

6^{ème} CONGRÈS

Francophone de Chirurgie Digestive
et Hépato-Biliaire

1^{er} au 3 décembre 2010

ATTENTION
CHANGEMENT
DE LIEU

Centre de Congrès
hôtel NEW YORK,
Disneyland® Resort Paris

- Chirurgie colorectale
- Chirurgie hépato-bilio-pancréatique
- Laparoscopie
- Cancérologie
- Formation continue
- Sessions vidéos
- Dossiers cliniques



Programme

NYCOMED CHIRURGIE



Une équipe qui fait bloc **avec vous**



6^{ème} CONGRÈS

Francophone de Chirurgie Digestive et Hépato-Biliaire



Edito

Chers collègues, chers amis,

La 6^{ème} édition du Congrès Francophone de Chirurgie Digestive et Hépato-Biliaire, réunion commune de l'Association Française de Chirurgie Hépato-Biliaire et Transplantation Hépatique et de la Société Française de Chirurgie Digestive, se déroule cette année sur 3 journées entières, du 1^{er} au 3 décembre.

Il s'agit d'un des signes de maturité de cette réunion scientifique. Tout d'abord, les facilités d'accès et d'hébergement du Parc Disneyland® Paris nous ont fait choisir de garder ce lieu que vous connaissez tous parfaitement désormais. Au plan scientifique, le nombre de soumissions a été particulièrement important cette année (environ 200 au lieu de 110 lors des premières éditions). Parmi ces soumissions, le nombre de travaux multicentriques est croissant et des essais thérapeutiques de qualité sont présents. Nous vous proposons cette année encore un programme scientifique de très grande qualité comprenant des travaux originaux (communications libres, posters, vidéos), des conférences, trois sessions de formation continue, quatre symposiums et des sessions vidéo, de même que la présentation des recommandations concernant la prise en charges des métastases hépatiques synchrones des cancers colo-rectaux, qui ont été rédigées par la commission d'évaluation commune à nos deux sociétés savantes. Enfin, les séances de dossiers cliniques, très appréciées pour leur interactivité, ont également été développées. Nous continuons, pour attirer les plus jeunes, d'offrir une bourse de 400 euros aux collègues de moins de 35 ans et premiers signataires d'une communication orale.

La réussite de ce congrès repose sur votre présence et votre participation active. Il faut souligner la présence de chirurgiens francophones qui, au delà de l'hexagone, ont soumis leurs travaux ou ont fait le déplacement jusqu'à Paris, et celle de nos partenaires de l'industrie dont la participation, en particulier sous forme de symposiums et de prix, est essentielle à la tenue de cette réunion. Pour que cette dernière soit également amicale, la soirée du jeudi sera consacrée à une escapade dans le parc Disneyland® suivie d'un dîner du congrès dans une atmosphère festive.

Ce 6^{ème} congrès, plus important que les précédents, confirme que la collaboration de nos deux sociétés savantes a bénéficié à tous !

Le Comité d'Organisation

6^{ème} CONGRÈS

Francophone de Chirurgie Digestive
et Hépato-Biliaire



Comité d'Organisation

S. Benoist	A. Laurent
S. Berdah	P.-A. Lehur
L. de Calan	C. Mariette
D. Castaing	F.-R. Pruvot
O. Farges	A. Sauvanet

Comité Scientifique

Coordonnateurs : C. Mariette, A. Sauvanet



P. Compagnon
J. Hardwigen
A. Laurent
A. Sa Cunha
E. Vibert



Association Française
de Chirurgie Hépato-Biliaire
et de Transplantation Hépatique

S. Benoist
F. Bretagnol
C. Laurent
J.-M. Regimbeau
A. Valverde

Le Comité Scientifique vous informe que les orateurs des symposia ont soumis une déclaration de conflits d'intérêts.

Information

Les internes, chefs de clinique assistants ou chirurgiens en formation, âgés de moins de 35 ans, premiers auteurs d'un résumé sélectionné en communication orale, recevront une prise en charge forfaitaire de 400 € TTC (sur présentation de justificatifs).

Inscription

Rendez-vous sur le Site Officiel du congrès pour vous inscrire en ligne !

* Paiement sécurisé

www.sfcd-achbt.fr

Secrétariat d'organisation

Ce programme est imprimé sur papier
contribuant à la gestion durable de nos forêts

lepublicsysteme
PCO

ORGANISATEUR PROFESSIONNEL DE CONGRÈS
38, rue Anatole France
F-92594 Levallois-Perret Cedex
www.lepublicsystemepco.com

Organisation

Tél.: +33 (0)1 70 94 65 14
Fax : +33 (0)1 70 94 65 01
Email : info@sfcd-achbt.fr

Inscription

Tél.: +33 (0)1 70 94 65 22
Fax : +33 (0)1 70 94 65 25
Email : inscription@lepublicsysteme.fr



Mercredi 1^{er} décembre 2010

Salle Ballroom G



09h00
10h00

Séance de communications orales

Modérateurs : Ph. Wind (Bobigny), K. Slim (Clermont-Ferrand)

09h00

Evaluation du scanner avec opacification digestive antérograde avant fermeture précoce d'iléostomie : comparaison avec l'opacification standard
M. Leconte, H. Gouya, A. Oudjit, J. Coste, O. Vignaux, P. Legmann, B. Dousset (Paris)

09h12

Evaluation des recommandations de prise en charge des TIPMP des canaux secondaires
S. Murcia, C. Laurent, C. Cassinoto, G. Belleannée, B. Masson, D. Collet, A. Sa Cunha (Bordeaux)

09h24

Les cellules dérivées de moelle osseuse augmentent le potentiel métastatique dans un modèle orthotopique murin de métastases hépatiques
R. Audollent, C. Eveno, P. Hainaud, J.-O. Contreres, E. Dupuy, J.-P. Brouland, M. Pocard (Paris)

