malgré une augmentation de la proportion de gastrectomies totales en phase de maîtrise (89,6 % vs 42,9 %), les résultats périopératoires et les indicateurs oncologiques s'améliorent significativement.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.158

3CVD00160-Severity-guided management of esophageal perforation: a retrospective cohort study supporting a pragmatic treatment algorithm

Clara POON, Nicolas MICHOT - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepato-Biliary, Pancreatic, And Liver Transplant Surgery, Trousseau Hospital, Chru Tours, Tours, France, Tours, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

La perforation œsophagienne est potentiellement mortelle, avec une morbi-mortalité élevée. Les indications thérapeutiques (conservatrices, endoscopiques et chirurgicales) restent controversées.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective des patients avec une perforation œsophagienne entre 2018 et 2023. Les patients ont été répartis en deux groupes : traitement conservateur (CM) et traitement chirurgical (SM). Une analyse en sous-groupes a comparé la préservation œsophagienne à l'œsophagectomie au sein du groupe chirurgical.

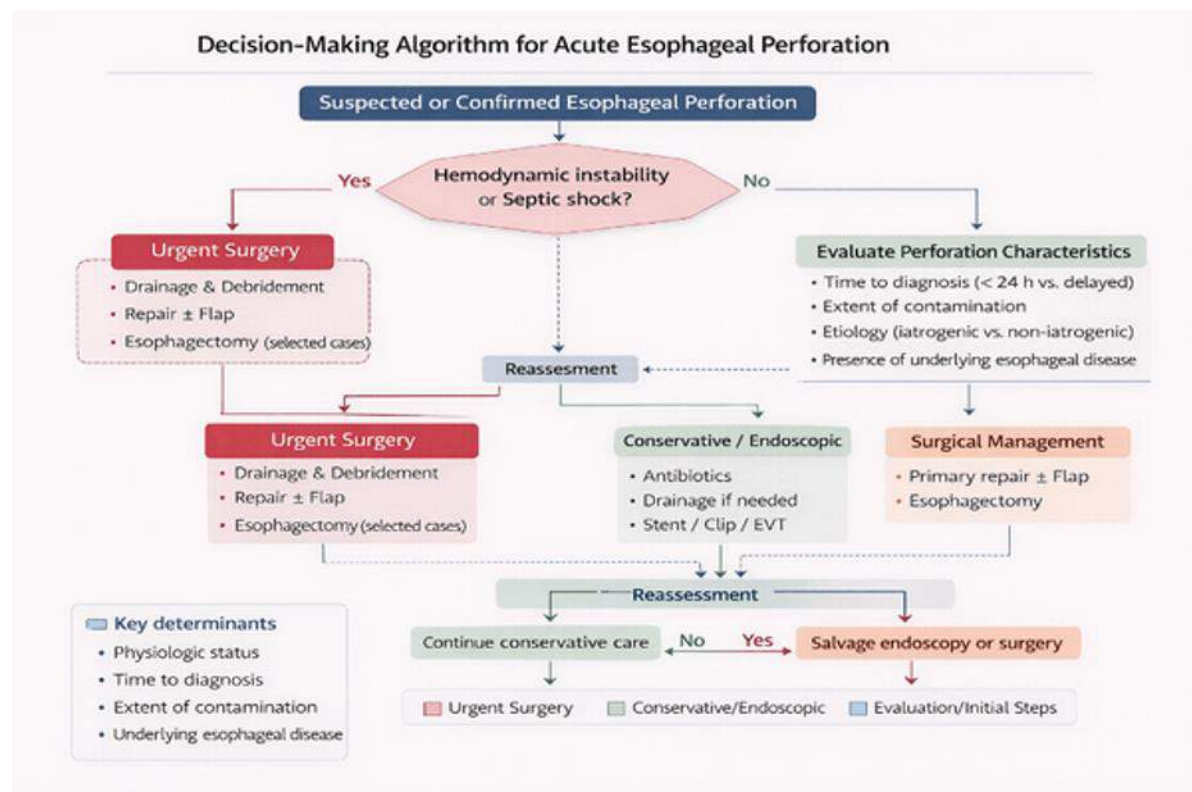
Résultats

58 patients inclus (CM : n = 30 ; SM : n = 28). Le groupe SM présentait une gravité significativement plus importante, avec des taux plus élevés de médiastinite (96,4 % vs 40 %, p < 0,001), de tachycardie (82,1 % vs 33,3 %, p < 0,001) et de recours aux vasopresseurs (71,4 % vs 13,3 %, p < 0,001). Les complications sévères étaient plus fréquentes dans le groupe SM (100 % vs 46,6 %, p < 0,001) comme les hospitalisations prolongées (82,1 % vs 36,7 %, p < 0,001). La mortalité hospitalière était similaire entre les groupes. Parmi les patients traités chirurgicalement, l'œsophagectomie était associée à une mortalité plus élevée que la préservation œsophagienne (50 % vs 10 %, p = 0,02).

Conclusion

58 patients inclus (CM : n = 30 ; SM : n = 28). Le groupe SM présentait une gravité significativement plus importante, avec des taux plus élevés de médiastinite (96,4 % vs 40 %, p < 0,001), de tachycardie (82,1 % vs 33,3 %, p < 0,001) et de recours aux vasopresseurs (71,4 % vs 13,3 %, p < 0,001). Les complications sévères étaient plus fréquentes dans le groupe SM (100 % vs 46,6 %, p < 0,001) comme les hospitalisations prolongées (82,1 % vs 36,7 %, p < 0,001). La mortalité hospitalière était similaire entre les groupes. Parmi les patients traités

chirurgicalement, l'œsophagectomie était associée à une mortalité plus élevée que la préservation œsophagienne (50 % vs 10 %, $p = 0,02$).



E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.159

3CVD00451-Première révision laparoscopique après fundoplicature : évaluation des résultats, des complications et de la qualité de vie à long terme chez 118 patients opérés dans un centre expert

Margaux VISSE (1) , Hugo TEIXEIRA FARINHA (2), Denis COLLET (1), Caroline GRONNIER (1), Damien BOURIEZ (1) - (1)Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Chu Vaudois, Lausanne, Suisse

Conflits d'intérêts

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La fundoplicature laparoscopique constitue un traitement efficace du reflux gastro-œsophagien. Toutefois, une récurrence symptomatique peut nécessiter une réintervention. Les données disponibles concernant les refundoplicatures restent hétérogènes. Cette étude visait à évaluer les résultats à court et long terme des révisions laparoscopiques après échec d'une première fundoplicature.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant 118 patients opérés d'une première révision laparoscopique de fundoplicature, pour récurrence symptomatique ou apparition de nouveaux symptômes en lien avec la première intervention. Les constatations per-opératoires, les données péri-opératoires et les résultats à long terme ont été analysés. Le suivi à long terme reposait sur la récurrence symptomatique, la nécessité d'une nouvelle réintervention et l'évaluation de la qualité de vie (GIQLI, score de Visick).

Résultats

Une anomalie anatomique de la fundoplicature a été retrouvée chez 111 patients (94,1%), principalement une migration de la valve (66,9%) ou son démontage (33,9%). Des complications de grade III-IV selon Clavien-Dindo sont survenues chez 8 patients (6,8%), sans mortalité post-opératoire. Avec un suivi médian de 60,2 mois disponible pour 105 patients (89%), une récurrence symptomatique a été rapportée par 56 patients (53,8%). Huit patients (7,6%) ont nécessité une nouvelle réintervention. Malgré ce taux de récurrence symptomatique, les scores de qualité de vie sont restés satisfaisants et 79,8% des patients accepteraient de nouveau l'intervention.

Conclusion

Une anomalie anatomique de la fundoplicature a été retrouvée chez 111 patients (94,1%), principalement une migration de la valve (66,9%) ou son démontage (33,9%). Des complications de grade III-IV selon Clavien-Dindo sont survenues chez 8 patients (6,8%), sans

mortalité post-opératoire. Avec un suivi médian de 60,2 mois disponible pour 105 patients (89%), une récurrence symptomatique a été rapportée par 56 patients (53,8%). Huit patients (7,6%) ont nécessité une nouvelle réintervention. Malgré ce taux de récurrence symptomatique, les scores de qualité de vie sont restés satisfaisants et 79,8% des patients accepteraient de nouveau l'intervention.

Délai médian entre la première fundoplicature et la révision (mois)	102
Voie d'abord (n, %)	
Coelioscopie	116 (98,3)
Laparotomie	2 (1,7)
Conversion (n, %)	2 (1,7)
Constatations per-opératoires (n, %)	
Migration de la valve	79 (66,9)
Démontage de la valve	40 (33,9)
Valve trop petite	26 (22,0)
Valve médio-gastrique	9 (7,6)
Slipped Nissen	9 (7,6)
Aucune anomalie	7 (5,9)
Durée opératoire médiane (minutes)	112
Complications per-opératoires (n, %)	22 (18,6)
<i>Plaie gastrique</i>	16 (72,7)
<i>Plaie grêlique et gastrique</i>	1 (4,5)
<i>Plaie oesophagienne</i>	1 (4,5)
<i>Brèche pleurale</i>	1 (4,5)
<i>Décapsulation splénique</i>	1 (4,5)
<i>Plaie gastrique avec décapsulation splénique</i>	1 (4,5)
<i>Plaie gastrique avec section du nerf vague postérieur</i>	1 (4,5)
Type d'intervention (n, %)	
Toupet	109 (92,4)
Gastropexie	3 (2,5)
Dérivation duodénale totale	2 (1,7)
Cure de hernie hiatale seule	2 (1,7)
Dor	1 (0,8)
Nissen	1 (0,8)

Figure 1. Données per-opératoires de la réintervention

Durée médiane du suivi (mois)	60,2
Récidive symptomatique (n, %)	56 (53,8)
Délai médian avant récurrence symptomatique (mois)	23,9
Symptôme principal (n, %)	
Pyrosis	32 (56,1)
Dysphagie	12 (21,1)
Régurgitations	6 (10,5)
Douleurs thoraciques ou épigastriques	5 (8,8)
Toux	1 (1,8)
Anémie	1 (1,8)
Nécessité d'une nouvelle réintervention (n, %)	8 (7,6)
Reprise des IPP (n, %)	60 (57,1)
Score GIQLI moyen (rang)	98,8 (37; 142)
Score de Visick	
I – Excellent	32 (30,8)
II – Très bon	37 (35,6)
III - Bon	17 (16,3)
IV – Satisfaisant	10 (9,6)
V – Insatisfaisant	8 (7,7)
Accepterait à nouveau l'intervention (n, %)	83 (79,8)

Figure 2. Récidive symptomatique et qualité de vie

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.160

3CVD00179-Fistule anastomotique après chirurgie œso-gastrique pour cancer : Analyse PMSI et enquête de pratique

Antoine MARIANI (1) , Xavier DJOURNO (2), Julie VEZIAN (3), Thibault VORON (4), Emmanuel HUET (5), Helene CORTE (6), Caroline GRONNIER (7), Alexandre CHALLINE (4) - (1)Hegp, Paris, France, (2)Aphm, Marseille, France, (3)Chu, Lille, France, (4)St Antoine, Paris, France, (5)Chu, Rouen, France, (6)St Louis, Paris, France, (7)Chu, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les fistules anastomotiques (FA) sont l'une des complications les plus graves après chirurgie carcinologique œsogastrique. Leur diagnostic et prise en charge restent hétérogènes, sans consensus national clairement établi. L'objectif de cette étude était d'analyser les données nationales et les pratiques réelles en France.

Méthodes

Une analyse PMSI a inclus les patients opérés d'un adénocarcinome œsogastrique par œsophagectomie Lewis Santy (LS). Une enquête nationale par scénarios cliniques a été adressée aux chirurgiens du groupe FROGS pour évaluer les stratégies diagnostiques et thérapeutiques des FA après LS.

Résultats

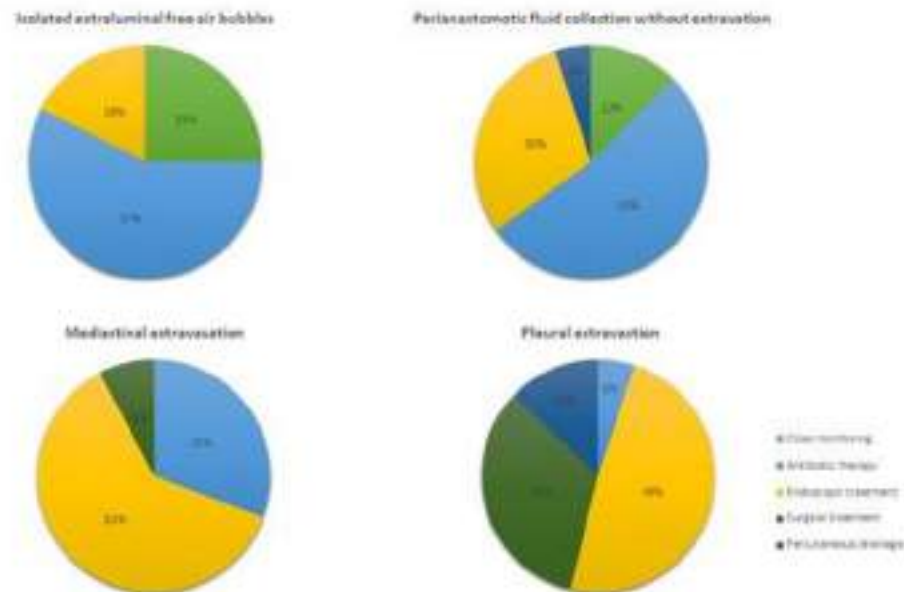
Parmi 8544 patients, 1296 (15%) ont présenté une FA. Le taux de décès à 90J après FA était de 15% (vs 5.8% sans fistule, $p < 0.001$). La mise sous ventilation mécanique était réalisée chez 68% des patients avec FA (vs. 32.7% sans FA, $p < 0.001$). Le recours à l'endoscopie (diagnostique ou thérapeutique) était réalisé pour 75% des patients avec FA. La prise en charge thérapeutique comprenait 41% d'endoscopie thérapeutique et 37% de reprise chirurgicale. Quarante chirurgiens ont répondu à l'enquête (58%). Un fort consensus existait pour la surveillance de la CRP et le recours au scanner en cas de suspicion clinique de FA. Une extravasation médiastinale orientait vers un traitement endoscopique premier; une ischémie ou nécrose du conduit justifiait une réintervention chirurgicale immédiate. Aucun consensus fort n'émergeait dans les autres situations.

Conclusion

Parmi 8544 patients, 1296 (15%) ont présenté une FA. Le taux de décès à 90J après FA était de 15% (vs 5.8% sans fistule, $p < 0.001$). La mise sous ventilation mécanique était réalisée chez 68% des patients avec FA (vs. 32.7% sans FA, $p < 0.001$). Le recours à l'endoscopie

(diagnostique ou thérapeutique) était réalisé pour 75% des patients avec FA. La prise en charge thérapeutique comprenait 41% d'endoscopie thérapeutique et 37% de reprise chirurgicale. Quarante chirurgiens ont répondu à l'enquête (58%). Un fort consensus existait pour la surveillance de la CRP et le recours au scanner en cas de suspicion clinique de FA. Une extravasation médiastinale orientait vers un traitement endoscopique premier; une ischémie ou nécrose du conduit justifiait une réintervention chirurgicale immédiate. Aucun consensus fort n'émergeait dans les autres situations.

Overview of the 1st line therapeutic modalities according to CT scan findings



E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.161

3CVD00641-Gastrectomie totale robotique versus par laparotomie: étude rétrospective comparative monocentrique

Yannick MOREL, Elena FERNANDES DE SEVILLA, Matthieu FARON, Isabelle SOURROUILLE, Charles HONORÉ, Axel BOURGEOIS, Maximiliano GELLI, Leonor BENHAÏM - (1)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

La chirurgie robotique occupe une place croissante dans la prise en charge oncologique. Grâce à une vision tridimensionnelle et une meilleure ergonomie, elle pourrait faciliter les dissections complexes tout en respectant les standards oncologiques. Cette étude compare les résultats périopératoires des gastrectomies totales réalisées par voie robotique et par laparotomie.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique dans un centre tertiaire. Tous les patients ayant bénéficié d'une gastrectomie totale par voie robotique (Rb) ou par laparotomie (Lp) entre janvier 2016 et décembre 2025 ont été inclus. Les patients nécessitant une résection multiviscérale ou une CHIP ont été exclus. Les caractéristiques préopératoires, les données peropératoires et les résultats postopératoires ont été analysés.

Résultats

Quatre-vingt-dix patients ont été inclus : 44 dans le groupe Rb et 46 dans le groupe Lp. Les caractéristiques préopératoires étaient comparables. La chirurgie robotique était associée à une durée d'hospitalisation plus courte (12 vs 15 jours ; $p=0,011$), des pertes sanguines moindres (100 vs 200 mL ; $p<0,001$), mais un temps opératoire plus long (379 vs 275 minutes ; $p<0,001$). Aucune différence significative n'a été observée concernant le taux de fistule anastomotique (11% vs 13%), la morbidité postopératoire ou le nombre de ganglions analysés (20 vs 21).

Conclusion

Quatre-vingt-dix patients ont été inclus : 44 dans le groupe Rb et 46 dans le groupe Lp. Les caractéristiques préopératoires étaient comparables. La chirurgie robotique était associée à une durée d'hospitalisation plus courte (12 vs 15 jours ; $p=0,011$), des pertes sanguines moindres (100 vs 200 mL ; $p<0,001$), mais un temps opératoire plus long (379 vs 275 minutes ; $p<0,001$). Aucune différence significative n'a été observée concernant le taux de fistule anastomotique (11% vs 13%), la morbidité postopératoire ou le nombre de ganglions analysés (20 vs 21).

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.162

3CVD00428-Résections multiviscérales pour les cancers gastriques localement avancés : résultats chirurgicaux et analyse de la survie

Ophélie BACOEUR-OUZILLOU (1) , Florian MARTINET-KOSINSKI (1), Thibault VORON (2), Gilles MANCEAU (3), Julie VÉZIAN (4), Nicolas CARRERE (5), Johan GAGNIERE (1), Caroline GRONNIER (6) - (1)Chu Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (2)Hopital Saint Antoine, Paris, France, (3)Hopital Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)Chu Lille, Lille, France, (5)Chu Toulouse, Toulouse, France, (6)Chu Bordeaux, Bordeaux, France

Conflits d'intérêts

aucun conflit d'intérêt

Introduction

La prise en charge du cancer gastrique résécable repose sur une chirurgie visant à obtenir des marges R0, associée à une chimiothérapie périopératoire afin d'améliorer la survie des patients. Chez les patients présentant une tumeur classée T4, la résection d'organes adjacents peut être nécessaire pour obtenir des marges d'exérèse satisfaisantes. Toutefois, une grande partie de la littérature disponible est relativement ancienne et les patients ne recevaient pas systématiquement de chimiothérapie préopératoire.

Méthodes

Etude rétrospective multicentrique francophone incluant 2 131 patients pris en charge pour un cancer gastrique entre 2007 et 2017. Les patients présentant une tumeur pT4 ont été répartis en deux groupes selon la réalisation ou non d'une résection multiviscérale lors de la gastrectomie.

Résultats

Parmi les 161 patients éligibles, 43 ont bénéficié d'une gastrectomie seule (G1) et 118 d'une gastrectomie associée à une résection multiviscérale (G2). Les patients du groupe G2 ont plus fréquemment bénéficié d'une gastrectomie totale ($p = 0,005$) et présentaient davantage de complications chirurgicales ($p = 0,04$). En revanche, l'incidence des complications sévères ($p = 0,41$) ainsi que la durée d'hospitalisation ($p = 0,15$) étaient comparables entre les deux groupes. Surtout, aucune différence significative n'a été observée en termes de survie globale ou de survie sans récurrence.

Conclusion

Parmi les 161 patients éligibles, 43 ont bénéficié d'une gastrectomie seule (G1) et 118 d'une gastrectomie associée à une résection multiviscérale (G2). Les patients du groupe G2 ont plus fréquemment bénéficié d'une gastrectomie totale ($p = 0,005$) et présentaient davantage de complications chirurgicales ($p = 0,04$). En revanche, l'incidence des complications sévères ($p =$

0,41) ainsi que la durée d'hospitalisation ($p = 0,15$) étaient comparables entre les deux groupes. Surtout, aucune différence significative n'a été observée en termes de survie globale ou de survie sans récurrence.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.163

3CVD00386-Le renforcement prothétique réduit-il le risque de récurrence après cure de hernie hiatale de type III et IV ? Étude rétrospective bicentrique lyonnaise sur 13 ans

Matthias BROSSE (1) , Maud ROBERT (1), Arnaud PASQUER (1), Jean-Yves MABRUT (2), Guillaume PASSOT (3), Delphine VAUDOYER (3) - (1)Hôpital Edouard Herriot, Service De Chirurgie Générale Et Digestive, Lyon, France, (2)Hôpital De La Croix Rousse, Service De Chirurgie Hépatobiliaire Et Transplantation, Lyon, France, (3)Hôpital Lyon Sud, Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique, Lyon, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le recours au renforcement prothétique lors de la cure des hernies hiatales volumineuses demeure controversé. Si plusieurs études suggèrent une diminution du risque de récurrence anatomique, son impact sur les résultats fonctionnels, notamment la dysphagie postopératoire, reste débattu.

Méthodes

Etude rétrospective bicentrique incluant les patients opérés d'une hernie hiatale de type III ou IV entre 2010 et 2023 au CHU de Lyon, avec l'utilisation ou non d'une prothèse. Le critère de jugement principal était la récurrence symptomatique, confirmée par imagerie. Une courbe de Kaplan – Meier pour analyse de l'impact de la prothèse sur la récurrence puis par régression de Cox multivariée ont été réalisés. Les critères secondaires comprenaient les complications postopératoires et les résultats fonctionnels.

Résultats

Quatre-vingt-cinq patients ont été inclus, dont 29 ont bénéficié d'un renforcement prothétique. Les groupes étaient globalement comparables. Après un suivi médian de 48 mois, le taux de récurrence symptomatique était de 44,6 % dans le groupe sans prothèse contre 24,1 % dans le groupe avec prothèse ($p = 0,064$). Aucune différence significative n'était observée concernant la morbidité postopératoire sévère. Une amélioration symptomatique était observée de manière équivalente dans les deux groupes, sans augmentation du risque de dysphagie à 2 ans (OR 0,49 ; $p = 0,342$).

Conclusion

Quatre-vingt-cinq patients ont été inclus, dont 29 ont bénéficié d'un renforcement prothétique. Les groupes étaient globalement comparables. Après un suivi médian de 48 mois, le taux de

récidive symptomatique était de 44,6 % dans le groupe sans prothèse contre 24,1 % dans le groupe avec prothèse ($p = 0,064$). Aucune différence significative n'était observée concernant la morbidité postopératoire sévère. Une amélioration symptomatique était observée de manière équivalente dans les deux groupes, sans augmentation du risque de dysphagie à 2 ans (OR 0,49 ; $p = 0,342$).

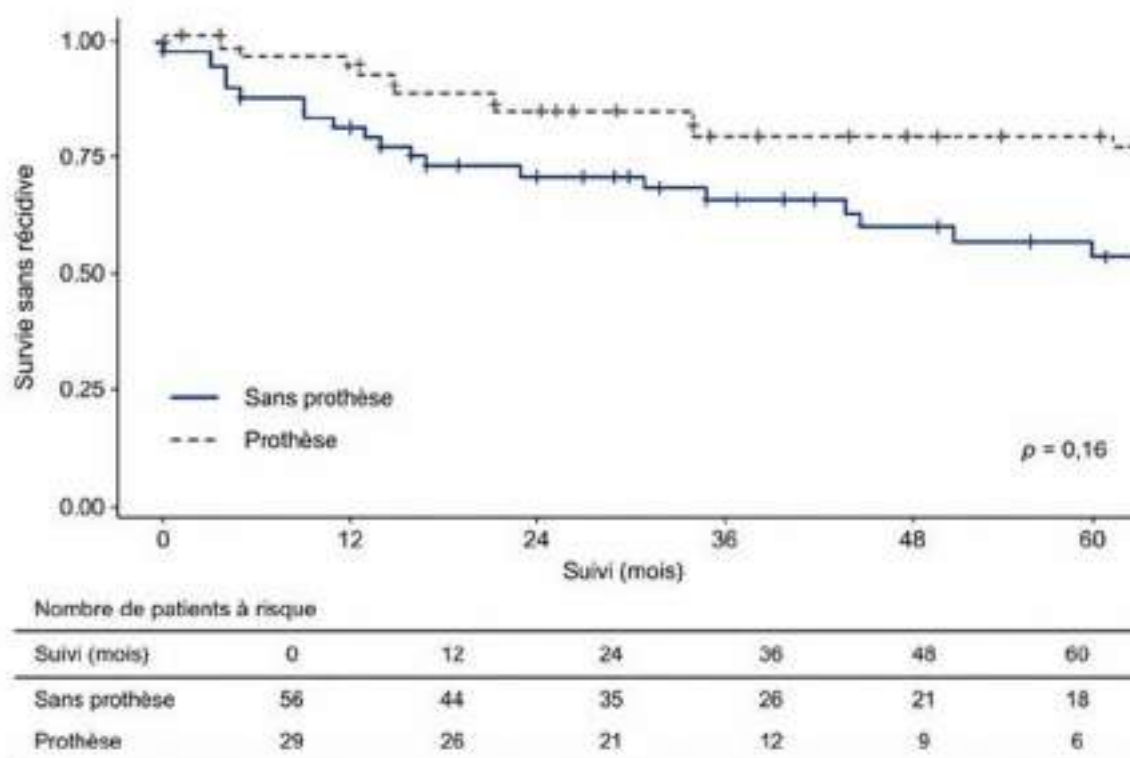


Figure 1. Courbes de Kaplan-Meier de la survie sans récidive selon l'utilisation d'une prothèse.

Les marques verticales indiquent les observations censurées.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.164

3CVD00505-Résultats fonctionnels et qualité de vie après chirurgie réparatrice de hernie hiatale. Une étude rétrospective sur 110 patients.

Paul VALLEUR, Thibault VORON, Jeremie H LEFEVRE, Francois PAYE, Najim CHAFAI, Emmanuel ATTAL, Clotilde DEBOVE, Maxime COLLARD, Yann PARC, Alexandre CHALLINE - (1)Sorbonne University, Department Of Digestive Surgery, Saint-Antoine Hospital, Ap-Hp, Paris, France., Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La chirurgie anti-reflux mini-invasive est une procédure peu morbide aux résultats bien documentés dans le RGO. Les données fonctionnelles spécifiques en situation de hernie hiatale restent cependant limitées et hétérogènes.

Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique incluait tous les patients opérés d'une hernie hiatale dans le service (2019–2025). Les critères de jugement étaient le taux de reprise des IPP et la qualité de vie évaluée par le score GERD-HRQL.

Résultats

110 patients ont répondu au questionnaire (51 Nissen, 59 Toupet), 92% opérés par voie mini-invasive. Le taux de complications graves à J90 (Clavien-Dindo $\geq$ III) était de 6 % (2 œdèmes pulmonaires, 1 arrêt cardiorespiratoire hypoxique récupéré, 1 réopération pour volvulus gastrique, 3 dysphagies traitées par endoscopie). La durée médiane de suivi était de 47 mois. Au moment du questionnaire, 68% des patients ne prenaient plus d'IPP, sans différence entre les deux techniques. La reprise des IPP survenait en médiane dans les deux ans; 18% des patients n'avaient jamais arrêté leur traitement. Le score GERD-HRQL médian était de 4 dans le groupe Nissen contre 0 dans le groupe Toupet ($p=0,072$) (tableau 1). Le taux de satisfaction était de 76% (73% vs 80%; $p=0,638$). Les analyses en sous-groupes ne retrouvaient pas de différence significative selon le type de symptômes, la taille ou le type de hernie.

Conclusion

110 patients ont répondu au questionnaire (51 Nissen, 59 Toupet), 92% opérés par voie mini-invasive. Le taux de complications graves à J90 (Clavien-Dindo $\geq$ III) était de 6 % (2 œdèmes pulmonaires, 1 arrêt cardiorespiratoire hypoxique récupéré, 1 réopération pour volvulus gastrique, 3 dysphagies traitées par endoscopie). La durée médiane de suivi était de 47 mois. Au moment du questionnaire, 68% des patients ne prenaient plus d'IPP, sans différence entre

les deux techniques. La reprise des IPP survenait en médiane dans les deux ans; 18% des patients n'avaient jamais arrêté leur traitement. Le score GERD-HRQL médian était de 4 dans le groupe Nissen contre 0 dans le groupe Toupet ($p=0,072$) (tableau 1). Le taux de satisfaction était de 76% (73% vs 80%; $p=0,638$). Les analyses en sous-groupes ne retrouvaient pas de différence significative selon le type de symptômes, la taille ou le type de hernie.

Tableau 1 : variables quantitatives exprimées en médiane et intervalle inter-quartile ; variable qualitatives en pourcentage

	Total	Nissen	Toupet	p
	110	51	59	
Suivi (mois)	47,0 [25,0–64,8]	58,0 [38,0–72,0]	34,0 [18,5–56,5]	< 0,001
Reprise d'IPP				0,844
Non	75 (68,2)	36 (70,6)	39 (66,1)	
Oui	15 (13,6)	6 (11,8)	9 (15,3)	
Jamais arrêté	20 (18,2)	9 (17,6)	11 (18,6)	
Délai médian de reprise des IPP	24,0 [13,0–42,0]	21,5 [6,3–33,8]	24,0 [18,8–46,0]	0,560
Récidive symptômes				0,642
Non	78 (70,9)	34 (66,7)	44 (74,6)	
Oui	22 (20,0)	12 (23,5)	10 (16,9)	
Jamais arrêté	10 (9,1)	5 (9,8)	5 (8,5)	
Score brûlure d'estomac	0,0 [0,0–6,0]	2,0 [0,0–8,0]	0,0 [0,0–3,5]	0,026
Score régurgitation (médian)	0,0 [0,0–2,0]	0,0 [0,0–1,0]	0,0 [0,0–3,0]	0,379
Total GERD-HRQL	2,0 [0,0–9,8]	4,0 [0,0–12,0]	0,0 [0,0–6,5]	0,072
État actuel				0,638
Satisfait	84 (76,4)	37 (72,5)	47 (79,7)	
Neutre	12 (10,9)	6 (11,8)	6 (10,2)	
Insatisfait	14 (12,7)	8 (15,7)	6 (10,2)	

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.165

3CVD00745-Curage conservateur du hile splénique dans l'adénocarcinome gastrique proximal localement avancé : analyse comparative des approches in situ et ex situ

Rachid GHEMIT, Abdelkrim CHETIBI, Said KADEM, Djad Mostafa BAHRI, Malika GHAZALI, Reda BELOUZ, Mustapha SAIDANI - (1)Chu Béni Messous, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

L'incidence de l'envahissement ganglionnaire au niveau du hile splénique dans l'adénocarcinome gastrique proximal localement avancé varie entre 8,1 et 27,9 %. Il existe actuellement deux techniques de curage conservateur hilaire splénique : curage in situ et ex situ, selon que la mobilisation du pancréas et de la rate s'effectue ou non hors de la cavité péritonéale. notre objectif, comparer l'efficacité et la sécurité des deux techniques.

Méthodes

De décembre 2020 à aout 2023, 66 patients atteints d'un adénocarcinomes gastriques proximaux localement avancé ayant bénéficié d'une gastrectomie totale associée à un curage ganglionnaire D2, incluant systématiquement un curage du hile splénique avec conservation de la rate; 44 patients dans le groupe in situ et 22 patients dans le groupe ex situ.

Résultats

la durée opératoire moyenne 254,54 minutes; in situ 250,90 minutes, ex situ 261,82 minutes. les pertes sanguines peropératoires en moyenne 166,06 ml ; in situ 166,82 ml, ex situ 164,54 ml. 1 956 ganglions analysés, 346 ganglions métastatique . métastases ganglionnaires hilaire splénique chez 6 patients . 132 ganglions lymphatiques hilaire splénique; in situ 47 ganglions, ex situ 85 ganglions . total de ganglions hilaire splénique envahis 10. Chez les autres patients, le curage du hile splénique n'a retrouvé que du tissu adipeux cellulo-lymphatique, sans ganglion identifiable. La durée de séjour post-opératoire moyenne 7,20 jours; in situ 7,43 jours, ex situ 6,73 jours.

Conclusion

la durée opératoire moyenne 254,54 minutes; in situ 250,90 minutes, ex situ 261,82 minutes. les pertes sanguines peropératoires en moyenne 166,06 ml ; in situ 166,82 ml, ex situ 164,54 ml. 1 956 ganglions analysés, 346 ganglions métastatique . métastases ganglionnaires hilaire splénique chez 6 patients . 132 ganglions lymphatiques hilaire splénique; in situ 47 ganglions,

ex situ 85 ganglions . total de ganglions hilaire splénique envahis 10. Chez les autres patients, le curage du hile splénique n'a retrouvé que du tissu adipeux cellulo-lymphatique, sans ganglion identifiable. La durée de séjour post-opératoire moyenne 7,20 jours; in situ 7,43 jours, ex situ 6,73 jours.





E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.166

3CVD00564-Gastrectomie carcinologique robotique versus coelioscopique, étude comparative

Olivier TAVERNIER, Guillaume LEVENSON, Lara RIBEIRO, Ahmad TARHINI, Simon MSIKA, Tigran POGHOSYAN -
(1)Service De Chirurgie Digestive, Oncologique Et Bariatrique-Bichat, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt

Introduction

Si la non-infériorité de la voie coelioscopique par rapport à la laparotomie en termes de morbidité précoce, résultats oncologique, survie globale et sans récurrence dans les gastrectomies pour cancer est aujourd'hui établi, l'avantage de la technique robot assistée est encore à étudier.

Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective, incluant tous les patients successifs opérés par la voie coelioscopique ou robotique entre avril 2019 et avril 2026 d'une gastrectomie totale ou des 4/5 avec curage D1,5. Nous avons évalué la morbi-mortalité à 30 jours (classification Clavien Dindo), les résultats anatomopathologiques., la survie globale et sans récurrence à 1 an.

Résultats

Au total 60 patients, (n=45 groupe robot et n=15 groupe coelioscopie) ont été opérés. Le taux de conversion par laparotomie était 4,4% (n=2,robot) vs 23,1% (n=3,coelio) $p<0,05$. Le taux de mortalité précoce était 4,4%(n=2,robot) vs 0,0%(n=0,coelio) $p=0,41$. Le taux de complications globales était 40%(n=18,robot) vs 46,7%(n=7,coelio) $p=0,65$. Le taux de complication grave ($\geq$ CD3B) était de 17,8%(n=8,robot) vs 13,3%(n=2,coelio) $p=0,69$. Le nombre moyen de ganglions retrouvés était $21,6\pm 9,85$ (robot) vs $21,8\pm 9,42$ (coelio) $p=0,94$. Le taux de R1 était 8,8% (n=4,robot) vs 6,6% (n=1,coelio) $p=0,79$. La survie globale à 1 an était 79,4% (robot) vs 83,3% (coelio) $p=0,77$. La survie sans récurrence à 1 an était 73,5% (robot) vs 75% (coelio) $p=0,92$.

Conclusion

Au total 60 patients, (n=45 groupe robot et n=15 groupe coelioscopie) ont été opérés. Le taux de conversion par laparotomie était 4,4% (n=2,robot) vs 23,1% (n=3,coelio) $p<0,05$. Le taux de mortalité précoce était 4,4%(n=2,robot) vs 0,0%(n=0,coelio) $p=0,41$. Le taux de complications globales était 40%(n=18,robot) vs 46,7%(n=7,coelio) $p=0,65$. Le taux de complication grave ($\geq$ CD3B) était de 17,8%(n=8,robot) vs 13,3%(n=2,coelio) $p=0,69$. Le nombre moyen de ganglions retrouvés était $21,6\pm 9,85$ (robot) vs $21,8\pm 9,42$ (coelio) $p=0,94$. Le taux de R1 était

8,8% (n=4,robot) vs 6,6% (n=1,coelio) p=0,79. La survie globale à 1 an était 79,4% (robot) vs 83,3% (coelio) p=0,77. La survie sans récive à 1 an était 73,5% (robot) vs 75% (coelio) p=0,92.

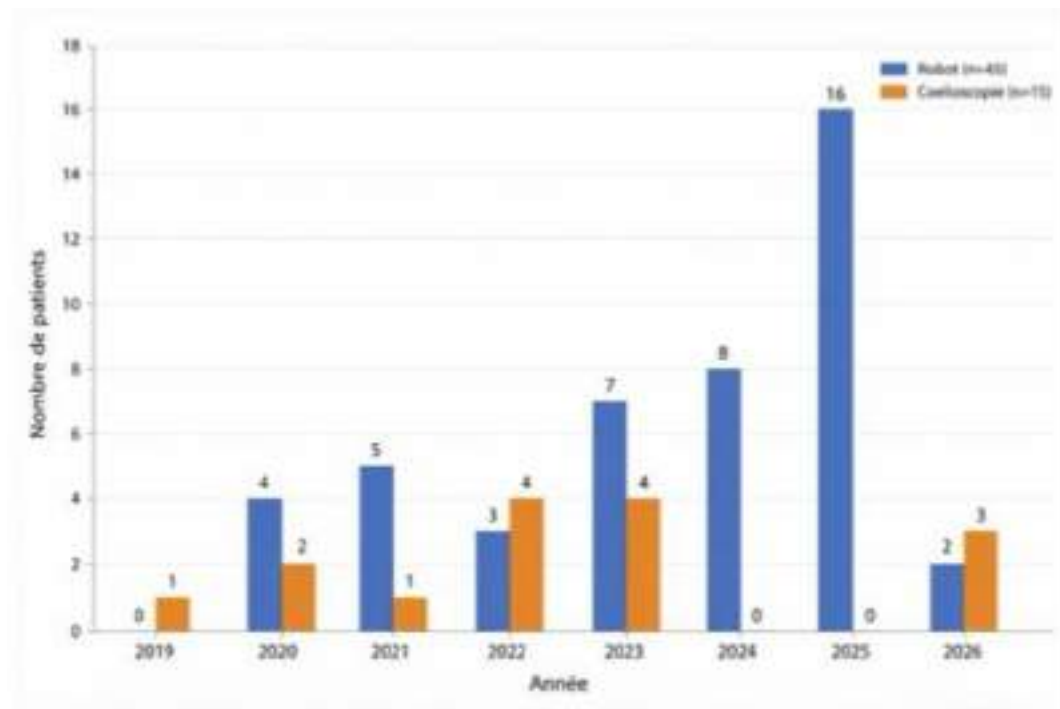


Figure 1 : Histogramme comparant le nombre de gastrectomie pour cancer au robot vs coelio entre 2019 et 2026

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.167

3CVD00778-Des recommandations des RMM à la pratique : faire progresser la chirurgie du cancer gastrique grâce à la centralisation et à la spécialisation

Amina HOUMADA, Zakaria EL MOUATASSIM, Yassine EL BOUAZIZI, Mohammed Reda EL HASSOUNI, Oumayma LAHNAOUI, Amine SOUADKA - (1)Institut National D'oncologie, Rabat, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Évaluer la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité des soins en chirurgie du cancer gastrique, issu des recommandations des MMC, ainsi que son impact sur les résultats cliniques et la gestion des événements indésirables.

Méthodes

Étude rétrospective de cohorte à méthodologie mixte incluant des patients ayant bénéficié d'une gastrectomie à visée curative. Les cohortes avant et après l'instauration du Programme de Chirurgie Gastrique ont été comparées. Ce programme reposait sur un chirurgien référent unique et la standardisation des procédures chirurgicales. L'analyse quantitative a porté sur 88 patients et évalué le parcours thérapeutique ainsi que les résultats postopératoires précoces. L'analyse qualitative a concerné 13 MMC et étudié l'évolution des causes contributives, des facteurs de récupération et des actions correctives.

Résultats

Après la mise en œuvre du programme, une amélioration significative a été observée concernant la mortalité postopératoire, la sévérité de la morbidité, le failure-to-rescue, le nombre de réinterventions, la survie globale à un an et la réduction du délai RIOT. Une forte adhésion aux composantes du programme a été constatée. Les MMC ont rapporté moins de facteurs contributifs et davantage de facteurs de récupération. La non-adhésion au programme constituait une cause majeure des complications postopératoires les plus sévères.

Conclusion

Après la mise en œuvre du programme, une amélioration significative a été observée concernant la mortalité postopératoire, la sévérité de la morbidité, le failure-to-rescue, le nombre de réinterventions, la survie globale à un an et la réduction du délai RIOT. Une forte adhésion aux composantes du programme a été constatée. Les MMC ont rapporté moins de facteurs contributifs et davantage de facteurs de récupération. La non-adhésion au programme constituait une cause majeure des complications postopératoires les plus sévères.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.168

3CVD00388-Gastroplastie rétrosternale totalement laparoscopique pour sténose caustique de l'œsophage : expérience d'une série de 12 patients.

Noredine CHADLI (1) , Rachad DJAID (1), Amir LITIM (2), Nesrine BOUACIDA (2), Anouar REMINI (1), Aissa BENSLIMANE (1), Abdelkader MENASRIA (1), Abdenmour BELKADI (1), Omar TILIOUA (1) - (1)Service De Chirurgie Générale Ehu Oran-Université D'oran 1-Faculté De Médecine, Oran, Algérie, (2)Service De Chirurgie Générale Ehu Oran Algérie, Oran, Algérie

Conflits d'intérêts

L'auteur et l'ensemble des co-auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les sténoses caustiques de l'œsophage représentent une cause majeure de dysphagie sévère dans les pays en développement. En cas d'échec ou d'impossibilité du traitement endoscopique, la reconstruction œsophagienne constitue le traitement de référence. L'avènement de la chirurgie mini-invasive a permis d'étendre les indications de la laparoscopie à la chirurgie reconstructrice œsophagienne. L'objectif de ce travail est de présenter les détails techniques et les résultats d'une série de patients opérés par gastroplastie rétrosternale laparoscopique pour sténose caustique de l'œsophage.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 12 patients opérés pour sténose caustique de l'œsophage. Tous les patients présentaient une dysphagie sévère réfractaire au traitement conservateur. La reconstruction a été réalisée par voie laparoscopique avec confection d'un tube gastrique ascensionné dans le rétrosternum et anastomose œsogastrique cervicale. Les données démographiques, opératoires, postopératoires et fonctionnelles ont été recueillies et analysées.