09h36

Radiofréquence per-opératoire seule ou en association avec la chirurgie pour traiter les métastases hépatiques de cancer colo-rectaux non résécables : résultats de l'étude multicentrique de phase 2 : ARF 2003
J. Jarry, M. Rivoire, J.-P. Arnaud, A. Ayav, A. Sa Cunha, J.-M. Regimbeau, S. Mathoulin, C. Bellera, S. Evrard (Bordeaux)

09h48

Le gradient de pression porto-systémique est prédictif de mortalité post-opératoire après résection hépatique sur cirrhose
G. Petrovai, E. Boleslawski, S. Truant, S. Dharancy, A. Duhamel, L. Sulaberidze, P. Zerbib, G. Lebuffe, P. Mathurin, F.-R. Pruvot (Lille)

10h00
10h20

Conférence

Modérateur : B. Millat (Montpellier)

Les défis de la sécurité du patient

R. Amalberti (Haute Autorité de Santé, La Plaine Saint-Denis)

10h20



Pause et visite des stands

10h45
11h05

Conférence

Modérateur : Y. Panis (Clichy)

Nouveautés dans le traitement médical des MICI

Y. Bouhnik (Clichy)

11h05
12h35

Formation Médicale Continue : cancer de l'estomac

Organisateur : J. Chipponi (Clermont-Ferrand)
Modérateur : F. Lacaine (Paris)



Pré-test

Prise en charge pré-thérapeutique : du diagnostic à la RCP
D. Pezet (Clermont-Ferrand)

Les gastrectomies : résultats fonctionnels et soins péri-opératoires
S. Msika (Colombes)

Les curages ganglionnaires : indications, techniques et résultats
J.-Y. Mabrut (Lyon)

Traitements néoadjuvants et adjuvants
M. Ychou (Montpellier)



Post-test

12h35
13h10

Cas cliniques : que disent les experts ?

Organisateur : F.-R. Pruvot (Lille)

13h10



Déjeuner - Buffet

14h10
15h20

Séance de dossiers cliniques et vidéos

Modérateurs : C. Mariette (Lille), A. Sauvanet (Clichy)

14h10

Vidéo - DPC avec résection spléno-mésentérique-portale :
abord premier de l'artère mésentérique supérieure
E. Rosso, I. Lucescu, E. Housseau, P. Pessaux, P. Bachellier (Strasbourg)

14h20



Dossier clinique

14h50



Dossier clinique

15h20



Pause et visite des stands



Mercredi 1^{er} décembre 2010

Salle Ballroom G



15h50
16h50

Séance de communications orales

Modérateurs : P. Pessaux (Strasbourg), S. Benoist (Boulogne)

15h50

Etendue de la lymphadénectomie au cours d'une duodénopancréatectomie céphalique pour cancer du pancréas : détermination du nombre minimal de ganglions

P. Bachellier, E. Oussoultzoglou (Strasbourg), F. Paye (Paris), J.-R. Delpero (Marseille)
et l'Association Française de Chirurgie

16h02

Réséction suivie de transplantation en cas de récurrence pour CHC : bénéfices et risques en intention de traiter

D. Fuks, S. Dokmak, F. Durand, M. Chirica, V. Paradis, J. Belghiti (Clichy)

16h14

Le dépistage du syndrome de Lynch dans le cancer colo-rectal : faut-il en faire plus ?

G. Canard, J. Lefevre, C. Colas, M. Svreck, O. Lascos, R. Hamelin, J-F. Fléjou, E. Tired, Y. Parc (Paris)

16h26

Comment diminuer le risque de récurrence après traitement chirurgical de métastases hépatiques d'origine colorectale ?

L. Benhaim, D. Goéré, S. Bonnet, F. Dumont, D. Malka, M. Ducreux, D. Elias (Villejuif)

16h38

Tumeurs endocrines pancréatiques (TEP) : quel risque opératoire ? Quelle survie ?

R. Cherif, S. Gaujoux, A. Couvelard, S. Dokmak, B. Aussilhou, P. Ruszniewski, J. Belghiti, A. Sauvanet (Clichy)

16h50
17h50

Formation Médicale Continue : actualités en proctologie

Organisateur : I. Siezlenieff (Marseille)

Modérateur : F. Bretagnol (Clichy)



Pré-test

Hémorroïdes : de nouvelles alternatives. Pourquoi et comment ?

P.-A. Lehur, G. Meurette (Nantes)

Place de l'encollage dans les fistules complexes

J.-L. Faucheron (Grenoble)

Prise en charge chirurgicale «moderne» de la rectocèle

J.-J. Tuech, V. Bridoux (Rouen)



Post-test

17h50
18h50

Symposium



Cancer colo-rectal métastatique : repousser les limites de la résecabilité

Modérateur : R. Adam (Villejuif)

Introduction

R. Adam (Villejuif)

Les avancées dans la prise en charge chirurgicale du CCRm

A. Sa Cunha (Bordeaux)

Chirurgie et oncologie : deux approches complémentaires

M. Ychou (Montpellier)

18h50 Assemblées générales

ACHBT - Suite Queen 5244

SFCD - Salle Ballroom G

20h00 Dîner libre



Jeudi 2 décembre 2010

Salle Ballroom G



08h00
09h00

Symposium



Chirurgie des métastases hépatiques dans le cancer colo-rectal : but ou moyen

Comment intégrer le traitement de première ligne dans le cadre d'une stratégie multi-lignes ? F. Di Fiore (Rouen)

Comment optimiser la chirurgie des métastases pour améliorer la prise en charge des patients ? P. Pessaix (Strasbourg)

09h00
10h25

Séance thématique de communications orales

Session chirurgie du tube digestif et colo-rectale

Modérateurs : C. Laurent (Bordeaux), J. Lefevre (Paris)

09h00

Coloproctectomie totale laparoscopique avec anastomose iléoanale et mucosectomie : peut-on éviter l'iléostomie de protection ?

T. Hor, S. Zalinski, J. Lefevre, E. Attal, N. Chafai, E. Tiret, Y. Parc (Paris)

09h12

Chimiohyperthermie intra péritonéale par oxaliplatine ou oxali-irinotecan après cytoréduction complète de la carcinose péritonéale d'origine colo-rectale.