Résultats

La procédure a été menée à terme par voie laparoscopique chez l'ensemble des patients. Aucun décès périopératoire n'a été observé. La morbidité postopératoire était dominée par les complications cervicales mineures et les complications cardio-respiratoires transitoires. La reprise de l'alimentation orale a été obtenue chez tous les patients. Les résultats fonctionnels étaient satisfaisants dans la grande majorité des cas. Une patiente a développé une dysplasie sur l'œsophage natif exclu, nécessitant secondairement une œsophagectomie, réalisée avec une évolution favorable.

Conclusion

La procédure a été menée à terme par voie laparoscopique chez l'ensemble des patients. Aucun décès périopératoire n'a été observé. La morbidité postopératoire était dominée par les complications cervicales mineures et les complications cardio-respiratoires transitoires. La reprise de l'alimentation orale a été obtenue chez tous les patients. Les résultats fonctionnels étaient satisfaisants dans la grande majorité des cas. Une patiente a développé une dysplasie sur l'œsophage natif exclu, nécessitant secondairement une œsophagectomie, réalisée avec une évolution favorable.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.169

3CVD00084-Inégalités géographiques de survie pour les patients opérés d'une gastrectomie pour cancer gastrique en France

Florian MARTINET-KOSINSKI (1) , Bruno PEIREIRA (2), Ophélie BACOEUR OUZILLOU (1), Nicolas CARRERE (3), Guillaume PIESEN (4), Gilles PONCET (5), Thibault VORON (6), Caroline GRONNIER (7), Denis PEZET (1), Yohan FAYET (8), Johan GAGNIÈRE (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (2)Direction De La Recherche Clinique Et De L'innovation-Chu De Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, (3)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Toulouse, Toulouse, France, (4)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Lille, Lille, France, (5)Service De Chirurgie Digestive-Hospices Civils De Lyon, Lyon, France, (6)Service De Chirurgie Digestive-Aphp, Paris, France, (7)Service De Chirurgie Digestive-Chu De Bordeaux, Bordeaux, France, (8)Umr Territoires-Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les inégalités géographiques de survie face aux cancers résultent d'un processus au long cours, impliquant à la fois des facteurs pré-diagnostiques et des facteurs relatifs à la qualité du parcours de soins.

Méthodes

Les survies à 12 mois post-gastrectomie (PG12m) ont été étudiées à l'aide de modèles de Cox, à partir de la base de données rétrospective multicentrique de l'AFC sur les patients opérés d'un adénocarcinome gastrique à visée curative entre 2007 et 2017. L'impact du territoire de vie a été testé à travers différentes variables géographiques.

Résultats

Sur les 634 patients analysés, les patients vivant dans les marges rurales (MR) avaient significativement plus de risque de décès à PG12m (HR=2.56). Après analyse multivariée, l'âge > 60ans (HR=1.99), le stade ≥ 3 (HR=2.62), la résection R0 (HR=2.21) et le fait d'habiter dans les MR (HR=2.09) sont des facteurs indépendants significativement associés à la survie PG12m. L'administration d'un traitement adjuvant est significativement associée à la SPG12m (HR=3.07) et explique les différences de survie des MR (HR=1.71 p=0.1). Les patients des MR sont significativement plus âgés, moins souvent pris en charge dans des CHU, plus loin d'un hôpital, reçoivent moins souvent de traitement péri-opératoire, ou de chirurgie curative avec curage ganglionnaire.

Conclusion

Sur les 634 patients analysés, les patients vivant dans les marges rurales (MR) avaient significativement plus de risque de décès à PG12m (HR=2.56). Après analyse multivariée, l'âge > 60ans (HR=1.99), le stade ≥ 3 (HR=2.62), la résection R0 (HR=2.21) et le fait d'habiter dans les MR (HR=2.09) sont des facteurs indépendants significativement associés à la survie PG12m. L'administration d'un traitement adjuvant est significativement associée à la SPG12m (HR=3.07) et explique les différences de survie des MR (HR=1.71 p=0.1). Les patients des MR sont significativement plus âgés, moins souvent pris en charge dans des CHU, plus loin d'un hôpital, reçoivent moins souvent de traitement péri-opératoire, ou de chirurgie curative avec curage ganglionnaire.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.170

3CVD00158-Association between preoperative characteristics and postoperative complications after Ivor Lewis esophagectomy: a retrospective single-center study

Enora LALLAU-VAZZOLER, Nicolas MICHOT - (1)Department Of Digestive, Oncological, Endocrine, Hepato-Biliary, Pancreatic And Liver Transplant Surgery, Trousseau Hospital, Chru Tours, Tours, France, Tours, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

L'œsophagectomie reste associée à une morbidité élevée (taux de complications pouvant atteindre 60 %). Plusieurs études ont évalué les facteurs associés aux complications, beaucoup incluent des variables per ou postopératoires, limitant leur utilité pour la prise de décision préopératoire. Cette étude visait à comparer les caractéristiques préopératoires selon les résultats postopératoires après Lewis-Santy dans une population occidentale.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective au CHU de Tours incluant tous les patients ayant eu un Lewis-Santy entre janvier 2015 et décembre 2024. Le critère de jugement principal était la survenue d'une complication postopératoire majeure (Clavien-Dindo $\geq$ III). Les critères de jugement secondaires comprenaient la fistule anastomotique, la fistule sévère, la pneumonie et la mortalité.

Résultats

122 patients ont été inclus. Des complications majeures sont survenues chez 51,6 % des patients. Une fistule anastomotique a été observée dans 32 % des cas, 79 % étaient classées comme sévères. En analyse multivariée, l'atteinte ganglionnaire préopératoire était indépendamment associée aux complications majeures (OR 2,29; $p = 0,036$). Un antécédent de cancer était associé à la survenue d'une fistule anastomotique (OR 3,16; $p = 0,037$). Le tabagisme actif était indépendamment associé à la pneumonie postopératoire (OR 2,77; $p = 0,039$). Une maladie cardiovasculaire et un antécédent de cancer des voies aérodigestives supérieures étaient associés aux fistules anastomotiques nécessitant une reprise chirurgicale.

Conclusion

122 patients ont été inclus. Des complications majeures sont survenues chez 51,6 % des patients. Une fistule anastomotique a été observée dans 32 % des cas, 79 % étaient classées comme sévères. En analyse multivariée, l'atteinte ganglionnaire préopératoire était

indépendamment associée aux complications majeures (OR 2,29; $p = 0,036$). Un antécédent de cancer était associé à la survenue d'une fistule anastomotique (OR 3,16; $p = 0,037$). Le tabagisme actif était indépendamment associé à la pneumonie postopératoire (OR 2,77; $p = 0,039$). Une maladie cardiovasculaire et un antécédent de cancer des voies aérodigestives supérieures étaient associés aux fistules anastomotiques nécessitant une reprise chirurgicale.

E-poster

D. Chirurgie Œsogastrique

PO.172

3CVD00278-Gastrectomie avec curage D2 pour cancer gastrique au Maroc : Analyse des facteurs pronostiques et des résultats oncologiques (À propos de 102 cas)

Mohammed DOUMAR, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Service De Chirurgie Générale B, Chu Mohammed VI, Oujda, Maroc, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La chirurgie avec curage ganglionnaire D2 est le standard thérapeutique du cancer gastrique. Cette étude évalue les résultats péri-opératoires et les facteurs pronostiques après gastrectomie D2 dans un centre marocain.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique (2015-2024) incluant 102 patients opérés d'un adénocarcinome gastrique. Les données épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques ont été recueillies. La survie globale (SG) a été estimée par Kaplan-Meier.

Résultats

102 patients ont été inclus (sex-ratio H/F : 1,2 ; âge médian : 57,6 ans). 36 % présentaient un adénocarcinome à cellules indépendantes (ADCI). 70,5 % ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante. La résection (gastrectomie partielle 44,4 % ou totale 55,6 %) incluait un curage D2 (médiane de 27 ganglions prélevés). 58,8 % des tumeurs étaient de stade III (pTNM). La morbidité postopératoire était de 12,7 % et la mortalité à 90 jours de 8 %. La durée médiane d'hospitalisation était de 10,3 jours. Avec un recul médian de 25 mois, l'âge avancé et les complications postopératoires étaient des facteurs de mauvais pronostic significatifs. L'ADCI n'avait pas d'impact significatif sur la survie.

Conclusion

102 patients ont été inclus (sex-ratio H/F : 1,2 ; âge médian : 57,6 ans). 36 % présentaient un adénocarcinome à cellules indépendantes (ADCI). 70,5 % ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante. La résection (gastrectomie partielle 44,4 % ou totale 55,6 %) incluait un curage D2 (médiane de 27 ganglions prélevés). 58,8 % des tumeurs étaient de stade III (pTNM). La morbidité postopératoire était de 12,7 % et la mortalité à 90 jours de 8 %. La durée médiane d'hospitalisation était de 10,3 jours. Avec un recul médian de 25 mois, l'âge avancé et les

complications postopératoires étaient des facteurs de mauvais pronostic significatifs. L'ADCI n'avait pas d'impact significatif sur la survie.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.173

3CVD00760-Effets mécaniques et métaboliques de la bipartition du transit : comparaison entre le Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass et la Dérivation Duodéno-Illéale chez le miniporc

Charles DEMORY (1) , Clément BARATTE (2), Thomas HUBERT (1), Maude LE GALL (3), Audrey QUENON (1), Léa GOVILLOT (2), Tigran POGHOSYAN (2), Mathilde GOBERT (1), François PATTOU (1), Robert CAIAZZO (1) - (1)Chu De Lille, Lille, France, (2)Aphp, Paris, France, (3)Cri, Paris, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

Les procédures de Bipartition du Transit (BT) visent à améliorer l'homéostasie glucidique en modifiant le trajet des nutriments et la stimulation entéro-endocrine. Plusieurs variantes techniques comme le Single Anastomosis Sleeve Ileal bypass (SASI) et la Dérivation Duodéno-Illéale (DDI) ont montré leur efficacité mais les mécanismes sous-jacents restent méconnus.

Méthodes

Onze miniporcs ont bénéficié d'une sleeve gastrectomie suivie d'une anastomose gastro-illéale (SASI) ou duodéno-illéale (DDI). Le glucose, l'insuline, le GLP-1 et le D-xylose ont été mesurées lors de repas tests vigiles avant et après l'intervention. Des tests complémentaires sous anesthésie avec des clampage intestinaux sélectifs ont permis d'évaluer séparément la voie physiologique et la dérivation. La distribution des flux intestinaux a été quantifiée par l'ingestion de billes colorées.

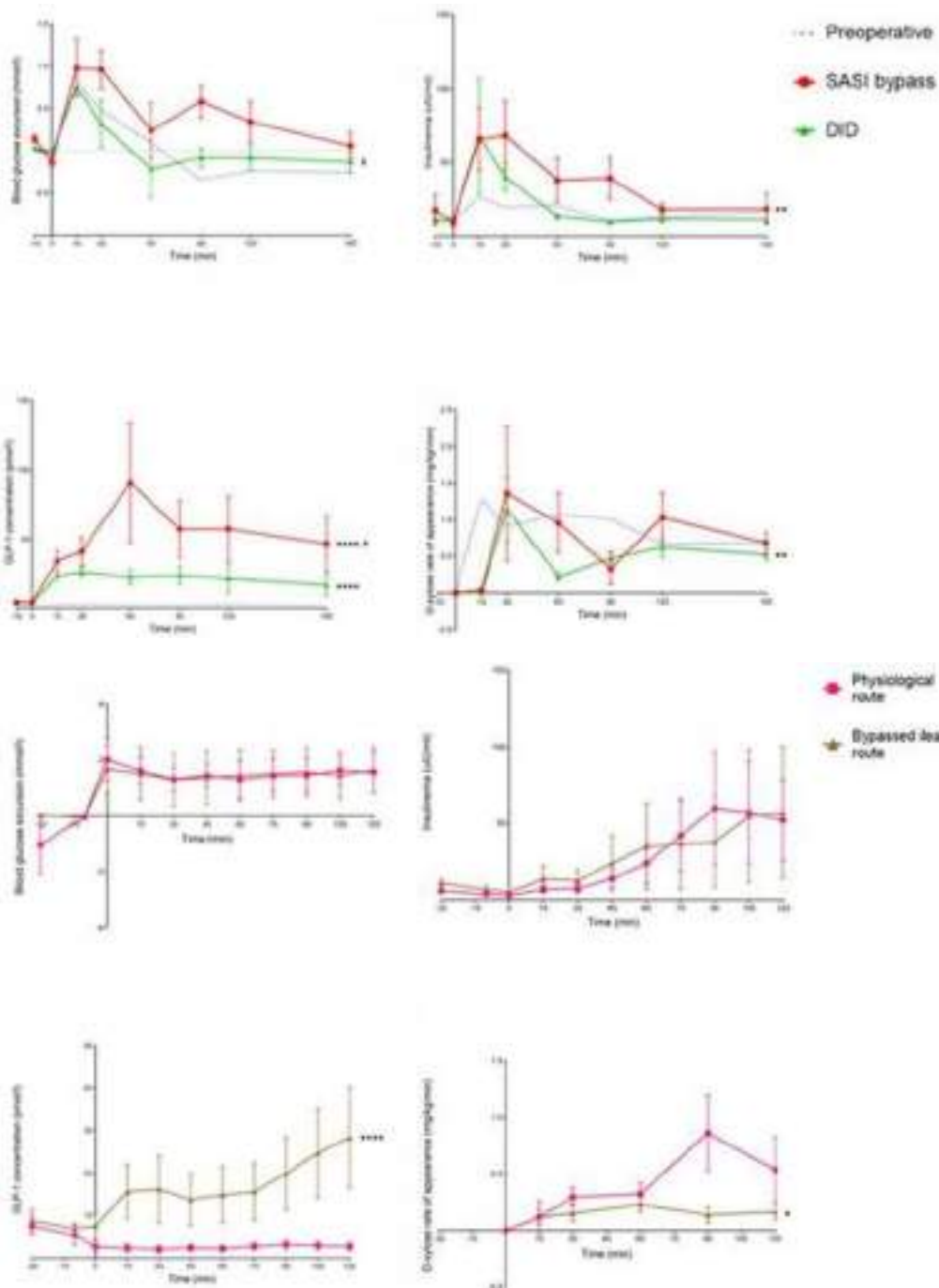
Résultats

SASI et DDI ont induit une augmentation postprandiale précoce du GLP-1, plus marquée après SASI. L'excursion postprandiale du glucose était atténuée après DDI avec une diminution de l'absorption du D-xylose. Les clampages intestinaux sélectifs ont montré que le passage du bol alimentaire par la dérivation entraînait une augmentation du GLP-1 et une réduction de l'absorption du D-xylose. L'étude des billes a montré un flux préférentiel par la voie physiologique après SASI, tandis que la DDI détournait la majorité du flux vers la dérivation.

Conclusion

SASI et DDI ont induit une augmentation postprandiale précoce du GLP-1, plus marquée après SASI. L'excursion postprandiale du glucose était atténuée après DDI avec une diminution de l'absorption du D-xylose. Les clampages intestinaux sélectifs ont montré que le passage du bol alimentaire par la dérivation entraînait une augmentation du GLP-1 et une réduction de

l'absorption du D-xylose. L'étude des billes a montré un flux préférentiel par la voie physiologique après SASI, tandis que la DDI détournait la majorité du flux vers la dérivation.



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.174

3CVD00142-Antrectomie versus Conservation Antrale lors de la sleeve gastrectomie : une étude rétrospective avec analyse par score de propension

Asyadée JACOB, Hadrien TRANCHART, Wed ALREAHILY, Luigi LUZZA, Vanessa DI LORENZI, Ibrahim DAGHER - (1)Hôpital Antoine Bécclère, Clamart, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'étendue optimale de la résection gastrique distale lors de la sleeve gastrectomie (SG) reste débattue. L'antrectomie pourrait améliorer la perte pondérale en augmentant l'effet restrictif, mais son impact sur la morbidité postopératoire et les résultats fonctionnels demeurent controversés.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant les patients adultes ayant bénéficié d'une SG primaire entre 2019 et 2024. Les patients opérés avec antrectomie (section < 2 cm du pylore) ont été comparés à ceux avec préservation antrale (≥ 4 cm). Un appariement par score de propension (1:3) a été réalisé sur l'âge, le sexe et un IMC ≥ 50 kg/m². Le critère principal était le pourcentage de perte pondérale totale (%TWL) à 12 mois. Les critères secondaires comprenaient l'évolution du poids et des comorbidités et la morbidité postopératoire.

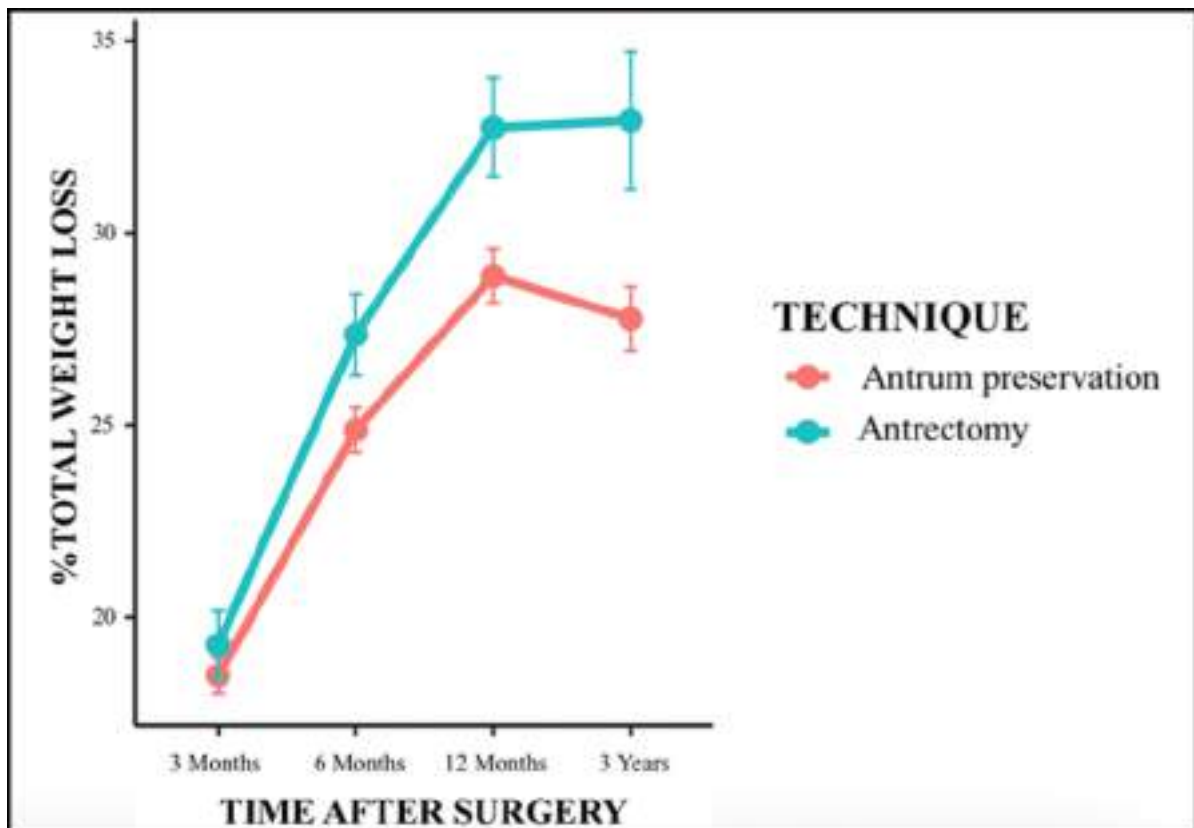
Résultats

Parmi les 675 patients inclus, 631 ont été appariés. La morbidité postopératoire globale était comparable, à l'exception d'une incidence plus élevée de fistules (3,0 % vs 0,4 % ; $p = 0,023$) et d'hémorragies (3,0 % vs 0,2 % ; $p = 0,007$) après antrectomie. À 12 mois, l'antrectomie était associée à une perte pondérale significativement plus importante (%TWL : $32,6 \pm 8,5$ % vs $27,6 \pm 8,0$ % ; $p < 0,001$), différence maintenue jusqu'à 3 ans. Les résultats métaboliques ne différaient pas entre les groupes, tandis que la survenue d'un reflux gastro-œsophagien de novo était plus fréquente après antrectomie.

Conclusion

Parmi les 675 patients inclus, 631 ont été appariés. La morbidité postopératoire globale était comparable, à l'exception d'une incidence plus élevée de fistules (3,0 % vs 0,4 % ; $p = 0,023$) et d'hémorragies (3,0 % vs 0,2 % ; $p = 0,007$) après antrectomie. À 12 mois, l'antrectomie était associée à une perte pondérale significativement plus importante (%TWL : $32,6 \pm 8,5$ % vs $27,6 \pm 8,0$ % ; $p < 0,001$), différence maintenue jusqu'à 3 ans. Les résultats métaboliques ne

différait pas entre les groupes, tandis que la survenue d'un reflux gastro-œsophagien de novo était plus fréquente après antrectomie.



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.175

3CVD00038-Au-delà de la balance : approche mixte quantitative-qualitative de la qualité de vie après chirurgie bariatrique

Paula PAULA, Cerdán Pascual RAFAEL, Carmen CARMEN, Laura LAURA, Miguel Ángel MIGUEL ÁNGEL, Olga OLGA - (1)Sans Affiliation, Zaragoza, Espagne

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

L'évaluation du succès de la chirurgie bariatrique centrée exclusivement sur la perte pondérale s'avère insuffisante pour refléter l'impact réel sur le patient. Cette étude propose une approche innovante combinant l'évaluation standardisée multidimensionnelle avec l'analyse qualitative des expériences vécues.

Méthodes

Étude observationnelle à méthodologie mixte incluant 60 patients (30 bypass gastriques en Y de Roux, 30 sleeve gastrectomies) opérés entre 2022 et 2024, avec un suivi minimal d'un an. Le volet quantitatif a utilisé l'échelle Bariatric Analysis and Reporting Outcome System selon les recommandations internationales. Le volet qualitatif a exploré les récits des patients pour contextualiser leur perception postopératoire.

Résultats

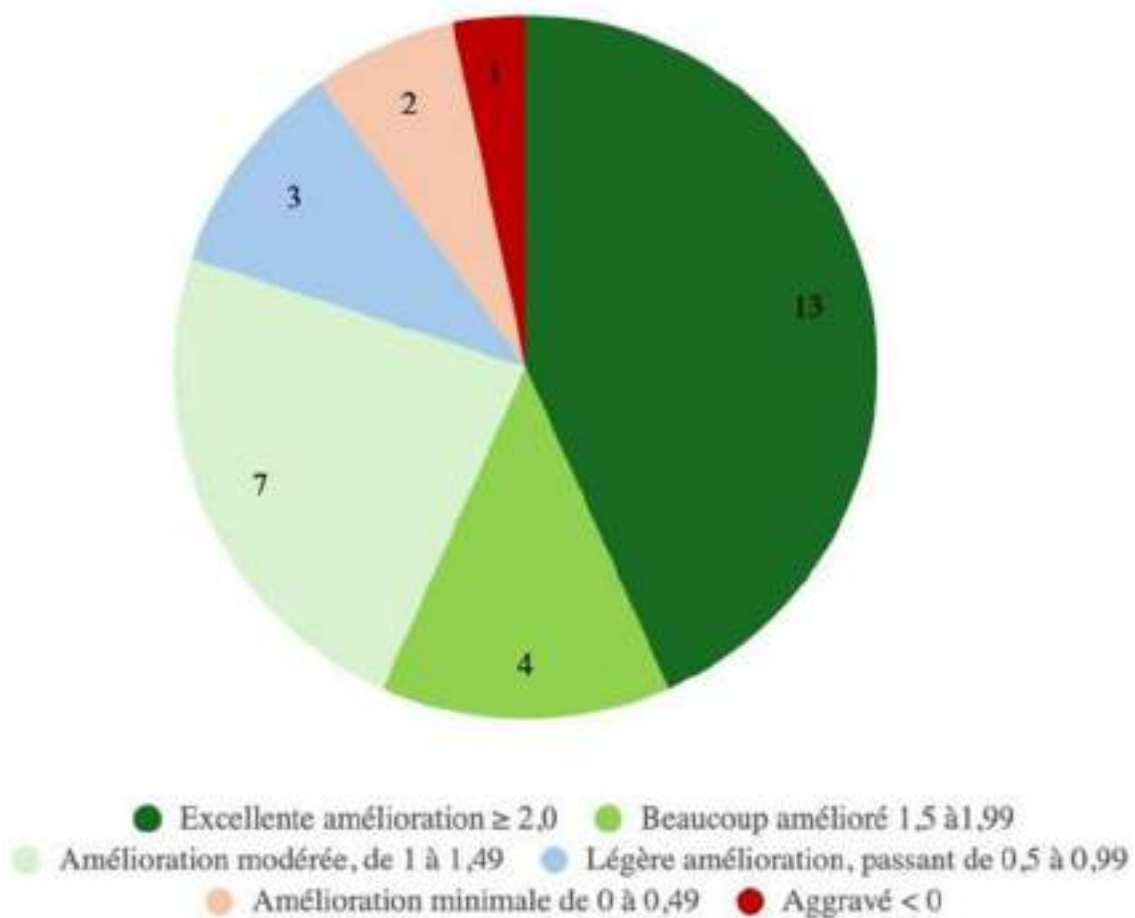
Le pourcentage moyen de perte d'excès de poids a atteint 75 %, avec 90 % des patients obtenant des pertes cliniquement significatives, sans différence entre les techniques ($p > 0,05$). Le bypass gastrique a démontré une supériorité significative dans la résolution des comorbidités métaboliques ($p < 0,05$). Le taux global de complications, incluant événements mineurs et tardifs selon Clavien-Dindo (carences nutritionnelles, ajustements thérapeutiques), a été de 43,3 %, avec des profils de sécurité comparables entre techniques ($p > 0,05$). Malgré cela, 88,3 % des patients ont rapporté une amélioration de leur qualité de vie, l'estime de soi constituant le domaine prédominant (Figures 1 et 2). L'évaluation globale a révélé des résultats « Bons » ou « Très bons » chez 60 % des patients.

Conclusion

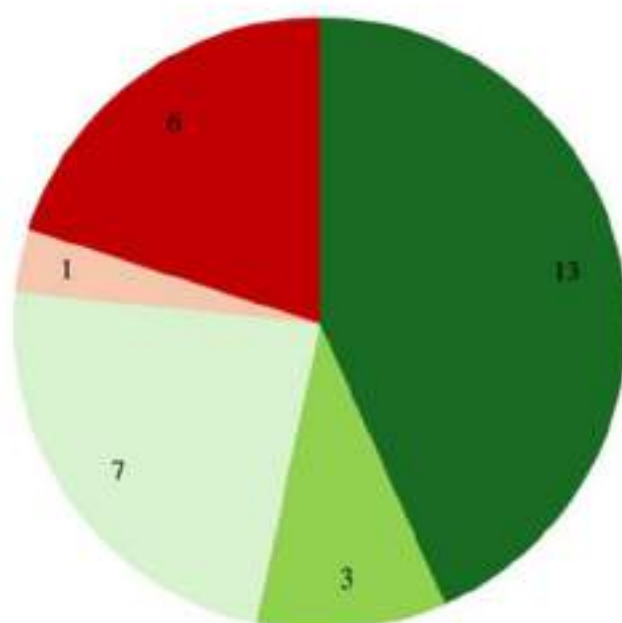
Le pourcentage moyen de perte d'excès de poids a atteint 75 %, avec 90 % des patients obtenant des pertes cliniquement significatives, sans différence entre les techniques ($p > 0,05$). Le bypass gastrique a démontré une supériorité significative dans la résolution des comorbidités métaboliques ($p < 0,05$). Le taux global de complications, incluant événements

mineurs et tardifs selon Clavien-Dindo (carences nutritionnelles, ajustements thérapeutiques), a été de 43,3 %, avec des profils de sécurité comparables entre techniques ($p > 0,05$). Malgré cela, 88,3 % des patients ont rapporté une amélioration de leur qualité de vie, l'estime de soi constituant le domaine prédominant (Figures 1 et 2). L'évaluation globale a révélé des résultats « Bons » ou « Très bons » chez 60 % des patients.

Évaluation complète de la qualité de vie dans le BGYR



Évaluation complète de la qualité de vie dans le SG



● Excellente amélioration $\geq 2,0$ ● Beaucoup amélioré 1,5 à 1,99
● Amélioration modérée, de 1 à 1,49 ● Minimamente mejorada 0 a 0,49 ● Empeorada < 0

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.176

3CVD00692-Invagination intestinale compliquée d'ischémie aiguë après bypass gastrique en Y : à propos d'un cas, revue de la littérature

Marc IMPERATO (1), Michel EL BECHWATY (1), Lydie CUMINAL-MAVROVI (2) - (1)Hpel-Chirurgie, Saint-Priest, France, (2)Hpel-Radiologie, Saint-Priest, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

L'invagination intestinale après bypass gastrique en Y (RYGB), complication très rare, potentiellement grave, est souvent atypique cliniquement. Le diagnostic repose sur la tomodensitométrie.

Méthodes

Il s'agit d'une femme de 40 ans, porteuse d'un bypass gastrique en Y depuis 2023 avec une perte de 46 kg en 2 ans. Elle a été admise aux urgences pour douleurs épigastriques aiguës et hématomèse. L'examen clinique retrouvait une sensibilité épigastrique sans défense, une tachycardie modérée, une stabilité hémodynamique. La biologie montrait une anémie à 9,1 g/dL, une hyperleucocytose neutrophile, sans syndrome inflammatoire.
 Le scanner abdominal objectivait une occlusion intestinale intéressant l'anse biliaire avec distension de l'anse alimentaire, évoquant une invagination intestinale, sans pneumopéritoine ni épanchement intrapéritonéal.

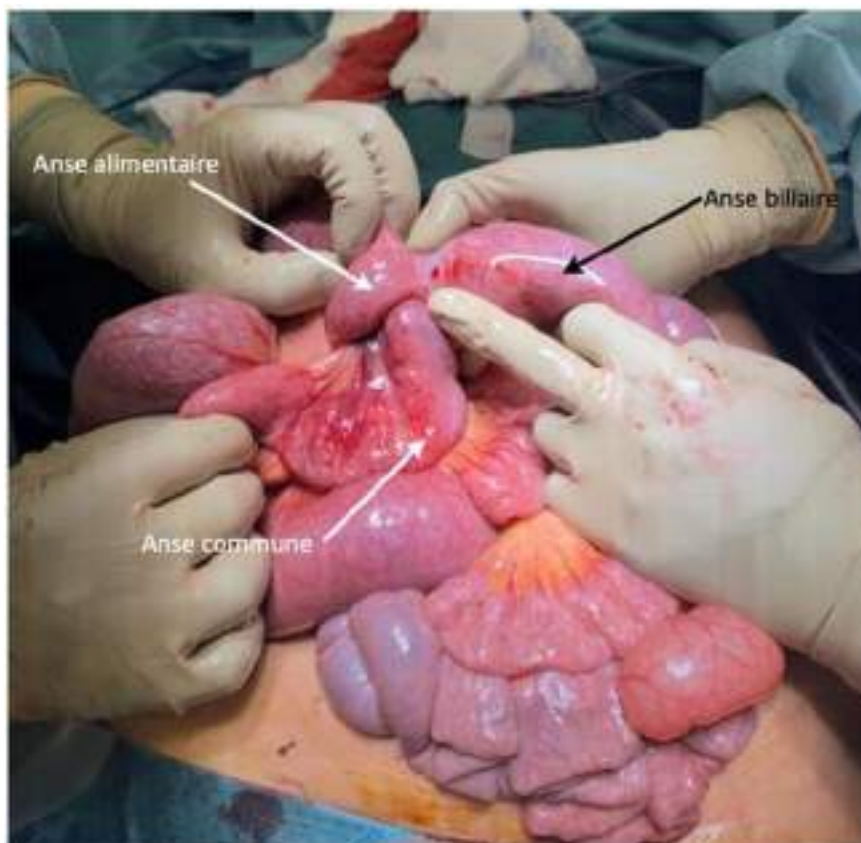
Résultats

La patiente a été opérée en urgence. Devant une dilatation majeure des anses, l'approche coelioscopique initiale a été convertie en laparotomie. L'exploration retrouvait une invagination de l'anse commune dans l'anse alimentaire au niveau de l'anastomose jéjuno-jéjunale, compliquée d'une ischémie complète de la portion invaginée. Une résection de 38 cm de grêle était réalisée, suivie d'une anastomose latéro-latérale isopéristaltique après le pied de l'anse. Les suites postopératoires étaient favorables.

Conclusion

La patiente a été opérée en urgence. Devant une dilatation majeure des anses, l'approche coelioscopique initiale a été convertie en laparotomie. L'exploration retrouvait une invagination de l'anse commune dans l'anse alimentaire au niveau de l'anastomose jéjuno-jéjunale, compliquée d'une ischémie complète de la portion invaginée. Une résection de 38 cm de grêle

était réalisée, suivie d'une anastomose latéro-latérale isopéristaltique après le pied de l'anse. Les suites postopératoires étaient favorables.



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.177

3CVD00516-Complications hémorragiques après Sleeve gastrectomie en ambulatoire

Louise TEDESCHI, Clara DELMAU, Jérôme MARCELLE, Marie-Cécile BLANCHET, Vincent FRERING, Jessica CROZET, Benoit GIGNOUX, Christophe DUCHAMP - (1)Cso Sauvegarde, Lyon, France

Conflits d'intérêts

-

Introduction

Les complications hémorragiques après sleeve gastrectomie représentent une source importante de morbidité postopératoire. Leur prise en charge en ambulatoire soulève des questions de sécurité. L'objectif était d'évaluer leur incidence, leur diagnostic et leur prise en charge après sleeve gastrectomie programmée en ambulatoire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients opérés d'une sleeve gastrectomie en ambulatoire entre 2019 et 2024. La thromboprophylaxie était adaptée au score de Caprini. Les complications analysées comprenaient les hématomes de la ligne d'agrafage et les hémorragies intra-abdominales. Tous les patients bénéficiaient d'un suivi postopératoire structuré à domicile avec surveillance clinique quotidienne et contrôle biologique.

Résultats

Parmi les 2207 patients inclus, 46 hématomes de la ligne d'agrafage ont été identifiés (2,1 %), représentant 49,5 % de l'ensemble des complications postopératoires. Une seule hémorragie intra-abdominale a été observée. Les principales manifestations étaient des douleurs abdominales, une déglobulisation et/ou une élévation de la CRP, conduisant fréquemment à des consultations non programmées permettant un diagnostic précoce. La prise en charge reposait majoritairement sur une surveillance clinique et radiologique. Cinq patients (0,2 %) ont nécessité une réintervention chirurgicale. Neuf patients présentant une complication hémorragique étaient initialement en échec d'ambulatoire. Vingt-trois patients ont été réhospitalisés secondairement tandis que les autres ont pu être surveillés à domicile. Aucun décès n'a été rapporté.

Conclusion

Parmi les 2207 patients inclus, 46 hématomes de la ligne d'agrafage ont été identifiés (2,1 %), représentant 49,5 % de l'ensemble des complications postopératoires. Une seule hémorragie intra-abdominale a été observée. Les principales manifestations étaient des douleurs

abdominales, une déglobulisation et/ou une élévation de la CRP, conduisant fréquemment à des consultations non programmées permettant un diagnostic précoce. La prise en charge reposait majoritairement sur une surveillance clinique et radiologique. Cinq patients (0,2 %) ont nécessité une réintervention chirurgicale. Neuf patients présentant une complication hémorragique étaient initialement en échec d'ambulatoire. Vingt-trois patients ont été réhospitalisés secondairement tandis que les autres ont pu être surveillés à domicile. Aucun décès n'a été rapporté.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.178

3CVD00018-La décennie post-Sleeve Gastrectomy : Décryptage des trajectoires de succès et des mécanismes d'échec

Asma SGHAIER, Fehmi HAMILA, Zeineb MAATOUG, Syrine BOUZID, Mohamed Salah JARRAR, Mohamed Amine ELGHALI, Sabri YOUSSEF - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive-Hôpital Farhat Hached Sousse-Faculté De Médecine De Sousse; Université De Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.

Introduction

La Sleeve Gastrectomy (SG) s'est imposée comme une procédure de référence en chirurgie bariatrique. Son efficacité à court terme est documentée. Le maintien de la perte pondérale à long terme reste un défi. L'objectif de cette étude était d'évaluer la trajectoire de l'indice de masse corporelle sur 10 ans et d'identifier les déterminants de l'échec.

Méthodes

Étude prospective incluant 100 patients ayant eu une SG. L'évaluation incluait le pourcentage de perte d'excès de poids (%EWL), la rémission des comorbidités et le taux de succès.. Une analyse multivariée était réalisée pour identifier les prédicteurs d'échec.

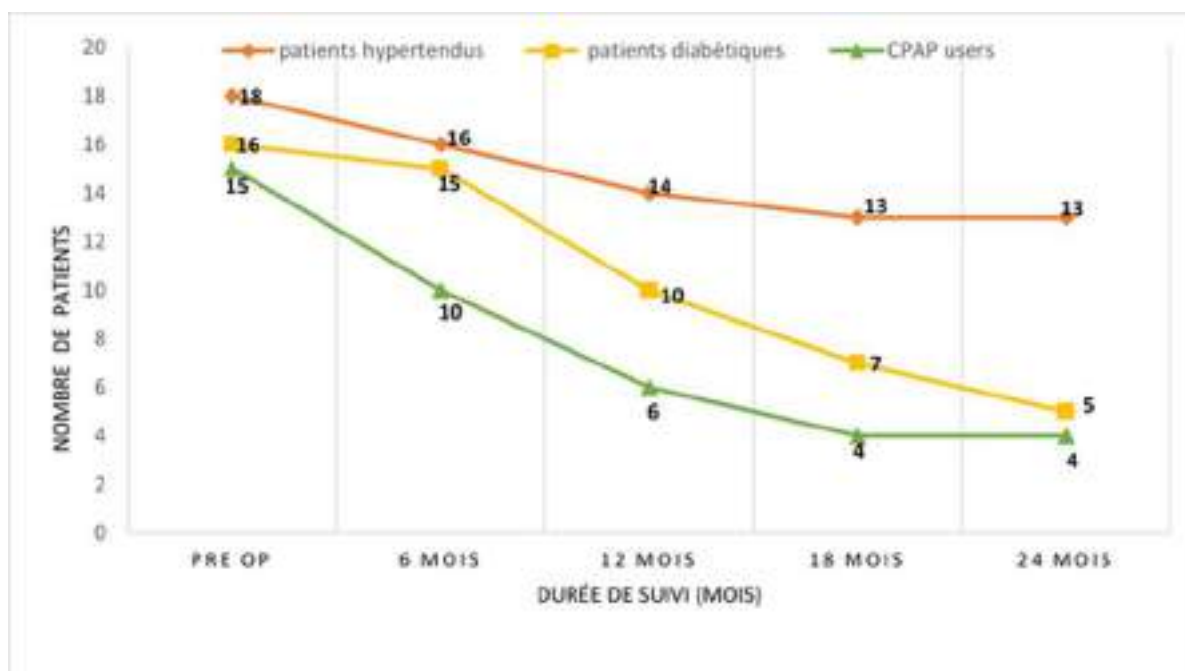
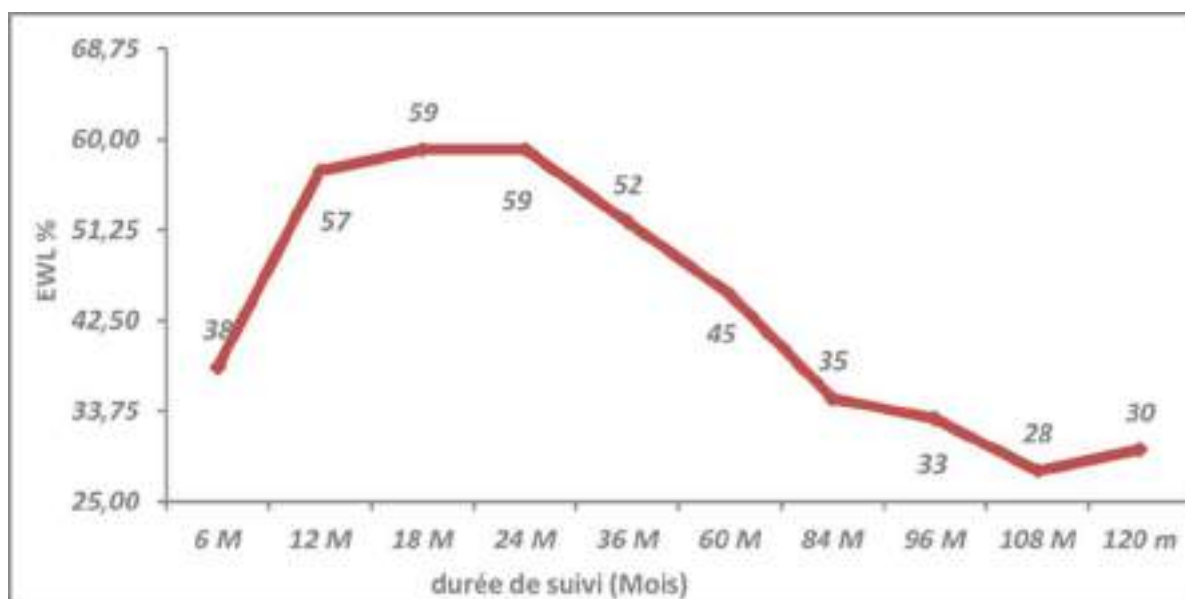
Résultats

L'âge moyen était de 34 ans avec un IMC préopératoire de 46,2 kg/m². Les troubles du comportement alimentaire concernaient 98 % des patients. Le pic de perte pondérale était observé à 24 mois avec un %EWL de 59 ± 19 %. Une reprise pondérale progressive était notée, ramenant le %EWL à 30 % à 10 ans. Le taux de succès était de 61 %. La rémission du diabète de type 2 et du syndrome d'apnées du sommeil étaient obtenues dans respectivement 68,7 % et 86 % des cas. Les facteurs indépendants associés à l'échec (EWL < 50 %) étaient : l'âge > 40 ans, un IMC initial > 40 kg/m², les comorbidités, la sédentarité et les écarts diététiques postopératoires.

Conclusion

L'âge moyen était de 34 ans avec un IMC préopératoire de 46,2 kg/m². Les troubles du comportement alimentaire concernaient 98 % des patients. Le pic de perte pondérale était observé à 24 mois avec un %EWL de 59 ± 19 %. Une reprise pondérale progressive était notée, ramenant le %EWL à 30 % à 10 ans. Le taux de succès était de 61 %. La rémission du diabète de type 2 et du syndrome d'apnées du sommeil étaient obtenues dans respectivement 68,7 % et 86 % des cas. Les facteurs indépendants associés à l'échec (EWL < 50 %) étaient : l'âge > 40

ans, un IMC initial > 40 kg/m², les comorbidités, la sédentarité et les écarts diététiques postopératoires.



E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.179

3CVD00518-Réinterventions après sleeve gastrectomie en ambulatoire

Louise TEDESCHI, Clara DELMAU, Jérôme MARCELLE, Marie-Cecile BLANCHET, Vincent FRERING, Jessica CROZET, Benoit GIGNOUX, Christophe DUCHAMP - (1)Cso Sauvegarde, Lyon, France

Conflits d'intérêts

-

Introduction

Les complications nécessitant une réintervention après sleeve gastrectomie représentent une préoccupation majeure, particulièrement en ambulatoire. L'objectif était d'analyser l'incidence, les indications et les modalités des réinterventions précoces après sleeve gastrectomie programmée en ambulatoire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie programmée en ambulatoire entre 2019 et 2024. Les données analysées concernaient l'incidence des réinterventions à 30 jours, leurs indications, leur délai de survenue, leur nature et leur évolution clinique.

Résultats

Parmi les 2207 patients inclus, 19 ont nécessité une réintervention, soit un taux de 0,9 %. Les principales indications étaient les fistules (n=12), les hématomes de la ligne d'agrafage (n=5) et les occlusions (n=2). Les deux occlusions étaient liées à un orifice de trocart de 12 mm au flanc gauche. Parmi les 12 fistules, 10 ont nécessité une coelioscopie exploratrice avec lavage-drainage associée à un traitement endoscopique, tandis que 2 ont été prises en charge par endoscopie seule. Le délai de réintervention variait de J1 à J17 avec une médiane à J5. Un seul patient réopéré était initialement en échec d'ambulatoire. Tous les patients ont présenté une évolution favorable, sans mortalité.

Conclusion

Parmi les 2207 patients inclus, 19 ont nécessité une réintervention, soit un taux de 0,9 %. Les principales indications étaient les fistules (n=12), les hématomes de la ligne d'agrafage (n=5) et les occlusions (n=2). Les deux occlusions étaient liées à un orifice de trocart de 12 mm au flanc gauche. Parmi les 12 fistules, 10 ont nécessité une coelioscopie exploratrice avec lavage-drainage associée à un traitement endoscopique, tandis que 2 ont été prises en charge par endoscopie seule. Le délai de réintervention variait de J1 à J17 avec une médiane à J5. Un seul

patient réopéré était initialement en échec d'ambulatoire. Tous les patients ont présenté une évolution favorable, sans mortalité.

E-poster

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

PO.180

3CVD00326-Sleeve gastrectomie en ambulatoire : retour d'expérience sur 2000 patients

Louise TEDESCHI, Clara DELMAU, Marie Cécile BLANCHET, Vincent FRERING, Jessica CROZET, Christophe DUCHAMP, Benoît GIGNOUX, Jerome MARCELLE - (1)Cso Sauvegarde, Lyon, France

Conflits d'intérêts

-

Introduction

La sleeve gastrectomie est l'intervention de chirurgie bariatrique la plus pratiquée. Le développement de l'ambulatoire répond aux contraintes croissantes d'hospitalisation, mais sa sécurité reste discutée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et la sécurité de la sleeve gastrectomie en ambulatoire.

Méthodes

Étude monocentrique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie programmée en ambulatoire entre 2019 et 2024. Les patients non éligibles à l'ambulatoire étaient exclus. Le suivi reposait sur une plateforme connectée et une surveillance biologique jusqu'à J10. Les données analysées concernaient les caractéristiques des patients, les échecs d'ambulatoire, les consultations non programmées, les complications, les réhospitalisations et les réinterventions à 30 jours.

Résultats

Parmi 2580 patients opérés, 2207 inclus dans un parcours ambulatoire. Age moyen de 38,6 ans, l'IMC moyen de 41,3 kg/m² et 79,7 % des patients étaient des femmes. Une comorbidité était présente chez 30,9 % des patients. Durée moyenne de séjour était de 13,8 heures. Un échec d'ambulatoire a été observé chez 225 patients (10,2 %), principalement en raison de douleurs, nausées-vomissements ou troubles tensionnels. Le taux de consultations non programmées était de 8,8 %, principalement pour douleur (42 %) ou élévation de la CRP (26,9 %). Le taux global de complications était de 4,1 %, dominé par les complications hémorragiques. Les taux de réhospitalisation et de réintervention étaient respectivement de 4 % et 0,9 %. Aucun décès n'a été observé.

Conclusion

Parmi 2580 patients opérés, 2207 inclus dans un parcours ambulatoire. Age moyen de 38,6 ans, l'IMC moyen de 41,3 kg/m² et 79,7 % des patients étaient des femmes. Une comorbidité était présente chez 30,9 % des patients. Durée moyenne de séjour était de 13,8 heures. Un

échec d'ambulatoire a été observé chez 225 patients (10,2 %), principalement en raison de douleurs, nausées-vomissements ou troubles tensionnels. Le taux de consultations non programmées était de 8,8 %, principalement pour douleur (42 %) ou élévation de la CRP (26,9 %). Le taux global de complications était de 4,1 %, dominé par les complications hémorragiques. Les taux de réhospitalisation et de réintervention étaient respectivement de 4 % et 0,9 %. Aucun décès n'a été observé.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.181

3CVD00746-Algorithmme de machine learning prédisant le risque individuel d'hypoparathyroïdie définitive après thyroïdectomie totale chez les patients présentant une hypocalcémie postopératoire »

Charles DEMORY, Gabriele MAGGIONI, Mehdi MAANAOU, Olivier MULLER, Mikael CHETBOUN, Mathilde GOBERT, Grégory BAUD, Camille MARCINIAK, Robert CAIAZZO, François PATTOU - (1)Chu De Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

L'hypoparathyroïdie définitive après thyroïdectomie totale est associée à de nombreuses complications et à une augmentation de la mortalité. Identifier les patients à risque est essentiel afin d'adapter la prise en charge.

Méthodes

Nous avons analysé rétrospectivement deux cohortes prospectives monocentrique de patients opérés d'une thyroïdectomie totale entre 2014 et 2020 (cohorte de dérivation, n = 2102) et entre 2021 et 2024 (cohorte de validation, n = 536). L'hypoparathyroïdie définitive était définie par la nécessité d'un traitement par calcium et/ou vitamine D pour maintenir une calcémie normale et/ou prévenir les symptômes, en présence d'un taux de PTH bas ou inapproprié, persistant six mois après chirurgie.

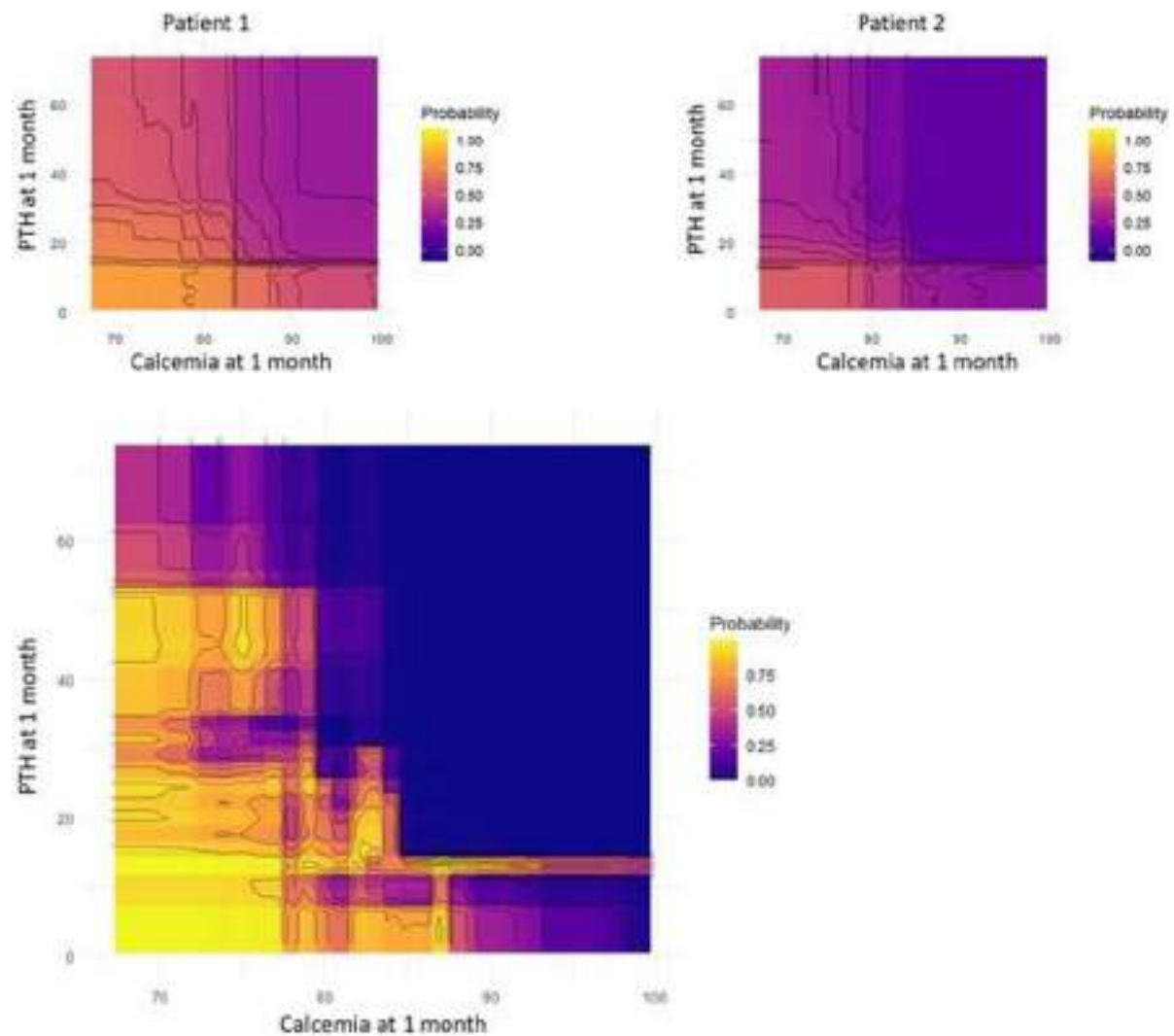
Résultats

Le nombre de patients ayant présenté une hypocalcémie postopératoire et une hypoparathyroïdie définitive était respectivement de 288 (13,7 %) et 35 (1,7 %) dans la cohorte de dérivation, et de 60 (11,2 %) et 7 (1,3 %) dans la cohorte de validation. 12 variables prédictives ont été sélectionnées dans la cohorte de dérivation. Nous avons ensuite développé 2 modèles : un modèle complet incluant les 12 variables et un modèle simplifié incluant uniquement la calcémie et la PTH un mois après la chirurgie, présentant la meilleure spécificité pour une sensibilité de 100 %. Les performances étaient similaires dans les cohortes de dérivation et de validation.

Conclusion

Le nombre de patients ayant présenté une hypocalcémie postopératoire et une hypoparathyroïdie définitive était respectivement de 288 (13,7 %) et 35 (1,7 %) dans la cohorte de dérivation, et de 60 (11,2 %) et 7 (1,3 %) dans la cohorte de validation. 12 variables prédictives ont été sélectionnées dans la cohorte de dérivation. Nous avons ensuite développé

2 modèles : un modèle complet incluant les 12 variables et un modèle simplifié incluant uniquement la calcémie et la PTH un mois après la chirurgie, présentant la meilleure spécificité pour une sensibilité de 100 %. Les performances étaient similaires dans les cohortes de dérivation et de validation.



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.182

3CVD00800-Impact de la TEP au 68Ga-DOTATATE sur la stratégie chirurgicale des tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle

Raphaël LAFORTUNE (1), Daniel JUNEAU (1), Frederic MERCIER (2) - (1)Chum, Montreal, Canada, (2)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Les tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle (TNE-G) présentent fréquemment une dissémination métastatique au diagnostic et peuvent être associées à des lésions multifocales. La TEP au 68Ga-DOTATATE est devenue l'examen de référence pour le bilan d'extension, mais son impact direct sur la planification chirurgicale demeure peu documenté. L'objectif de cette étude était d'évaluer sa contribution à l'identification de lésions métastatiques occultes et à l'optimisation de l'exérèse chirurgicale.

Méthodes

Une étude rétrospective monocentrique a inclus 32 patients opérés pour une TNE-G. Les résultats de la tomodensitométrie (TDM) et de la TEP au 68Ga-DOTATATE ont été comparés aux constatations peropératoires et à l'analyse histopathologique.

Résultats

La TEP au 68Ga-DOTATATE a permis d'identifier des lésions métastatiques occultes chez 6 patients (18,8 %), non détectées à la TDM préopératoire. La taille médiane de ces lésions était de 8 mm et toutes correspondaient à des métastases de TNE bien différenciées (grades 1-2). Parmi celles-ci figuraient notamment une localisation para-rénale dans la graisse périrénale sous le fascia de Gerota et une adénopathie inter-aortico-cave, toutes deux confirmées histologiquement après résection. La sensibilité et la spécificité de la TEP étaient respectivement de 90,6 % et 100 %.

Conclusion

La TEP au 68Ga-DOTATATE a permis d'identifier des lésions métastatiques occultes chez 6 patients (18,8 %), non détectées à la TDM préopératoire. La taille médiane de ces lésions était de 8 mm et toutes correspondaient à des métastases de TNE bien différenciées (grades 1-2). Parmi celles-ci figuraient notamment une localisation para-rénale dans la graisse périrénale sous le fascia de Gerota et une adénopathie inter-aortico-cave, toutes deux confirmées

histologiquement après résection. La sensibilité et la spécificité de la TEP étaient respectivement de 90,6 % et 100 %.

Poster discuté

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.183

3CVD00798-Prévalence des métastases ovariennes occultes chez les patientes ménopausées avec tumeur neuroendocrine du grêle

Raphaël LAFORTUNE (1), Julie PERINEL (2), Gilles PONCET (2), Thomas WALTER (2), Frederic MERCIER (3) - (1)Chum, Montreal, Canada, (2)Hospices Civils De Lyon, Lyon, France, (3)Centre Chirurgical Lyon Mermoz, Lyon, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

Jusqu'à 25 % des femmes atteintes d'une tumeur neuroendocrine de l'intestin grêle (TNE-IG) présentent des métastases ovariennes, souvent occultes au diagnostic. L'atteinte ovarienne peut être associée à une carcinose péritonéale et entraîner une morbidité importante. La salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) prophylactique réalisée lors de la chirurgie index pourrait réduire cette morbidité. Cette étude visait à déterminer la prévalence des métastases ovariennes occultes chez les patientes ménopausées opérées d'une TNE-IG.

Méthodes

Étude rétrospective bicentrique incluant des patientes ménopausées atteintes d'une TNE-IG bien différenciée ayant conservé leurs ovaires au diagnostic. Les patientes présentant des métastases ovariennes macroscopiques étaient exclues. Une SOB prophylactique était réalisée lors de la chirurgie index, suivie d'une analyse histopathologique systématique. Le critère principal était la prévalence des métastases ovariennes occultes.

Résultats

Entre 2019 et 2025, 19 patientes atteintes d'une TNE-IG bien différenciée de grade 1 ou 2 ont subi une SOB prophylactique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et aux Hospices Civils de Lyon. Des métastases ovariennes occultes ont été identifiées chez 4 patientes (21 %). Chez 2 d'entre elles, l'ovaire constituait le seul site métastatique, et une atteinte bilatérale était présente dans 3 cas. Deux patientes (11 %) ont présenté une complication mineure liée à la SOB.

Conclusion

Entre 2019 et 2025, 19 patientes atteintes d'une TNE-IG bien différenciée de grade 1 ou 2 ont subi une SOB prophylactique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et aux Hospices Civils de Lyon. Des métastases ovariennes occultes ont été identifiées chez 4 patientes (21 %). Chez 2 d'entre elles, l'ovaire constituait le seul site métastatique, et une

atteinte bilatérale était présente dans 3 cas. Deux patientes (11 %) ont présenté une complication mineure liée à la SOB.

Poster discuté

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.184

3CVD00030-La chirurgie endocrinienne en ambulatoire : résultats de notre première expérience

Meriem BOUZIDA (1), Nora ZAH (1), Serhane GACEM (1), Khadidja DRAI (1), Hamza LEMDANI (1), Mohamed Rafik AIT ARAB (1), Saber BELAOUDMOU (1), Nardjess SERIDJ (2), Noureddine AIT BENAMER (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Chu De Blida, Blida, Algérie, (2)Service Tot Blida, Blida, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt

Introduction

La chirurgie thyroïdienne, parathyroïdienne et surrénalienne présente un faible taux de complications, ce qui rend l'approche ambulatoire pertinente pour optimiser le parcours de soins. L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité de la chirurgie endocrinienne en ambulatoire.

Méthodes

Nous avons mené une étude prospective descriptive monocentrique entre janvier 2022 et décembre 2025 incluant 147 patients opérés en ambulatoire sous anesthésie générale. Les interventions comprenaient 50 thyroïdectomies totales avec curage central prophylactique, 47 thyroïdectomies totales, 18 lobo-isthmectomies, 25 parathyroïdectomies pour hyperparathyroïdisme primaire et 7 surrénalectomies pour adénome de Conn. L'évaluation a porté sur le taux et les causes des hospitalisations non programmées, le taux de réadmission ainsi que le taux de satisfaction des patients.

Résultats

L'âge moyen était de 43 ± 6 ans, avec une majorité de patients classés ASA I (72,5 %) et ASA II (27,5 %). La durée moyenne d'admission à l'hôpital était de $588 \text{ mn} \pm 117$ et la durée de surveillance en unité ambulatoire était de $424 \text{ mn} \pm 96$. Le taux de sortie le jour même atteignait 95,2 %, avec un taux d'échec de 4,7 %. Les causes incluaient un hématome cervical, un pneumothorax iatrogène, deux cas d'hypertension artérielle et une conversion en laparotomie. Deux patients ont nécessité une réadmission pour paralysie récurrentielle. Parmi les patients sortis le jour même de l'intervention, 95,7 % se déclaraient très satisfaits.

Conclusion

L'âge moyen était de 43 ± 6 ans, avec une majorité de patients classés ASA I (72,5 %) et ASA II (27,5 %). La durée moyenne d'admission à l'hôpital était de $588 \text{ mn} \pm 117$ et la durée de surveillance en unité ambulatoire était de $424 \text{ mn} \pm 96$. Le taux de sortie le jour même

atteignait 95,2 %, avec un taux d'échec de 4,7 %. Les causes incluaient un hématome cervical, un pneumothorax iatrogène, deux cas d'hypertension artérielle et une conversion en laparotomie. Deux patients ont nécessité une réadmission pour paralysie récurrentielle. Parmi les patients sortis le jour même de l'intervention, 95,7 % se déclaraient très satisfaits.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.185

3CVD00732-Impact osseux de la parathyroïdectomie chez les patients atteints d'hyperparathyroïdie primaire modérée avec atteinte osseuse

Charles DEMORY, Camille MARCINIAK, Mathilde GOBERT, Grégory BAUD, Mikael CHETBOUN, Bernard CORTET, Robert CAIAZZO, François PATTOU - (1)Chu De Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

0

Introduction

L'Hyperparathyroïdie Primitive Modérée (HPM), fréquemment identifiée dans les filières rhumatologiques, reste insuffisamment caractérisée et le bénéfice osseux de la parathyroïdectomie demeure incertain. Dans ce contexte, mieux définir son impact pourrait permettre de préciser l'intérêt de la chirurgie au-delà de la seule guérison biologique.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique entre 2011 et 2024, incluant des patients opérés d'une HPM (calcémie totale ≤ 110 mg/L) avec atteinte osseuse. L'impact osseux de la parathyroïdectomie a été évalué à 2 ans sur la Densité Minérale Osseuse (DMO) au rachis lombaire et à la hanche totale.

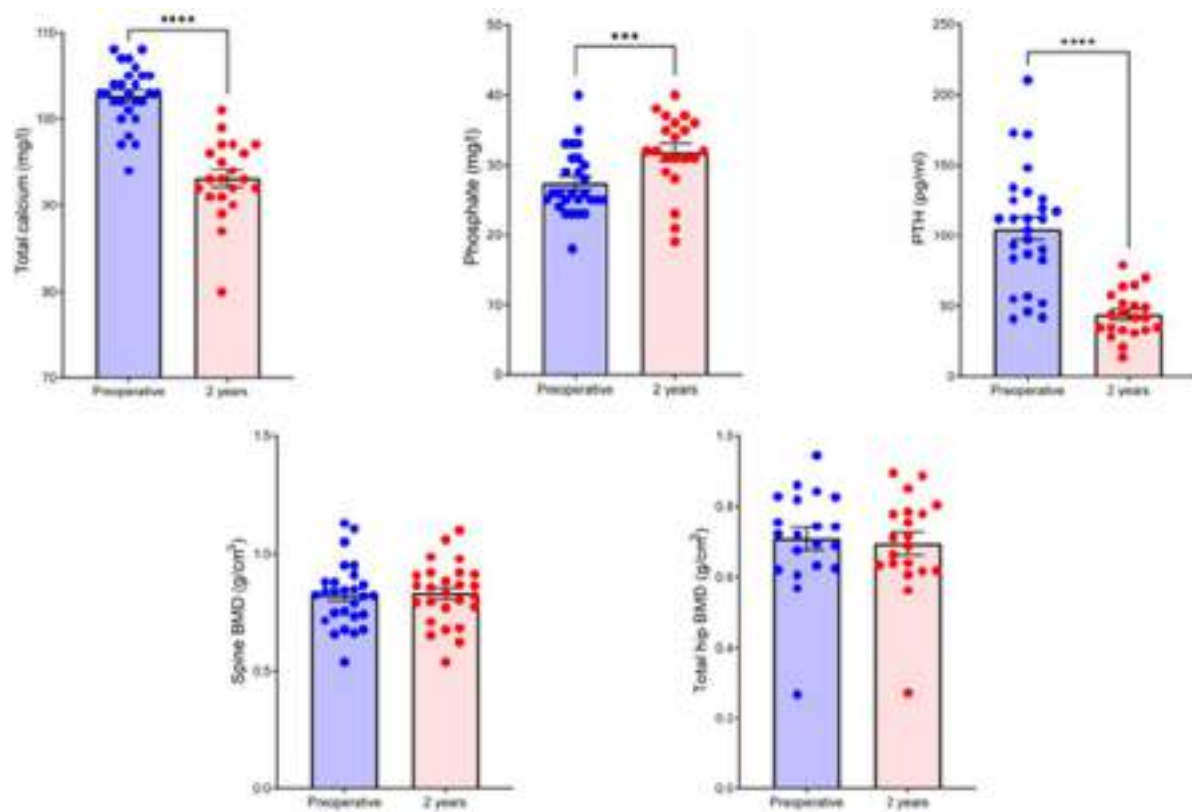
Résultats

Parmi 160 patients évalués, 27 présentaient une HPM (calcémie totale moyenne : 102,7 mg/L ; PTH moyenne : 105 pg/mL) avec atteinte osseuse (ostéoporose dans 81,5 % des cas). Le taux de succès chirurgical était de 100 % selon le critère de Miami (diminution de la PTH ≥ 50 %). Les complications postopératoires comprenaient une hypoparathyroïdie transitoire (18,5 %), une paralysie récurrentielle transitoire (7,4 %) et un cas d'infection de site opératoire. À 2 ans, la calcémie totale et la PTH étaient normalisées chez tous les patients (diminutions moyennes respectives de 9,3 mg/L et 64,3 pg/mL). En revanche, la DMO demeurait stable au rachis lombaire et à la hanche totale.

Conclusion

Parmi 160 patients évalués, 27 présentaient une HPM (calcémie totale moyenne : 102,7 mg/L ; PTH moyenne : 105 pg/mL) avec atteinte osseuse (ostéoporose dans 81,5 % des cas). Le taux de succès chirurgical était de 100 % selon le critère de Miami (diminution de la PTH ≥ 50 %). Les complications postopératoires comprenaient une hypoparathyroïdie transitoire (18,5 %), une paralysie récurrentielle transitoire (7,4 %) et un cas d'infection de site opératoire. À 2 ans, la calcémie totale et la PTH étaient normalisées chez tous les patients (diminutions moyennes

respectives de 9,3 mg/L et 64,3 pg/mL). En revanche, la DMO demeurait stable au rachis lombaire et à la hanche totale.



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.186

3CVD00603-Evaluation des nouvelles recommandations de la société européenne de chirurgie endocrinienne sur la densité Hounsfield (UH) dans l'incidentalome surrénalien.

Anthony BONNARD (1) , Cecile DIROCCO (2) - (1)Caen, Caen, France, (2)Aphm, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

L'incidentalome surrénalien est un problème fréquent 3 -10% en fonction de l'âge, 5% des scanners. Evolution progressive des critères de malignité dans l'optique d'une désescalade thérapeutique avec passage d'un cut off initialement de 10 UH à 20 UH en densité spontanée au scanner sans injection en 2024 selon les recommandation européenne. Objectif de l'étude : évaluer les performances de ce nouveau seuil dans un centre de référence seul et associé aux autres critères de malignités (taille < 4cm, hétérogénéité, sécrétion hormonale) ainsi que son impact clinique.

Méthodes

Etude monocentrique rétrospective Patients opérés d'une surrénalectomie à l'Hôpital de la Conception entre 01/06/2019-01/06/2024 avec une lésion visible au scanner >1cm Etude de la corrélation entre densité UH et anapathologie. 4 sous catégories : lésions malignes, potentiellement malignes, phéochromocytomes, lésions bénignes. Les phéochromocytomes sont analysés à part Déterminer les paramètres SE, SP, VPP, VPN.

Résultats

368 patients opérés, 308 patients inclus, 310 surrénales, 202 lésions surrénaliennes et 108 pheochromocytomes. Seuil de 20 UH seul : SE 97.73% SP 60.13% VPN 98.65% VPP 40.57% Critère composite : seuil 20UH + <4cm + homogène + non sécrétant SE 100% SP 60.13% VPN 100% VPP 24.10% Impact clinique : 3-5 patients auraient pu bénéficier de ce changement de seuil.

Conclusion

368 patients opérés, 308 patients inclus, 310 surrénales, 202 lésions surrénaliennes et 108 pheochromocytomes. Seuil de 20 UH seul : SE 97.73% SP 60.13% VPN 98.65% VPP 40.57% Critère composite : seuil 20UH + <4cm + homogène + non sécrétant SE 100% SP 60.13% VPN 100% VPP 24.10% Impact clinique : 3-5 patients auraient pu bénéficier de ce changement de seuil.

Figure 1

Flow Chart

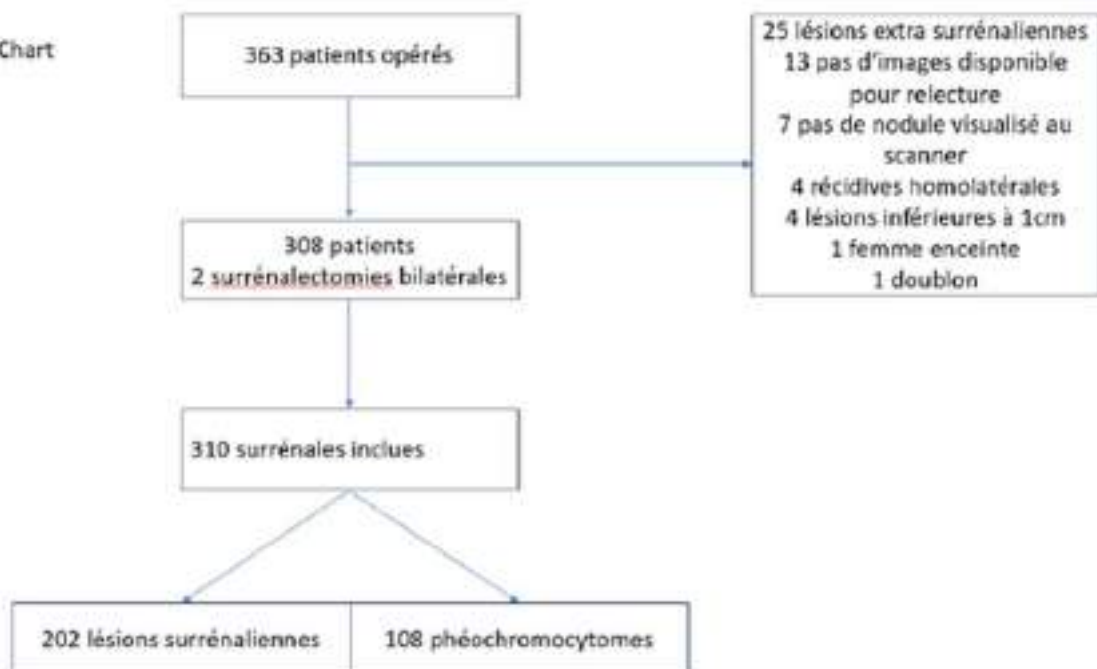


Tableau 1			
Paramètres statistiques pour un Cut-off de 20 UH			
	Malin + Potentiel malin	Bénin	Phéochromocytome
>20UH	43	63	107
<20UH	1 Métastase-CRCC	95	1
SE	97,73		
SP	60,13		
VPN	98,96		
VPP	40,57		

SE=sensibilité ; SP spécificité ; UH=Hounsfield ; VPN=Valeur prédictive négative ; VPP=valeur prédictive positive ; CRCC=carcinome rénal à cellule claire.

Tableau 2				
Catégories en fonction de la densité UH et de l'homogénéité à l'imagerie				
		<10UH	10-20UH	>20UH
Hétérogène	>40mm	11B	11B	10M+5CCS+5AM+34P+5PM+20B
	<40mm	3B	10B+1M	7M+1AM+31P+14B
Homogène	>40mm	4B	10B	2CCS+5P+7B
	<40mm	31B	13B+1P	1CCS+6M+37P+1PM+24B

UH=Hounsfield ; B=bénin ; M=métastase ; CCS=carcinome corticosurrénalien ; AM=autre malin ; P=phéochromocytome ; PM=potentiel malin

Tableau 3				
Bénéfice de la chirurgie chez les patients <4cm et avec densité UH comprise entre 10 et 20 UH				
		10-20UH	Progression	
Bénins<40mm	Hypersécrétion	8 Conn 11cushing	1	
	Non sécrétant	5	2	

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.187

3CVD00580-Evaluation de l'échographie et de la cytoponction à l'aiguille fine dans les nodules thyroïdiens suspect: Resultats préliminaires d'une étude prospective

Sabiha BELHOUAS (1) , Ali BENNANI (2), Aomar BENCHABANE (2), Abdelkader BOUAZZA (2), Faiza TAIB (2), Abdellah BOUDIAF (2), Ibtissem BEZGHOUD (2), Abdelkadir BENBLIDIA (2), Salah BERKANE (2) - (1)service De Chirurgie Oncologique Et Viscérale Eph Bologhine Ibn Ziri , Faculté De Médecine Université Des Science De La Santé Youcef El Khatib Alger, Alger, Algérie, (2)Service De Chirurgie Oncologique Et Viscérale Eph Bologhine Ibn Ziri Faculté De Médecine Université Des Science De La Santé Youcef El Khatib Alger, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêt

Introduction

L'échographie thyroïdienne et la cytoponction à l'aiguille fine sont les principaux outils de stratification du risque de malignité des nodules thyroïdiens . l'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive des classifications EU-TIRADS et Bethesda , ainsi que l'intérêt de leur association chez des patients opérés pour un nodule thyroïdien suspect.

Méthodes

Etude prospective incluant 113 patients opérés pour un nodule thyroïdien suspect de malignité durant 24 mois . Les nodules ont été classés selon EU-TIRADS et Bethesda . Les valeurs prédictives positives (VPP), le X^2 , les odds ratios (OR) et la corrélation de spearman ont été calculés.

Résultats

L'âge moyen était de $45,08 \pm 13,27$ ans (19- 77ans) et 87,6% des patients étaient des femmes . Un carcinome papillaire de la thyroïde a été diagnostiqué chez 69 patients (61,1%). Les nodules EU-TIRADS 5 étaient significativement associés à la malignité ($X^2 = 10,978$; $p=0,001$, $OR=3,77$; $IC95\%$: 1,69-8,40), avec des VPP de 45,5% et 75,9% pour les catégories 4 et 5 .Les VPP des catégories Bethesda IV, V et VI étaient respectivement de 33,3%, 63,9% et 91,2% ($p<0,001$) . L'analyse combinée a montré une augmentation progressive du risque de malignité , atteignant 100% pour l'association EU-TIRADS 5 / Bethesda VI. Une faible corrélation positive a été observée entre les deux classification ($p=0,210$; $p= 0,026$).

Conclusion

L'âge moyen était de $45,08 \pm 13,27$ ans (19- 77ans) et 87,6% des patients étaient des femmes . Un carcinome papillaire de la thyroïde a été diagnostiqué chez 69 patients (61,1%). Les

nodules EU-TIRADS 5 étaient significativement associés à la malignité ($X^2=10,978$; $p=0,001$, $OR=3,77$; $IC95\%$: 1,69-8,40), avec des VPP de 45,5% et 75,9% pour les catégories 4 et 5 .Les VPP des catégories Bethesda IV, V et VI étaient respectivement de 33,3%, 63,9% et 91,2% ($p<0,001$) . L'analyse combinée a montré une augmentation progressive du risque de malignité , atteignant 100% pour l'association EU-TIRADS 5 / Bethesda VI. Une faible corrélation positive a été observée entre les deux classification ($p=0,210$; $p= 0,026$).

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.188

3CVD00854-Autofluorescence proche infrarouge et chirurgie assistée par l'angiographie au vert d'indocyanine (ICG) pour la préservation des glandes parathyroïdes en chirurgie du cancer thyroïdien avec curage ganglionnaire systématique : radicalité oncologique sans c

Jose Luis CARRILLO LIZARAZO, Marie BONNAUD, Nazmi MYSHKETA, Gianluca DONATINI - (1)Chu Poitiers, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique pour Getinge-Fluoptics. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

L'hypoparathyroïdie postopératoire est la complication la plus fréquente après thyroïdectomie totale associée à un curage ganglionnaire cervical pour cancer thyroïdien, avec des formes permanentes rapportées jusqu'à 16%. Les technologies de fluorescence, incluant l'autofluorescence proche infrarouge (NIRAF) et l'angiographie au vert d'indocyanine (ICG), permettent respectivement l'identification et l'évaluation de la perfusion des glandes parathyroïdes. Leur utilisation combinée systématique pourrait améliorer la préservation parathyroïdienne sans réduire la radicalité oncologique

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique avec données prospectives incluant tous les patients opérés pour cancer thyroïdien entre 2019-2025 par thyroïdectomie totale ± curage ganglionnaire. Tous ont bénéficié de NIRAF associé à l'ICG. Trois groupes ont été analysés selon l'extension chirurgicale : thyroïdectomie seule, curage central, et curage central + latéral. Les critères principaux étaient l'hypoparathyroïdie transitoire et permanente et les paramètres de radicalité oncologique (nombre de ganglions, taux de métastases, radio-iode, thyroglobuline stimulée)

Résultats

142 patients ont été inclus. L'hypoparathyroïdie transitoire était de 14,1% sans différence significative entre groupes. Aucune hypoparathyroïdie permanente n'a été observée. En moyenne, 3.99 glandes parathyroïdes ont été identifiées par patient sans autotransplantation. Dans les formes avancées, le curage ganglionnaire était complet avec un nombre élevé de ganglions retirés et une forte prévalence de métastases. Plus de la moitié des patients ont reçu un traitement par iode radioactif, avec une réponse oncologique satisfaisante à 12 mois et aucune métastase à distance

Conclusion

142 patients ont été inclus. L'hypoparathyroïdie transitoire était de 14,1% sans différence significative entre groupes. Aucune hypoparathyroïdie permanente n'a été observée. En moyenne, 3.99 glandes parathyroïdes ont été identifiées par patient sans autotransplantation. Dans les formes avancées, le curage ganglionnaire était complet avec un nombre élevé de ganglions retirés et une forte prévalence de métastases. Plus de la moitié des patients ont reçu un traitement par iode radioactif, avec une réponse oncologique satisfaisante à 12 mois et aucune métastase à distance

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.189

3CVD00847-Chirurgie du cancer thyroïdien guidée par fluorescence et hypoparathyroïdie postopératoire dépendante du risque : une étude de cohorte rétrospective bicentrique appariée sur score de propension

José Luis CARRILLO LIZARAZO (1) , Rossella MELCARNE (2), Cosimo DURANTE (2), Giorgio GRANI (2), Laura GIACOMELLI (3), Mariana TEIXEIRA MORAES (4), Eva IANNUZZI (3), Marco BIFFONI (3), Juan PESANTEZ (3), Gianluca DONATINI (1) - (1)Centre Hospitalier Universitaire (chu) De Poitiers, Poitiers, France, Poitiers, France, (2)Département De Médecine Translationnelle Et De Précision, Université Sapienza De Rome, Rome, Italie, Rome, Italie, (3)Département De Chirurgie Générale Université Sapienza De Rome, Rome, Italie, Rome, Italie, (4)Centre Hospitalier Universitaire (chu) De Poitiers, Poitiers, Franceartement De Chirurgie Générale Université Sapienza De Rome, Rome, Italie, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique pour Getinge-Fluoptics. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

Introduction

L'hypoparathyroïdie postopératoire (HypoPT) augmente avec la complexité de la chirurgie du cancer thyroïdien. L'impact de la chirurgie guidée par autofluorescence proche infrarouge (NIRAF) reste incertain.

Méthodes

Étude rétrospective comparant deux centres : Centre A (chirurgie conventionnelle, n=466) et Centre B (chirurgie guidée par fluorescence, n=133). HypoPT immédiate, transitoire et permanente a été analysée selon la classification ATA 2025, avec analyses multivariées et appariement par score de propension.