Etude prospective bicentrique à propos de 146 patients

F. Quénet, D. Goéré, S. Mehta, L. Roca, F. Dumont, M. Essissen, B. Saint-Aubert, D. Elias (Montpellier)

09h24

Complications associées aux deux techniques chirurgicales utilisées dans l'endométriose colorectale : pour un choix éclairé des patients

V. Bridoux, H. Roman, J.-J. Tuech, B. Resch, M. Vassilieff, H. Khalil, M. Scotte, E. Huet, B. Fefebure, L. Marpeau, F. Michot (Rouen)

09h36

Bénéfice de la colostomie périnéale pseudocontinente sur la cicatrisation du périnée

A. Souadka, F. Dumont, C. Mendes, P. Lasser, D. Goéré, D. Elias (Villejuif)

09h48

Technique d'irrigation colique antérograde pour le traitement de l'incontinence anale : morbidité et résultats à long terme chez 75 patients

N. Chereau, J. Lefevre, N. Chafai, E. Tiret, Y. Parc (Paris)

10h00

La radiothérapie préopératoire influence-t-elle l'exérèse par laparoscopie des cancers du rectum ?

Q. Denost, C. Laurent, T. Paumet, L. Quintane, E. Rullier (Bordeaux)

10h12

Hypofécondité après coloproctectomie totale, analyse des facteurs responsables de la réduction de la fertilité des femmes à partir d'un registre monocentrique

M. Randet, J. Podevin, A. Colombel, N. Regenet, P.-A. Lehur, G. Meurette (Nantes)

10h25



Pause et visite des stands

09h00
10h25

Séance thématique de communications orales

Session Hépato-Bilio-Pancréatique et Transplantation hépatique

Modérateurs : O. Scatton (Paris), Ph. Compagnon (Rennes)

09h00

Evaluation du rapport bénéfice/risque d'un schéma de réduction de la dose quotidienne de tacrolimus en association à du mycophénolate mofétil pour prévenir les complications du tacrolimus chez le transplanté hépatique

K. Boudjema, C. Camus, F. Saliba, Y. Calmus, E. Salamé, G. Pageaux, C. Ducerf, C. Duvoux, A. Renault, P. Compagnon, R. Lorho, E. Bellissant (Rennes)

09h12

Ni la TDM préopératoire, ni l'évaluation peropératoire ne peuvent prédire l'envahissement ganglionnaire du pédicule hépatique pour les patients opérés de métastases de cancer colorectal

C. Rau, B. Blanc, M. Ronot, S. Dokmak, D. Fuks, V. Paradis, V. Vilgrain, S. Faivre, J. Belghiti (Clichy)

09h24

Les métastases hépatiques endocrines de primitif inconnu sont-elles une contre-indication à la transplantation ?

Résultats d'une série multicentrique européenne de 25 patients

E. Grégoire, Y.-P. Le Treut, J. Klempnauer, J. Belghiti, D. Castaing, J. Lerut, H. Becker, A. Pascher, G. Mantion, E. Salame, J. Baulieux, F.-R. Pruvot, Ph. Wolf, B. Suc, R. Adam (Marseille)

09h36

Équité et utilité dans l'attribution des greffons hépatiques : l'équilibre n'est pas atteint

V. Bouygues, P. Compagnon, R. Lorho, C. Camus, E. Bardou-Jacquet, M. Lakehal, B. Meunier, K. Boudjema (Rennes)

09h48

La positivité hépatique du PET FDG est prédictive de sortie de liste pour progression tumorale pendant la période d'attente de transplantation hépatique (TH) pour carcinome hépatocellulaire (CHC)

T. Decaens, E. Itti, A. Laurent, A. Luciani, J. Tran Van Nhieu, M.-L. Aurialt, E. Evangelista, M. Meignan, C. Duvoux, D. Cherqui, D. Azoulay (Créteil)

10h00

La modulation du débit portal par un anneau gonflable prévient l'insuffisance hépatique après hépatectomie majeure

P. Bucur, C. Radulescu, J. Faivre, B. Décante, D. Castaing, E. Vibert (Villejuif)

10h12

Transplantation hépatique avec volumineux greffons : quel impact sur les suites opératoires précoces ?

J. Duclos, E. Vibert, E. Levesque, C. Salloum, R. Adam, D. Castaing, P. Azoulay (Villejuif)

10h25



Pause et visite des stands



Jeudi 2 décembre 2010

Salle Ballroom G



10h50
12h20

Séance « les meilleures communications orales »

Modérateurs : L. De Calan (Tours), D. Castaing (Villejuif)

10h50

Chirurgie seule versus radiochimiothérapie néoadjuvante suivie de chirurgie dans les cancers de l'œsophage de stades I et II : résultats d'un essai randomisé FFCD9901

G. Piessen, J.-F. Seitz, E. Maillard, F. Mornex, P.-A. Thomas, D. Pezet, J.-P. Triboulet, C. Mariette (Lille) et la Fédération Francophone d'Oncologie Digestive

11h05

Adénocarcinomes pancréatiques canaux (ADK-P) : résultats des résections veineuses mésentérico-portales (RVMP) colligées dans le rapport 2010 de l'Association Française de Chirurgie (AFC)

J.-R. Delperio (Marseille), F. Paye (Paris), Ph. Bachellier (Strasbourg) et l'Association Française de Chirurgie

11h20

Faut-il drainer les voies biliaires avant une hépatectomie pour cancer du hile ?

O. Farges, J.-M. Régimbeau, D. Fuks, Y.-P. Le Treut, D. Castaing, J. Belghiti, P. Bachellier, K. Boudjema, G. Nuzzo, D. Cherqui, J.-F. Gigot, O. Boillot, C. Ducerf (Clichy)

11h35

La colectomie première chez les patients porteurs d'un cancer colique avec métastases synchrones non résécables améliore la survie : résultats d'une étude multicentrique

M. Karoui, F. Roudot-Thoraval, F. Mesli, E. Mitry, T. Aparicio, G. Desguetz, C. Louvet, B. Landi, I. Sobhani (Créteil)

11h50

Transplantation hépatique pour carcinome hépatocellulaire : un modèle prédictif de récurrence intégrant l'AFP

T. Decaens, F. Pessione, A. Laurent, H. Badran, P. Compagnon, T. Piardi, F. Muscarelli, C. Francoz, E. Salame, S. Dharancy, S. Radenne, M. Neau-Cransac, A. Stacchini-Myx, J. Dumortier, G.-P. Pageaux, J.-C. Duclos-Vallée, M.-N. Hilleret, P. Lebray, O. Chazouillères, D. Botta-Fridlund, F. Conti, A. Abergel, M. Gratien, D. Cherqui, F. Roudot-Thoraval, D. Azoulay, C. Duvoux (Créteil)

12h05

Impact de la chimiothérapie néoadjuvante sur la survie dans les adénocarcinomes à cellules indépendantes gastriques : étude comparative multicentrique

M. Messager, J. Lefevre, V. Pichot-Delachaye, A. Souadka, T. Thibot, D. Brachet, D. Louis, M. Fernandez, J. Guiramaud, B. Tsilividis, R. Flamein, K. Kraft, J.-M. Balon, F. Borie, A. Glaise, X.-B. D'Journo, F. Peschard, M. Pocard, P.-A. Thomas, B. Millat, M. Prudhomme, S. Fabre, N. Hutten, D. Pezet, F. Michot, J.-R. Delperio, C. Brigand, N. Carrere, J.-P. Arnaud, B. Meunier, D. Goere, J.-Y. Mabrut, F. Paye, F. Vandois, G. Piessen, C. Mariette (Lille)

12h20
13h20

Symposium

60 minutes pour comprendre, de l'hémostase aux règles du management

Modérateurs : D. Castaing (Villejuif), C. Mariette (Lille)

Chirurgie hépatique et hémostase. O. Farges (Clichy)

Prévention des fistules pancréatiques. F. Lacaine (Paris)

Management au bloc opératoire : que faut-il savoir ?

S. Laclaire (CRECI - Centre de Recherche et d'Etude sur les Comportements Individuels, Aix-en-Provence)



13h20



Déjeuner - Buffet

14h15
15h25

Séance de dossiers cliniques et vidéos

Modérateurs : C. Mariette (Lille), A. Sauvanet (Clichy)

14h15

Vidéo : sectoriectomy dorsale par voie trans-hépatique

C. Péry, R. Gauzolino, K. Boudjema (Rennes)

14h25



Dossier clinique

14h55



Dossier clinique

15h25
15h45

Conférence

Modérateur : D. Elias (Villejuif)

Chirurgie des métastases hépatiques non-colorectales et non endocrines :
palliative, curative, ou adjuvante ?

M. Rivoire (Lyon)

15h45 Remise de la Bourse Benoît Malassagne

15h50
16h45

Trucs et astuces

Modérateurs : C. Tayar (Créteil), H. Mosnier (Paris)

Duodénopancréatectomie céphalique

J.-P. Triboulet (Lille)

Chirurgie de l'Obésité

Ph. Topart (Angers)

Résection rectale pour cancer sous cœlioscopie

Ph. Rouanet (Montpellier)

16h45



Pause et visite des stands



Jeudi 2 décembre 2010

Salle Ballroom G



17h15
18h15

Séance communications orales

Modérateurs : B. Dousset (Paris), C. Brigand (Strasbourg)

17h15

Traitement conservateur des brûlures caustiques graves de l'estomac

Ph. Zerbib, D. Koriche, B. Voisin, F. Saulnier, S. Truant, T. Onimus, F.-R. Pruvot (Lille)

17h27

Résection colorectale laparoscopique à un seul trocart. Etude cas-témoin

S. Gaujoux, F. Bretagnol, M. Ferron, Y. Panis (Clichy)

17h39

L'existence de métastases pulmonaires synchrone non résécables est-elle encore une contre indication à la résection des métastases hépatiques d'origine colorectale ? Etude cas-témoin chez 64 malades

L. Maggiori, S. Benoist, J.-B. Bachet, C. Penna, P. Rougier, B. Nordlinger (Boulogne)

17h51

Prise en charge en moins de 24 heures de l'appendicite aiguë : résultats d'une étude prospective

C. Sabbagh, A. Pequignot, O. Brehant, F. Browet, D. Fuks, J.-M. Regimbeau (Amiens)

18h03

Dissémination rétropéritonéale de métastases ovariennes d'origine colorectale : rationnel pour la pratique d'une lymphadénectomie systématique

C. Eveno, D. Goéré, D. Tzanis, P. Dartigues, F. Dumont, E. Benhaim, M. Ducreux, D. Elias (Villejuif)

18h15
18h45

Séance vidéos

Modérateur : Ch. Letoublon (Grenoble)

Transplantation auxiliaire, avec greffon droit issu d'un split, pour hépatite fulminante

D. Sommacale, G. Liddo, F. Dondero, J. Belghiti (Clichy)

Reconstruction vaginale par transposition colique droite après exentération pelvienne

V. Bridoux, B. Kianifard, B. Resch, L. Sibert, M. Scotte, F. Michot, J.-J. Tuech (Rouen)

Hépatectomie gauche étendue au segment I et CHIP pour CHC fibrolamellaire

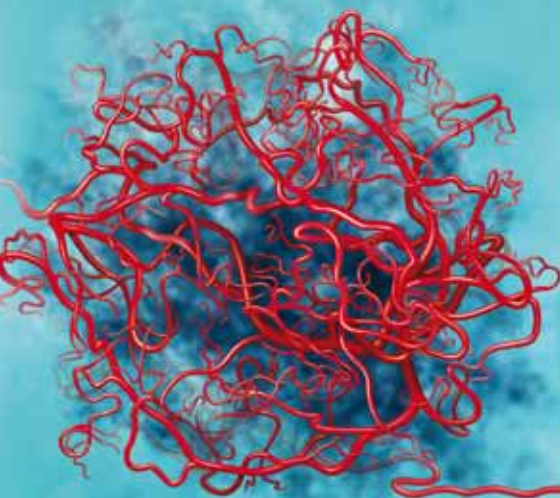
A. Sonadka, D. Elias (Villejuif)

18h45 Temps libre

20h00 Disney «by Night» et Dîner du Congrès



Dès la première ligne, pour cibler l'angiogenèse⁽¹⁾



Avastin® (bevacizumab)
est indiqué chez les patients
atteints de cancer colorectal
métastatique, en association à
une chimiothérapie à base de
fluoropyrimidine.