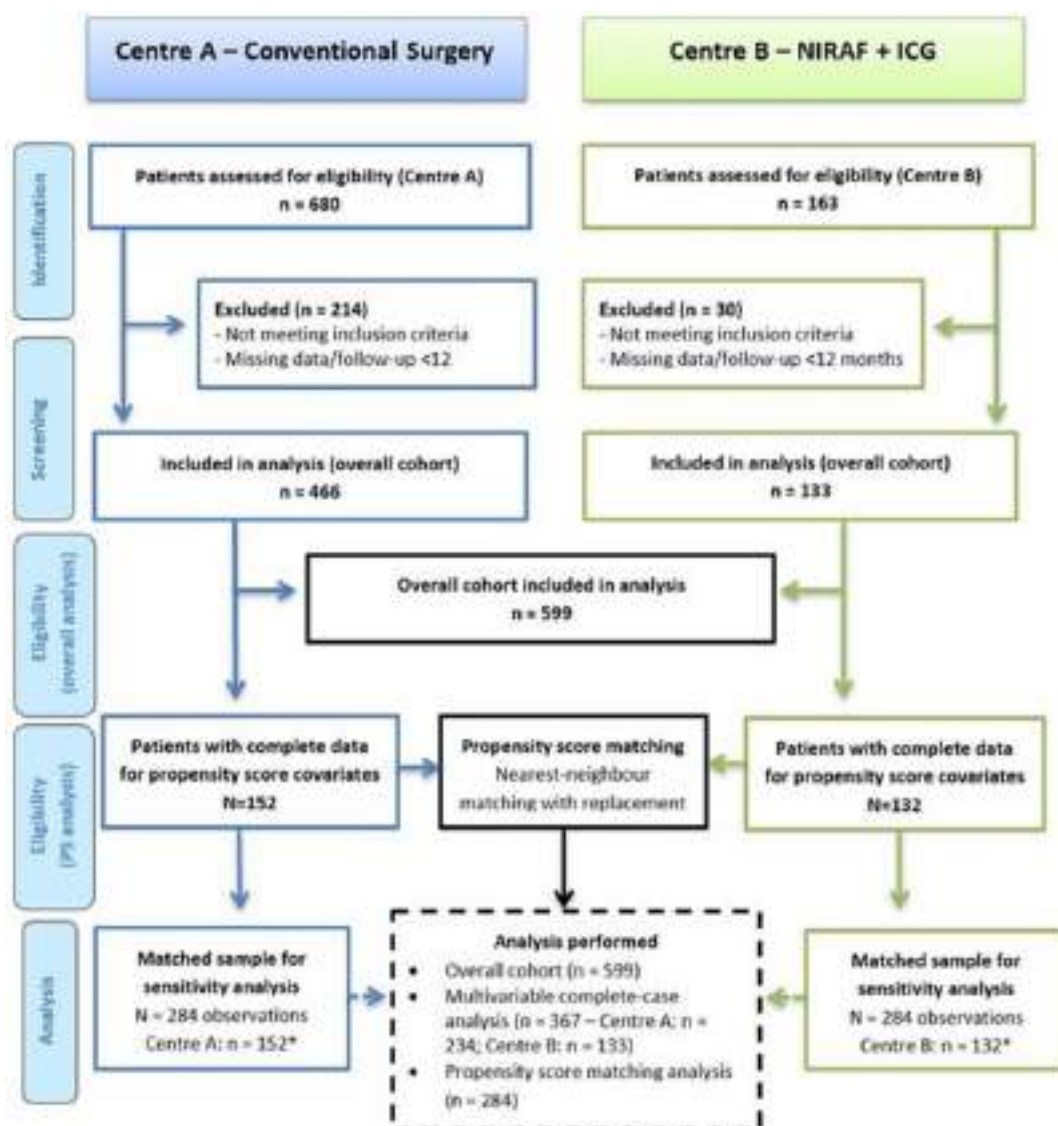
Résultats

L'HypoPT permanente était de 8,8 % au Centre A contre 0 % au Centre B ($p<0,001$). Les formes immédiate et transitoire étaient également réduites au Centre B (42,5 % vs 18,1 % et 32,2 % vs 11,3 %, $p<0,001$). Les analyses ajustées confirmaient ces résultats.
 Au Centre A, l'HypoPT augmentait avec le risque ATA, alors qu'au Centre B les taux restaient faibles et stables, sans cas permanent. La réduction persistait même en cas de parathyroïdectomie accidentelle (2,3 % vs 26,3 %) et sans celle-ci (15,9 % vs 33,6 %). Les résultats oncologiques précoces étaient similaires entre groupes..

Conclusion

L'HypoPT permanente était de 8,8 % au Centre A contre 0 % au Centre B ($p<0,001$). Les formes immédiate et transitoire étaient également réduites au Centre B (42,5 % vs 18,1 % et 32,2 % vs

11,3 %, $p < 0,001$). Les analyses ajustées confirmaient ces résultats. Au Centre A, l'HypoPT augmentait avec le risque ATA, alors qu'au Centre B les taux restaient faibles et stables, sans cas permanent. La réduction persistait même en cas de parathyroïdectomie accidentelle (2,3 % vs 26,3 %) et sans celle-ci (15,9 % vs 33,6 %). Les résultats oncologiques précoces étaient similaires entre groupes..



*With replacement; some Centre A patients may be matched more than once.

Figure 2. Impact of Surgical Complexity, ATA Risk Class, and Early Oncologic Outcomes on Postoperative Hypoparathyroidism

Centre A (Conventional Surgery) vs Centre B (NIRAF + ICG)



E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.190

3CVD00867-Autofluorescence proche infrarouge comme guide intraopératoire autonome en parathyroïdectomie ciblée pour l'hyperparathyroïdie primaire : impact sur la durée opératoire, l'utilisation de l'examen extemporané et les coûts

Jose Luis CARRILLO LIZARAZO, Marie BONNAUD, Martina MONE, Gianluca DONATINI - (1)Chu Poitiers, Poitiers, France

Conflits d'intérêts

Gianluca Donatini est conseiller scientifique pour Getinge-Fluoptics. Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Introduction

La chirurgie est le seul traitement curatif de l'hyperparathyroïdie primaire (pHPT). En parathyroïdectomie ciblée, le dosage peropératoire de la PTH (ioPTH) et l'analyse extemporanée (FS) sont utilisés pour confirmer le succès chirurgical, mais augmentent la durée opératoire et les coûts. L'autofluorescence proche infrarouge (NIRAF) permet l'identification en temps réel des glandes parathyroïdes sans colorant et pourrait remplacer ces techniques chez des patients avec imagerie concordante.

Méthodes

Étude rétrospective incluant tous les patients opérés pour pHPT par parathyroïdectomie ciblée entre 2021-2025 au CHU de Poitiers avec localisation concordante à l'échographie et à la scintigraphie au sestamibi. Deux groupes ont été comparés : groupe autofluorescence (AF, n=126), où la détection d'un pattern NIRAF hétérogène validait la résection, et groupe contrôle (CG, n=67), avec utilisation de ioPTH et FS. Les critères principaux étaient la durée opératoire, l'utilisation de FS et les coûts directs.

Résultats

Au total, 193 patients ont été inclus. La durée opératoire médiane était de 35 minutes dans le groupe AF contre 67 minutes dans le groupe contrôle ($p < 0,001$), soit une réduction d'environ 50%. Le pattern NIRAF était concordant avec l'histologie dans 97,6% des cas. Trois erreurs d'identification ont été observées (2,4 %). L'utilisation de NIRAF permettait d'éviter ioPTH et FS et de réduire d'environ 30 minutes le temps opératoire, avec une économie globale estimée de 200-250 € par patient.

Conclusion

Au total, 193 patients ont été inclus. La durée opératoire médiane était de 35 minutes dans le groupe AF contre 67 minutes dans le groupe contrôle ($p < 0,001$), soit une réduction d'environ

50%. Le pattern NIRAF était concordant avec l'histologie dans 97,6% des cas. Trois erreurs d'identification ont été observées (2,4 %). L'utilisation de NIRAF permettait d'éviter ioPTH et FS et de réduire d'environ 30 minutes le temps opératoire, avec une économie globale estimée de 200-250 € par patient.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.191

3CVD00471-Tumeurs neuroendocrines digestives : étude anatomo-clinique et facteurs pronostiques à propos de 80 cas

Amal BOUAZZI (1), Waad FARHAT (1), Sami LAGHA (1), Fathia HARRABI (1), Ilhem OUHICHI (2), Dorsaf BELTAIFA (3), Mohamed BEN MABROUK (3) - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie, (2)Service D'anesthésie Réanimation Sahloul, Sousse, Tunisie, (3)Service D'anatomopathologie, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

non

Introduction

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) digestives sont rares et hétérogènes. Leur pronostic dépend de la classification histologique et du bilan d'extension. Notre objectif est de décrire leurs particularités anatomo-cliniques et d'identifier les facteurs pronostiques.

Méthodes

Étude rétrospective incluant 80 cas de TNE digestives diagnostiquées entre 2000 et 2024. Nous avons analysé les données cliniques, paracliniques, anatomopathologiques et évolutives. Le reclassement a été réalisé selon la classification OMS 2022 (grade 1, 2 ou carcinome neuroendocrine). Résultats :

Résultats

Sex-ratio H/F : 50/30, âge moyen 51,6 ans. Les localisations principales étaient : appendice (30 cas), grêle (21), pancréas (11), estomac (10), côlon (5), rectum-anus (1), duodénum DIII (1), vésicule biliaire (1). Le syndrome carcinoïde était présent dans 5 cas. Selon la classification OMS 2022 : grade 1 (38 cas), grade 2 (29 cas), carcinomes neuroendocrines (8 cas). Le suivi moyen était de 42 mois (6-60). Sept patients sont décédés.

Conclusion

Sex-ratio H/F : 50/30, âge moyen 51,6 ans. Les localisations principales étaient : appendice (30 cas), grêle (21), pancréas (11), estomac (10), côlon (5), rectum-anus (1), duodénum DIII (1), vésicule biliaire (1). Le syndrome carcinoïde était présent dans 5 cas. Selon la classification OMS 2022 : grade 1 (38 cas), grade 2 (29 cas), carcinomes neuroendocrines (8 cas). Le suivi moyen était de 42 mois (6-60). Sept patients sont décédés.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.192

3CVD00461-Rôle de la TEP au 18F-DOPA dans l'évaluation des facteurs de risque de récurrence locale et à distance des phéochromocytomes de taille ≥ 4 cm

Megi MEHMETI (1) , Cecilia PIAZZOLA (2), Nunzia Cinzia PALADINO (1), Carole GUÉRIN (1), Nicolas SAHAKIAN (2), Frédéric CASTINETTI (2), Frédéric SEBAG (1), David TAÏEB (3) - (1)Service De Chirurgie Endocrinienne, Hôpital La Conception, Marseille, France, (2)Service D'endocrinologie, Hôpital La Conception, Marseille, France, (3)Service De Médecine Nucléaire, Hôpital La Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

Plusieurs facteurs prédictifs ont été décrits concernant le risque de récurrence/métastases des phéochromocytomes. Bien que la taille de la tumeur soit considérée comme l'un d'entre eux, la littérature est entravée par l'inclusion fréquente des paragangliomes dans les études.

Méthodes

Nous avons inclus de façon rétrospective, tous les patients opérés par un phéochromocytome ≥ 4 cm qui au cours de la surveillance ont bénéficié d'une TEP-DOPA entre 2007 et 2022. Les variables associées à la récurrence locale ou à la présence des métastases ont été analysées par régression logistique multivariée afin d'identifier des facteurs prédictifs indépendants.

Résultats

Quatre-vingts patients ont été inclus, avec des phéochromocytomes mesurant en moyenne $60,7 \pm 25,7$ mm. Un total de 13,8 % des patients a présenté des métastases, soit au diagnostic ($n = 2$), soit au cours du suivi ($n = 9$), avec un délai moyen d'apparition de $6,9 \pm 5,6$ ans, renforçant l'importance d'un suivi au long cours. Ce risque était corrélé à la taille de la tumeur ($p = 0,019$). En analyse multivariée, la taille du phéochromocytome et le taux de mitoses étaient les seuls paramètres associés au risque de maladie récurrente ou métastatique. Un modèle de prédiction a été élaboré à l'aide de ces deux critères afin d'estimer ce risque.

Conclusion

Quatre-vingts patients ont été inclus, avec des phéochromocytomes mesurant en moyenne $60,7 \pm 25,7$ mm. Un total de 13,8 % des patients a présenté des métastases, soit au diagnostic ($n = 2$), soit au cours du suivi ($n = 9$), avec un délai moyen d'apparition de $6,9 \pm 5,6$ ans, renforçant l'importance d'un suivi au long cours. Ce risque était corrélé à la taille de la tumeur ($p = 0,019$). En analyse multivariée, la taille du phéochromocytome et le taux de mitoses étaient

les seuls paramètres associés au risque de maladie récurrente ou métastatique. Un modèle de prédiction a été élaboré à l'aide de ces deux critères afin d'estimer ce risque.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.193

3CVD00683-ParaClic : un outil numérique d'aide à la décision clinique en hyperparathyroïdie primaire, fondé sur le Consensus SFE-AFCE-SFMN 2024

Gael GUIAN (1) , Jean-Philippe BERTOCCHIO (2), Cécile GHANDER (2) - (1)Hopital Privé Des Peupliers, Paris, France, (2)Ap-Hp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'interet Usage de l'intelligence artificielle : un outil d'IA générative (Claude, Anthropic) a été utilisé comme assistance à la rédaction de cet abstract.

Introduction

L'hyperparathyroïdie primaire (HPT1) est la troisième endocrinopathie la plus fréquente. Sa prise en charge est complexe, multidisciplinaire, et encadrée depuis 2024 par un consensus de 290 pages impliquant trois sociétés savantes (SFE-AFCE-SFMN). La transposition de ces recommandations en pratique quotidienne reste un défi pour l'ensemble des praticiens concernés.

Méthodes

Nous avons développé ParaClic (paraclic.fr), un outil numérique d'aide à la décision clinique, accessible gratuitement en ligne, sans inscription ni collecte de données. Conçu en HTML/CSS/JavaScript (fichier unique, compatible mobile), l'outil intègre : un algorithme décisionnel interactif pas-à-pas (HPT1 typique, normocalcémique, crise hypercalcémique), les critères chirurgicaux codifiés (tableau R2, Rang A++), un tableau de diagnostic biologique différentiel, des calculateurs cliniques (FECa, calcémie corrigée à l'albumine), et des fiches dédiées aux formes particulières (génétique/syndromique, grossesse, pédiatrie, carcinome parathyroïdien). L'ensemble du contenu est indexé sur les recommandations graduées du Consensus SFE-AFCE-SFMN 2024 et a fait l'objet d'une relecture scientifique par des co-auteurs du consensus (néphrologie, endocrinologie).

Résultats

L'outil est disponible depuis mai 2026. Il couvre l'intégralité du parcours diagnostique et thérapeutique de l'HPT1, de l'évaluation initiale au suivi post-opératoire. Son architecture modulaire permet une utilisation directe en consultation, sans courbe d'apprentissage.

Conclusion

L'outil est disponible depuis mai 2026. Il couvre l'intégralité du parcours diagnostique et thérapeutique de l'HPT1, de l'évaluation initiale au suivi post-opératoire. Son architecture modulaire permet une utilisation directe en consultation, sans courbe d'apprentissage.



Aide à la décision clinique
en hyperparathyroïdie primaire

Algorithme interactif

Calculateurs cliniques

Critères chirurgicaux

Formes particulières

Suivi post-op

FONDÉ SUR LE CONSENSUS SFE-AFCE-SFMN 2024
Hyperparathyroïdie Primaire - HPT1

paraclic.fr

Gratuit · Sans inscription · Sans publicité

© 2026 ParaClic

par Dr Gaël Guan

ParaClic

Quel algorithme ? Algorithme Critères chirurgicaux Critères biologiques Calculateurs Suivi post-op Formes particulières Synthèse des recommandations

Algorithme décisionnel

Algorithme décisionnel pour l'hyperparathyroïdie primaire (HPT1) - Fondé sur les recommandations SFE 2024

Hyperparathyroïdie - HPT1 - Algorithme décisionnel

PTM normale inadaptee + hypercalcémie

Avez-vous calculé le Score Pro-HPT1 ?

A. Si Score Pro-HPT1 négatif : L'algorithme décide PTM inadaptee et recommande de ne pas intervenir sur la PTM (normalisation) et PTM non suivie de 200. Calculer le score de la PTM.

Calculer le score Pro-HPT1 (calculer le score)

Le score de la PTM (calculer le score) est négatif, l'algorithme décide PTM inadaptee et recommande de ne pas intervenir sur la PTM.

Choix : [PTM inadaptee] (calculer le score Pro-HPT1)

Non : l'algorithme de recommandation recommande d'intervenir sur la PTM

Revenir

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.194

3CVD00275-Profil évolutif des carcinomes thyroïdiens et risque de récurrence ganglionnaire : étude rétrospective mono-centrique

Mohammed DOUMAR, Tariq BOUHOUT, Badr SERJI - (1)Service De Chirurgie Générale B, Chu Mohammed VI, Oujda, Maroc, Oujda, Maroc

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit 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 45 patients traités entre janvier 2018 et décembre 2024.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 50 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. Sept cas (15,55 %) 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

L'âge moyen des patients était de 50 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. Sept cas (15,55 %) 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 %.

E-poster

F. Chirurgie Endocrinienne

PO.195

3CVD00609-Adénome parathyroïdien : l'intrus de la grossesse, hypercalcémie menaçante et pancréatite aiguë

Anissa ABDELBAKI - (1)Cpmc, Alger, Algérie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'hyperparathyroïdie primaire (HPP) reste rare chez la femme jeune et exceptionnelle au cours de la grossesse, représentant un défi diagnostique et thérapeutique. Ses complications digestives, notamment la pancréatite aiguë, sont rarement révélatrices.

Méthodes

Nous rapportons le cas d'une patiente de 31 ans, enceinte de 18 semaines d'aménorrhée, hypertendue, admise pour douleurs abdominales évoluant depuis 3 mois. Le bilan initial a mis en évidence une pancréatite aiguë. La biologie retrouvait une hypercalcémie menaçante à 165 mg/L. L'IRM objectivait une formation nodulaire, localisées au pôle inférieur gauche, individualisées également en angio-TDM comme un nodule hypervasculaire basicervical gauche. L'ensemble était évocateur d'un adénome parathyroïdien. La patiente a bénéficié d'une parathyroïdectomie au deuxième trimestre de grossesse. L'étude anatomopathologique concluait à une hyperplasie des cellules claires des parathyroïdes.

Résultats

L'HPP complique 0,05 % des grossesses. La symptomatologie est souvent frustrée, mais l'hypercalcémie peut entraîner des complications sévères, tant maternelles (pancréatite, HTA, crises hypercalcémiques) que fœtales (retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero). La pancréatite aiguë constitue une manifestation clinique rare mais grave de l'HPP. Le diagnostic repose sur l'association d'une hypercalcémie et d'une élévation inappropriée de la PTH, et la localisation de l'adénome par imagerie. Le traitement repose sur la chirurgie, idéalement au deuxième trimestre de grossesse, avec prise en charge médicale préalable de l'hypercalcémie.

Conclusion

L'HPP complique 0,05 % des grossesses. La symptomatologie est souvent frustrée, mais l'hypercalcémie peut entraîner des complications sévères, tant maternelles (pancréatite, HTA, crises hypercalcémiques) que fœtales (retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero). La pancréatite aiguë constitue une manifestation clinique rare mais grave de l'HPP. Le diagnostic repose sur l'association d'une hypercalcémie et d'une élévation inappropriée de la

PTH, et la localisation de l'adénome par imagerie. Le traitement repose sur la chirurgie , idéalement au deuxième trimestre de grossesse, avec prise en charge médicale préalable de l'hypercalcémie.

Poster discuté

G. Chirurgie Pariétale

PO.196

3CVD00192-Éventrations post-traumatiques: proposition d'une nouvelle classification anatomo-chirurgicale pour guider la prise en charge

Louise BRO DE COMÈRES, Francois ANSART, David MOSZKOWICZ - (1)Université Paris Cité, Service De Chirurgie Digestive, Centre De Chirurgie De La Paroi Abdominale, Hôpital Louis-Mourier, Dmu Esprit-Ghu Ap-Hp. Nord-Université Paris Cité, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail

Introduction

Les éventrations latérales post-traumatiques représentent un défi chirurgical, majoritairement classées en iliaques (L3) selon l'EHS. L'étendue du défaut pariétal conditionne la stratégie chirurgicale. Cette étude a pour objectif de proposer une classification anatomo-chirurgicale des éventrations post-traumatiques latérales iliaques (EPTLI) pour améliorer leur prise en charge.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés pour EPTLI entre 2020 et 2026. Les données clinico-radiologiques ont été analysées pour définir des sous-types anatomiques et leurs stratégies chirurgicales.

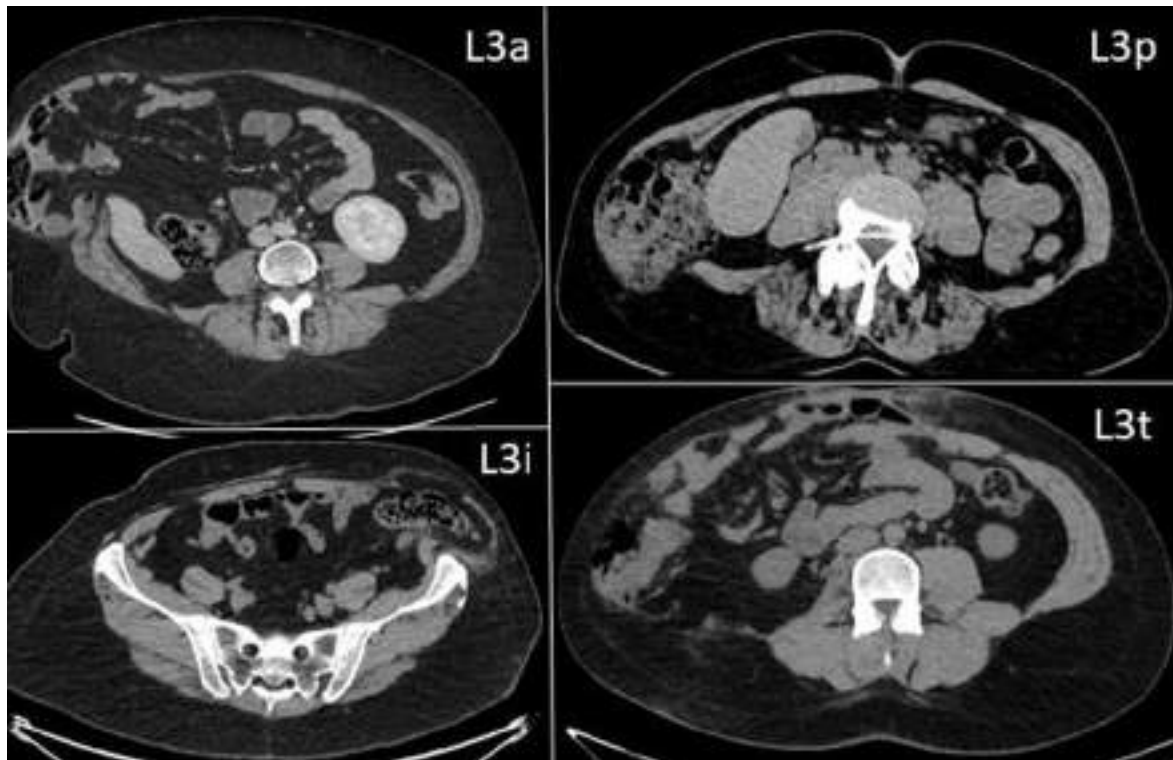
Résultats

Parmi 85 réparations d'éventrations latérales, 28 étaient des EPTLI. Le délai médian entre le traumatisme et la chirurgie était de 1,9 an (3 mois–25,3 ans) et l'âge médian de 45.1 ± 15.4 ans. Les mécanismes traumatiques incluaient des traumatismes à haute énergie associés à un syndrome de ceinture de sécurité. Quatre sous-types anatomiques ont été identifiés et traités par mise en place de prothèse en position extrapéritonéale : L3p (extension postérieure), nécessitant une fixation au psoas et une reconstruction de l'ambivium du carré des lombes ; L3a (extension antérieure), traitée par un Transversus Abdominis Release inversé ; L3i (extension inférieure), traitée par dissection jusqu'au ligament de Cooper; et L3t (défect complet), nécessitant une reconstruction par lambeau de grand dorsal. Le taux de complications majeures était de 6,9 %, avec un taux de récurrence de 10,3 % pour un suivi moyen de $7,6 \pm 11,4$ mois.

Conclusion

Parmi 85 réparations d'éventrations latérales, 28 étaient des EPTLI. Le délai médian entre le traumatisme et la chirurgie était de 1,9 an (3 mois–25,3 ans) et l'âge médian de 45.1 ± 15.4 ans. Les mécanismes traumatiques incluaient des traumatismes à haute énergie associés à un

syndrome de ceinture de sécurité. Quatre sous-types anatomiques ont été identifiés et traités par mise en place de prothèse en position extrapéritonéale : L3p (extension postérieure), nécessitant une fixation au psoas et une reconstruction de l'ambivium du carré des lombes ; L3a (extension antérieure), traitée par un Transversus Abdominis Release inversé ; L3i (extension inférieure), traitée par dissection jusqu'au ligament de Cooper; et L3t (défaut complet), nécessitant une reconstruction par lambeau de grand dorsal. Le taux de complications majeures était de 6,9 %, avec un taux de récurrence de 10,3 % pour un suivi moyen de $7,6 \pm 11,4$ mois.



E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.197

3CVD00560-Réparation prothétique versus raphie primaire des hernies pariétales étranglées avec résection intestinale

Zied HADRICH, Mohamed HAJRI, Montassar ZAAFOURI, Med Fadhel AYADI, Nefaa ARFA, Sahir OMRANI - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

L'utilisation d'une prothèse lors de la réparation urgente des hernies pariétales étranglées avec résection intestinale reste débattue. Le risque infectieux lié au terrain contaminé doit être mis en balance avec le risque de récurrence après raphie primaire. L'objectif de cette revue systématique était de comparer la réparation prothétique à la raphie primaire dans cette situation.

Méthodes

Une revue systématique a été conduite selon les recommandations PRISMA 2020. Les bases PubMed/MEDLINE, Embase et Cochrane Library ont été interrogées pour les études publiées entre janvier 2015 et avril 2026. Les essais randomisés, études prospectives et études comparatives rétrospectives évaluant les réparations prothétiques versus raphies primaires chez l'adulte ont été inclus. Les critères étudiés étaient l'infection du site opératoire, la récurrence, l'explantation prothétique, la mortalité à 30 jours et la durée d'hospitalisation.

Résultats

Parmi 1095 références identifiées, 24 études totalisant 14820 patients ont été incluses (Figure.1). Dans la population globale des hernies incarcerated ou étranglées, la réparation prothétique était associée à une réduction significative du risque de récurrence (OR=0,36;IC95%: 0,19-0,67; p=0,001) et à une durée d'hospitalisation plus courte. En revanche, chez les patients ayant eu une résection intestinale concomitante, elle était associée à une augmentation significative des infections du site opératoire (OR=1,74;IC95 %: 1,04-2,91; p=0,04). La mortalité à 30 jours ne différait pas significativement entre les groupes.

Conclusion

Parmi 1095 références identifiées, 24 études totalisant 14820 patients ont été incluses (Figure.1). Dans la population globale des hernies incarcerated ou étranglées, la réparation prothétique était associée à une réduction significative du risque de récurrence (OR=0,36;IC95%: 0,19-0,67; p=0,001) et à une durée d'hospitalisation plus courte. En revanche, chez les patients ayant eu une résection intestinale concomitante, elle était associée à une augmentation

significative des infections du site opératoire (OR=1,74;IC95 %: 1,04–2,91; p=0,04). La mortalité à 30 jours ne différait pas significativement entre les groupes.

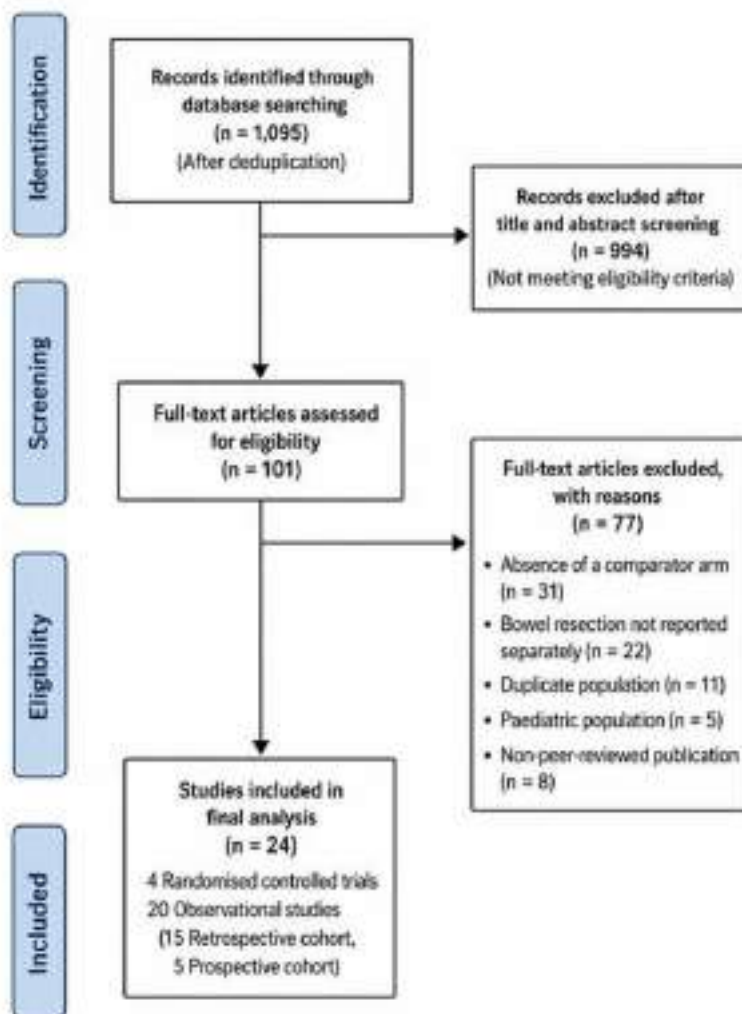


Figure 1 : PRISMA Flow Diagram

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.198

3CVD00357-Les prothèses tunnel dans la cure d'éventration péristomiale : un nouveau standard ? Résultats d'une étude multicentrique rétrospective

Charlotte THOMAS TORNEL (1) , Ghassen HAMDI KEBIR (2), Pablo ORTEGA-DEBALLON (2), Guillaume PASSOT (3), Alexandru SOARE (4), David MOSZKOWICZ (4), Antoine VANCON (5), Yohann RENARD (5), Benoit ROMAIN (1) - (1)Department Of Digestive Surgery, University Of Strasbourg, Haute-pierre, France, Strasbourg, France, (2)Department Of Digestive, Thoracic And Surgical Oncology, University Hospital, Dijon, France, Dijon, France, (3)Department Of Surgical Oncology, Hopital Lyon Sud, Hospices Civils De Lyon, Pierre Bénite, France, Lyon, France, (4)Université Paris Cité, Service De Chirurgie Générale Et Digestive, Dmu Esprit-Ghu Ap-Hp. Nord-Université Paris Cité, Colombes, France, Paris, France, (5)Department Of General Surgery, Reims Champagne-Ardenne University, Reims, France, Reims, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Trente-huit à 51% des stomies se compliquent d'une éventration. Le taux de récurrence après cure d'éventration péristomiale est important (jusqu'à 50%). L'EHS ne décrit pas de gold standard concernant la prise en charge des éventrations péristomiales. Les nouvelles prothèses tunnel (IPST/IPST-R Dynamesh®) semblent prometteuses. L'objectif de cette étude est de comparer le taux de récurrence et de complications entre les techniques standards (Keyhole, sugarbaker...) et l'utilisation d'une prothèse tunnel.

Méthodes

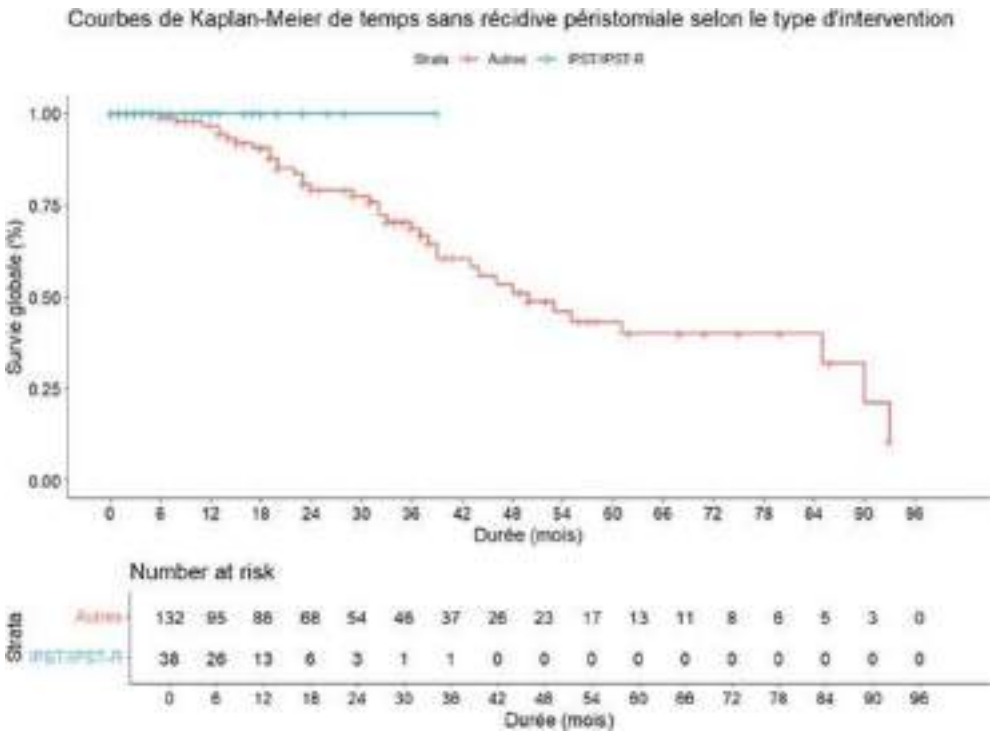
Il s'agit d'une étude multicentrique (5 centres universitaires) rétrospective comparant les résultats des cures d'éventration péristomiale avec les prothèses tunnel et les techniques standards. Le taux de récurrence a été analysé à l'aide d'une courbe de Kaplan-Meier. Les complications ont été évaluées selon la classification de Dindo-Clavien et le Comprehensive Complication Index, avec appariement par score de propension.

Résultats

Entre 2020 et 2025, 170 patients ont été opérés d'une éventration péristomiale : 38 avec une prothèse tunnel (IPST/IPST-R) et 132 avec une technique standard. Le taux de récurrence était de 0% contre 28% pour les autres techniques ($p=0.01$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les complications graves (Dindo ≥ 3) (prothèse tunnel 10/38 (26.3%) vs autres techniques 33/132 (25%) $p=1.00$), non modifié après appariement sur le score de propension.

Conclusion

Entre 2020 et 2025, 170 patients ont été opérés d’une éventration péristomiale : 38 avec une prothèse tunnel (IPST/IPST-R) et 132 avec une technique standard. Le taux de récurrence était de 0% contre 28% pour les autres techniques (p=0.01). Il n’y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les complications graves (Dindo ≥3) (prothèse tunnel 10/38 (26.3%) vs autres techniques 33/132 (25%) p=1.00), non modifié après appariement sur le score de propension.



Variable	Sous-variable	Type de test	IPST/IPST-R	Autres techniques	P-value
Clavien-Dindo	1+	Fisher (n, [%])	24/38 (63.2%)	64/132 (48.5%)	0.14
	2+		19/38 (50%)	52/132 (39.4%)	0.27
	3+		10/38 (26.3%)	33/132 (25%)	1.00
Syndrome occlusif			1/38 (2.6%)	11/132 (8.3%)	0.30
Score CCI		Wilcoxon (moyenne, [IIQ])	15.52 (14.88)	14.82 (19.71)	0.38

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.199

3CVD00147-Sauvetage des prothèses pariétales infectées : Mythe ou réalité ?

Antoine SINA - (1)Sante Atlantique, Nantes, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'infection sur prothèse pariétale demeure une complication rare mais redoutable de la chirurgie herniaire, avec une incidence estimée entre 2 et 8 %. Sa prise en charge constitue un défi médico-chirurgical majeur opposant deux stratégies : l'explantation complète de la prothèse ou sa conservation au prix de traitements prolongés. L'objectif de cette revue est d'évaluer les possibilités et les limites du traitement conservateur.

Méthodes

Analyse narrative de la littérature concernant les infections de prothèses pariétales abdominales, incluant les stratégies de drainage, débridement chirurgical, pression négative (VAC-thérapie), fistulectomie et antibiothérapie ciblée.

Résultats

Les prothèses macroporeuses présentent les meilleures chances de sauvetage. Les options conservatrices reposent sur l'association d'un drainage efficace, d'un contrôle microbiologique adapté et d'un débridement agressif lorsque nécessaire. La VAC-thérapie semble améliorer les taux de conservation dans certaines séries, tandis que les infections associées à une fistule digestive ou à des matériaux peu intégrés conduisent le plus souvent à une explantation. Les données disponibles restent limitées, reposant essentiellement sur des séries rétrospectives et des cas cliniques. Les plus larges cohortes rapportent néanmoins des taux d'échec du traitement conservateur pouvant atteindre 80 %, notamment pour les prothèses intrapéritonéales.

Conclusion

Les prothèses macroporeuses présentent les meilleures chances de sauvetage. Les options conservatrices reposent sur l'association d'un drainage efficace, d'un contrôle microbiologique adapté et d'un débridement agressif lorsque nécessaire. La VAC-thérapie semble améliorer les taux de conservation dans certaines séries, tandis que les infections associées à une fistule digestive ou à des matériaux peu intégrés conduisent le plus souvent à une explantation. Les données disponibles restent limitées, reposant essentiellement sur des séries rétrospectives et des cas cliniques. Les plus larges cohortes rapportent néanmoins des

taux d'échec du traitement conservateur pouvant atteindre 80 %, notamment pour les prothèses intrapéritonéales.<!--EndFragment-->

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.200

3CVD00355-Etude multicentrique européenne de chirurgie pariétale robot-assistée avec le système robotique DEXTER

Hubert MIGNOT (1), Lukas GANTNER (2), Natalie KUCHEN (2), Franz SCHEIFLINGER (3), Guillaume AEBY (4), Thomas MUSSACK (5), Nico SEEGER (4) - (1)Centre Hospitalier De Saintes Et Saint Jean D'angély, Saintes, France, (2)Clinique Hirslanden, Zurich, Suisse, (3)Hospital In Spittal An Der Drau, Spittal An Der Drau, Autriche, (4)Hôpital Cantonal De Winterthur, Winterthur, Suisse, (5)Clinique Artemed, Munich, Allemagne

Conflits d'intérêts

HM, LG, NK et TM sont consultants pour Distalmotion; l'étude est sponsorisée par Distalmotion.

Introduction

Des études précédentes ont prouvé la sécurité et l'efficacité du système DEXTER, un robot chirurgical innovant combinant les avantages de la laparoscopie et de la robotique pour offrir une précision et flexibilité accrues au praticien. Cette étude visait à confirmer sa sécurité et ses performances cliniques pour la réparation des hernies incisionnelles ou ventrales primaires.

Méthodes

Cette étude clinique multicentrique (5 centres en France, Allemagne et Suisse) a inclus 33 patients présentant une hernie ventrale primaire ou incisionnelle médiane (≤ 8 cm), opérés par 7 chirurgiens aux expériences robotiques variées. Les objectifs principaux étaient le taux de succès de la procédure robotique globale et le taux de complications majeures (Clavien-Dindo III-V) à 30 jours postopératoires.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 56 ans (± 15) et l'IMC de 27,8 kg/m² (± 5.3). Toutes les interventions (2 IPOM+, 20 TAPP, 2 eTEP et 9 TARUP) furent réalisées sans conversion en laparotomie ni événement indésirable peropératoire. Une complication C-D IIIb a été reportée (saignement de l'artère épigastrique). La durée opératoire médiane peau à peau était de 88 min (IQR 63 - 116), incluant un docking de 2min (IQR 1-4) et un temps de console de 57 min (IQR 44 - 92). Le score de douleur médian (NRS) est passé de 2 initialement à 0 après J30.

Conclusion

L'âge moyen des patients était de 56 ans (± 15) et l'IMC de 27,8 kg/m² (± 5.3). Toutes les interventions (2 IPOM+, 20 TAPP, 2 eTEP et 9 TARUP) furent réalisées sans conversion en laparotomie ni événement indésirable peropératoire. Une complication C-D IIIb a été reportée (saignement de l'artère épigastrique). La durée opératoire médiane peau à peau était de 88 min

(IQR 63 - 116), incluant un docking de 2min (IQR 1-4) et un temps de console de 57 min (IQR 44 - 92). Le score de douleur médian (NRS) est passé de 2 initialement à 0 après J30.

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.201

3CVD00328-Préhabilitation avant une cure d'événtration médiane : utile ou non ?

Benoit ROMAIN, Souad AZIEZ - (1)Hopital De Hautepierre, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Aucun.

Introduction

Les patients avec des éventrations médianes présentent fréquemment de multiples facteurs de risque et comorbidités comme l'obésité, le tabagisme ou la sédentarité. La préhabilitation standardisée est souvent insuffisante pour avoir un réel impact sur les résultats postopératoires. L'objectif de cette étude est de comparer les résultats postopératoires, notamment le taux de survenue de complications, entre les patients recevant un programme de préhabilitation dans un centre spécialisé et les patients recevant une préhabilitation standardisée.

Méthodes

Notre population comprenait une cohorte de patients opérés pour une cure d'événtration médiane entre janvier 2017 et octobre 2025. Le programme de préhabilitation consistait en une hospitalisation planifiée de 3 à 6 semaines précédant l'intervention chirurgicale, dans un centre de soins médicaux et de réadaptation (SMR), avec pour objectif d'optimiser l'état général du patient. Afin d'ajuster les différences de facteurs de risque entre les deux groupes, nous avons utilisé un score de propension.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 298 patients ayant bénéficié d'une cure d'événtration médiane ont été inclus et analysés dans notre cohorte. Parmi eux, 44 ont bénéficié d'un programme de préhabilitation en SMR. Après appariement des patients, le taux de complications totale était significativement plus faible dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, avec un taux de complications postopératoires de 44,2 % dans le groupe préhabilitation contre 65,1 % dans le groupe contrôle (OR 0,43 [0,19–0,94]).

Conclusion

Au cours de la période d'étude, 298 patients ayant bénéficié d'une cure d'événtration médiane ont été inclus et analysés dans notre cohorte. Parmi eux, 44 ont bénéficié d'un programme de préhabilitation en SMR. Après appariement des patients, le taux de complications totale était significativement plus faible dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, avec un taux de complications postopératoires de 44,2 % dans le groupe préhabilitation contre 65,1 % dans le groupe contrôle (OR 0,43 [0,19–0,94]).

E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.202

3CVD00011-Optimiser la réussite du virage ambulatoire dans la chirurgie herniaire : quels sont les réels facteurs d'échec ?

Jihen KRICHENE (1), Asma SGHAIER (2), Steh SOUI (3), Mayssa TIMOUMI (1), Sihem SENDI (1), Khalil BEN SALAH (1) - (1)Service De Chirurgie Générale Et Digestive Ibn Aljazzar Kairouan, Kairouan, Tunisie, (2)Service De Chirurgie Générale Et Digestive Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie, (3)Services D'anesthésieet De Réanimation Ibn Aljazzar Kairouan, Kairouan, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.