(1) RCP Avastin®



AVASTIN®
bevacizumab

Dès la première ligne, pour cibler l'angiogenèse®

AVASTIN® 25 mg/ml, solution à diluer pour perfusion. **COMPOSITION*** : 100 mg de bevacizumab dans 4 ml et 400 mg dans 16 ml de solution à diluer pour perfusion. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES*** : **Avastin (bevacizumab) en association à une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, est indiqué chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique** • Avastin en association au paclitaxel ou au docétaxel, est indiqué en traitement de première ligne, chez les patients atteints de cancer du sein métastatique. Pour une information complémentaire concernant le statut HER2, référez-vous à la rubrique Propriétés Pharmacodynamiques. • Avastin, en association à une chimiothérapie à base de sels de platine, est indiqué en traitement de première ligne chez les patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules, avancé et non opérable, métastatique ou en rechute, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde. • Avastin, en association à l'interféron alfa-2a, est indiqué en traitement de première ligne, chez les patients atteints de cancer du rein avancé et/ou métastatique. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION*** : Il est recommandé de poursuivre le traitement jusqu'à la progression de la maladie sous-jacente. Une réduction de dose n'est pas recommandée en cas de survenue d'effet indésirable. Si nécessaire, le traitement doit être soit arrêté de façon définitive, soit suspendu de façon temporaire, comme décrit en rubrique Mises en garde et Précautions d'emploi. **Cancer colorectal métastatique** : Avastin est recommandé soit à la posologie de 5 mg/kg ou 10 mg/kg de poids corporel administré une fois toutes les 2 semaines, soit à la posologie de 7,5 mg/kg ou 15 mg/kg administré une fois toutes les 3 semaines, en perfusion IV. Une réduction de dose n'est pas recommandée en cas de survenue d'effet indésirable. Dans ce cas, le traitement doit être soit suspendu de façon temporaire, soit arrêté de façon définitive. Pour plus de détails, voir Vidal. **Cancer du sein métastatique** : Avastin est recommandé à la posologie de 10 mg/kg de poids corporel, administré une fois toutes les 2 semaines ou à la posologie de 15 mg/kg de poids corporel administré une fois toutes les 3 semaines, en perfusion IV. **Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)** : Avastin est administré en association à une chimiothérapie à base de sels de platine jusqu'à 6 cycles de traitement, suivis de Avastin en monothérapie jusqu'à progression de la maladie. Avastin est recommandé à la posologie de 7,5 mg/kg ou 15 mg/kg une fois toutes les 3 semaines, en perfusion IV. Le bénéfice clinique chez les patients atteints de CBNPC a été démontré aux posologies de 7,5 mg/kg et 15 mg/kg. Pour plus de détails, voir Vidal. **Cancer du rein avancé et/ou métastatique (CRm)** : Avastin est recommandé à la posologie de 10 mg/kg de poids corporel, administré une fois toutes les 2 semaines, en perfusion intraveineuse. **Populations particulières** : voir RCP. **Population pédiatrique** : voir RCP. **Mode d'administration** : La dose initiale doit être administrée par une perfusion intraveineuse de 90 minutes. Si la première perfusion est bien tolérée, la deuxième perfusion peut être administrée en 60 minutes. Si la perfusion administrée en 60 minutes est bien tolérée, toutes les perfusions ultérieures pourront être administrées en 30 minutes. Ne pas administrer par voie I.V. rapide ou en bolus. **Précautions à prendre avant la manipulation ou l'administration du médicament** : Pour les instructions concernant la dilution du médicament avant administration, voir la rubrique Précautions particulières d'élimination et manipulation. Les perfusions de Avastin ne doivent pas être administrées, ou mélangées, avec des solutions de glucose. Ce médicament ne doit pas être mélangé à d'autres médicaments excepté ceux mentionnés dans la rubrique Précautions particulières d'élimination et manipulation. **CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Hypersensibilité aux produits des cellules ovariennes de hamster Chinois ou à d'autres anticorps recombinants humains ou humanisés. Grossesse (voir Grossesse et allaitement). **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI*** : Perforations gastro-intestinales. Fistule. Complications de la cicatrisation des plaies. Hypertension artérielle. Syndrome de leucoencéphalopathie postérieure réversible. Protéinurie. Thromboembolies artérielles. Thromboembolies veineuses. Hémorragies. Hémorragies pulmonaires/hémoptysies. Insuffisance cardiaque congestive. Neutropénies et infections. Réactions d'hypersensibilité / réactions liées à la perfusion. **INTERACTIONS*** : **GROSSESSE ET ALLAITEMENT*** : Femme en âge d'avoir des enfants : Les femmes en âge de procréer doivent utiliser des mesures contraceptives efficaces au cours du traitement et pendant les 6 mois qui suivent son arrêt. **Grossesse** : Avastin est contre-indiqué chez la femme enceinte. **Allaitement** : Les femmes doivent interrompre l'allaitement pendant le traitement et ne doivent pas allaiter pendant au moins 6 mois après l'administration de la dernière dose. **Fécondité, EFFETS SUR L'APTITUDE À CONDUIRE DES VÉHICULES ET À UTILISER DES MACHINES*** : Perforations gastro-intestinales. Fistule. Cicatrisation des plaies. Hypertension artérielle. Protéinurie. Hémorragies. Hémorragies associées à la tumeur. Thromboembolies (artérielles et veineuses). Insuffisance cardiaque congestive. Réactions d'hypersensibilité/réactions liées à la perfusion. Patients âgés. Population pédiatrique. Anomalies des paramètres biologiques. Expérience depuis la commercialisation. **SURDOSAGE*** : **PROPRIÉTÉS PHARMA-CODYNAMIQUES*** : anticorps monoclonal ; L01XC07. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES*** : **DONNÉES DE SÉCURITÉ PRÉCLINIQUES*** : **INCOMPATIBILITÉS*** : glucose. **CONSERVATION*** : 2 ans. La stabilité chimique et physique en cours d'utilisation a été démontrée pendant 48 heures entre 2°C et 30°C dans une solution injectable de chlorure de sodium à 9 mg/ml (0,9%). D'un point de vue microbiologique, une utilisation immédiate est recommandée. Si le produit n'est pas utilisé immédiatement après reconstitution, les délais et conditions de conservation relèvent de la responsabilité de l'utilisateur et ne devraient normalement pas excéder 24 heures entre 2°C et 8°C, sauf si la dilution a été effectuée dans des conditions d'asepsie contrôlées. À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler. À conserver dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. **PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'ÉLIMINATION ET MANIPULATION*** : **CONDITIONS DE DÉLIVRANCE** : Liste I. Médicament réservé à l'usage hospitalier. Prescription réservée aux médecins spécialistes ou compétents en oncologie ou en cancérologie. Agréé aux collectivités à l'exception de l'association au docétaxel dans le CSm. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. **NUMÉRO D'IDENTIFICATION** : 1 flacon (verre) de 4 ml : EU/1/04/300/001, CIP 34009566 20074 - 1 flacon (verre) de 16 ml : EU/1/04/300/002, CIP 34009566 20135. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : Roche Registration Limited - 6 Falcon Way - Shire Park - Welwyn Garden City AL7 1TW - Royaume-Uni. **REPRÉSENTANT LOCAL** : ROCHE - 52, Boulevard du Parc - 92521 Neuilly sur Seine Cedex - Tél. 01 46 40 50 00. **DATE D'APPROBATION/RÉVISION** : Juillet 2010. V07/10. *Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site de l'EMA (<http://www.ema.europa.eu>) ou à défaut sur le site de ROCHE (www.roche.fr).