Introduction

Le traitement ambulatoire de la hernie de l'aine vise à améliorer le confort du patient tout en optimisant les coûts de santé. Cette étude prospective avait pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs d'échec de ce mode de prise en charge.

Méthodes

Nous avons mené une étude prospective observationnelle incluant tous les patients opérés pour une hernie du pli de l'aine dans un centre hospitalier universitaire sur une période de 7 mois (septembre 2025 – avril 2026). Le critère de jugement principal était le taux d'échec de la chirurgie ambulatoire, défini par une hospitalisation non programmée.

Résultats

Quatre-vingt-cinq patients ont été inclus (âge moyen : 56 ans). Les patient était classée ASA I (56,5 %). La rachi-anesthésie était la technique prépondérante (89,4 %). Le taux de morbidité globale était de 2,4 % avec un taux de récurrence à un an de 1,1 %. Le taux d'échec de la prise en charge ambulatoire était de 5,9 %. Les motifs d'admission incluaient l'analgésie inefficace, l'anxiété et un score de PADSS < 12. L'analyse statistique a révélé qu'une taille du sac herniaire comprise entre 1,5 et 3 cm était significativement associée à l'échec ($p = 0,047$). L'anesthésie générale montrait une tendance à l'échec sans atteindre la significativité ($p = 0,08$).

Conclusion

Quatre-vingt-cinq patients ont été inclus (âge moyen : 56 ans). Les patient était classée ASA I (56,5 %). La rachi-anesthésie était la technique prépondérante (89,4 %). Le taux de morbidité globale était de 2,4 % avec un taux de récurrence à un an de 1,1 %. Le taux d'échec de la prise en charge ambulatoire était de 5,9 %. Les motifs d'admission incluaient l'analgésie inefficace, l'anxiété et un score de PADSS < 12. L'analyse statistique a révélé qu'une taille du sac herniaire

comprise entre 1,5 et 3 cm était significativement associée à l'échec ($p = 0,047$). L'anesthésie générale montrait une tendance à l'échec sans atteindre la significativité ($p = 0,08$).



E-poster

G. Chirurgie Pariétale

PO.203

3CVD00200-Expérience initiale de notre centre dans la préhabilitation de la paroi abdominale complexe par toxine botulique et pneumopéritoine progressif

Coraima PASCUAL PÉREZ, Rafael CERDÁN PASCUAL, Jessica MARTÍNEZ BERNARD, Sonia CANTÍN BLÁZQUEZ, Naiara MARÍN CAMERO, Luis Antonio LIGORRED PADILLA - (1)Hôpital Universitaire Miguel Servet., Zaragoza, Espagne

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La réparation de la paroi abdominale complexe constitue un défi chirurgical, notamment en cas de défauts étendus avec perte de domaine abdominal. La préhabilitation par toxine botulique (TB) et pneumopéritoine progressif (PPP) vise à faciliter la fermeture fasciale et à réduire la tension pariétale.

Méthodes

Étude rétrospective descriptive incluant 28 patients opérés entre 2022 et 2026 pour hernie complexe. Les caractéristiques des patients, l'utilisation de la TB et du PPP, les techniques chirurgicales, les complications postopératoires et les récides ont été analysées. La TB (500 UI) a été administrée pour les défauts majeurs et le PPP en cas de perte de domaine abdominal.

Résultats

L'âge moyen était de 68,7 ans et l'IMC moyen de 29,8 kg/m². Les hernies incisionnelles complexes (EHS M1–M5, W2–W3) prédominaient. La TB a été utilisée chez 21 patients (75 %) et le PPP chez 13 (46,4 %). La réparation rétromusculaire était la plus fréquente. Après exclusion des hernies inguinales, une fermeture fasciale directe a été obtenue chez 14 patients (63,6 %). Les complications étaient principalement mineures (Clavien-Dindo I–II), sans complication liée à la préhabilitation, sans décès ni récide après 2 ans de suivi.

Conclusion

L'âge moyen était de 68,7 ans et l'IMC moyen de 29,8 kg/m². Les hernies incisionnelles complexes (EHS M1–M5, W2–W3) prédominaient. La TB a été utilisée chez 21 patients (75 %) et le PPP chez 13 (46,4 %). La réparation rétromusculaire était la plus fréquente. Après exclusion des hernies inguinales, une fermeture fasciale directe a été obtenue chez 14 patients (63,6 %). Les complications étaient principalement mineures (Clavien-Dindo I–II), sans complication liée à la préhabilitation, sans décès ni récide après 2 ans de suivi.

Poster discuté

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.204

3CVD00118-Risque opératoire en cas d'urgence chirurgicale abdominale chez un patient atteint de cancer : étude rétrospective et élaboration d'un score d'aide à la décision

Géraldine LECOMTE, Isabelle SOUROUILLE, Charles HONORÉ - (1)Hôpital Gustave Roussy, Département De Chirurgie, Anesthésie Et Interventionnel (daci), Villejuif, France

Conflits d'intérêts

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

Introduction

Les urgences abdominales chez les patients atteints de cancer actif sont associées à une forte morbi-mortalité et à des décisions thérapeutiques complexes. L'objectif était d'évaluer les résultats postopératoires, d'identifier les facteurs pronostiques et de développer un score décisionnel.

Méthodes

Tous les patients adultes atteints de tumeur solide active opérés d'une chirurgie abdominale en urgence entre 2013 et 2023 dans un centre de lutte contre le cancer ont été analysés rétrospectivement.

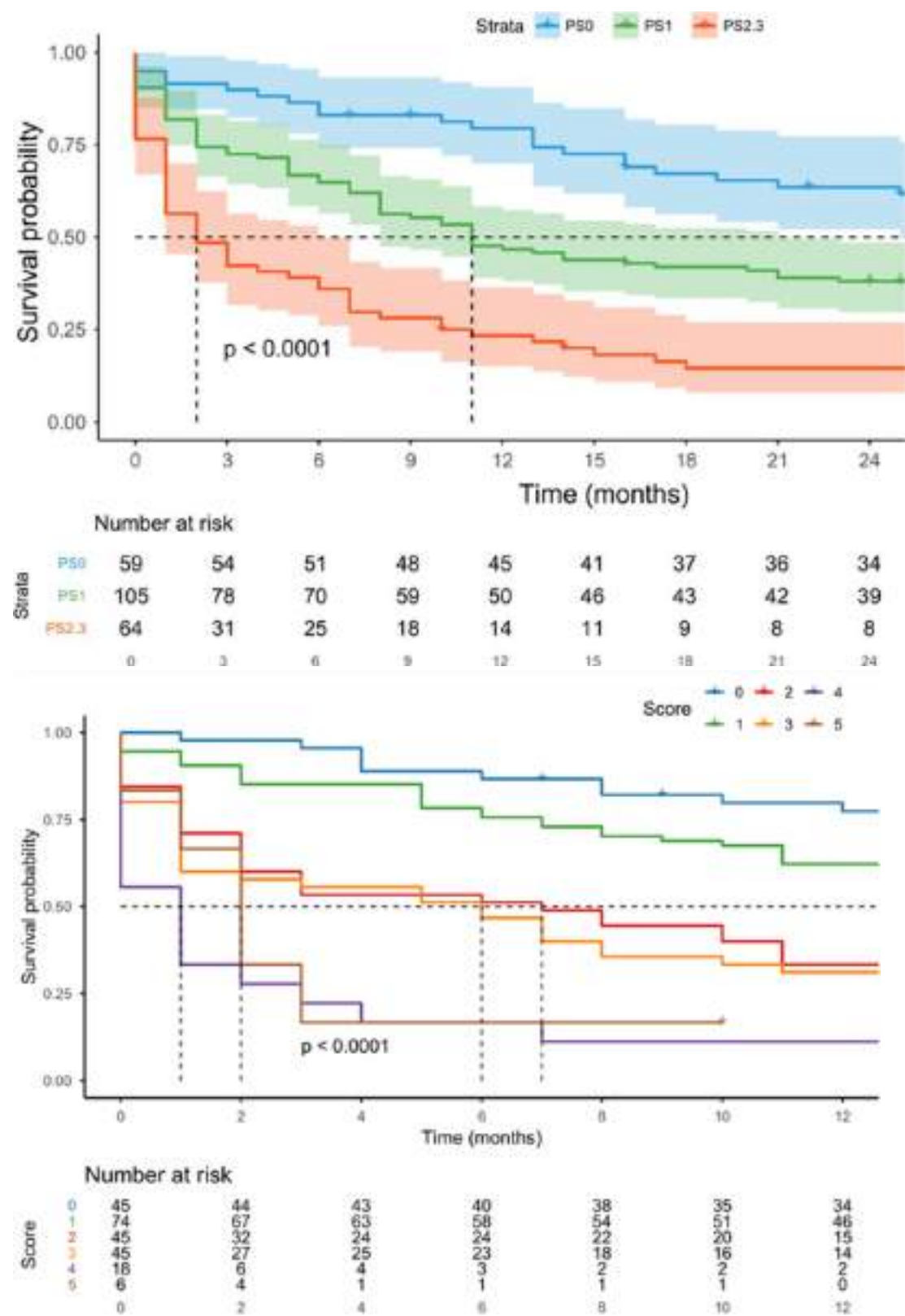
Résultats

233 patients ont été inclus. La majorité des patients (72 %) présentait une maladie métastatique. Les principales indications étaient la péritonite (35 %) et l'occlusion intestinale (30 %). La morbidité sévère postopératoire était de 58 % et la mortalité hospitalière de 20 %. Les facteurs prédictifs de complications sévères étaient le sexe masculin, la dénutrition, un Performance Status ≥ 2 , une thrombopénie, une chirurgie complexe. La survie globale médiane était de 11 mois. Le Performance Status préopératoire ≥ 2 était le principal facteur pronostique (Figure 1) de mortalité à trois mois. Le sexe masculin, la chirurgie complexe et l'albuminémie < 30 g/L jouaient également un rôle majeur. Un score décisionnel permettait une stratification pronostique nette (Figure 2), avec des médianes de survie allant de 48 à 1 mois.

Conclusion

233 patients ont été inclus. La majorité des patients (72 %) présentait une maladie métastatique. Les principales indications étaient la péritonite (35 %) et l'occlusion intestinale (30 %). La morbidité sévère postopératoire était de 58 % et la mortalité hospitalière de 20 %. Les facteurs prédictifs de complications sévères étaient le sexe masculin, la dénutrition, un Performance Status ≥ 2 , une thrombopénie, une chirurgie complexe. La survie globale médiane

était de 11 mois. Le Performance Status préopératoire ≥ 2 était le principal facteur pronostique (Figure 1) de mortalité à trois mois. Le sexe masculin, la chirurgie complexe et l'albuminémie < 30 g/L jouaient également un rôle majeur. Un score décisionnel permettait une stratification pronostique nette (Figure 2), avec des médianes de survie allant de 48 à 1 mois.



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.205

3CVD00266-Identification des raisons de refus de participation dans une étude prospective sur les urgences digestives chirurgicales (protocole RAUCAMIENS - STOPRAUC)C)

Emiline PREVOST MARCHANDISE (1) , Annabelle CAHON (1), Lucile HERMIL (1), Emilie CHIVE (1), Elodie PELLINET (2), Lucas FROISSART (2), Charles SABBAGH (1), Jean-Marc REGIMBEAU (1) - (1)Chu Amiens-Picardie, Amiens, France, (2)Upjv, Amiens, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Introduction

Le RHU RAUC vise à adopter un nouveau modèle de prise en charge (PEC) des urgences chirurgicales digestives incluant l'organisationnel, la e-santé, l'IA et la RAAC. La première étude RAUCAMIENS, évaluera l'efficacité de RAUC sur le taux de réadmission à J30 post opératoire. L'objectif de cette étude ancillaire est d'identifier les raisons de refus de participation au protocole pour permettre d'optimiser les stratégies d'inclusion.

Méthodes

Etude observationnelle, rétrospective, prospective, monocentrique, menée par les IDE RAUC à partir des refus de l'étude RAUCAMIENS du 01/06/2025 au 31/05/2026. Objectif principal : identifier les raisons de refus. Objectif secondaire : identifier les catégories de refus sur lesquelles il serait possible d'influer.

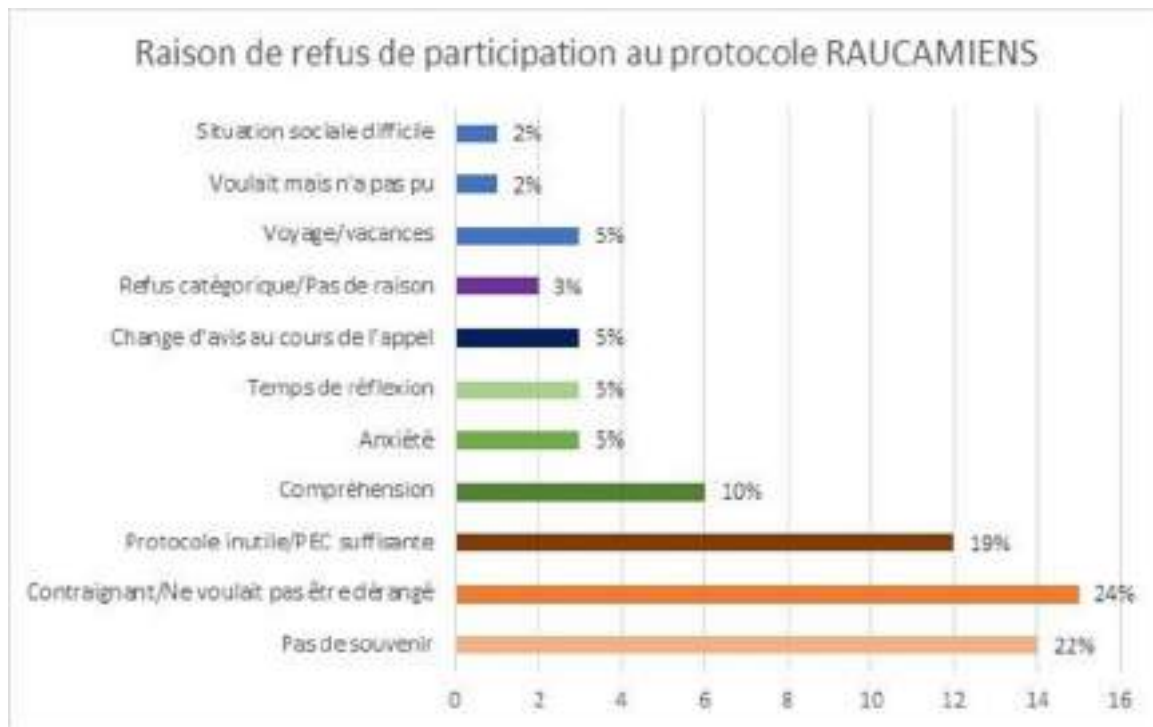
Résultats

78 patients ont refusé de participer à RAUCAMIENS (15 % de refus) avec 44 % de refus primaires contre 56 % de refus secondaires. 63 patients (81 % des refus) ont été interrogés pour identifier la raison des refus : contraintes d'une participation (24 %), PEC jugée suffisante (19 %), incompréhension du protocole (10 %). 22 % des personnes interrogées ont indiqué ne pas se souvenir du protocole. Les raisons ne diffèrent pas entre les patients ayant refusé immédiatement et secondairement.

Conclusion

78 patients ont refusé de participer à RAUCAMIENS (15 % de refus) avec 44 % de refus primaires contre 56 % de refus secondaires. 63 patients (81 % des refus) ont été interrogés pour identifier la raison des refus : contraintes d'une participation (24 %), PEC jugée suffisante (19 %), incompréhension du protocole (10 %). 22 % des personnes interrogées ont indiqué ne pas

se souvenir du protocole. Les raisons ne diffèrent pas entre les patients ayant refusé immédiatement et secondairement.



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.206

3CVD00709-Formation à la chirurgie robotique en chirurgie viscérale en France: Etat des lieux et facteurs associés à la satisfaction des jeunes chirurgiens

Lazare SOMMIER (1), Florian MARTINET-KOSINSKI (2), Antoine MATHIVET (1), Damien TOUZEAU (3), Christophe TAOUM (4), Sébastien FREY (5) - (1)Service De Chirurgie Hépatique, Biliaire, Pancréatique Et Transplantation, Centre Hospitalo-Universitaire De Montpellier, Montpellier, France, Montpellier, France, (2)Hospitalo-Universitaire De Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France, Clermont-Ferrand, France, (3)Intuitive Surgery, Paris, France, (4)Service De Chirurgie, Institut Du Cancer, Montpellier, Fran, Montpellier, France, (5)Service De Chirurgie Digestive Et De Transplantation Hépatique, Hôpital L'archet, Centre Hospitalo-Universitaire De Nice, Nice, France, Nice, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La chirurgie robotique occupe une place croissante en chirurgie viscérale, mais la formation des jeunes chirurgiens français reste peu décrite. Cette étude évalue leur exposition, leur perception de la qualité de formation et les facteurs associés à une progression satisfaisante.

Méthodes

Une enquête nationale anonyme a été diffusée auprès d'internes, docteurs juniors et chefs de clinique-assistants en chirurgie viscérale. Les caractéristiques de formation, l'accès aux outils pédagogiques et le ressenti ont été recueillis. Une régression logistique pénalisée de Firth a identifié les facteurs associés à la satisfaction.

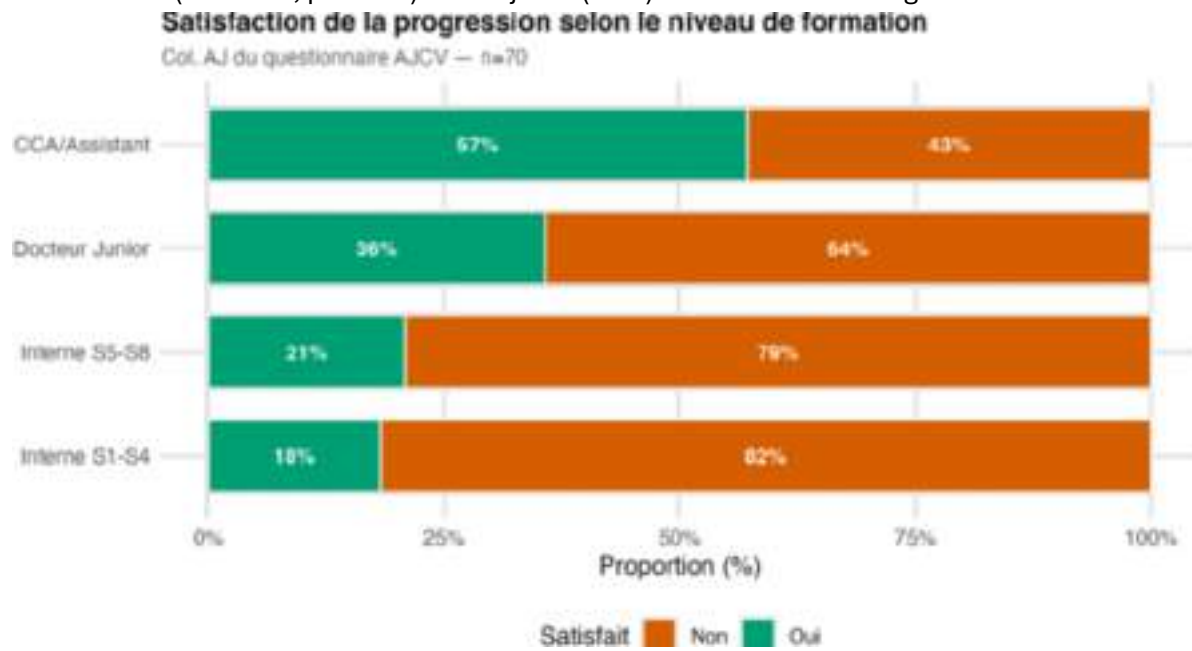
Résultats

Soixante-dix répondants ont été inclus. Huit pour cent n'avaient aucune plateforme robotique, 56 % en avaient une et 36 % au moins deux. Trente-quatre pourcent se déclaraient satisfaits de leur progression. Les facteurs associés étaient le statut de CCA/assistant (OR=5.00, p=0.038), ≥ 2 plateformes (OR=10.3, p=0,047), un accès à une deuxième console (OR=7.29, p<0.001), un nombre plus important d'heures de simulation (OR=1.08 par heure, p=0.001), une participation à un wet-lab (OR=4.05, p=0.031). La majorité (93%) souhaitent davantage de simulation.

Conclusion

Soixante-dix répondants ont été inclus. Huit pour cent n'avaient aucune plateforme robotique, 56 % en avaient une et 36 % au moins deux. Trente-quatre pourcent se déclaraient satisfaits de leur progression. Les facteurs associés étaient le statut de CCA/assistant (OR=5.00, p=0.038), ≥ 2 plateformes (OR=10.3, p=0,047), un accès à une deuxième console (OR=7.29, p<0.001), un nombre plus important d'heures de simulation (OR=1.08 par heure, p=0.001), une participation

à un wet-lab (OR=4.05, p=0.031). La majorité (93%) souhaitent davantage de simulation.



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.207

3CVD00199-Facteurs prédictifs de mortalité précoce et élaboration du score NAB-L chez les patients présentant un saignement actif confirmé par tomodensitométrie et une angiographie d'urgence négative

Louis RUSSIER, Iliès EL BOUKILI, Sylvain GRANGE, Rémi GRANGE - (1)Chu Saint Etienne, Saint Etienne, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Identifier les facteurs prédictifs de mortalité à 30 jours et établir un score de risque chez les patients présentant une hémorragie active confirmée par tomodensitométrie (TDM) avec angiographie négative.

Méthodes

Etude rétrospective monocentrique de patients consécutifs présentant une hémorragie active détectée par TDM avec angiographie négative. Le score NAB-L (Negative Angio Bleeding–Lethality), a été dérivé des coefficients de régression. La discrimination a été évaluée par l'aire sous la courbe (AUC) avec validation interne par bootstrap (1 000 itérations), la calibration par le test de Hosmer-Lemeshow et la survie par la méthode de Kaplan-Meier avec comparaison par log-rank test.

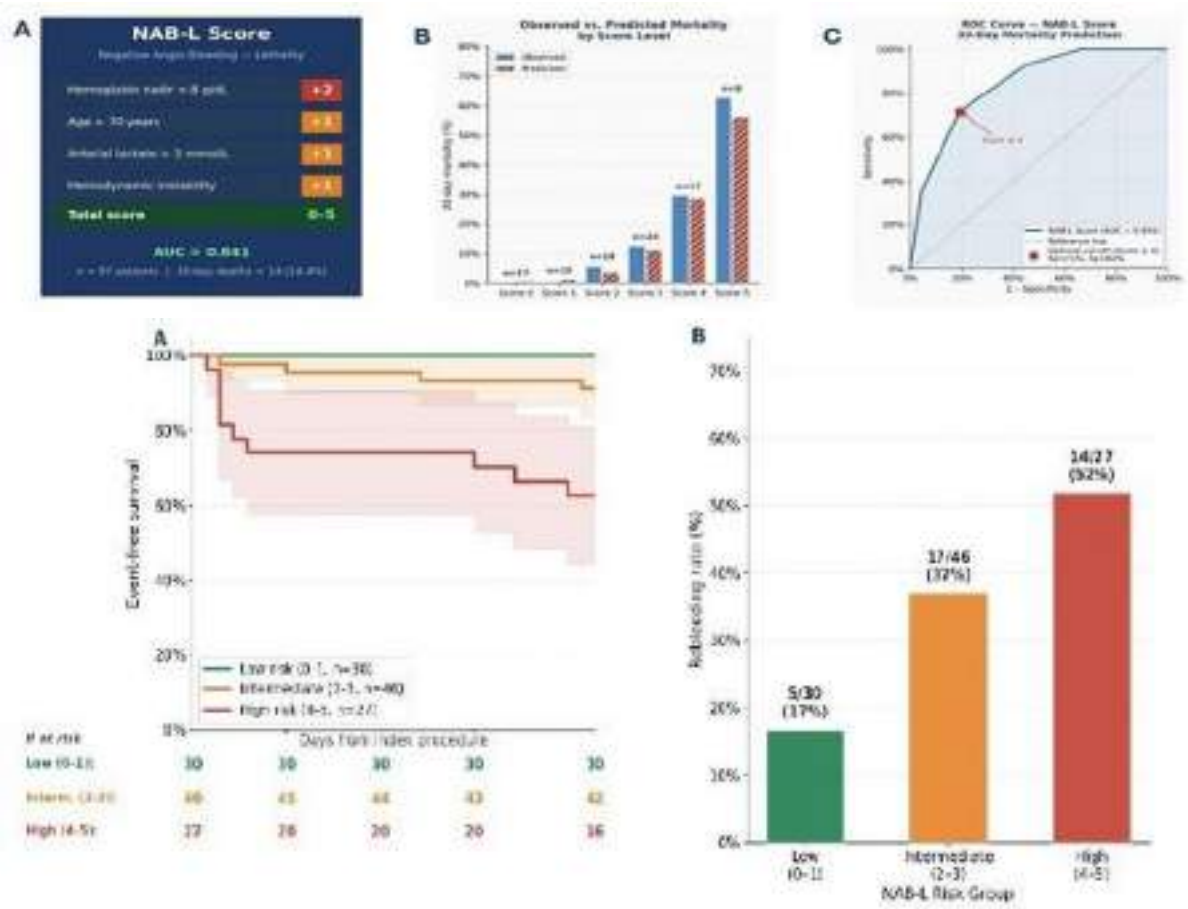
Résultats

Cent dix-huit patients étaient inclus, avec une mortalité à 30 jours de 14,4 % et une récurrence hémorragique chez 33,9 % des patients. Une hémoglobine <8 g/dL (ORa : 11,44 ; IC à 95 % : 1,45-90,35), des lactates artériels >2 mmol/L (ORa : 5,69 ; IC à 95 % : 1,27-25,42) et un âge >70 ans (ORa : 3,63 ; IC à 95 % : 1,01-13,02) étaient indépendamment associés à la mortalité. Le score NAB-L (0–5) a démontré une bonne discrimination (AUC 0,854) et une calibration adéquate (Hosmer-Lemeshow : p = 0,946). Un seuil ≥4 a permis d'identifier les patients à haut risque (sensibilité : 71 %, spécificité : 82 %, VPN : 94 %), la mortalité passant de 0 % (score 0–1) à 62 % (score 5).

Conclusion

Cent dix-huit patients étaient inclus, avec une mortalité à 30 jours de 14,4 % et une récurrence hémorragique chez 33,9 % des patients. Une hémoglobine <8 g/dL (ORa : 11,44 ; IC à 95 % : 1,45-90,35), des lactates artériels >2 mmol/L (ORa : 5,69 ; IC à 95 % : 1,27-25,42) et un âge >70 ans (ORa : 3,63 ; IC à 95 % : 1,01-13,02) étaient indépendamment associés à la mortalité. Le score NAB-L (0–5) a démontré une bonne discrimination (AUC 0,854) et une calibration

adéquate (Hosmer-Lemeshow : $p = 0,946$). Un seuil ≥ 4 a permis d'identifier les patients à haut risque (sensibilité : 71 %, spécificité : 82 %, VPN : 94 %), la mortalité passant de 0 % (score 0–1) à 62 % (score 5).



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.208

3CVD00065-Prise en charge des traumatismes pancréatiques avec atteinte canalaire dans un Trauma Center de niveau 1 : bénéfice de la résection pancréatique précoce ?

Morgane BARRA, Julio ABBA, Edouard GIRARD - (1)Chu De Grenoble, Grenoble, France

Conflits d'intérêts

Non

Introduction

Les lésions traumatiques du pancréas sont rares, dont la morbidité dépend principalement des lésions associées. Le traitement des traumatismes abdominaux a évolué ces dernières décennies avec l'apparition des traitements non opératoires (TNO). Néanmoins pour les traumatismes pancréatiques (TP) associés à une lésion du canal pancréatique principal, définis par un score de l'American Association for the Surgery of Trauma (AAST) ≥ 3 , la résection pancréatique semble avoir encore sa place. Cette étude vise à évaluer la morbidité des TP AAST ≥ 3 afin de mieux comprendre l'impact des différentes stratégies thérapeutiques.

Méthodes

Cette étude a inclus rétrospectivement 35 patients hospitalisés au CHUGA pour TP AAST ≥ 3 entre 2004 et 2025. Le critère de jugement principal était la morbi mortalité à 90 jours, selon la classification de Clavien-Dindo.

Résultats

Pour les lésions AAST3, le TNO a montré un taux d'échec de 83%. Les patients traités par résection ne présentaient aucune mortalité à 90 jours, contre 12,5 % pour le drainage. Celui-ci était souvent associé à une morbidité plus élevée (75% Vs 65%). Pour les lésions AAST > 3 , une lésion duodénale entraînait une prise en charge plus agressive. Chez ces patients, la résection pancréatique n'était pas associée à une augmentation de la morbi mortalité en comparaison d'un drainage chirurgical.

Conclusion

Pour les lésions AAST3, le TNO a montré un taux d'échec de 83%. Les patients traités par résection ne présentaient aucune mortalité à 90 jours, contre 12,5 % pour le drainage. Celui-ci était souvent associé à une morbidité plus élevée (75% Vs 65%). Pour les lésions AAST > 3 , une lésion duodénale entraînait une prise en charge plus agressive. Chez ces patients, la résection pancréatique n'était pas associée à une augmentation de la morbi mortalité en comparaison

d'un drainage chirurgical.

	Traitement non opératoire, N=6	Drainage pancréatique chirurgical, N=8	Résection pancréatique, N=13
Sévérité globale des complications selon Clavien-Dindo, n (%)	5 (83)	6 (75)	8 (62)
Mineur (< 3b)	0	3 (38)	5 (39)
Majeur (≥ 3b)	5 (83)	3 (38)	3 (23)
Mortalité < 90 jours, n (%)	1 (17)	1 (13)	0
Durée moyenne de séjour à l'hôpital, moyenne	45 jours	47 jours	42 jours
Durée de séjour en unité de soins continus/intensif, moyenne	23 jours	23 jours	22 jours
Reprise chirurgicale, n (%)	5 (83)	0	2 (15)
Drainage	1 (17)	0	2 (15)
Résection chirurgicale	4 (67)	0	X
Autre	0	0	0
Drainage radiologique secondaire, n (%)	1 (17)	1 (13)	1 (78)
Fistule pancréatique, n (%)	0	5 (63)	8 (62)

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.209

3CVD00593-SOS Ischémie Mésentérique Aigue : quelle efficacité d'un stroke dédié?

Victor RUDONDY, Pierre-Antoine BARRAL, Thibaut MARKARIAN, Sophie CHOPINET, Marine BARRAUD, Marine GAUDRY, Jeremy BOURENNE, Benedicte GRIGORESCO, Michel BARTOLI, Diane MEGE - (1)Chu Timone, Marseille, France

Conflits d'intérêts

aucun

Introduction

L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une urgence très grave, dont le pronostic s'est amélioré grâce à la création de "stroke" dédiés. Nous rapportons ainsi les résultats du SOS Ischémie que nous avons mis en place il y a presque 5 ans.

Méthodes

Tous les patients avec une IMA pris en charge via le SOS Ischémie entre novembre 2021 et avril 2026 ont été prospectivement inclus.

Résultats

220 patients avec une IMA ont été pris en charge (hommes : 58%, âge moyen = 67 ± 18 ans). Une douleur abdominale et une hyperlactatémie étaient présents chez 179 patients (81%) et 123 patients (56%), respectivement. Le délai diagnostique de l'IMA était < 6 h chez seulement 35% des patients. Les causes de l'IMA étaient: artérielle occlusive (n=139, 64%), artérielle non occlusive (n=47, 21 %) et veineuse (n=34, 15%). Une absence de réhaussement pariétal, une pneumatose pariétale et une aéroportie étaient observés chez respectivement 56%, 24% et 14% des patients. Un traitement chirurgical était réalisé chez 169 patients (77%), comprenant une résection intestinale (n=100, 45%) et une revascularisation (n=85/139, 61%). Le délai avant la chirurgie de l'IMA était < 6 h dans 54% des cas. À la fin du suivi, 9% des patients présentaient un syndrome de l'intestin grêle court, et 54% des patients étaient vivants.

Conclusion

220 patients avec une IMA ont été pris en charge (hommes : 58%, âge moyen = 67 ± 18 ans). Une douleur abdominale et une hyperlactatémie étaient présents chez 179 patients (81%) et 123 patients (56%), respectivement. Le délai diagnostique de l'IMA était < 6 h chez seulement 35% des patients. Les causes de l'IMA étaient: artérielle occlusive (n=139, 64%), artérielle non occlusive (n=47, 21 %) et veineuse (n=34, 15%). Une absence de réhaussement pariétal, une pneumatose pariétale et une aéroportie étaient observés chez respectivement 56%, 24% et

14% des patients. Un traitement chirurgical était réalisé chez 169 patients (77%), comprenant une résection intestinale (n=100, 45%) et une revascularisation (n=85/139, 61%). Le délai avant la chirurgie de l'IMA était < 6h dans 54% des cas. À la fin du suivi, 9% des patients présentaient un syndrome de l'intestin grêle court, et 54% des patients étaient vivants.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.210

3CVD00112-Prédire l'échec du traitement non opératoire dans l'occlusion du grêle sur bride : revue systématique et validation prospective

Rayan RASSOULI - (1)Chu De Nice, Nice, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

L'occlusion du grêle sur bride est une urgence chirurgicale fréquente. Une prise en charge non opératoire est recommandée dans les formes non compliquées, mais une proportion non négligeable de patients nécessite finalement une chirurgie différée. La prédiction précoce de l'échec du NOM reste difficile. Cette étude avait pour objectifs de réaliser une revue systématique des scores pronostiques d'échec du NOM dans l'aSBO non compliquée et de valider en externe les modèles existants dans une cohorte prospective.

Méthodes

Une revue systématique a identifié les scores publiés visant à prédire l'échec du NOM dans l'aSBO non compliquée. Ces scores ont été validés en externe dans une cohorte prospective monocentrique de patients consécutifs initialement pris en charge par NOM. Les performances des modèles ont été évaluées par des analyses de discrimination et de calibration. Une régression logistique multivariée a été réalisée afin d'identifier les prédicteurs indépendants d'échec du NOM dans la cohorte prospective.

Résultats

Dans la cohorte prospective (n = 107), l'échec du NOM est survenu chez 23,4% des patients. En analyse multivariée, les vomissements persistants 48 heures après l'admission chez les patients sans sonde nasogastrique constituaient le seul prédicteur indépendant d'échec du NOM. En validation externe, l'ensemble des scores évalués présentaient des performances discriminantes limitées. Aucun modèle ne montrait de compromis sensibilité-spécificité clairement acceptable aux seuils proposés, et la calibration globale était sous-optimale.

Conclusion

Dans la cohorte prospective (n = 107), l'échec du NOM est survenu chez 23,4% des patients. En analyse multivariée, les vomissements persistants 48 heures après l'admission chez les patients sans sonde nasogastrique constituaient le seul prédicteur indépendant d'échec du NOM. En validation externe, l'ensemble des scores évalués présentaient des performances discriminantes limitées. Aucun modèle ne montrait de compromis sensibilité-spécificité

clairement acceptable aux seuils proposés, et la calibration globale était sous-optimale

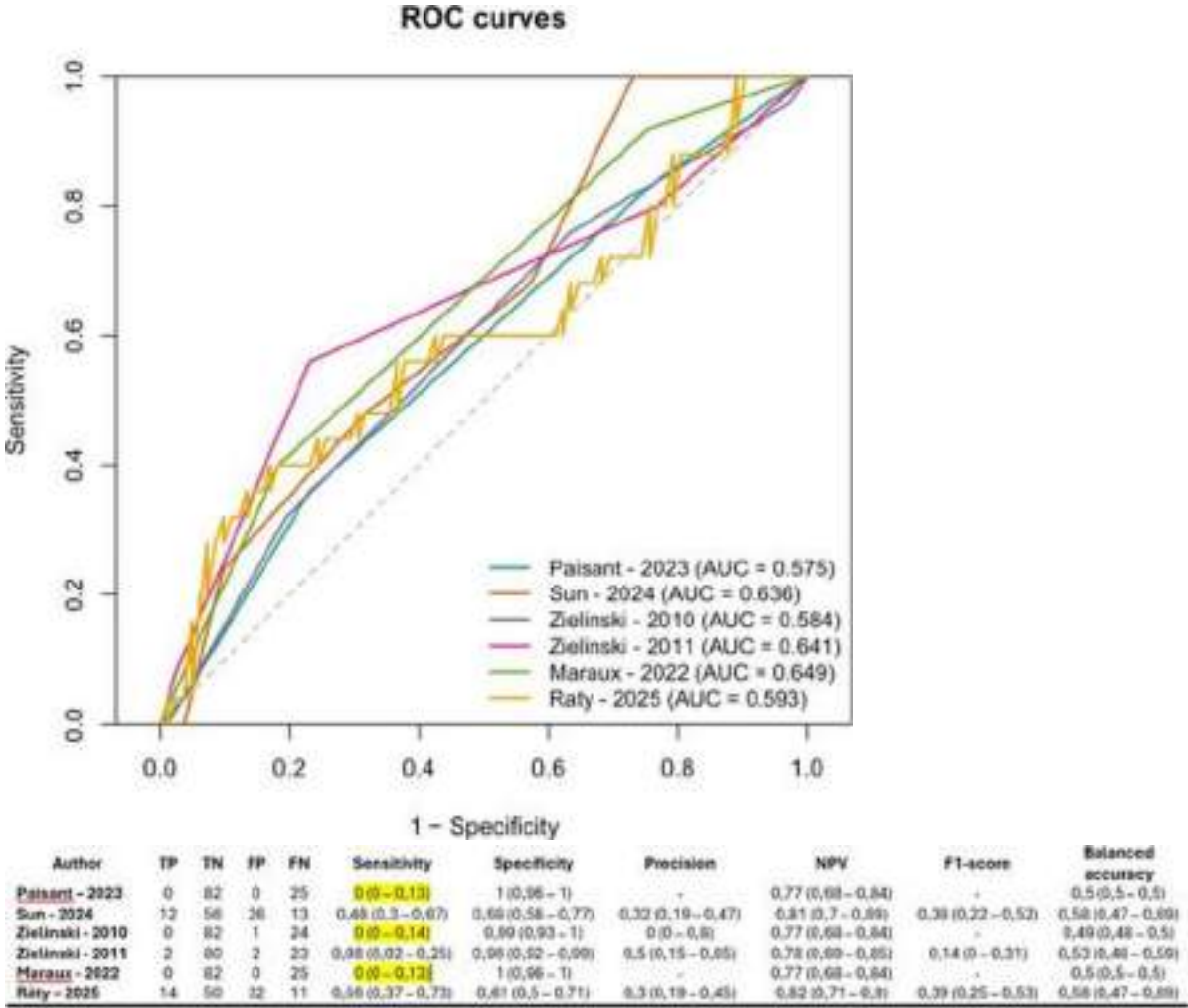


Table 3: performance metrics of the included scores on our uncomplicated gSBQ prospective cohort.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.211

3CVD00664-Prise en charge chirurgicale des body-packers : une étude rétrospective dans un centre expert réanimation toxicologique

Milena MUZZOLINI (1), Clara MASSON (1), Anna CARTEAUX TAIEB (1), Bruno MEGARBANE (2), Leon MAGGIORI (1) - (1)Service De Chirurgie Viscérale, Cancérologique Et Endocrinienne, Hôpital Saint Louis, Aphp, Paris, France, (2)Service De Réanimation Médicale Et Toxicologique, Hôpital Lariboisière, Aphp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt

Introduction

Bien que l'évacuation des paquets ingérés lors d'un body-packing soit généralement spontanée par les voies naturelles, certaines situations imposent un traitement chirurgical. L'objectif de cette étude monocentrique était de décrire la prise en charge chirurgicale des bodypackers dans un centre doté d'une réanimation spécialisée en toxicologie.

Méthodes

Tous les bodypackers opérés entre Mai 2008 et Mars 2026 ont été inclus.

Résultats

Quarentre-trois patients ont été inclus, avec 32 hommes (74%), d'âge médian 36 ans (19-59) et de BMI médian 25 (16-38). La cocaïne était le plus fréquemment retrouvée (88%) avec un nombre médian de paquets de 29 (3 - 138). Dans 68% des cas, l'indication opératoire était posée sur un syndrome sympathomimétique par rupture d'un paquet. Il y a eu 42 (98%) laparotomies et un total de 42 ouvertures du tube digestif réalisées chez 29 patients (67%) incluant 27 gastrotomies et 15 entérotomies ou colotomies. La mortalité post opératoire était nulle. La morbidité globale à J30 était de 32% (14/43), incluant une morbidité grave (Clavien-dindo $\geq$ 3) de 16% (7/43). Le taux global de fistule après ouverture du tube digestif était de 17% (5/29) incluant 5/27 (19%) après gastrotomie et 5/15 (33%) après ouverture sous mésocolique. En analyse univariée, l'âge > 40 ans ($p=0,009$) et la réalisation d'une ouverture sous mésocolique du tube digestif ($p=0,046$) étaient significativement associés au risque de morbidité grave.

Conclusion

Quarentre-trois patients ont été inclus, avec 32 hommes (74%), d'âge médian 36 ans (19-59) et de BMI médian 25 (16-38). La cocaïne était le plus fréquemment retrouvée (88%) avec un nombre médian de paquets de 29 (3 - 138). Dans 68% des cas, l'indication opératoire était posée sur un syndrome sympathomimétique par rupture d'un paquet. Il y a eu 42 (98%) laparotomies et un total de 42 ouvertures du tube digestif réalisées chez 29 patients (67%)

incluant 27 gastrotomies et 15 entérotomies ou colotomies. La mortalité post opératoire était nulle. La morbidité globale à J30 était de 32% (14/43), incluant une morbidité grave (Clavien-Dindo $\geq$ 3) de 16% (7/43). Le taux global de fistule après ouverture du tube digestif était de 17% (5/29) incluant 5/27 (19%) après gastrotomie et 5/15 (33%) après ouverture sous mésocolique. En analyse univariée, l'âge > 40 ans ($p=0,009$) et la réalisation d'une ouverture sous mésocolique du tube digestif ($p=0,046$) étaient significativement associés au risque de morbidité grave.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.212

3CVD00582-Score MESI : un index pronostique simple dans l'ischémie mésentérique aiguë.

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) reste grevée d'une mortalité majeure. L'identification précoce des patients à haut risque conditionne la prise en charge. Nous avons décrit une cohorte d'IMA et construit un score pronostique de mortalité postopératoire.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique de 57 patients. Les facteurs associés à la mortalité ont été analysés (univariée puis multivariée). Un score (MESI) a été dérivé des variables pré-opératoires significatives.

Résultats

L'âge médian était de 67 ans (sex-ratio 1). Un facteur cardiovasculaire était fréquent (HTA prédominante). L'origine était majoritairement artérielle, thrombotique, et multifocale dans près d'un tiers des cas. Deux tiers des patients ont été opérés ; la mortalité globale dépassait 60 %. En univariée, étaient associés à la mortalité : l'âge avancé (74 vs 50 ans ; $p=0,042$), les facteurs cardiovasculaires ($p=0,001$), l'HTA ($p=0,012$), la tachycardie ($p=0,037$) et la thrombocytose ($281\ 000$ vs $195\ 600/\text{mm}^3$; $p=0,001$). Le score MESI (0–7 points) attribue : âge > 70 ans (1), facteur cardiovasculaire (2), tachycardie (1), thrombocytose > $250\ 000/\text{mm}^3$ (2), ASA $\geq$ III (1). Il stratifie trois groupes de risque : bas (0–2), intermédiaire (3–4) et haut (5–7), avec une mortalité postopératoire croissante, respectivement de 27 %, 62 % et 93 %.

Conclusion

L'âge médian était de 67 ans (sex-ratio 1). Un facteur cardiovasculaire était fréquent (HTA prédominante). L'origine était majoritairement artérielle, thrombotique, et multifocale dans près d'un tiers des cas. Deux tiers des patients ont été opérés ; la mortalité globale dépassait 60 %. En univariée, étaient associés à la mortalité : l'âge avancé (74 vs 50 ans ; $p=0,042$), les facteurs cardiovasculaires ($p=0,001$), l'HTA ($p=0,012$), la tachycardie ($p=0,037$) et la thrombocytose ($281\ 000$ vs $195\ 600/\text{mm}^3$; $p=0,001$). Le score MESI (0–7 points) attribue : âge > 70 ans (1), facteur cardiovasculaire (2), tachycardie (1), thrombocytose > $250\ 000/\text{mm}^3$ (2), ASA

≥ III (1). Il stratifie trois groupes de risque : bas (0–2), intermédiaire (3–4) et haut (5–7), avec une mortalité postopératoire croissante, respectivement de 27 %, 62 % et 93 %.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.213

3CVD00352-CRP au 4E jour postopératoire pour prédire les infections intra-abdominales après chirurgie colorectale en urgence : étude de cohorte rétrospective

Rémi VIEIRA DA SILVA (1) , Pablo ORTEGA DEBALLON (2), Olivier FACY (1) - (1)Sfcd, Dijon, France, (2)Sfcp-Ch, Dijon, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

En chirurgie colorectale, les infections intra-abdominales (IIA) constituent la complication la plus redoutée. Les marqueurs biologiques ont démontré leur intérêt pour le dépistage précoce de ces complications. La protéine C-réactive (CRP) est la plus étudiée en chirurgie programmée. L'objectif est d'évaluer la valeur pronostique de la CRP au quatrième jour postopératoire dans la détection précoce des IIA chez les patients opérés en urgence d'une résection colorectale avec anastomose.

Méthodes

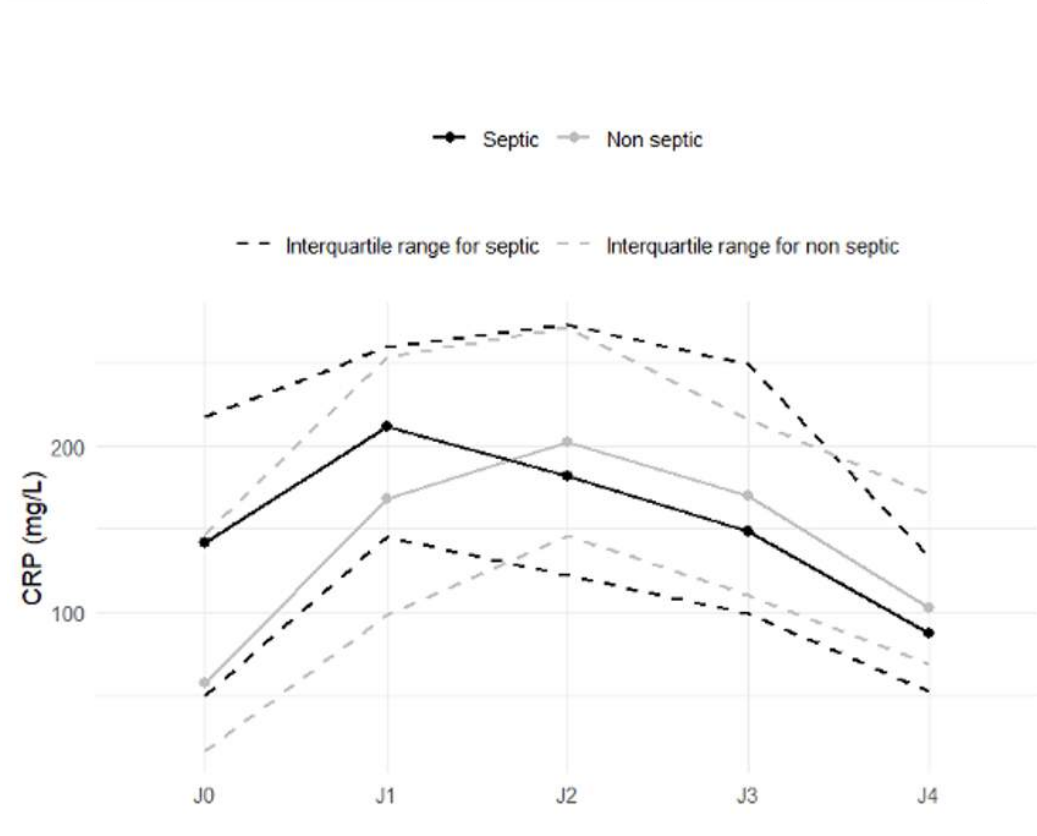
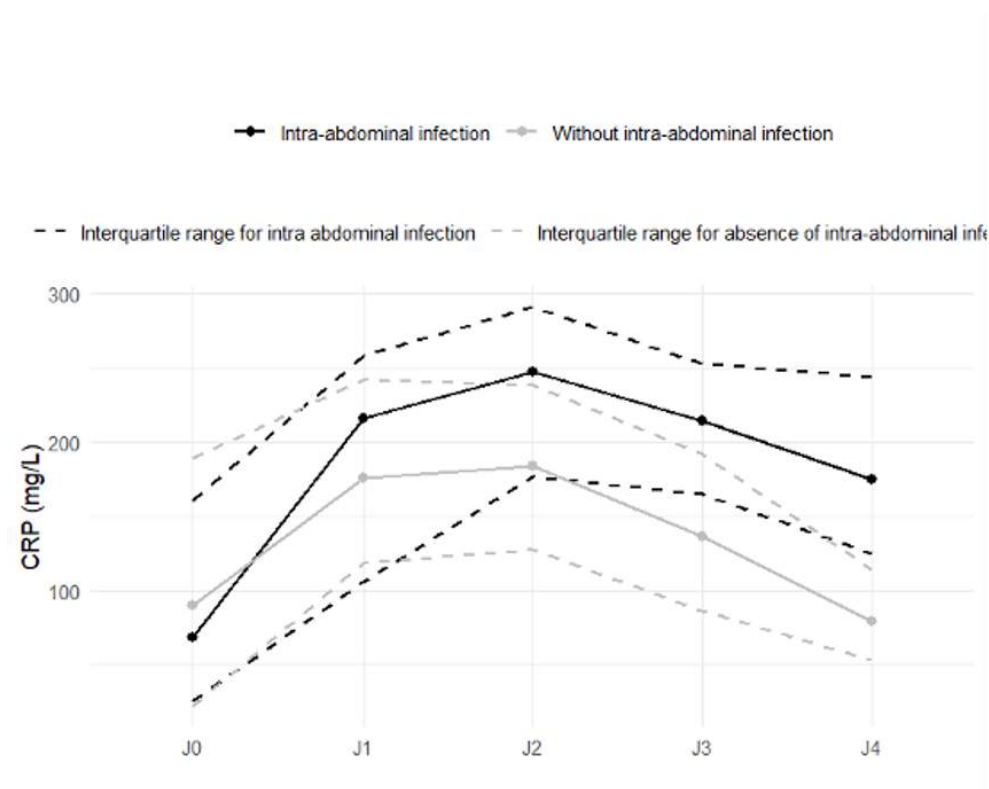
Étude rétrospective, monocentrique, chez l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une chirurgie colorectale avec anastomose en urgence entre le 21/12/2012 et le 03/12/2023 au CHU de Dijon. L'objectif principal était la détection des infections intra-abdominales. Les objectifs secondaires étaient la détection des fistules anastomotiques, l'évaluation de la morbi-mortalité à J30, la durée d'hospitalisation, la description de la cinétique de la CRP en postopératoire.

Résultats

Parmi les 306 patients opérés et disposant d'une CRP à J4, 95 ont présenté une IIA dont 20% de fistule anastomotique (61/306). La mortalité à 30 jours était de 6,6 %, et la mortalité hospitalière atteignait 8,5 %. Un seuil de CRP à J4 de 125 mg/L permettait d'obtenir une Se de 75 %, une Sp de 80 % et une VPN de 87 % pour la détection des IIA, avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,827.

Conclusion

Parmi les 306 patients opérés et disposant d'une CRP à J4, 95 ont présenté une IIA dont 20% de fistule anastomotique (61/306). La mortalité à 30 jours était de 6,6 %, et la mortalité hospitalière atteignait 8,5 %. Un seuil de CRP à J4 de 125 mg/L permettait d'obtenir une Se de 75 %, une Sp de 80 % et une VPN de 87 % pour la détection des IIA, avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,827.



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.214

3CVD00548-Plaies pénétrantes thoraco-abdominales : facteurs associés au recours à un geste interventionnel

Zied HADRICH (1), Mohamed HAJRI (1), Eya OUERGHI (2), Montassar ZAAFOURI (1), Ezer BEN ALI (1), Haddad FATEN (3), Amani BEN HAJ YOUSSEF (3), Sahir OMRANI (1) - (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (2)Service De Médecine D'urgences, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (3)Service D'anesthésie Réanimation, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

Les plaies pénétrantes thoraciques et abdominales constituent une urgence médico-chirurgicale fréquente, dont la prise en charge varie de la simple surveillance au recours à une intervention chirurgicale. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés au recours à un geste interventionnel et de décrire les stratégies diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre.

Méthodes

Étude rétrospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 8 ans, incluant les patients pris en charge pour une plaie pénétrante thoracique et/ou abdominale. Les facteurs associés au recours à une laparotomie, une laparoscopie ou une intervention thoracique ont été analysés.

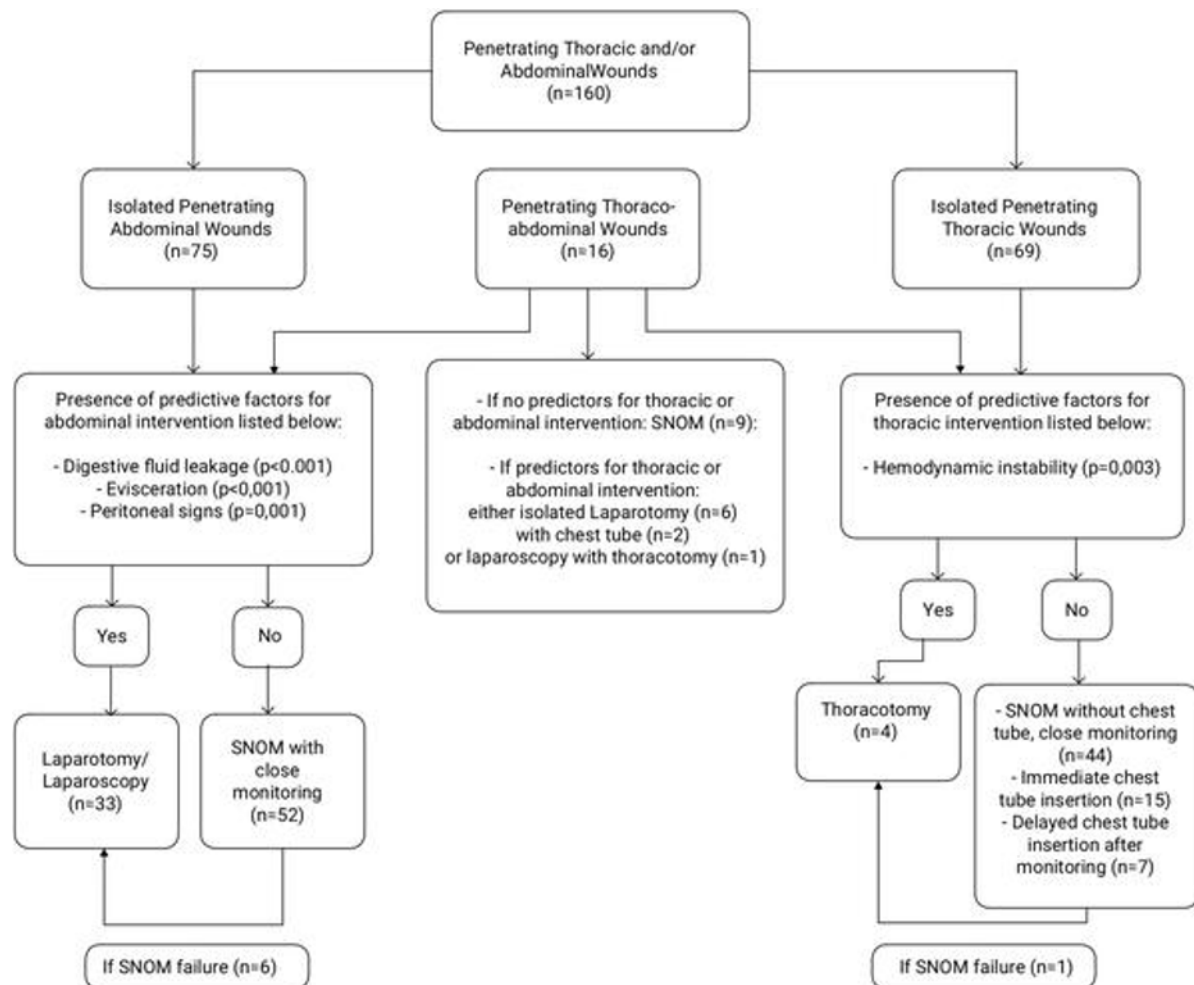
Résultats

Cent soixante patients ont été inclus. L'âge moyen était de 30 ans, avec une nette prédominance masculine. Le mécanisme principal était une agression par tierce personne (91,9 %), le plus souvent par arme blanche (94,4 %). Un traitement non opératoire a été réalisé chez 67,5 % des patients, avec un taux d'intervention secondaire de 6,5 % (Figure 1). En analyse univariée, les facteurs associés à la chirurgie abdominale étaient l'issue de liquide digestif, l'éviscération, les signes péritonéaux, l'instabilité hémodynamique, l'arme blanche et une plaie ≥ 2 cm. En analyse multivariée, l'issue de liquide digestif, l'éviscération et les signes péritonéaux étaient indépendamment associés au recours à une chirurgie abdominale. L'instabilité hémodynamique était associée au recours à une intervention thoracique.

Conclusion

Cent soixante patients ont été inclus. L'âge moyen était de 30 ans, avec une nette prédominance masculine. Le mécanisme principal était une agression par tierce personne

(91,9 %), le plus souvent par arme blanche (94,4 %). Un traitement non opératoire a été réalisé chez 67,5 % des patients, avec un taux d'intervention secondaire de 6,5 % (Figure 1). En analyse univariée, les facteurs associés à la chirurgie abdominale étaient l'issue de liquide digestif, l'éviscération, les signes péritonéaux, l'instabilité hémodynamique, l'arme blanche et une plaie ≥ 2 cm. En analyse multivariée, l'issue de liquide digestif, l'éviscération et les signes péritonéaux étaient indépendamment associés au recours à une chirurgie abdominale. L'instabilité hémodynamique était associée au recours à une intervention thoracique.



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.215

3CVD00595-Le score ASA, facteur prédictif de morbidité majeure et de mortalité après cure chirurgicale d'une hernie crurale étranglée

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La hernie crurale étranglée est une urgence fréquente chez le sujet âgé et comorbide, grevée d'une morbi-mortalité non négligeable. Notre objectif était de déterminer les facteurs prédictifs de morbidité et de mortalité après cure herniaire en urgence.

Méthodes

Étude rétrospective incluant les patients opérés d'une hernie crurale étranglée entre janvier 2018 et décembre 2023. Les variables analysées, âge, sexe, siège herniaire, comorbidités, score ASA, délai admission-intervention, technique opératoire et résection digestive, ont été corrélées à la morbidité mineure (Clavien-Dindo ≤ 2), majeure (> 2) et à la mortalité à 30 jours. Une régression logistique uni- puis multivariée a été réalisée.

Résultats

Cinquante-trois patients ont été inclus. Une morbidité postopératoire était observée chez 11,3 % (n = 6) : pneumopathie (n = 5), infection de paroi (n = 1), syndrome coronarien aigu (n = 1). La mortalité à 30 jours atteignait 7,5 % (n = 4). En univariée, l'insuffisance rénale (créatinine > 120 $\mu\text{mol/L}$; p = 0,031), un score ASA ≥ 3 (p = 0,017) et la résection digestive (p = 0,031) augmentaient le risque de morbidité. En multivariée, un score ASA ≥ 3 était associé de façon indépendante à la morbidité majeure (OR = 11,2 ; p = 0,011) et à la mortalité (OR = 15,4 ; p = 0,0012).

Conclusion

Cinquante-trois patients ont été inclus. Une morbidité postopératoire était observée chez 11,3 % (n = 6) : pneumopathie (n = 5), infection de paroi (n = 1), syndrome coronarien aigu (n = 1). La mortalité à 30 jours atteignait 7,5 % (n = 4). En univariée, l'insuffisance rénale (créatinine > 120 $\mu\text{mol/L}$; p = 0,031), un score ASA ≥ 3 (p = 0,017) et la résection digestive (p = 0,031) augmentaient le risque de morbidité. En multivariée, un score ASA ≥ 3 était associé de façon indépendante à la morbidité majeure (OR = 11,2 ; p = 0,011) et à la mortalité (OR = 15,4 ; p = 0,0012).

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.216

3CVD00392-Le scanner abdomino-pelvien est-il utile dans l'indication thérapeutique des plaies abdominales par arme blanche

Bochra REZGUI (1), Seif KTHIRI (1), Amal BENBELAID (1), Rached KHELILI (1), Hallouma BEN FRAJ (2), Amal TORKAHNI (2), Muhaned AZZUZ (2), Asma BEJAOUI (2), Mounir BEN MOUSSA (2) - (1)Hopital Charles Nicolle , Service De Chirurgie A, Tunis, Tunisie, (2)Hopital Charles Nicolle , Service D'anesthésie Réanimation, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

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

Introduction

Les plaies abdominales par arme blanche (PAB) constituent une urgence fréquente. Bien que la laparotomie demeure le traitement de référence en présence de signes évidents de gravité, son indication chez les patients hémodynamiquement stables reste débattue. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne (TDM-AP) occupe une place croissante dans l'évaluation de ces patients. L'objectif de ce travail était d'évaluer la performance diagnostique de la TDM-AP pour prédire la nécessité d'une laparotomie dans ces cas.

Méthodes

Ils'agit d'une étude rétrospective incluant les patients admis entre 2010 et 2020 pour une plaie abdominale. Les patients ont été répartis en deux groupes selon la stratégie diagnostique: exploration chirurgicale (EC) ou TDM-AP. Les résultats ont été analysés et comparés. Une revue de la littérature a été effectuée afin de confronter nos résultats aux données publiées.

Résultats

Au total, 136 patients ont été inclus, 24 ont nécessité une laparotomie immédiate en raison d'une instabilité hémodynamique ou de signes de péritonite. Parmi les 112 autres patients, 40 (35,7 %) ont eu une EC et 72 (64,3 %) une TDM-AP. La plaie était pénétrante dans 26 cas, avec une fréquence significativement plus élevée dans le groupe exploration chirurgicale que dans le groupe TDM-AP (42 % versus 12,5 % ; $p < 0,001$). Chez 4 patients (5,55 %), l'exploration chirurgicale s'est révélée négative alors que la TDM-AP avait conduit à l'indication d'une laparotomie immédiate. La TDM-AP présentait une sensibilité de 91,6 %

Conclusion

Au total, 136 patients ont été inclus, 24 ont nécessité une laparotomie immédiate en raison d'une instabilité hémodynamique ou de signes de péritonite. Parmi les 112 autres patients, 40 (35,7 %) ont eu une EC et 72 (64,3 %) une TDM-AP. La plaie était pénétrante dans 26 cas, avec une fréquence significativement plus élevée dans le groupe exploration chirurgicale que dans

le groupe TDM-AP (42 % versus 12,5 % ; $p < 0,001$). Chez 4 patients (5,55 %), l'exploration chirurgicale s'est révélée négative alors que la TDM-AP avait conduit à l'indication d'une laparotomie immédiate. La TDM-AP présentait une sensibilité de 91,6 %

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.217

3CVD00168-Facteurs prédictifs d'échec de drainage percutané des collections intrapéritonéales

Mehdi BEN LATIFA (1), Abderraouf ABBESS (2), Amira BEN AFIA (2), Sami LAGHA (1), Amel BOUAZZI (1), Waad FARHAT (1), Abdelkader MIZOUNI (1), Ibtissem HASSNI (2), Mohamed BEN MABROUK (1) - (1)Service Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie, (2)Service D'imagerie Médicale Chu Sahloul Sousse Faculté De Médecine Sousse Université Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Introduction

Le drainage percutané des collections intrapéritonéales constitue une alternative thérapeutique valide à la chirurgie, avec un taux de succès élevé dans la littérature. Toutefois, certains facteurs cliniques, radiologiques et techniques peuvent compromettre son efficacité. L'objectif du travail est d'identifier les facteurs associés à l'échec du drainage percutané des collections intrapéritonéales.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective exhaustive colligeant les patients ayant eu un drainage percutané de collections intrapéritonéales. L'échec a été défini par l'absence de résolution clinique, biologique ou radiologique de la collection nécessitant un geste complémentaire. Une analyse univariée et multivariée a été réalisée.

Résultats

100 patients ont été inclus dans notre étude. Le taux d'échec était de 31%. Les comorbidités telles que le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale chronique étaient significativement associées à l'échec du drainage percutané. Sur le plan radiologique, les collections multiples ($p<0,001$), ≥ 10 cm ($p<0,001$), cloisonnées ($p<0,001$) ou fistulisées ($p<0,001$) étaient corrélées à une issue défavorable. Les complications mécaniques du drainage (migration ou obstruction) étaient exclusivement observées dans le groupe « échec ». Cependant, aucune variable n'a émergé comme facteur indépendant en analyse multivariée.

Conclusion

100 patients ont été inclus dans notre étude. Le taux d'échec était de 31%. Les comorbidités telles que le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale chronique étaient significativement associées à l'échec du drainage percutané. Sur le plan radiologique, les collections multiples ($p<0,001$), ≥ 10 cm ($p<0,001$), cloisonnées ($p<0,001$) ou fistulisées

($p < 0,001$) étaient corrélées à une issue défavorable. Les complications mécaniques du drainage (migration ou obstruction) étaient exclusivement observées dans le groupe « échec ». Cependant, aucune variable n'a émergé comme facteur indépendant en analyse multivariée.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.218

3CVD00642-Les occlusions intestinales sur hernies internes : déficit diagnostique et thérapeutique majeur

Abdessamad MAJD, Abdelilah EL BAKOURI, Mounir BOUALI, Khalid EL HATTABI - (1)Chu Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

Les hernies internes représentent une des causes rares d'occlusion intestinale aiguë, découvertes en peropératoire ou lors d'une autopsie. Elles correspondent à une protrusion des viscères creux abdominaux dans un orifice intra-abdominal ou rétropéritonéal, mais qui restent à l'intérieur de la cavité abdominale, l'orifice peut être acquis ou congénital

Méthodes

Notre étude porte sur 22 cas d'occlusion intestinale sur hernie interne diagnostiqués et traités au service sur une période de 13 ans allant du janvier 2014 jusqu'au Mars 2026.

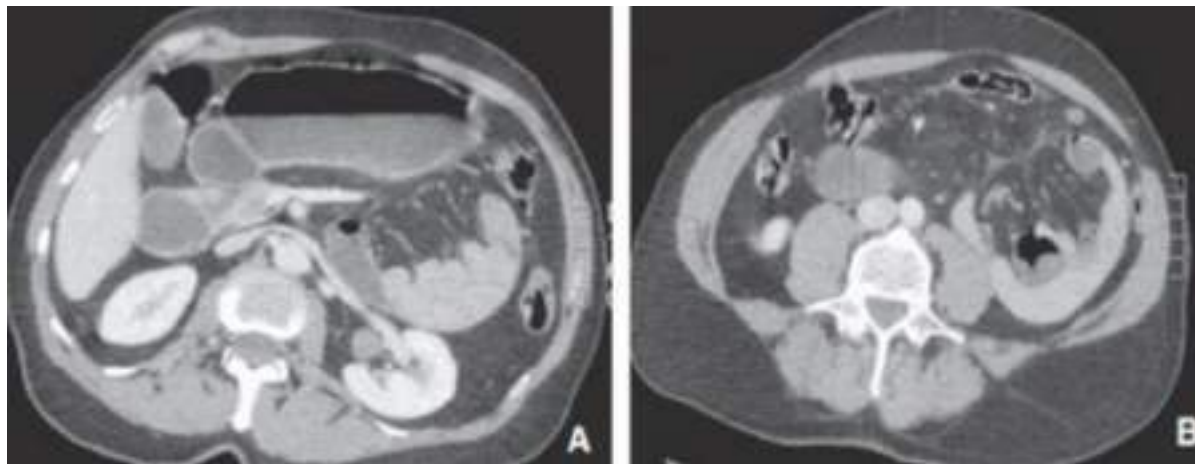
Résultats

Notre série contient 12 hommes et 10 femmes dont l'âge variait de 18 ans à 80 ans avec une moyenne de 42,95 ans. La durée moyenne de présentation aux urgences après le début de la symptomatologie est de 2,4 jours. Le syndrome occlusif a constitué le principal mode de révélation. L'ASP a été réalisée chez tous les patients a objectivé des NHA dans 100% des cas, la TDM a confirmé le diagnostic de l'occlusion et a précisé le siège de la hernie interne dans 22,72% des cas. La variété anatomique paraduodénale gauche est la plus fréquente des hernies internes 27,27%. Figure 1 Tous nos patients ont bénéficié des mesures de réanimation avec un traitement médical suivi d'un traitement chirurgical en urgence. La confirmation diagnostique passe désormais par l'exploration chirurgicale de la cavité abdominale. Figure 2 La mortalité était de 4,54 % et la morbidité était de 27,27%.

Conclusion

Notre série contient 12 hommes et 10 femmes dont l'âge variait de 18 ans à 80 ans avec une moyenne de 42,95 ans. La durée moyenne de présentation aux urgences après le début de la symptomatologie est de 2,4 jours. Le syndrome occlusif a constitué le principal mode de révélation. L'ASP a été réalisée chez tous les patients a objectivé des NHA dans 100% des cas, la TDM a confirmé le diagnostic de l'occlusion et a précisé le siège de la hernie interne dans 22,72% des cas. La variété anatomique paraduodénale gauche est la plus fréquente des hernies internes 27,27%. Figure 1 Tous nos patients ont bénéficié des mesures de réanimation

avec un traitement médical suivi d'un traitement chirurgical en urgence. La confirmation diagnostique passe désormais par l'exploration chirurgicale de la cavité abdominale. Figure 2 La mortalité était de 4,54 % et la morbidité était de 27,27%.



Type de la hernie interne decouvert en per-opératoire	Nombre de cas	Pourcentage
Hernie para-duodénale gauche	6	27,27%
Hernie transmésentérique	5	22,72%
Hernie transépiloïque	2	9,09%
Hernie supravésicale	2	9,09%
Hernie du ligament large	2	9,09%
Hernie transmésosigmoïdienne	2	9,09%
Hernie intersigmoïdienne	1	4,54 %
Hernie péricaecale	1	4,54 %
Hernie para duodénale droite	1	4,54%
Total	22	100%

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.219

3CVD00577-Prise en charge chirurgicale en urgence des hernies diaphragmatiques post-traumatiques : expérience monocentrique à propos de 15 cas

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

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt.

Introduction

Les hernies diaphragmatiques post-traumatiques (HDPT) sont des complications rares des traumatismes thoraco-abdominaux, souvent difficiles à diagnostiquer en raison d'une symptomatologie non spécifique et parfois retardée, exposant à des complications sévères. Cette étude décrit les caractéristiques cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des HDPT prises en charge en urgence.

Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients opérés en urgence pour une HDPT dans notre institution. Les données démographiques, le mécanisme du traumatisme, les modalités diagnostiques, les constatations peropératoires, les techniques chirurgicales utilisées et les suites postopératoires ont été analysés.

Résultats

Quinze patients ont été inclus, avec un âge médian de 42 ans et une prédominance masculine (sex-ratio H/F : 3,1). Les accidents de la voie publique constituaient la principale étiologie. Le diagnostic était établi par tomodensitométrie thoraco-abdominale dans 11 cas, et tardivement dans 4 cas. Les hernies étaient gauches dans 12 cas et droites dans 3 cas. Les organes herniés incluaient l'estomac (n=2), l'intestin grêle (n=5), le côlon (n=4) et la rate (n=1). La laparotomie était la voie d'abord la plus fréquente. Une réparation prothétique a été réalisée chez 3 patients. La morbidité postopératoire était de 25 %, avec un décès rapporté. La durée moyenne d'hospitalisation était de $11,2 \pm 3,4$ jours.

Conclusion

Quinze patients ont été inclus, avec un âge médian de 42 ans et une prédominance masculine (sex-ratio H/F : 3,1). Les accidents de la voie publique constituaient la principale étiologie. Le diagnostic était établi par tomodensitométrie thoraco-abdominale dans 11 cas, et tardivement dans 4 cas. Les hernies étaient gauches dans 12 cas et droites dans 3 cas. Les organes herniés incluaient l'estomac (n=2), l'intestin grêle (n=5), le côlon (n=4) et la rate (n=1). La laparotomie

était la voie d'abord la plus fréquente. Une réparation prothétique a été réalisée chez 3 patients. La morbidité postopératoire était de 25 %, avec un décès rapporté. La durée moyenne d'hospitalisation était de $11,2 \pm 3,4$ jours.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.220

3CVD00054-Cholécystectomie subtotale : la solution pour traiter les cholécystites aiguës difficiles ?

Rodolphe BESSET, Edouard GIRARD - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive, Chu Grenoble-Alpes, Grenoble, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Introduction

La cholécystectomie totale coelioscopique (CT) est le traitement de référence de la cholécystite aiguë. Dans les formes sévères, l'inflammation peut compromettre la Critical View of Safety et augmenter le risque de plaie biliaire (BDI). La cholécystectomie subtotale (CST) est une technique de sauvetage mais expose à des complications. Cette étude comparait CT et CST en urgence.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant les patients opérés pour cholécystite aiguë entre 2017 et 2020 au CHU Grenoble-Alpes.

Résultats

Parmi les 479 patients inclus, 403 ont eu une CT et 76 une CST. Les patients CST présentaient plus de comorbidités et de cholécystites sévères. Aucune BDI n'est survenue lors des CST contre 5 (1,2%) lors des CT. Les fistules biliaires étaient plus fréquentes après CST (34% vs 5%, $p < 0,001$), nécessitant davantage de prothèses endoscopiques (17% vs 3%) avec un haut taux de succès. La CST était associée à plus de complications Clavien-Dindo ≥ 3 (36% vs 7%), une hospitalisation plus longue, sans différence de mortalité précoce. A 3,5 ans de suivi, les récidives biliaires étaient plus fréquentes après CST (11% vs 3%) avec 4% de réinterventions. La mortalité tardive était augmentée (38% vs 11%) sans lien avec une pathologie biliaire. En analyse multivariée, la CST était associée aux fistules biliaires, complications sévères et récidives biliaires. La laparotomie, privilégiée par les chirurgiens expérimentés, conduisait à 2 BDI et 36% de CST.

Conclusion

Parmi les 479 patients inclus, 403 ont eu une CT et 76 une CST. Les patients CST présentaient plus de comorbidités et de cholécystites sévères. Aucune BDI n'est survenue lors des CST contre 5 (1,2%) lors des CT. Les fistules biliaires étaient plus fréquentes après CST (34% vs 5%, $p < 0,001$), nécessitant davantage de prothèses endoscopiques (17% vs 3%) avec un haut taux

de succès. La CST était associée à plus de complications Clavien-Dindo ≥ 3 (36% vs 7%), une hospitalisation plus longue, sans différence de mortalité précoce. A 3,5 ans de suivi, les récurrences biliaires étaient plus fréquentes après CST (11% vs 3%) avec 4% de réinterventions. La mortalité tardive était augmentée (38% vs 11%) sans lien avec une pathologie biliaire. En analyse multivariée, la CST était associée aux fistules biliaires, complications sévères et récurrences biliaires. La laparotomie, privilégiée par les chirurgiens expérimentés, conduisait à 2 BDI et 36% de CST.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.221

3CVD00453-Intérêt de la reconstruction 3D avant cholécystectomie pour cholécystite aiguë lithiasique (CAL) en urgence

Alix CARTON, Gaétan PASINATO, Charles SABBAGH, Jean-Marc REGIMBEAU - (1)1. service De Chirurgie Digestive, Chu Amiens Picardie Et Université De Picardie Jules Verne., Amiens, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Introduction

La cholécystectomie pour CAL, intervention très fréquente, est considérée comme une cholécystectomie difficile avec un taux de complications plus élevé (plaie des voies biliaires) par mauvaise interprétation de l'anatomie biliaire et vasculaire (variations anatomiques). Un seul article sur les reconstructions 3D dans le cadre de cholécystectomie programmée et à partir d'IRM a été retrouvé dans la littérature. Nous nous interrogeons sur l'intérêt de la reconstruction 3D pré opératoire avant cholécystectomie pour CAL.

Méthodes

Étude observationnelle, rétrospective, unicentrique incluant les patients adultes ayant un scanner abdominopelvien injecté au temps portal opérés d'une cholécystectomie coelioscopique pour CAL en urgence. Trois logiciels différents ont été utilisés : la reconstruction faite par le chirurgien pour le logiciel F, les logiciels I et V correspondant à des reconstructions déléguées. Le critère de jugement principal repose sur un panel de chirurgiens interrogé sur le niveau de satisfaction et de pertinence clinique de la reconstruction 3D par rapport au scanner seul grâce à une échelle de Liekert. Les critères de jugement secondaires constitueront la visualisation de la convergence biliaire inférieure ou des rapports vasculaires.

Résultats

Du 1er janvier au 31 décembre 2025, 50 reconstructions 3D ont été obtenues : 30 avec le logiciel F, 10 avec le logiciel I, 10 avec le logiciel V. Cinq experts ont évalué chacun 10 reconstructions choisies aléatoirement.

Conclusion

Du 1er janvier au 31 décembre 2025, 50 reconstructions 3D ont été obtenues : 30 avec le logiciel F, 10 avec le logiciel I, 10 avec le logiciel V. Cinq experts ont évalué chacun 10

reconstructions choisies aléatoirement.



1. Scanner abdominopelvien injecté au temps portal
2. Critical View Of Safety per opératoire
3. Cholangiographie per opératoire
4. Reconstruction 3D (logiciel F)

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.222

3CVD00033-Facteurs prédictifs de conversion lors de la suture laparoscopique des ulcères duodénaux perforés

Ghazi LÂAMIRI, Hazem ALOUANI, Houda GAZZAH, Ines SOUSSI, Mahdi BOUASSIDA, Hassen TOUINSI - (1)Hôpital Universitaire Mohamed Taher Mâamouri, Nabeul, Tunisie

Conflits d'intérêts

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

Introduction

La suture laparoscopique des ulcères duodénaux perforés (UDP) est largement pratiquée, mais ses critères de sélection restent discutés. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats de la prise en charge laparoscopique et d'identifier les facteurs prédictifs de conversion et de fuite de suture.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique incluant 288 patients opérés pour UDP par voie laparoscopique entre 2012 et 2022. Les patients ont été répartis en deux groupes : suture laparoscopique complète et conversion en chirurgie ouverte. Les données cliniques, peropératoires et postopératoires ont été analysées. Une analyse par courbe ROC a permis d'identifier les seuils prédictifs.

Résultats

La suture laparoscopique a été menée à terme chez 255 patients (88,5 %), tandis que 33 (11,5 %) ont nécessité une conversion. Le groupe conversion présentait une perforation plus large, un délai symptomatique plus long, une durée d'hospitalisation prolongée, un taux de fuite plus élevé et une mortalité à 30 jours supérieure. En analyse multivariée, la taille de la perforation était le principal facteur prédictif indépendant de conversion. Une taille $\geq 6,5$ mm et un délai ≥ 12 heures étaient associés à un risque accru de conversion et de fuite.

Conclusion

La suture laparoscopique a été menée à terme chez 255 patients (88,5 %), tandis que 33 (11,5 %) ont nécessité une conversion. Le groupe conversion présentait une perforation plus large, un délai symptomatique plus long, une durée d'hospitalisation prolongée, un taux de fuite plus élevé et une mortalité à 30 jours supérieure. En analyse multivariée, la taille de la perforation était le principal facteur prédictif indépendant de conversion. Une taille $\geq 6,5$ mm et un délai ≥ 12 heures étaient associés à un risque accru de conversion et de fuite.

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.223

3CVD00813-Appendicite aiguë de l'enfant : quels outils pour prédire les formes compliquées ?

Mayssa LOUATI, Asma JABLOUN, Imen KALFAT, Fatma TRABELSI, Rabiaa BENABDALLAH, Youssef HELLAL - (1)Service De Chirurgie Pédiatrique Hôpital Habib Thameur Tunis, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente chez l'enfant. Le principal enjeu reste l'identification précoce des formes compliquées (perforation, abcès, péritonite), qui conditionnent la stratégie thérapeutique et le pronostic.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des enfants opérés pour appendicite aiguë. L'appendicite compliquée était définie par un abcès appendiculaire ou de péritonite. Les scores (AIR, Alvarado, PAS) ont été évalués par courbes ROC, avec détermination des seuils optimaux selon l'indice de Youden.

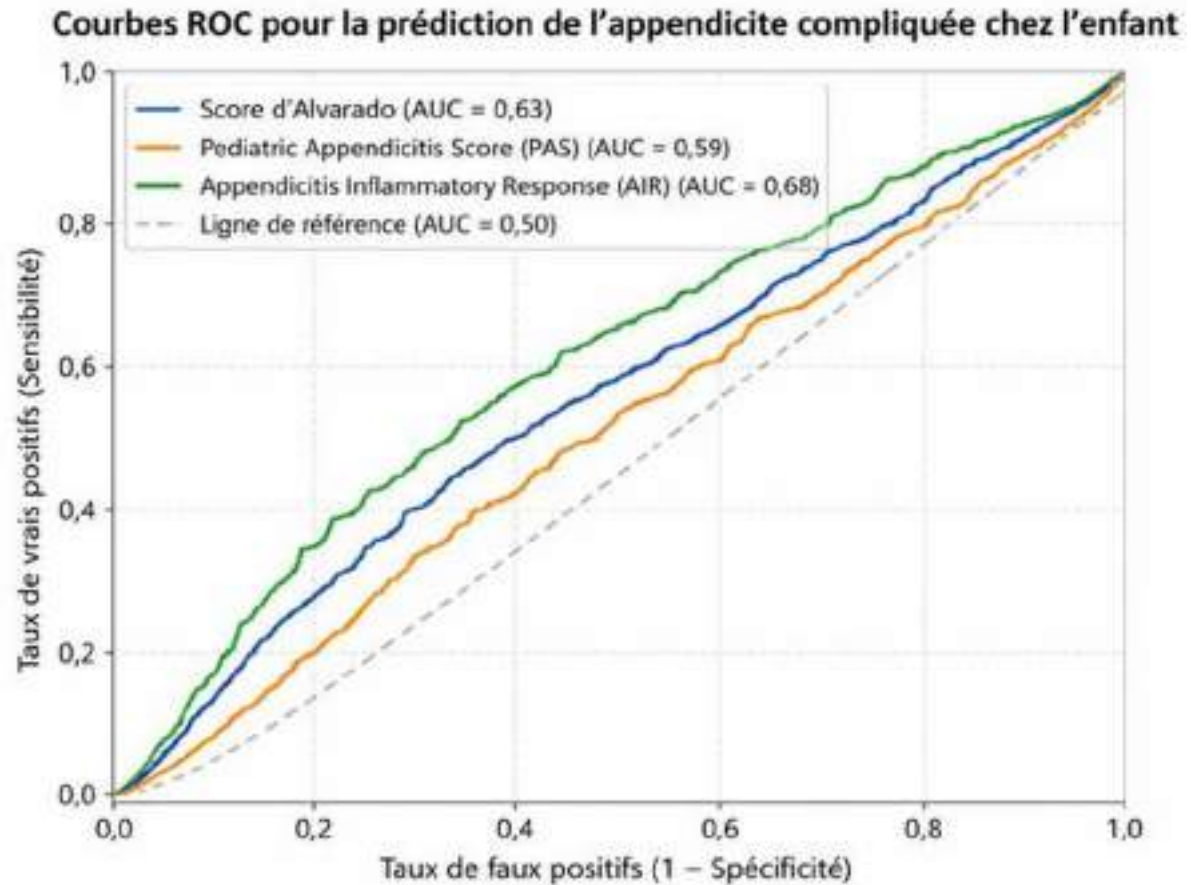
Résultats

Au total, 668 enfants ont été inclus, dont 297 (44,5 %) présentaient une appendicite compliquée. La protéine C-réactive (CRP) a montré la meilleure performance prédictive parmi les paramètres biologiques, avec une AUC de 0,775 et un seuil optimal de 43 mg/L (sensibilité 67,2 %, spécificité 75,8 %). La leucocytose présentait une capacité discriminante modérée (AUC 0,684 ; seuil 14 000/mm³), tandis que la température corporelle était peu performante (AUC 0,591). Le score AIR a présenté la meilleure performance globale parmi les scores cliniques (AUC 0,68), devant le score d'Alvarado (AUC 0,63) et le Pediatric Appendicitis Score (PAS) (AUC 0,59). Toutefois, aucun score isolé ne permettait une prédiction fiable des formes compliquées. L'analyse statistique montrait également une association significative entre intensité inflammatoire et risque de complications (OR = 1,90).