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. Roche est responsable de ce fichier qui a pour finalité le suivi de nos relations clients. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données recueillies à votre sujet auprès du Service Juridique de Roche, tél. du standard 01 46 40 50 00.



AVASTIN®
bevacizumab

Des la première ligne, pour cibler l'angiogenèse*

08h30
09h30

Symposium

sanofi aventis
ECONOMISER C'EST ÊTRE SANTÉ

Chirurgie carcinologique et thrombose veineuse : quelle prise en charge en pratique ?

Modérateur : C. Mariette (Lille)

Patient cancéreux et risque de thrombose ?

P. Debourdeau (Lyon)

Chirurgie carcinologique et thrombose : focus sur les pratiques avec l'observatoire

Préobs-Carcino

C. Mariette (Lille)

Prévention de la thrombose veineuse en chirurgie carcinologique : que disent les recommandations ?

N. Briez (Lille)

09h30
10h30

Séance de communications orales

Modérateurs : J.-Y. Mabrut (Lyon), P. Mariani (Paris)

09h30

La rééducation périnéale après exérèse rectale pour cancer améliore t-elle la fonction et la qualité de vie ?

A. Laforest, F. Bretagnol, A.-S. Mouazan, L. Maggiori, M. Ferron, Y. Panis (Clichy)

09h42

Un anneau préalable augmente la morbidité et le taux de fistules gastriques après gastrectomie longitudinale pour obésité

J. Gagnière, K. Slim, M.-V. Launay-Savary, O. Raspado, J. Chipponi (Clermont-Ferrand)

09h54

L'exérèse de métastases hépatiques d'origine colorectale après une chimiothérapie de deuxième ligne est-elle justifiée ?

A. Brouquet, M.-J. Overman, S. Kopetz, D.-M. Maru, E.-M. Loyer, A. Cooper, S.-A. Curley, C.-R. Garrett, E.-K. Abdalla, J.-N. Vauthey (Houston, Texas, Etats-Unis)

10h06

L'incidence et la gravité des fistules pancréatiques (FP) après duodéno- pancréatectomie céphalique (DPC) peut être prédit par le scanner pré-opératoire

H. Tranchart, S. Gaujoux, V. Rebours, S. Dokmak, B. Aussilhou, P. Levy, A. Couvelard, J. Belghiti, A. Sauvanet (Clichy)

10h18

Devenir de 719 patients ayant une lésion kystique du pancréas non initialement opérées

S. Gaujoux, M. Brennan, M. D'Angelica, R. DeMatteo, Y. Fong, W. Jarnagin, P. Allen (New York, Etats-Unis)

10h30

Remise de la Bourse de la SFCD

10h35

Recommandations de l'ACHBT & de la SFCD

Prise en charge des métastases hépatiques synchrones de cancer colorectal

S. Zalinsky (Paris)

11h05

Les meilleurs posters

A. Valverde (Argenteuil), E. Vibert (Villejuif)

11h35

Pause et visite des stands



Vendredi 3 décembre 2010

Salle Ballroom G



12h05
12h35

Conférence

Modérateur : R. Kianmanesh (Colombes)

Tumeurs endocrines du tube digestif

B. Carnaille (Lille)

12h35
13h15

Séance vidéos

Modérateur : A. Ayav (Nancy)

Exérèse par voie laparoscopique d'un kyste rétro-rectal

G. Manceau, F. Bretagnol, Y. Panis (Clichy)

DPC pour adénocarcinome sous coelioscopie

C. Tayar (Créteil)

Œso-pharyngolaryngectomie totale circulaire avec gastroplastie et plastie de grand dorsal

J.-P. Triboulet, G. Piessen, J. Darras, C. Patenôtre (Lille)

Segmentectomie 1 par laparoscopie

F. Borie, J. Ripoche (Nîmes)

13h15



Déjeuner - Buffet

14h05
14h45

Séance de dossiers cliniques

Modérateurs : C. Mariette (Lille), J.-M. Regimbeau (Amiens)



2 dossiers cliniques

14h55 Remise des prix Ethicon Endo-Surgery

Meilleure communication orale, meilleur poster et meilleure vidéo



Ethicon
Endo-Surgery

15h00
16h30

Formation Médicale Continue : urgences chirurgicales chez le sujet âgé

Organisateur : M. Pocard (Paris) - Modérateur : G. Schmitt (Reims)



Pré-test

Comment appréhender l'autonomie et la survie attendue d'un vieillard ?