Conclusion

Au total, 668 enfants ont été inclus, dont 297 (44,5 %) présentaient une appendicite compliquée. La protéine C-réactive (CRP) a montré la meilleure performance prédictive parmi les paramètres biologiques, avec une AUC de 0,775 et un seuil optimal de 43 mg/L (sensibilité 67,2 %, spécificité 75,8 %). La leucocytose présentait une capacité discriminante modérée (AUC 0,684 ; seuil 14 000/mm³), tandis que la température corporelle était peu performante

(AUC 0,591). Le score AIR a présenté la meilleure performance globale parmi les scores cliniques (AUC 0,68), devant le score d'Alvarado (AUC 0,63) et le Pediatric Appendicitis Score (PAS) (AUC 0,59). Toutefois, aucun score isolé ne permettait une prédiction fiable des formes compliquées. L'analyse statistique montrait également une association significative entre intensité inflammatoire et risque de complications (OR = 1,90).



E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.224

3CVD00811-Facteurs prédictifs de résection intestinale lors de la chirurgie des hernies de l'aine étranglée : étude rétrospective monocentrique

Mayssa LOUATI, Salsabil NASRI, Mehdi TRABELSI, Neirouz KAMMOUN, Mehdi KHALFALLAH, Hichem JERRAYA, Ramzi NOUIRA - (1)Service De Chirurgie Générale B Hopital Charles Nicolle De Tunis, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Introduction

L'étranglement herniaire est une urgence chirurgicale dont le pronostic dépend de la viabilité du contenu digestif incarcéré. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs de résection intestinale lors de la prise en charge des hernies de l'aine étranglées.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective et monocentrique qui a inclus l'ensemble des patients opérés consécutivement pour une hernie de l'aine étranglée entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2025.

Résultats

Quarante patients (36 hommes, 4 femmes ; âge moyen : 64,2 ans) ont été inclus. Une résection intestinale s'est avérée nécessaire chez 6 d'entre eux (15 %). En analyse univariée, le tabagisme ($p = 0,006$), le type de hernie ($p = 0,007$), l'âge ($p = 0,02$) et le taux de protéine C-réactive ($p = 0,03$) étaient significativement associés à la résection. L'analyse multivariée a identifié le tabagisme comme l'unique facteur de risque indépendant de résection digestive (OR = 18,57 ; IC 95 % [1,86 - 185,89] ; $p = 0,013$).

Conclusion

Quarante patients (36 hommes, 4 femmes ; âge moyen : 64,2 ans) ont été inclus. Une résection intestinale s'est avérée nécessaire chez 6 d'entre eux (15 %). En analyse univariée, le tabagisme ($p = 0,006$), le type de hernie ($p = 0,007$), l'âge ($p = 0,02$) et le taux de protéine C-réactive ($p = 0,03$) étaient significativement associés à la résection. L'analyse multivariée a identifié le tabagisme comme l'unique facteur de risque indépendant de résection digestive (OR = 18,57 ; IC 95 % [1,86 - 185,89] ; $p = 0,013$).

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.225

3CVD00385-Quelles compétences chirurgicales sont nécessaire après un séisme : revue de la littérature des 40 dernières années

Chloe DAVID (1) , Charles DE PONTAUD (1), Sebastien GAUJOUX (1), Jean-Pierre LETOQUART (2), Isabelle ARNAUD (3) - (1)Hôpital Pitié Salpêtrière-Digestive, Hépatobiliaire-Pancréatique Et Transplantation Hépatobiliaire, Paris, France, (2)Médecin Sans Frontière, Paris, France, (3)Service Départemental D'incendie Et De Secours, Nîmes, France

Conflits d'intérêts

/

Introduction

Les séismes entraînent une morbi-mortalité majeure et une demande chirurgicale importante dans un contexte de ressources limitées. Malgré de nombreux retours d'expérience, les compétences chirurgicales nécessaires restent insuffisamment standardisées. L'objectif de ce travail était d'analyser les lésions, interventions et spécialités mobilisées après les séismes majeurs des quatre dernières décennies.

Méthodes

Une revue systématique selon PRISMA a été réalisée via PubMed, Embase et Cochrane Library (1986–2026). Les études rapportant les lésions, interventions chirurgicales ou organisations hospitalières post-sismiques ont été incluses. Les caractéristiques sismologiques, spécialités, procédures et mortalité ont été analysées.

Résultats

Parmi 3 719 références, 128 études ont été incluses, regroupant 21 séismes dans 12 pays, principalement en Asie (13) et au Moyen-Orient (6). La magnitude moyenne était de 7,3 (médiane 7,2 ; IQR 7,0–7,7), avec plus de 530 000 décès cumulés. Les études étaient majoritairement rétrospectives monocentriques (88 %), réalisées dans par structures universitaires/tertiaires (52%) ou hôpitaux de campagne (26 %). Toutes les spécialités étaient représenté mais principalement l'orthopédie-traumatologie (69/128 ; 53,9 %), la neurochirurgie (14/128 ; 10,9 %), la chirurgie thoracique (11/128 ; 8,6 %) et chirurgie plastique (11/128 ; 8,6 %). [SG1] [CD2] Les principales lésions étaient les fractures, crush injuries et lésions complexes des tissus mous. Les interventions dominantes étaient les débridements, fixations externes, fasciotomies, amputations. Le damage control était rapporté dans 18 % des études.

Conclusion

Parmi 3 719 références, 128 études ont été incluses, regroupant 21 séismes dans 12 pays, principalement en Asie (13) et au Moyen-Orient (6). La magnitude moyenne était de 7,3 (médiane 7,2 ; IQR 7,0–7,7), avec plus de 530 000 décès cumulés. Les études étaient majoritairement rétrospectives monocentriques (88 %), réalisées dans par structures universitaires/tertiaires (52%) ou hôpitaux de campagne (26 %). Toutes les spécialités étaient représenté mais principalement l'orthopédie-traumatologie (69/128 ; 53,9 %), la neurochirurgie (14/128 ; 10,9 %), la chirurgie thoracique (11/128 ; 8,6 %) et chirurgie plastique (11/128 ; 8,6 %). [SG1] [CD2] Les principales lésions étaient les fractures, crush injuries et lésions complexes des tissus mous. Les interventions dominantes étaient les débridements, fixations externes, fasciotomies, amputations. Le damage control était rapporté dans 18 % des études.

Figure 1 RÉPARTITION DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES PARMI LES 128 ARTICLES INCLUS*

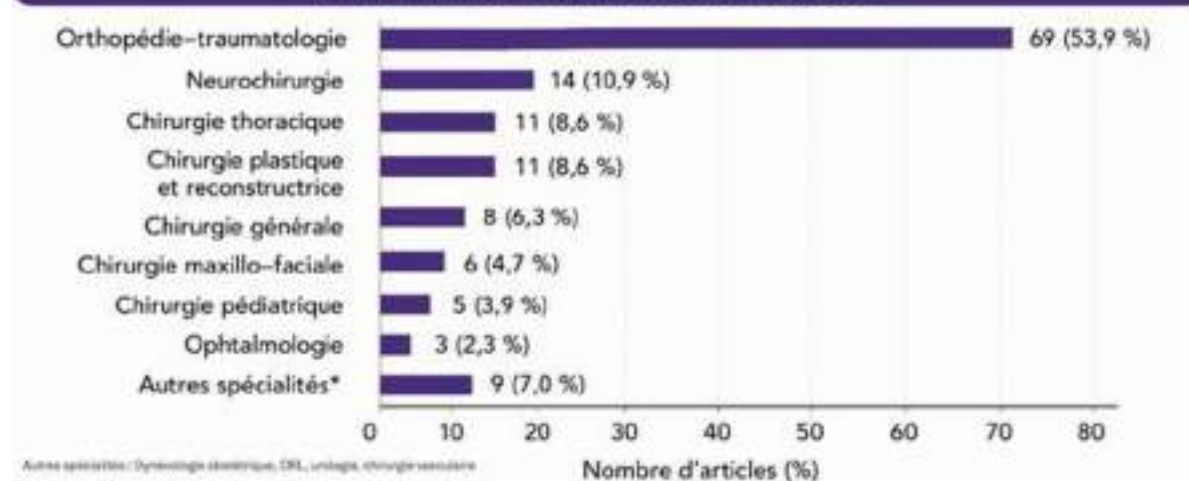


Figure 2 Gestes chirurgicaux réalisés après tremblements de terre

E-poster

H. Chirurgie d'Urgence et du Traumatisé

PO.226

3CVD00013-Prédire pour survivre : Vers un score décisionnel multiparamétrique dans l'ischémie mésentérique aiguë.

Asma SGHAIER, Wael BEN JEDDOU, Itimed GHARBI, Khairredine DHOUIOUI, Amal LETAIEF, Mohamed Hedi MRAIDHA, Mohamed Salah JARRAR, Mohamed Amine ELGHALI, Sabri YOUSSEF - (1)Hôpital Farhat Hached Sousse, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail

Introduction

L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) demeure l'une des urgences chirurgicales les plus redoutables avec une mortalité élevée. L'absence de consensus sur les critères de gravité préopératoires retarde souvent la prise en charge. L'objectif était d'identifier les déterminants de survie et d'élaborer un score pronostique simple.

Méthodes

Nous avons mené une étude analytique rétrospective. Les facteurs de risque de mortalité ont été identifiés par analyse univariée puis confirmés par un modèle de régression logistique multivariée. Un score de risque a été construit à partir des variables indépendantes significatives.

Résultats

La mortalité globale était de 52%. En analyse multivariée, sept variables indépendantes étaient fortement associées au décès : l'âge ≥ 65 ans ($p=0,004$), un Index de Charlson (ICC) $\geq 1,5$ ($p=0,015$), un Index de Mannheim (IPM) > 18 ($p=0,0018$), une acidose ($pH < 7,38$, $p=0,015$), une hyperlactatémie > 3 mmol/l ($p=0,035$), un TP $< 50\%$ ($p=0,02$) et une hypokaliémie $< 3,2$ mmol/l ($p=0,03$). L'analyse de survie de Kaplan-Meier confirme que le cumul de ces facteurs altère drastiquement la survie à 30 jours. À partir de ces résultats, nous proposons un score de 0 à 7 points (1 point par critère) : un score ≥ 4 identifie les patients en situation critique nécessitant une réanimation agressive et une chirurgie sans délai.

Conclusion

La mortalité globale était de 52%. En analyse multivariée, sept variables indépendantes étaient fortement associées au décès : l'âge ≥ 65 ans ($p=0,004$), un Index de Charlson (ICC) $\geq 1,5$ ($p=0,015$), un Index de Mannheim (IPM) > 18 ($p=0,0018$), une acidose ($pH < 7,38$, $p=0,015$), une hyperlactatémie > 3 mmol/l ($p=0,035$), un TP $< 50\%$ ($p=0,02$) et une hypokaliémie $< 3,2$ mmol/l ($p=0,03$). L'analyse de survie de Kaplan-Meier confirme que le cumul de ces facteurs altère

drastiquement la survie à 30 jours. À partir de ces résultats, nous proposons un score de 0 à 7 points (1 point par critère) : un score ≥ 4 identifie les patients en situation critique nécessitant une réanimation agressive et une chirurgie sans délai.



E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.227

3CVD00198-Masse musculaire préopératoire mesurée au scanner et morbidité après CRS-HIPEC : valeur du SMI immédiat versus dynamique préopératoire

Iliès EL BOUKILI (1), Rémi GRANGE (1), Bertrand LE ROY (1), Vahan KEPENEKIAN (2), Guillaume PASSOT (2), Laurent VILLENEUVE (2), Olivier GLEHEN (2) - (1)Chu Saint Etienne, Saint Etienne, France, (2)Chu Lyon Sud, Pierre Bénite, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne rapportent aucun conflit d'intérêt

Introduction

La chirurgie de cytoréduction avec CHIP (CRS-HIPEC) est grevée d'une morbidité élevée. Nous avons évalué si la masse musculaire squelettique (skeletal muscle index, SMI) mesurée au scanner en L3, et sa variation durant la période préopératoire, prédisent les complications postopératoires.

Méthodes

Soixante-six patients opérés d'une CRS-HIPEC ont bénéficié de deux scanners : initial (SMI1, dans les 90 jours) et immédiatement préopératoire (SMI2, dans les 7 jours). Le critère principal était la morbidité sévère définie par un Comprehensive Complication Index (CCI) $\geq 26,2$. Les associations ont été testées par test de Mann-Whitney puis régression logistique multivariée, et la performance évaluée par courbe ROC.

Résultats

Le SMI2 préopératoire était significativement corrélé aux complications postopératoires ($p = 0,005$), de même que le SMI1 ($p = 0,017$). À l'inverse, l'augmentation du SMI entre les deux examens n'était associée à aucun critère, bien qu'une augmentation quasi systématique soit observée chez les patients dont le scanner initial était réalisé dans les 30 jours préopératoires (90 % vs 54 %). En analyse multivariée ajustée sur l'âge, l'albumine, le sexe, le PCI total, le type de carcinose synchrone/métachrone et la durée opératoire, le SMI2 demeurait un facteur indépendant (OR 0,84 ; $p = 0,016$). La courbe ROC du modèle ajusté atteignait une AUC de 0,87 (corrigée de l'optimisme : 0,77 ; IC 95% 0,77 - 0,98).

Conclusion

Le SMI2 préopératoire était significativement corrélé aux complications postopératoires ($p = 0,005$), de même que le SMI1 ($p = 0,017$). À l'inverse, l'augmentation du SMI entre les deux examens n'était associée à aucun critère, bien qu'une augmentation quasi systématique soit observée chez les patients dont le scanner initial était réalisé dans les 30 jours préopératoires

(90 % vs 54 %). En analyse multivariée ajustée sur l'âge, l'albumine, le sexe, le PCI total, le type de carcinose synchrone/métachrone et la durée opératoire, le SMI2 demeurerait un facteur indépendant (OR 0,84 ; $p = 0,016$). La courbe ROC du modèle ajusté atteignait une AUC de 0,87 (corrigée de l'optimisme : 0,77 ; IC 95% 0,77 - 0,98).

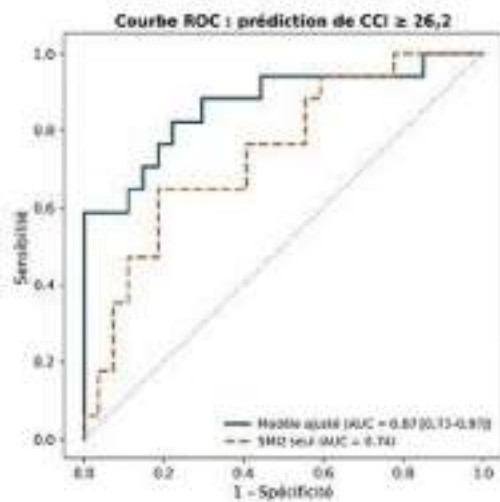
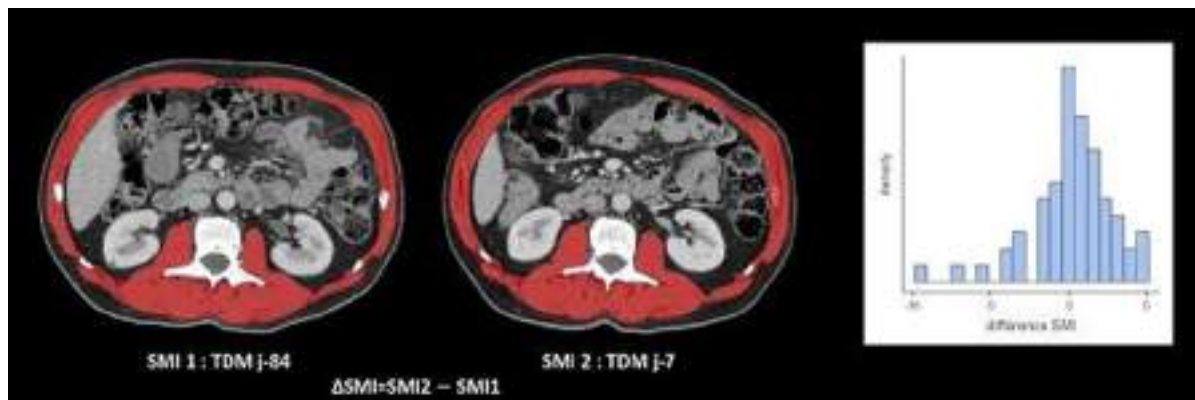


Tableau 1. Régression logistique multivariée

Variable	OR	IC 95 %	P
SMI préopératoire (SMI2, par unité)	0,84	0,73-0,97	0,016
Âge (par année)	1,04	0,96-1,13	0,332
Albumine (par g/L)	0,91	0,71-1,08	0,262
Sexe masculin	1,49	0,43-49,47	0,207
PCI total (par point)	1,04	0,83-1,18	0,531
Carcinose synchrone	0,61	0,10-3,58	0,584
Durée opératoire (par min)	1,01	1,00-1,01	0,253

Tableau 2. Performance discriminante (courbe ROC)

Indicateur de performance	Valeur
AUC du modèle ajusté (apparente)	0,867
IC 95 % bootstrap (percentile, 2000 rééchantillonnages)	0,77 - 0,98
Optimisme moyen (bootstrap)	0,096
AUC corrigée de l'optimisme	0,77
AUC du SMI2 seul (référence)	0,74

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.228

3CVD00804-Évaluation médico-économique dans la chirurgie cytoréductrice de la carcinose péritonéale, d'une chirurgie faite par deux experts en double.

Marc POCARD (1), Aksel ISSAD (2), Brice MALGRAS (3), Dahbia DJELIL (1), Nicolas SIRVEN (4) - (1)Université Paris Cité, Paris, France, (2)Université Paris Dauphine, Paris, France, (3)Chu Félix Guyon, Paris, France, (4)5 école Des Hautes Études En Santé Publique Rennes, Paris, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit d'intérêt

Introduction

Des données démontrent les avantages des interventions chirurgicales majeures réalisées par deux chirurgiens titulaires plutôt que par un seul, sécurité accrue des patients, rapidité et diminution des complications et réduction la charge mentale et de la fatigue cumulative des chirurgiens. Néanmoins, l'organisation avec deux chirurgiens experts est souvent perçue comme coûteuse et actuellement refusée par les autorités de santé.

Méthodes

La chirurgie de cytoréduction (CRS) a été choisie comme modèle de chirurgie complexe. Alors que les données oncologiques suggèrent des avantages évidents d'une double expertise, telles qu'une meilleure détection des lésions péritonéales et une CRS plus complète (CC-0), l'impact économique de cette stratégie reste insuffisamment évalué. Nous avons mené une analyse des coûts afin d'évaluer les dépenses supplémentaires associées à la double expertise chirurgicale lors d'une CRS dans un hôpital public français.

Résultats

Nos résultats montrent qu'une réduction moyenne de la durée opératoire de 1,5 heure et une diminution de 20 % des complications postopératoires – prévue par la littérature - compensent entièrement le coût supplémentaire d'un deuxième chirurgien expert. Dans tous les modèles de coûts testés, cette stratégie était associée à un bénéfice économique net compris entre 1 450 et 3 150 euros par intervention.

Conclusion

Nos résultats montrent qu'une réduction moyenne de la durée opératoire de 1,5 heure et une diminution de 20 % des complications postopératoires – prévue par la littérature - compensent entièrement le coût supplémentaire d'un deuxième chirurgien expert. Dans tous les modèles de coûts testés, cette stratégie était associée à un bénéfice économique net compris entre 1 450 et 3 150 euros par intervention.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.229

3CVD00845-Prise en charge des carcinomes péritonéaux en France en centre experts – faible adéquation aux recommandations de l'HAS.

Marc POCARD (1), Xavier LENNE (2), Karine ABBOUD (3), Koceila AMROUN (4), Catherine ARVIEUX (5), Marie DAZZA (6), Frédérique DUMONT (6), Olivier GLEHEN (7), Diane GOERE (8), Olivia SGARBURA (9), Isabelle SOURROUILLE (10), Jean-Jacques TUECH (11), Romuald WERNERT (10), Clarisse EVENO (2) - (1)Université Paris Cité, Paris, France, (2)Université De Lille, Lille, France, (3)Chu Saint Etienne, Saint Etienne, France, (4)Chu Reims, Reims, France, (5)Chu Grenoble, Grenoble, France, (6)Unicancer, Marseille, France, (7)Chu Lyon, Marseille, France, (8)Université Paris Cité, Marseille, France, (9)Unicancer, Montpellier, France, (10)Unicancer, Villejuif, France, (11)Université De Rouen, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Pas de conflit

Introduction

En 2021 l'HAS donne avis et recommandations pour les maladies tumorales péritonéales (MTP). La cytoréduction (CRS) validée pour les MTP d'origine colique et associée à la CHIP pour mésothéliome, pseudomyxome et carcinomes ovariens. L'HAS a demandé une prise en charge en centre expert et donné des éléments d'organisation. A 5 ans, cette étude en fait l'évaluation.

Méthodes

Le PMSI a identifié 77 centres réalisant CRS et CHIP, depuis 10 ans, donc 5 ans après les recommandations; 13 ont été contactés.

Résultats

Une CHIP a été réalisée dans 37 centres ayant une activité de moins de 3 cas par an ; 30% ont appliqué les recommandations et suspendu l'activité et 70% ont continué à réaliser de 0 à 4 CHIP par an. Les items organisationnels HAS étaient identifiés à 100%: disposer d'une machine de CHIP, d'un bloc opératoire disponible pour la journée, d'un service de soins intensifs/continus, et d'une URCC pour préparer le bain de CHIP - Evaluation et préparation physique pour 84% (11/13), nutritive pour 77% (10/13) et psychologique pour 23% (3/13). L'équipe de soins multidisciplinaire et multi-professionnelle était identifiée pour 61% (8/13) des 2 chirurgiens spécialisés requis; 100% en anesthésie, IBODE et pharmacie et 69% (9/13) des anatomo-cytopathologistes. Au plan national, 5 régions offrent un accès très limité à la CRS et CHIP, soit pour 12 millions de Français.

Conclusion

Une CHIP a été réalisée dans 37 centres ayant une activité de moins de 3 cas par an ; 30% ont appliqué les recommandations et suspendu l'activité et 70% ont continué à réaliser de 0 à 4

CHIP par an. Les items organisationnels HAS étaient identifiés à 100%: disposer d'une machine de CHIP, d'un bloc opératoire disponible pour la journée, d'un service de soins intensifs/continus, et d'une URCC pour préparer le bain de CHIP - Evaluation et préparation physique pour 84% (11/13), nutritive pour 77% (10/13) et psychologique pour 23% (3/13). L'équipe de soins multidisciplinaire et multi-professionnelle était identifiée pour 61% (8/13) des 2 chirurgiens spécialisés requis; 100% en anesthésie, IBODE et pharmacie et 69% (9/13) des anatomo-cytopathologistes. Au plan national, 5 régions offrent un accès très limité à la CRS et CHIP, soit pour 12 millions de Français.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.230

3CVD00226-Les aspects cliniques de l'actinomyose abdominale : une expérience monocentrique de 15 ans

Amal BOUAZZI, Waad FARHAT, Sami LAGHA, Marwa AZRI, Ilhem OUHICHI, Mohamed BEN MABROUK - (1)Service De Chirurgie Viscérale Et Digestive Chu Sahloul, Sousse, Tunisie

Conflits d'intérêts

pas de conflits d'interêts

Introduction

L'actinomyose abdominale est une maladie chronique suppurative, rare et souvent méconnue. Elle est due à une bactérie anaérobie Gram positif ; Actinomyces sp. le plus souvent Israelii

Méthodes

Notre étude rétrospective portait sur 10 cas d'actinomyoses abdominales colligées sur une période de 15 ans But: étudier les aspects diagnostiques thérapeutiques et évolutifs de l'actinomyose abdominale

Résultats

Ils s'agissaient de 3 hommes et 7 femmes d'âge moyen de 44 ans avec des extrêmes de 15 à 77 ans. Tous nos malades ont été opérés pour une masse abdominale, une résection grêlique a été réalisée dans 4 cas, associée à une hémicolectomie gauche dans un cas. Une exérèse de la masse a été réalisée dans 5 cas. Le diagnostic d'actinomyose a été retenu sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire dans 8 cas et sur l'examen bactériologique dans 2 cas. 9 patients ont été mis sous pénicilline en post opératoire avec bonne évolution. La localisation de l'actinomyose était intra péritonéale dans 5 cas et pariétale dans 5 cas. Le suivi moyen de nos patients est de 9 ans, une récurrence a été notée dans un cas qui a bien évolué sous antibiothérapie.

Conclusion

Ils s'agissaient de 3 hommes et 7 femmes d'âge moyen de 44 ans avec des extrêmes de 15 à 77 ans. Tous nos malades ont été opérés pour une masse abdominale, une résection grêlique a été réalisée dans 4 cas, associée à une hémicolectomie gauche dans un cas. Une exérèse de la masse a été réalisée dans 5 cas. Le diagnostic d'actinomyose a été retenu sur l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire dans 8 cas et sur l'examen bactériologique dans 2 cas. 9 patients ont été mis sous pénicilline en post opératoire avec bonne évolution. La localisation de l'actinomyose était intra péritonéale dans 5 cas et pariétale dans 5 cas. Le

suivi moyen de nos patients est de 9 ans, une récurrence a été notée dans un cas qui a bien évolué sous antibiothérapie.

E-poster

I. Chirurgie du Péritoine

PO.231

3CVD00771-Complications précoces des cathéters de dialyse péritonéale implantés par mini-laparotomie chez l'adulte

Firas JAOUAD (1), Hanene GAIED (2), Mohamed HAJRI (1), Montassar ZAAFOURI (1), Nefaa ARFA (1), Rim GOUCHA (2)
- (1)Service De Chirurgie Digestive Et Viscérale, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie, (2)Service De Néphrologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Introduction

La dialyse péritonéale nécessite un accès péritonéal fiable et durable. Dans les centres où la laparoscopie n'est pas disponible en routine, l'implantation chirurgicale par mini-laparotomie garde un intérêt pratique. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats précoces des cathéters de dialyse péritonéale implantés par mini-laparotomie chez l'adulte.

Méthodes

Étude rétrospective descriptive monocentrique incluant les patients adultes opérés entre avril 2022 et décembre 2025. Les critères étudiés étaient les complications mécaniques, les complications infectieuses et le statut de la dialyse péritonéale au dernier suivi. Une analyse univariée exploratoire a été réalisée pour les événements les plus fréquents.

Résultats

Cinquante-deux patients ont été inclus. L'âge moyen était de $46,9 \pm 16,5$ ans et 67,3% étaient de sexe masculin. Tous les patients ont bénéficié d'une mini-laparotomie, avec mise en place d'un cathéter à double manchon et antibioprophylaxie. Une complication mécanique a été observée chez 19 patients (36,5%), dominée par la dysfonction du cathéter (25%) et la migration (23,1%). Les complications abdominales sévères étaient rares : fuite, hernie, saignement et pneumopéritoine dans 1,9 % des cas chacun. Une infection de l'orifice de sortie était notée chez 7,7% des patients, sans infection du tunnel. Onze patients (21,2%) ont présenté au moins un épisode de péritonite. Au dernier suivi, 57,7% des patients étaient encore en dialyse péritonéale.

Conclusion

Cinquante-deux patients ont été inclus. L'âge moyen était de $46,9 \pm 16,5$ ans et 67,3% étaient de sexe masculin. Tous les patients ont bénéficié d'une mini-laparotomie, avec mise en place d'un cathéter à double manchon et antibioprophylaxie. Une complication mécanique a été observée chez 19 patients (36,5%), dominée par la dysfonction du cathéter (25%) et la migration (23,1%). Les complications abdominales sévères étaient rares : fuite, hernie,

saignement et pneumopéritoine dans 1,9 % des cas chacun. Une infection de l'orifice de sortie était notée chez 7,7% des patients, sans infection du tunnel. Onze patients (21,2%) ont présenté au moins un épisode de péritonite. Au dernier suivi, 57,7% des patients étaient encore en dialyse péritonéale.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

CV.001

3CVD00969-Colectomie droite élargie robot-assistée pour cancer de l'angle colique droit : aspects techniques pour réaliser une excision complète du mésocôlon (CME) avec lymphadénectomie gastro-épiploïque en monobloc.

Alfonso LAPERGOLA, Federica ALICATA, Tiphaine LAYER, Michela ORSI, François FAITOT - (1)Chru De Strasbourg, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

Résumé de la vidéo

Objectif : Le curage ganglionnaire des tumeurs de l'angle colique droit et du côlon transverse proximal reste controversé en raison d'un drainage lymphatique pouvant s'étendre aux ganglions infrapyloriques et gastro-épiploïques. Malgré une atteinte rapportée jusqu'à 22 % des cas, aucun consensus ne recommande un curage étendu systématique. Cette vidéo présente une colectomie droite robot-assistée élargie avec lymphadénectomie gastro-épiploïque droite. Méthodes
 Un homme de 73 ans, asymptomatique, a été exploré après un test immunologique fécal positif. La coloscopie a révélé un adénocarcinome de l'angle colique droit. Le scanner ne retrouvait pas de métastase à distance mais montrait des adénopathies au contact de la tête du pancréas. Une colectomie droite robot-assistée élargie au côlon transverse proximal avec curage gastro-épiploïque et infrapylorique a été réalisée. Résultats
 L'intervention a été réalisée sans complication. La vision tridimensionnelle et les instruments articulés ont facilité une dissection précise des vaisseaux mésentériques supérieurs et de l'arcade gastro-épiploïque. Les suites étaient simples avec une sortie à J3. L'examen anatomopathologique retrouvait un adénocarcinome pT3N0 avec 35 ganglions négatifs et des marges saines. Conclusion
 La colectomie droite robot-assistée avec lymphadénectomie gastro-épiploïque ciblée est faisable et sûre. La robotique facilite les dissections ganglionnaires complexes et pourrait contribuer à une stratégie oncologique personnalisée nécessitant une évaluation prospective.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

CV.002

3CVD00960-Colectomie traverse segmentaire laparoscopie pour cancer du colon transverse moyen : technique chirurgicale pas à pas permettent un curage ganglionnaire adéquat à l'originelle l'artère coliaque moyenne

Alfonso LAPERGOLA, Federica ALICATA, Tiphaine LAYER, Michela ORSI, François FAITO - (1)Chru De Strasbourg, Strasbourg, France

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

Résumé de la vidéo

Objectif Présenter la prise en charge laparoscopique d'un cancer du côlon transverse moyen traité par colectomie segmentaire avec curage ganglionnaire central afin d'illustrer une alternative oncologiquement pertinente favorisant la préservation fonctionnelle. **Méthodes** Un homme de 77 ans présentant plusieurs comorbidités avait un adénocarcinome pMMR du côlon transverse moyen, diagnostiqué après coloscopie de surveillance. Le bilan tomodensitométrique excluait toute métastase à distance. Une colectomie transverse segmentaire laparoscopique avec curage à l'origine de l'artère colique moyenne a été réalisée. **Résultats** La dissection exposait le tronc de Henle et permettait une anastomose intracorporelle sans tension. Les suites étaient simples avec sortie au dixième jour postopératoire. L'analyse anatomopathologique retrouvait un adénocarcinome pT1N0M0, vingt ganglions indemnes d'envahissement tumoral et des marges saines, confirmant une résection carcinologique de qualité. **Conclusion** Chez des patients sélectionnés, la colectomie segmentaire constitue une option sûre et oncologiquement valide. La qualité du curage ganglionnaire le long des vaisseaux coliques moyens semble déterminante pour garantir une résection adéquate tout en préservant davantage de côlon. Cette stratégie pourrait améliorer les résultats fonctionnels sans compromettre la radicalité carcinologique. Des études multicentriques restent nécessaires pour standardiser cette approche et préciser ses indications. Des données prospectives complémentaires permettront probablement d'optimiser les indications thérapeutiques futures précisément encore.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

CV.003

3CVD00953-Résection iléo-caecale robot assistée chez un patient ayant un mésentère commun complet

Vittoria PERANO, Daniel KAZAN, Michela ASSALINO, Francesco BRUNETTI - (1)Hôpital Henri Mondor, Ap-Hp, Créteil, France

Conflits d'intérêts

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

Résumé de la vidéo

Ce vidéo présente une résection iléo-caecale robot-assistée, chez un patient porteur d'un mésentère commun complet (MCC). Un homme de 31 ans, ayant des antécédents de tuberculose pulmonaire, consultait pour des symptômes subocclusifs. Le scanner décrivait un MCC, une sténose de la jonction iléocœcale, avec distension iléale. La coloscopie était non contributive. La TEP-TDM ne retrouvait ni atteinte tuberculeuse extra-pulmonaire ni signe de malignité. Après discussion multidisciplinaire, une exploration chirurgicale a été décidée.

 Le patient a été installé en décubitus dorsal, jambes écartées. Une incision de Pfannenstiel avec la mise en place d'un écarteur Alexis a permis l'introduction d'un trocart AirSeal. Quatre trocarts robotiques de 8 mm ont été placés sur une ligne sous-ombilicale. L'exploration peropératoire confirmait un MCC avec le côlon situé à gauche et le grêle à droite. En raison d'une anatomie vasculaire atypique, l'artère mésentérique supérieure (AMS) a été identifiée en suivant une artère iléale terminale. Les branches vasculaires destinées au colon droit et à l'iléon terminal ont été sectionnées. Le colon et l'iléon ont été sectionnés par une agrafeuse linéaire suivie d'une anastomose latéro-latérale intracorporelle. Les suites ont été simples avec sortie à J4. L'examen histopathologique a retrouvé une sténose tuberculaire. Un traitement antituberculeux a été instauré.

Communication vidéo

A. Chirurgie Colorectale

CV.004

3CVD00375-Exérèse totale du mésorectum par voie transanale via une approche NOTES exclusive

Maël VINCENT, Noemie PERIARD, Timothée VIGNAUD, Frederic DUMONT - (1)Département De Chirurgie Oncologique, Institut De Cancerologie De L'ouest, Centre René Gauducheau, Saint Herblain, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflits d'intérêts

Résumé de la vidéo

L'exérèse totale du mésorectum par voie transanale (TaTME) est aujourd'hui largement adoptée en pratique clinique, avec des résultats oncologiques et fonctionnels satisfaisants. Cependant, cette technique nécessite habituellement une assistance laparoscopique abdominale. La réalisation d'une TaTME par approche NOTES (Natural Orifice Transluminal Surgery) pure présente plusieurs défis techniques ; la voie transanale offre un champ opératoire restreint, un nombre limité d'instruments d'exposition et un éloignement de la cavité péritonéale. Les autres défis concernent la réalisation de l'anastomose colorectale, l'absence de stomie de dérivation et l'absence de visualisation extraluminale de l'anastomose. Cette approche pourrait néanmoins, chez des patients sélectionnés, présenter des avantages en termes de douleur postopératoire et de qualité de vie. Nous présentons le cas d'un homme de 56 ans atteint d'un adénocarcinome du bas et moyen rectum classé rmnT2N1, traité par chimiothérapie puis radiochimiothérapie néoadjuvante, chez lequel une résection rectale avec exérèse totale du mésorectum par approche NOTES exclusive a été réalisée. Cette vidéo décrit les différentes étapes opératoires ainsi que les solutions techniques permettant de surmonter les principales difficultés de la procédure, dans l'objectif de proposer une approche reproductible et standardisée.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CV.005

3CVD00945-Trisectionectomie gauche sans drainage pré opératoire, Cholangiocarcinome périhilaire Bismuth IV, type X de Rennes

Marie CHAVANON (1) , Heithem JEDDOU (2) - (1)Chu, Brest, France, (2)Chu, Tours, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Cette vidéo n'a pas pour objectif de présenter la technique de la trisectionectomie gauche, bien connue des chirurgiens hépatobiliaires, mais d'ouvrir la discussion sur deux questions de stratégie chirurgicale. La première concerne l'intérêt de l'absence de drainage biliaire préopératoire chez des patients présentant un ictère marqué avec un volume du futur foie restant suffisant. La seconde porte sur la place de la trisectionectomie gauche par rapport à l'hépatectomie gauche afin d'optimiser les chances d'obtenir une résection R0. La vidéo présente le cas d'une patiente de 61 ans atteinte d'un cholangiocarcinome périhilaire Bismuth IV, jugé résécable par trisectionectomie gauche. Les principales étapes opératoires sont illustrées : contrôle des vaisseaux sectoriels postérieurs dans le sillon de Rouvière, repérage de la scissure porte latérale droite, transection parenchymateuse et section du canal biliaire sectoriel postérieur. L'intérêt principal est de montrer la faisabilité d'une résection sans drainage biliaire préopératoire chez des patients sélectionnés, afin de limiter les infections biliaires, reconnues comme un facteur majeur de morbidité postopératoire. Cette vidéo discute également de l'intérêt d'étendre la résection à l'ensemble du secteur antérieur droit pour éloigner la section biliaire de la tumeur et maximiser les chances d'une résection R0.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.006

3CVD00908-Pancréatectomie distale avec résection du tronc cœliaque de type 1A par abord robotique en 2 temps

Maxime CONSTANT, Pauline GEORGES, Bruno HEYD, Alexandre DOUSSOT - (1)Chu Besancon, Besançon, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

En cas d'adénocarcinome pancréatique localement avancé envahissant le tronc cœliaque, une pancréatectomie distale avec résection du tronc cœliaque selon Appleby sans reconstruction vasculaire peut être envisagé. Pour réduire le risque de complications ischémiques liées à la résection du tronc cœliaque sans reconstruction, une embolisation radiologique préopératoire ou une ligature chirurgicale des artères hépatique commune et gastrique peut être réalisée. Un patient de 63 ans, atteint d'un adénocarcinome pancréatique envahissant le tronc cœliaque sans atteinte de l'artère gastroduodénale, a reçu une chimiothérapie d'induction avec 12 cycles de FOLFIRINOX permettant une réponse clinique, biologique et radiologique. Une intervention d'Appleby en deux temps a été planifiée. Le premier temps consistait en une exploration abdominale avec ligature robotique de l'artère hépatique commune et de l'artère gastrique gauche. Le patient était sorti le lendemain avec une élévation minimale des enzymes hépatiques, et sans aucune complication. Deux semaines plus tard, lors du deuxième temps, la résection était réalisée selon Appleby par voie robotique. Une échographie-doppler et l'injection peropératoire d'ICG permettait de confirmer une perfusion hépatique et gastrique adéquate. En dehors d'une gastroparésie de grade A, les suites ont été simples avec une sortie à J12. Neuf mois après l'intervention, le patient est asymptomatique et sans récurrence.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.007

3CVD00901-Hépatectomie droite pour cholangiocarcinome péri-hilaire avec reconstruction bilio-biliaire

Ivan MARCHITELLI, Claire GOUMARD, Chetana LIM, Nicolas CABRIT, Tu ALBERT, Camille THOUNY, Julien TOUZMANIAN, Olivier SCATTON - (1)Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Cette vidéo présente la prise en charge chirurgicale robotique d'un cholangiocarcinome hilaire de type Klatskin 3a chez une patiente de 77 ans, dont le diagnostic a été suspecté devant une élévation du CA 19.9 et confirmé par scanner thoraco-abdomino-pelvien. L'indication opératoire a été retenue en réunion de concertation pluridisciplinaire. L'intervention est réalisée sous système Da Vinci Xi. Il s'agit de une hépatectomie droite, avec lymphadénectomie et une reconstruction de la continuité biliaire par une anastomose bilio-biliaire directe (ABB). L'ABB présente plusieurs avantages majeurs par rapport à l'hépaticojéjunostomie sur anse en Y (HJ-Roux) : - Elle préserve la continuité native de la voie biliaire et le rôle régulateur du sphincter d'Oddi, réduisant le risque de contamination entérique et de cholangite ascendante. - Elle maintient l'accès à la voie biliaire par CPRE, essentiel en cas de fistule ou sténose anastomotique postopératoire. L'HJ-Roux impose en revanche le recours à la PTCD, plus invasive. - Une seule anastomose, temps opératoire réduit, moins d'iléus postopératoire, sans risque de complications liées à l'anse jéjunale.