T. Cudennec (Boulogne)

Quelle chirurgie en urgence après 80 ans ?

K. Pautrat (Paris)

L'anesthésie après 80 ans : ce que le chirurgien doit savoir

R. Pirracchio (Paris)



Post-test

16h30

Fin du Congrès

Vendredi

15

Foie - Voies biliaires-transplantation - Pancréas

- 1 Transplantation hépatique (TH) pour carcinome hépatocellulaire (CHC) : les critères « up-to-seven » sont applicables. Proposition de modulation selon le taux d'AFP**
 T. Decaens, F. Roudot-Thoraval, F. Pessione, H. Badran, P. Wolf, F. Durand, A. Laurent, E. Salame, O. Boillot, C. Vanlemmens, J. Gugenheim, S. Dharancy, P.-H. Bernard, Ph. Compagnon, F. Conti, J. Hardwigsen, C. Ducer, R. Adam, G.-Ph. Pageaux, M.-H. Hilleret, O. Chazoullières, A. Abergel, M. Debette-Gratien, A. Mallat, D. Cherqui, D. Azoulay, C. Duvoux (Créteil)
- 2 Résultats à long terme des transpositions réno-porte et cavo-porte en transplantation hépatique**
 C. Lim, C. Salloum, P. Bhangui, R. Adam, D. Castaing, E. Vibert, D. Azoulay (Villejuif)
- 3 Facteurs de risques des plaies des voies biliaires lors d'une cholecystectomie laparoscopique. Etude de 31838 cholécystectomies**
 M. Ouaisi, U. Giger, S.-F. Hsu Schmitz, S. Krähenbühl, L. Krähenbühl (Marseille)
- 4 Chimiothérapie intra-artérielle adjuvante après résection hépatique pour carcinome hépatocellulaire : résultats d'une étude cas-témoins appariés**
 F. Riva, E. Boleslawski, S. Truant, G. Sergent, P. Zerbib, S. Dharancy, F. Bouras, G. Liddo, G. Decanter, L. Sulaberidze, Ph. Mathurin, J.-R. Pruvot (Lille)
- 5 Troisième transplantation hépatique : est-ce raisonnable ?**
 A. Mariani, E. Vibert, I. Mikou, C. Salloum, R. Adam, D. Castaing, A. Smail, D. Azoulay (Villejuif)
- 6 Résultats de la chirurgie d'exérèse pour récidives de métastases hépatiques d'origine colorectale traitée initialement par radiofréquence**
 A. Brouquet, J.-N. Vauthey, B.-D. Badgwell, E.-M. Loyer, H. Kaur, S.-A. Curley (Houston, Etats-Unis)
- 7 La prise en charge monocentrique influence-t-elle le devenir des patients opérés d'un cancer colorectal avec des métastases hépatiques synchrones ?**
 P. Goyer, M. Karoui, L. Vigano, A. Charachon, A. Luciani, I. Baumgaertner, A. Laurent, C. Tayar, M.-L. Auriault, D. Azoulay, D. Cherqui (Créteil)
- 8 Influence de la chimiothérapie prolongée sur la régénération hépatique après hépatectomie majeure pour métastases hépatiques de cancer colorectal (MHCCR)**
 L. Schwarz, D. Fuks, L. Lacaze, O. Suaud, J.-P. Lestrat, J.-M. Regimbeau, M. Scotté (Rouen)
- 9 Résection chirurgicale des métastases hépatiques de cancer du sein : une approche multidisciplinaire. Etude cas-témoin**
 P. Mariani, V. Servois, Y. De Rycke, M. Lae, J.G. Ferron, M.-M. Almubarak, J.-Y. Pierga, M.-C. Falcou, R.-J. Salmon, B. Baranger (Paris)
- 10 L'ablation tardive du drain de Kehr (DK) après transplantation hépatique orthotopique (THO) diminue l'incidence des fuites biliaires**
 I. Sourrouille, F. Dondéro, A. Saget, D. Sommacale, S. Dokmak, F. Durand, J. Belghiti (Clichy)



Communications affichées

- 11** Influence de la marge de résection sur sa survie globale et sans récive à 5 ans après hépatectomie pour métastases hépatiques des cancers colo-rectaux
P. Trocard, F. Muscari, R. Guimbaud, S. Le Guellec, P. Otal, B. Suc (Toulouse)
- 12** Traitement endovasculaire des sténoses significatives de l'artère hépatique après transplantation hépatique
D. Boulate, A. Laurent, C. Tayar, A. Luciani, T. Decaens, C. Duvoux, D. Cherqui, D. Azoulay, H. Kobeiter (Créteil)
- 13** La lymphadenectomie extensive dans la chirurgie radicale du cancer de la vésicule biliaire : résultats immédiats et à distance à propos d'une série de 115 cas
S. Berkane, A. Bennani, L. Abid (Alger, Algérie)
- 14** Peut-on prédire la survenue de fistules biliokystiques dans le kyste hydatique du foie lors d'une simple consultation de routine ?
A. Souadka, O.H. El Malki, B. Zakri, A. Benkabbou, R. Mohcine, L. Ifrine, A. Belkouchi (Rabat, Maroc)
- 15** Le Mangafodipir améliore la tolérance du greffon hépatique à l'ischémie reperfusion
Y. Mouchel, I. Ben Mosbah, A. Corlu, F. Morel, K. Boudjema, Ph. Compagnon (Rennes)
- 16** Des doses «homéopathiques» d'inhibiteurs de la calcineurine sont possibles pour une majorité de patients à distance de la greffe hépatique
L. Barbier, S. Garcia, P. Borentain, D. Botta-Fridlund, Y.-P. Le Treut, J. Hardwigen (Marseille)
- 17** L'étude des axes-angles du foie (angulométrie hépatique) permet de définir les rapports entre foie droit, foie gauche et foie total et d'estimer le volume du foie droit et gauche sur deux coupes de scanner
A. Parvanescou, E. Paladino, H. Belkacem, L.-S. Baccar, J.-F. Delattre, S. Msika, R. Kianmanesh (Colombes)
- 18** Le niveau de l'anastomose bilio-biliaire après transplantation de foie total a-t-il une importance ?
G. Liddo, E. Boleslawski, S. Truant, P. Zerbib, G. Lebuffe, N. Declerck, F.-R. Pruvot (Lille)
- 19** Le bevacizumab n'influence pas la régénération hépatique après hépatectomie majeure
G. Millet, S. Truant, E. Boleslawski, M. Hebbar, C. Febvray, E. Leteurtre, P. Zerbib, G. Huet, F.-R. Pruvot (Lille)
- 20** Traitement d'attente du carcinome hépatocellulaire (CHC) en vue d'une transplantation hépatique (TH) par chimio-embolisation hypersélective par billes chargées à la doxorubicine (CEDC Beads) : Étude Pilote
J. Mayer, T. Decaens, A. Luciani, J. Tran Van Nhieu, A. Laurent, C. Tayar, D. Cherqui, D. Azoulay, C. Duvoux, H. Kobeiter (Créteil)