Références : Sucandy I, et al. Clinical outcomes of robotic resection for perihilar cholangiocarcinoma: a first, multicenter, trans-Atlantic, expert-center, collaborative study. Ann Surg Oncol. 2024;31(1):81–89 Brolese A, et al. The role of robotic surgery for the treatment of hilar cholangiocarcinoma: a systematic review. Front Oncol. 2022;12:1001838. Lee JH, et al. Safety and efficacy of hepaticoduodenostomy for biliary reconstruction after extrahepatic mid-bile duct cancer surgery. Gland Surgery. 2024.

DOI: 10.21037/gs-24-xxxxx — gs.amegroups.org

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.008

3CVD00897-Intervention d'Appleby modifiée par voie robotique

Anais TRIBOLET, Antoine CAMERLO, Florian BONNET, Régis FARA, Lysa MACRON, Cloé MAGALLON, Antoine MALBEC, Charles VANBRUGGHE - (1)Hôpital Européen Marseille, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Dr VANBRUGGHE, CAMERLO, FARA, sont proctor pour la société intuitive.

Résumé de la vidéo

L'intervention d'Appleby modifiée est une procédure rare indiquée dans le cadre de tumeurs du corps du pancréas localement avancées avec envahissement de la bifurcation cœliaque. Cette indication opératoire doit être réservée à des patients sélectionnés, répondeurs à la chimiothérapie d'induction pour lesquels un bénéfice oncologique net peut être attendu. La voie d'abord robotique permet de pratiquer cette intervention avec un impact chirurgical moindre par rapport à la laparotomie, dans des conditions de sécurité optimales grâce à une vision stable, une excellente exposition, et un confort chirurgical majeur. Nous présentons le cas d'une patiente de 61 ans, suivie pour un adénocarcinome du corps du pancréas localement avancé avec une infiltration circonférentielle du tronc cœliaque au diagnostic. Une chimiothérapie d'induction par 12 cures de folfirinox a permis une régression en taille de la tumeur, une disparition des douleurs dorsales et une normalisation du CA19.9. Deux semaines après une ligature chirurgicale de l'artère hépatique commune, une intervention d'Appleby modifiée par voie robot-assistée a été effectuée. Les suites opératoires ont été marquées par une fistule pancréatique de grade B et une collection péri-pancréatique drainée par voie endoscopique. La patiente est sortie à J10. L'anatomopathologie a mis en évidence une tumeur T4N1R0. La patiente est vivante, en récurrence à 24 mois de l'intervention.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.009

3CVD00659-Optimiser les marges parenchymateuses dans le cholangiocarcinome périhilaire : hépatectomie gauche élargie au segment I avec résection de la veine hépatique médiane par coelioscopie (H1234-VHM-B)

Philippine GERME, Victor LAVILLE, Alexandra NASSAR, Ugo MARCHESE, David FUKS, Stylianos TZEDAKIS - (1)Chirurgie Digestive, Hépato-Biliaire Et Endocrinienne, Hôpital Cochin, Ap-Hp, Paris, France

Conflits d'intérêts

Je ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Résumé de la vidéo

Introduction. Lors d'une hépatectomie gauche élargie pour cholangiocarcinome périhilaire, la tranche hépatique constitue une source majeure de marges R1 parenchymateuses : l'extension tumorale péricanalaire progresse vers le parenchyme adjacent à la veine hépatique médiane (VHM), avec un taux de marge positive pouvant atteindre 24 %. La résection de la VHM déplace le plan de section vers la droite, réduisant significativement ce risque. Cette vidéo illustre cette stratégie par voie laparoscopique. **Méthodes.** Patient de 57 ans diagnostiqué d'un cholangiocarcinome périhilaire Bismuth-Corlette II ou type Y selon la classification de Rennes, sur bilan d'ictère (bilirubine 150 µmol/L). Absence de variation anatomique vasculo-biliaire, convergence biliaire droite épiportale, absence de drainage biliaire préopératoire. **Résultats.** Une H1234-VHM-B laparoscopique avec curage des stations 8, 9, 12 et 13 a été réalisée. La parenchymotomie le long de la scissure portale en incluant la VHM a permis un atterrissage d'emblée sur la convergence secondaire droite, loin de la convergence principale, avec section séparée des canaux biliaires droits avant anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y. Durée opératoire 260 minutes, pertes sanguines 200 mL, sortie à J3 après ablation du drainage. Cholangiocarcinome pT2aN0(0/13)R0 avec engainements périnerveux et envahissement parenchymateux. **Conclusion.** Cette vidéo démontre la technique d'une H1234-VHM-B laparoscopique, stratégie rationnelle sur le plan oncologique pour optimiser les marges sur la tranche hépatique dans le cholangiocarcinome périhilaire.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.010

3CVD00224-Résection de la voie biliaire principale élargie à la veine porte et à l'artère hépatique droite pour cholangiocarcinome du cholédoque.

Nadiya BELFIL, Antoine CAMERLO, Régis FARA - (1)Hôpital Européen, Marseille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

La prise en charge chirurgicale du cholangiocarcinome hilair localement avancé reste un défi en raison de la proximité des structures vasculaires. La chirurgie radicale demeure la seule option curative. L'approche robotique, encore débattue, pourrait permettre des résections oncologiques avec reconstructions biliaire et vasculaire comparables à celles de la voie ouverte.

 Nous rapportons le cas d'une patiente de 76 ans présentant un cholangiocarcinome du cholédoque respectant le pancréas et la convergence biliaire, mais envahissant le tronc porte et l'artère hépatique droite. Une résection robotique de la voie biliaire principale élargie aux structures vasculaires envahies a été réalisée à l'aide du robot Da Vinci® Xi.

 L'intervention a duré 360 minutes. Une reconstruction de la veine porte a été réalisée par patch bioprothétique. La résection de l'artère hépatique droite sans reconstruction a été rendue possible par une embolisation préopératoire, permettant une perfusion du foie droit par collatéralité depuis l'artère hépatique gauche. Les suites opératoires ont été marquées par une hémorragie secondaire issue d'une artère pancréaticoduodénale, traitée avec succès par embolisation radiologique. L'analyse histologique définitive a confirmé un cholangiocarcinome peu différencié avec marges de résection saines (R0).

 Ce cas illustre la faisabilité et la sécurité d'une approche robotique mini-invasive pour une résection biliaire complexe avec reconstruction vasculaire, tout en respectant les principes de la chirurgie oncologique.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.011

3CVD00222-Hépatectomie droite élargie au segment I et à la voie biliaire principale pour papillomatose biliaire par voie robotique

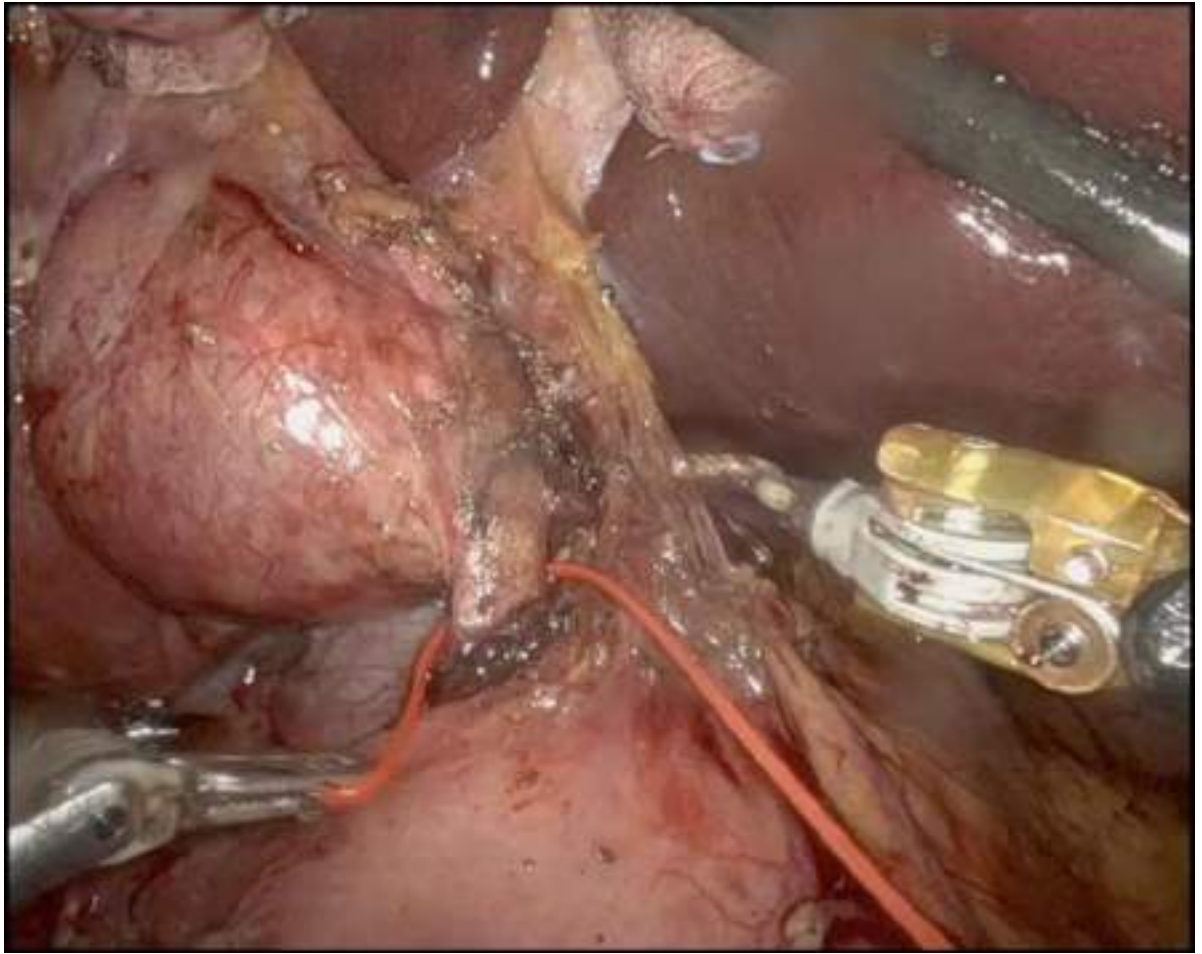
Nadiya BELFIL, Antoine CAMERLO, Antoine MALBEC - (1)Hôpital Européen, Marseille, France

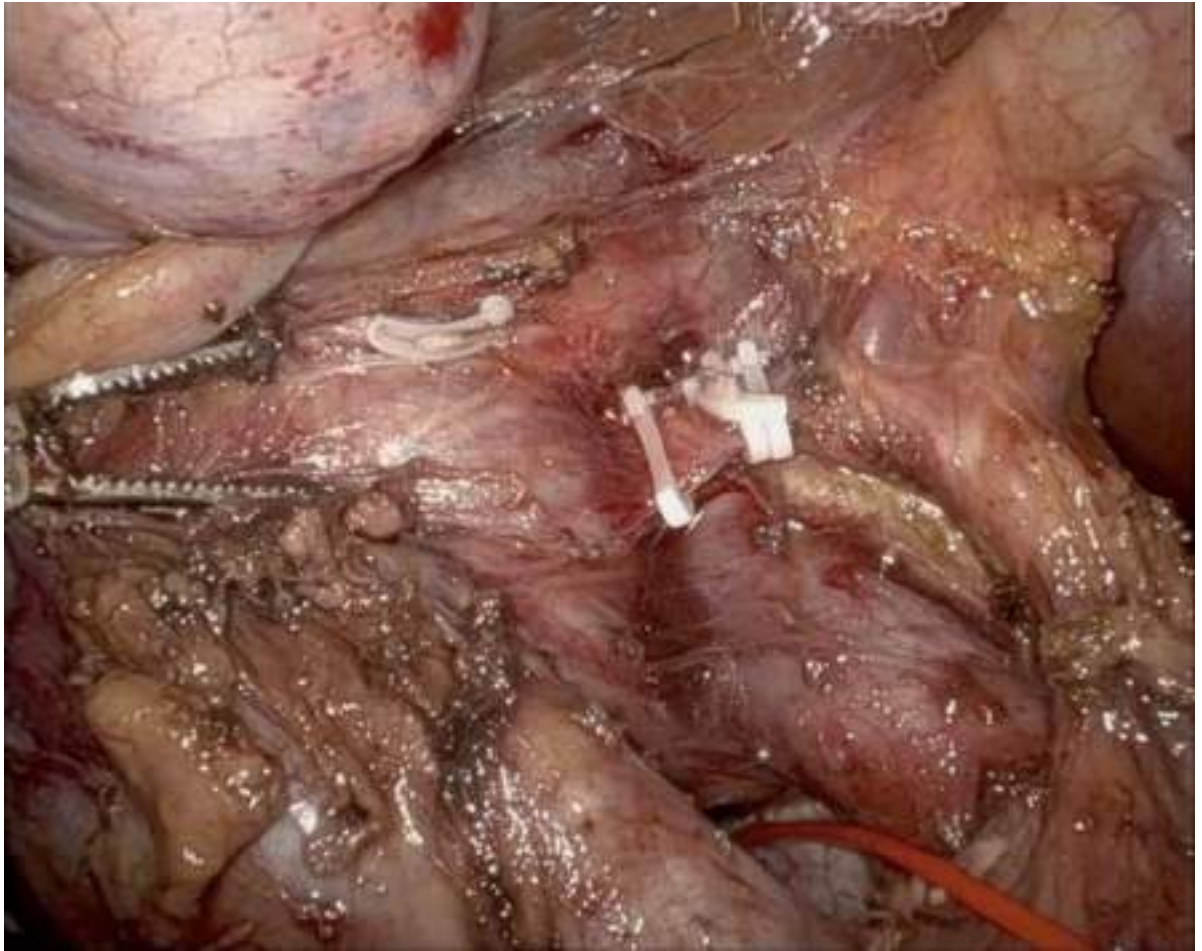
Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Malgré l'adoption croissante des techniques mini-invasives en chirurgie hépato-biliaire, leur diffusion reste limitée par d'importants défis techniques, même dans les centres spécialisés. Les néoplasies papillaires intracanales des voies biliaires (IPNB), bien que rares, nécessitent généralement une résection chirurgicale, qui demeure le traitement curatif de référence. Nous présentons une hépatectomie droite élargie au segment I et la voie biliaire principale avec curage ganglionnaire et reconstruction biliaire, pour papillomatose, par voie robotique (Da Vinci® Xi). Une patiente de 65 ans présentait une dilatation fortuite des voies biliaires intra-hépatiques. Le scanner et l'IRM ont révélé un IPNB impliquant le hile hépatique, le canal hépatique droit et le canal sectoriel postérieur droit. La patiente était installée en position française, en proclive à 30°. Six trocars ont été utilisés. Après exploration abdominale et mobilisation du foie droit, la voie biliaire principale a été contrôlée au bord supérieur du pancréas, en aval de la lésion (Fig. 1). Le contrôle des pédicules a été réalisé par approche intrafasciale, avec identification de la branche portale droite et de l'artère hépatique droite (Fig. 2). La ligne de démarcation ischémique après injection de vert d'indocyanine guidait la transection, réalisée sans clampage pédiculaire à l'aide du SynchroSeal et d'une pince bipolaire. L'intervention a duré 420 minutes, sans conversion ni complication. Une hépaticojéjunostomie en Y a été réalisée. Les suites ont été simples, avec sortie autorisée au 10^e jour. L'histologie confirmait une papillomatose avec dysplasie de haut grade et une résection en marges saines.





Communication vidéo

B. Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique

CV.012

3CVD00162-Robotic-assisted pancreaticoduodenectomy with venous patch reconstruction: technical highlights

Perrine CÔME (1), Bertrand LE ROY (2), Farouk MOURTHADHOI (3) - (1)Chef De Clinique, Saint-Etienne, France, (2)Pu-Ph, Saint-Etienne, France, (3)Ph, Saint-Etienne, France

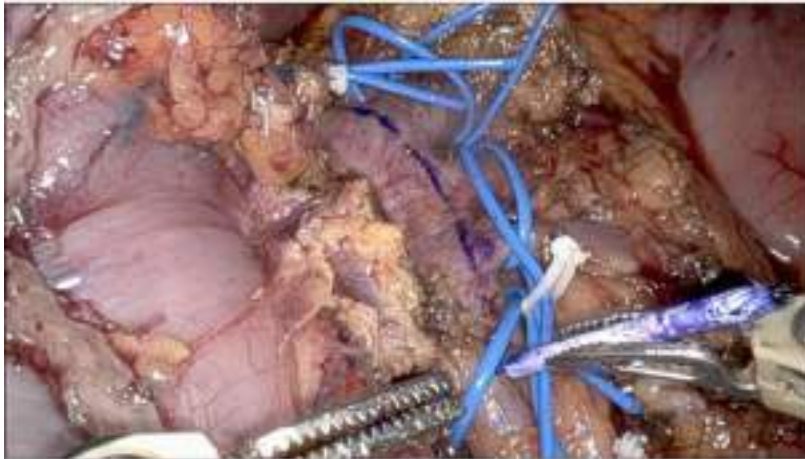
Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

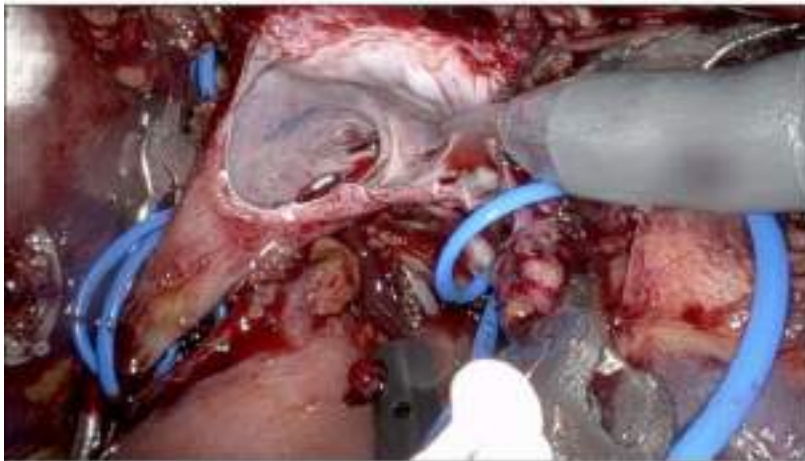
Résumé de la vidéo

Duodénopancréatectomie céphalique robotique avec résection portale : repousser les limites de la chirurgie mini-invasive Introduction :
 La chirurgie des adénocarcinomes pancréatiques borderline avec atteinte veineuse reste un défi majeur. L'essor de la robotique ouvre aujourd'hui de nouvelles perspectives en permettant d'envisager des résections vasculaires complexes par voie mini-invasive. Objectif :
 Démontrer l'apport spécifique de la robotique dans la réalisation d'une duodénopancréatectomie céphalique avec résection veineuse portale et reconstruction par patch. Technique :
 Cette vidéo met en évidence les avantages clés de l'approche robot-assistée : vision tridimensionnelle stable et magnifiée permettant une dissection fine des structures vasculaires, instrumentation articulée facilitant la tunnellisation rétropancréatique et le contrôle de l'axe mésentérico-portal, précision des gestes autorisant une résection veineuse sécurisée et une reconstruction vasculaire minutieuse, qualité des sutures favorisant la réalisation d'anastomoses digestives fiables, notamment pancréatiques. L'intervention suit les standards oncologiques avec curage complet et reconstruction digestive selon Child. Résultats :
 La procédure a été menée entièrement par voie robotique, incluant la résection et la reconstruction veineuse, avec des suites simples et une perméabilité vasculaire conservée. Conclusion :
 La robotique constitue un levier majeur pour étendre les indications de la chirurgie mini-invasive aux tumeurs pancréatiques borderline avec envahissement veineux. Elle améliore la précision, la sécurité et le contrôle vasculaire, rendant reproductibles des gestes jusque-là réservés à la chirurgie ouverte. Message clé :
 Cette vidéo illustre comment la robotique transforme une chirurgie vasculaire complexe en une procédure mini-invasive maîtrisée.

Pictures of "Robotic-assisted pancreaticoduodenectomy with venous patch reconstruction: technical highlights"



1. **Pedicle** of the lesion on venous involvement with control of each venous branch using Silastic loops, and identification of the anterior surface of the portal vein and the SMV using a dermographic marker.



2. Division of the right border of the superior mesenteric vein with cold scissors, exposing the ostia of the afferent veins.



3. Reconstruction using a bovine pericardial patch secured with Gore-Tex suture.



4. Creation of a Blumgart-type pancreaticojejunal (Wirsung-jejunal) anastomosis with interposition of a Neovell sheet.

Communication vidéo

B. Chirurgie Hépto-Bilio-Pancréatique

CV.013

3CVD00017-Une technique, trois intentions oncologiques : classification d'Inoue en chirurgie robotique

Francesca MARCUCCI (1) , Alessia FASSARI (2), Alexandru AMARIUTEI (1), Edoardo ROSSO (1) - (1)Pôle Santé Sud, Le Mans, France, (2)Centre Hospitalier Universitaire Rennes, Rennes, France

Conflits d'intérêts

Absence de conflit d'intérêt.

Résumé de la vidéo

Contexte : En 2018, Inoue et al. ont proposé une classification structurée définissant l'étendue de la dissection du tronc coélique et de l'artère hépatique lors de la duodénopancréatectomie ouverte, en trois niveaux selon les exigences oncologiques. Avec l'essor de la chirurgie robotique, la reproduction de ces standards reste un défi, en l'absence d'une approche standardisée. Méthodes : Nous présentons une technique robotique étape par étape de dissection CA–HA conforme à la classification d'Inoue. La procédure est illustrée par une vidéo chirurgicale montrant les niveaux 1 à 3, ainsi qu'un segment dédié aux cas avancés avec résection et reconstruction vasculaire. Trois principes sont appliqués : contrôle artériel par lac vasculaire, utilisation combinée des énergies monopolaire et bipolaire, et approche à quatre mains par deux chirurgiens expérimentés. Résultats : Les trois niveaux ont été reproduits avec succès. La vision améliorée et la précision instrumentale ont permis une dissection périvasculaire et périnerveuse précise. Les gestes avancés, incluant le curage périnerveux circonférentiel et les résections vasculaires, ont été réalisés en sécurité, sans complication artérielle peropératoire majeure. Conclusion : La duodénopancréatectomie robotique permet une reproduction fiable de la dissection CA–HA selon Inoue, favorisant une standardisation des principes oncologiques et la réalisation sûre de résections complexes.

Communication vidéo

C. Transplantation hépatique, pancréatique et viscérale

CV.014

3CVD00967-DPT robot-assisté pour un adénocarcinome de la tête du pancréas : gestion de l'ischémie de la queue en vue de l'autogreffe des îlots pancréatiques

Mikael CHETBOUN, Mehdi EL AMRANI, Mirabelle SCIPIONI - (1)Chu Lille, Lille, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Nous présentons une pancréatectomie totale robot-assistée avec autogreffe intraportale d'îlots pancréatiques selon le protocole TPIAT, réalisée pour un adénocarcinome résécable de la tête du pancréas chez une patiente à haut risque de fistule postopératoire. L'objectif était de supprimer le risque de fistule pancréatique afin de permettre l'accès à la chimiothérapie adjuvante, tout en prévenant un diabète instable par autotransplantation d'îlots. Contrairement à la séquence habituelle, débutant par la duodéno-pancréatectomie céphalique puis la totalisation selon l'Updated Alternative Fistula Risk Score, nous avons privilégié une approche initiale sur le pancréas gauche. Après mobilisation complète de la queue du pancréas et de ses vaisseaux, une section partielle de l'isthme a été réalisée, en préservant les arcades pancréatiques supérieures. Cette stratégie a permis l'analyse extemporanée de la tranche pancréatique et le calcul de l'uaFRS, tout en maintenant la vascularisation du greffon. Le contrôle au vert d'indocyanine confirmait une excellente perfusion de la queue pancréatique avant section complète, extraction de la pièce avec conservation splénique, puis totalisation de la DPC. Un cathéter de Broviac a été introduit sous contrôle dans une veine du mésocôlon transverse pour l'injection intraportale d'îlots purifiés

Communication vidéo

D. Chirurgie Œsogastrique

CV.015

3CVD00913-Dissection thoracique et anastomose avec assistance robotique single port au court d'un Lewis Santy

Axel BOURGEOIS, Leonor BENHAÏM - (1)Gustave Roussy, Villejuif, France

Conflits d'intérêts

Le Dr Benhaïm est proctor pour Intuitive Surgical. Le Dr Bourgeois n'a pas de conflit d'intérêt.

Résumé de la vidéo

Il s'agit d'une vidéo montrant la dissection thoracique (première partie), puis l'anastomose œsogastrique (seconde partie de la vidéo), réalisée au cours d'une œsogastrectomie polaire supérieure selon Lewis Santy, utilisant un système robotique single port, introduit par voie trans abdominale transphrénique, donc sans abord thoracique. Il s'agit d'une lésion du cardia assez volumineuse ayant régressé après chimiothérapie, avec une dissection difficile sur le péricarde et la plèvre médiastinale gauche. L'intérêt est de montrer la faisabilité de cette technique. L'absence d'abord thoracique pourrait améliorer les suites opératoire, en particulier en réduisant les séquelles ventilatoires, et les douleurs générées par un abord thoracique.

Communication vidéo

D. Chirurgie Œsogastrique

CV.016

3CVD00007-Reprise chirurgicale robot assistée après intervention de Lewis Santy pour blocage mécanique du transplant gastrique

Paul RAT (1), Jeanne CAILLOT (2) , Benjamin MULLER (3) - (1)Praticien Hospitalier, Dijon, France, (2)Praticien Hospitalier, Chalon-Sur-Saône, France, (3)Interne, Dijon, France

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Résumé de la vidéo

Cette vidéo présente le cas d'un patient de 66 ans présentant l'apparition rapide d'une dysphagie puis aphagie complète 8 ans après une oesogastrectomie polaire supérieure avec gastroplastie selon Lewis Santy pour adénocarcinome du bas oesophage. Les symptômes se sont installés en une semaine. La FOGD ne retrouvait aucun argument pour une récurrence tumorale et mentionnait un passage à ressaut en regard des piliers diaphragmatiques, sans sténose évidente. Le TOGD et scanner opacifié par voie haute montraient un arrêt net du produit de contraste dans le transplant gastrique, sans passage au delà des piliers diaphragmatiques. Un traitement médical premier avec la pose d'une sonde naso-gastrique s'est révélé être un échec avec récurrence des vomissements après retrait de la SNG. Le traitement endoscopique avec dilatation pylorique n'a également pas été concluant avec récurrence des vomissements 48 heures après le geste. Il a donc été décidé une reprise chirurgicale en urgence relative. Le patient a bénéficié d'une pose de jéjunostomie pour optimiser son état nutritionnel ainsi que d'une coloscopie complète pour anticiper une éventuelle nécessité de reconstruction avec coloplastie lors de la reprise. Cette vidéo montre l'ensemble de la procédure qui débute par une thoracoscopie gauche robot assistée pour libérer le transplant gastrique de ses adhérences intra-thoracique. Le deuxième temps consiste en une laparoscopie robot assistée permettant la réalisation d'une anastomose gastro-jéjunale sur le transplant gastrique avec un montage en Y.

Communication vidéo

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

CV.017

3CVD00943-Conversion d'une Sleeve en bypass gastrique avec anse en Y sur mésentère commun complet par assistance robotique

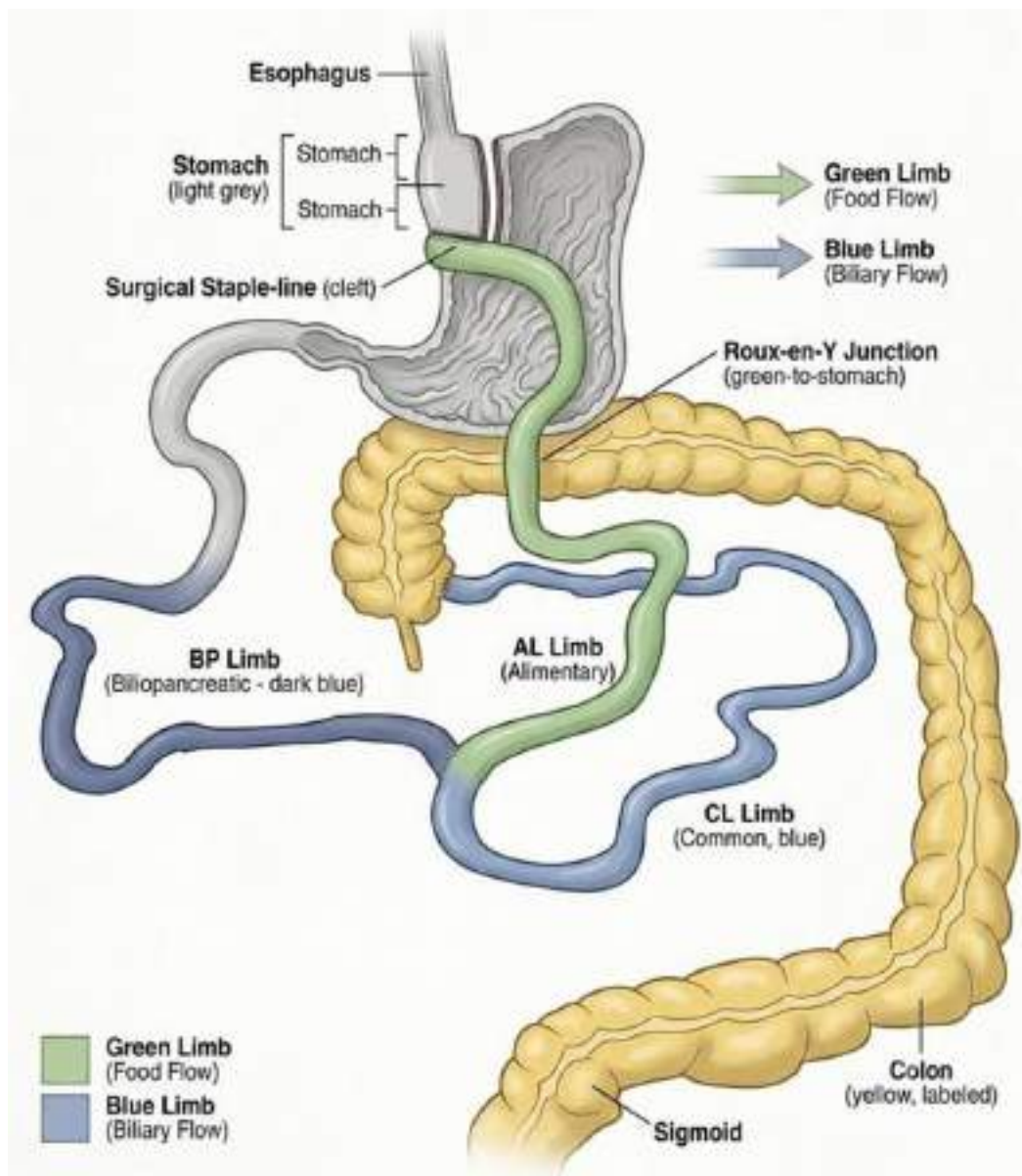
Nawar AL CHIRAZI, Maud ROBERT - (1)Chu Edouard Herriot, Lyon, France

Conflits d'intérêts

0

Résumé de la vidéo

La prévalence du mésentère commun est estimée entre 0,2 et 0,5 % des naissances. Ce film présente la conversion d'une sleeve en bypass en Y chez une patiente avec reflux sévère, confrontée à cette variante anatomique. L'exploration initiale révèle un mésentère commun complet (arrêt à 90°). Le geste clé débute toujours par l'identification de l'angle duodénojéjunal, ici caractérisé par son absence complète : la totalité du grêle est située à droite, et le côlon à gauche. Le montage doit donc être inversé. L'anse bilio-pancréatique (50 cm) provient de la droite de la patiente. Le jéjunum est sectionné pour monter l'anse alimentaire (100 cm) issue de la gauche, selon un trajet pré-colique vers le réservoir gastrique. L'anastomose gastro-jéjunale est réalisée de façon manuelle, suivie de l'anastomose jéjuno-jéjunale. Restera alors la fermeture des brèches mésentériques et de l'espace de Petersen. Ainsi, lors d'une chirurgie de bypass, devant la constatation d'absence d'angle duodéno-jéjunal ou devant toute anomalie ou difficulté de fermeture des brèches, il conviendra d'évoquer un mésentère commun.



Communication vidéo

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

CV.018

3CVD00305-Hépaticojéjunostomie robotique utilisant l'anse alimentaire après réversion d'un bypass gastrique : cas vidéo

Imed BEN AMOR, Fahad ALGHAREEB, Guido LIDDO, Sebastien FREY, Michel RAYAR - (1)Chu De Nice, Nice, France

Conflits d'intérêts

Non

Résumé de la vidéo

Introduction :
 Les sténoses biliaires bénignes chez les patients ayant un antécédent de bypass gastrique en Y (RYGB) représentent un défi chirurgical en raison de l'anatomie digestive modifiée. Nous présentons une hépaticojéjunostomie robotique utilisant l'anse alimentaire après réversion du bypass gastrique. Méthodes :
 Une patiente de 54 ans a développé une sténose biliaire bénigne après cholécystectomie laparoscopique. Le bilan préopératoire retrouvait une obstruction biliaire proximale avec dilatation des voies biliaires intra-hépatiques sans suspicion de malignité. Après drainage biliaire externe et optimisation nutritionnelle, une intervention robot-assistée a été réalisée. Après adhésiolyse, une réversion complète du bypass avec restauration de la continuité gastrique a été effectuée. La sténose biliaire a été réséquée et l'anse alimentaire préservée a été mobilisée pour réaliser une hépaticojéjunostomie termino-latérale sans tension. Résultats :
 L'intervention a été menée à bien par voie robotique sans conversion. Les suites postopératoires ont été simples, avec amélioration clinique et biologique rapide. Conclusion :
 L'utilisation de l'anse alimentaire après réversion du bypass gastrique constitue une solution sûre et reproductible pour la reconstruction biliaire en anatomie modifiée, tout en bénéficiant des avantages de la chirurgie robotique.

Communication vidéo

E. Chirurgie de l'Obésité et Métabolique

CV.019

3CVD00117-Démontage d'un SADI-S et cure de hernie hiatale par voie robotique

Fedy MAHMOUD, Nawar AL CHIRAZI, Juliette CABOT, Maud ROBERT - (1)Hospices Civils Lyon, Lyon, France

Conflits d'intérêts

0

Résumé de la vidéo

La dénutrition reste une complication rare mais redoutée après chirurgie bariatrique malabsorptive, y compris après SADI-S (single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) malgré les modifications techniques visant à réduire les carences nutritionnelles. Dans certains cas sévères, une révision chirurgicale est nécessaire. Cette vidéo illustre le démontage d'un SADI-S avec remise en anatomie normale associée à une cure de hernie hiatale robot-assistée pour dénutrition sévère.

Communication vidéo

F. Chirurgie Endocrinienne

CV.020

3CVD00910-Exérèse robot-assistée d'un paragangliome rétroduodéal sécrétant

Farouk MOURTHADHOI (1), Roxane PALATIN (2), Laura FILAIRE (3), Olivier TIFFET (4) - (1)Praticien Hospitalier, Service De Chirurgie Digestive Et Oncologique Du Chu De Saint Etienne, Saint Etienne, France, (2)Interne, Service De Chirurgie Thoracique Et End

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Nous présentons l'exérèse robot-assistée d'un paragangliome rétroduodéal inter-aortico-cave chez un patient de 26 ans. La lésion, découverte fortuitement lors du bilan d'un accident de la voie publique, correspondait à une masse hypervasculaire de 21 mm inter-aortico-cave derrière la tête du pancréas. Le bilan initial en faveur d'une tumeur neuroendocrine était négatif. La cytoponction sous échoendoscopie, complétée par la mise en évidence d'une hypersécrétion de noradrénaline, a orienté le diagnostic vers un paragangliome. Le patient présentait une hypertension artérielle et des diarrhées chroniques, justifiant une préparation préopératoire par alpha-bloquant.
 En raison de l'absence d'antécédent de chirurgie abdominale et de la localisation favorable de la tumeur, une approche robotique a été retenue. L'abord s'est fait par voie droite, en remontant le long de la veine iliaque primitive droite puis le long de la veine cave inférieure avec réalisation d'une manœuvre de Cattell-Braasch. La faible longueur des pédicules veineux a nécessité un contrôle artériel préalable avant la section du drainage veineux, au cours duquel il est survenu une poussée hypertensive. Les pertes sanguines ont été minimales. Les suites opératoires ont été simples, avec une sortie à J3. À un mois, les symptômes avaient disparu et l'examen anatomopathologique confirmait le diagnostic de paragangliome.

Communication vidéo

G. Chirurgie Pariétale

CV.021

3CVD00395-cure d'éventration robotique extraperitonéale rTEP

Clara BOURLA - (1)Hopital Saint Joseph Saint Luc, Lyon, France

Conflits d'intérêts

o

Résumé de la vidéo

Il s'agit d'une vidéo de réparation pariétale d'une éventration péri-ombilicale par voie robotique extrapéritonéale en 5 étapes. Le dossier est celui d'un patient obèse ayant une eventration sus ombilicale avec un antécédent de cure de hernie de la ligne blanche avec plaque intrapéritonéale. On réalise une échographie avec repérage de la ligne blanche, de la gaine du muscle grand droit droit et de la ligne semi-lunaire puis une infiltration de l'espace rétromusculaire.
 La mise en place des trocars sur la partie latérale de la gaine et docking de 3 bras robotiques. Décollement retromusculaire de bas en haut sur toute la hauteur de la gaine, la dissection est poussée jusqu'aux croisements des fibres de la ligne médiane. L'ouverture de la gaine a 1cm de la ligne médiane. Dissection dans le plan préperitonéal en passant au dessus et en dessous de l'éventration. Réduction des différents sacs et mise évidence de la prothèse intrapéritonéale. Ouverture de l'aponévrose controlatérale permettant d'accéder a l'espace rétromusculaire du muscle grand droit gauche. Enfin, réparation avec la suture des brèches péritonéale, des différents orifices avec fermeture du diastasis. On va ensuite mesurer le défaut a l'aide d'une règle puis mettre en place une prothèse de taille adaptée. On ne fixe pas la plaque. L'intérêt de cette chirurgie réalisée par voie mini-invasive est sa simplicité, sa reproductibilité et son efficacité (grande prothèse, fermeture du diastasis). Il s'agit d'une technique rapide réalisée en ambulatoire permettant une récupération rapide en post opératoire.

Communication vidéo

I. Chirurgie du Péritoine

CV.022

3CVD00088-Clairance de la maladie péritonéale périhépatique et Glissonectomie

Emma MULET, Olivier GLEHEN - (1)Hcl, Lyon, France

Conflits d'intérêts

0

Résumé de la vidéo

L'exérèse de la maladie péritonéale périhépatique représente une étape clé dans la prise en charge de la carcinose péritonéale, il s'agit à la fois d'un site fréquent de récurrence et d'une région difficile en raison de sa complexité anatomique ainsi que du risque de traitement initial incomplet, notamment dans les espaces occultes. Quelle que soit l'origine de la carcinose péritonéale, une cytoréduction complète demeure le facteur pronostique le plus important pour la survie. Initialement décrites par Paul Sugarbaker à travers six procédures standardisées de péritonectomie, les approches chirurgicales ont récemment été actualisées par le PSOGI avec le Consensus de Lyon, affinant la définition et le compte rendu des procédures de péritonectomie.¹ Dans cette vidéo, nous passons en revue les principales étapes de l'exérèse de la maladie péritonéale périhépatique, avec un focus particulier sur la procédure de Glissonectomie. 1. Bhatt A, Stepanyan A, Moran BJ, et al. Peritonectomy procedures for peritoneal surface malignancies: PSOGI-ESGO-ISSPP Lyon consensus. British Journal of Surgery. 2025;112(6):znaf112. doi:10.1093/bjs/znaf112

Communication vidéo

J. Nouvelles technologies robotiques

CV.023

3CVD00211-Segmentectomies robot: de 1 à 8

Daniel KAZAN, Hassen HENTATI, Boris AMORY, Delphine GASTINEAU, Giuliano SANTOLAMAZZA, Wilhelm PAILLUSSON, Madeline DELELIENNE, Nicolas BOYER, Daniele SOMMACALE, Raffaele BRUSTIA, Rachel COPANS - (1)Upec-Aphp, Créteil, France

Conflits d'intérêts

Aucun

Résumé de la vidéo

Cette vidéo de 8 minutes, intitulée "From 1 to 8", illustre la faisabilité et la reproductibilité de la chirurgie mini-invasive pour l'ensemble du volume hépatique à travers huit résections (unisegmentectomies ou wedge). Historiquement, la coelioscopie conventionnelle se limitait aux segments antéro-latéraux faciles d'accès. Les segments postéro-supérieurs (I, IVa, VII, VIII) restaient l'apanage de la chirurgie ouverte en raison de contraintes techniques majeures. Le système robotique surmonte ces obstacles. Grâce aux instruments articulés offrant sept degrés de liberté, à une vision 3D magnifiée et à la filtration des tremblements, le chirurgien réalise des plans de transection curvilignes précis et une dissection fine dans les espaces profonds. Sur le plan médical, l'approche robotique garantit une sécurité accrue, confirmée par les données de la cohorte FRIES-ACHBPT-2024. Elle réduit significativement le taux de conversion en laparotomie, minimise les pertes sanguines et favorise la préservation du parenchyme sain. De plus, elle accélère la récupération des patients, réduisant le séjour hospitalier à 3-4 jours. Enfin, cette vidéo possède une forte valeur pédagogique. La courbe d'apprentissage du robot est plus courte que celle de la coelioscopie, suggérant que ces interventions complexes sont désormais des procédures sûres, reproductibles et standardisées.