- 21** Evaluation de la qualité des comptes-rendus anatomo-pathologiques des pièces opératoires des cholangiocarcinomes du hile hépatique. Etude multicentrique, rétrospective nationale (Enquête AFC 2009, Cholangiocarcinome)
D. Chatelain, D. Fuks, A. Breguet, N. Trouillet, F.-R. Pruvot, O. Farges, J.-M. Regimbeau (Amiens) et les participants de l'enquête AFC
- 22** Carcinomes hépatocellulaires géants de plus de 10 cm : comparaison des résultats à long terme après résection hépatique, en fonction de la taille
P. Allemann, A. Tempia-Caliera, C. Karaizaridis, N. Demartines, N. Halkic (Lausanne, Suisse)
- 23** Diminution de l'incidence de gastroparésie de grade 3 et de la durée d'hospitalisation grâce à une alimentation entérale précoce par sonde naso-jéjunale, après duodéno pancréatectomie céphalique
M. Rayar, K. Boudjema, B. Meunier, L. Sulpice (Rennes)
- 24** Pancréatectomie gauche avec conservation splénique laparoscopique : avec ou sans conservation des vaisseaux
J.-P. Adam, A. Jacquin, C. Laurent, B. Masson, D. Collet, A. Sa Cunha (Bordeaux)
- 25** Facteurs de risques de récurrence précoce après DPC pour adénocarcinome canalaire pancréatique
J.-C. Vignal, A. Jacquin, J.-P. Adam, G. Belleannée, E. Terrebbonne, C. Laurent, D. Collet, A. Sa Cunha (Bordeaux)
- 26** Résultats de l'intervention De Frey dans la pancréatite chronique calcifiante : étude prospective à propos de 26 patients
L. Sulpice, Ph. Compagnon, M. Rayard, Y. Harnoy, B. Meunier, K. Boudjema (Rennes)
- 27** Pronostic des patients ayant un adénocarcinome pancréatique initialement non résécable comparé à celui des patients ayant une tumeur résécable d'emblée
Q. Denost, C. Laurent, A. Jacquin, J.-P. Adam, M. Capdepon, D. Smith, V. Vendrely, G. Belleannée, B. Masson, D. Collet, A. Sa-Cunha (Bordeaux)
- 28** Une courte antibiothérapie diminue la fréquence des complications infectieuses après duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) sur bile contaminée
I. Sourrouille, B. Blanc, F. Bert, S. Dokmak, B. Aussilhou, C. Paugam-Burtz, J. Belghiti, A. Sauvanet (Clichy)
- 29** Influence de la lymphadenectomie régionale sur la morbi-mortalité et la survie après duodéno pancréatectomie déphalique (DPC) pour adénocarcinome du pancréas
M. Tavernier, L. Plard, C. Dufay, G. Lebreton, A. Alves, E. Salame, L. Chiche (Caen)
- 30** Le traitement chirurgical permet d'obtenir une normalisation prolongée du bilan hépatique dans le traitement de la sténose biliaire au cours de la pancréatite chronique
D. Fuks, E. Bartoli, M. Fumery, A. Hanes, T. Yzet, R. Delcenserie, J.-M. Regimbeau (Amiens)
- 31** Nombre de ganglions analysés dans des duodéno pancréatectomies céphaliques pour adénocarcinome du pancréas : impact sur le statut ganglionnaire et sur la survie
H. Vuarnesson, O. Semoun, R. Lupinacci, J.-B. Bachet, M. Resche-Rigon, F. Paye (Paris)



Communications affichées

Chirurgie colorectale

- 32** Amputation abdominopérinéale pour carcinome épidermoïde du canal anal : survie, facteurs de risque de récurrence. Une cohorte de 105 patients
H. Corte, J. Lefevre, M. Chaouat, N. Chafai, E. Touboul, E. Tiret, Y. Parc (Paris)
- 33** Dissection rectale et troubles sexuels de la femme : zone anatomique à haut risque
D. Moszkowicz, B. Alsaid, C. Penna, G. Benoît, F. Peschaud (Le Kremlin-Bicêtre)
- 34** Quelles explications génétiques pour les polyposes colorectales indéterminées ?
C. Mongin, J. Lefevre, C. Colas, F. Coulet, F. Soubrier, E. Tiret, Y. Parc (Paris)
- 35** Qualité de vie et résultats fonctionnels après rectopexie antérieure laparoscopique pour prolapsus rectal et rectocèle. Etude prospective
L. Maggiori, F. Bretagnol, M. Ferron, Y. Panis (Clichy)
- 36** Le stent colique modifie-t-il les caractéristiques anatomo-pathologiques des patients opérés à but curatif d'un cancer du colon en occlusion ?
C. Sabbagh, D. Chatelain, O. Brehant, E. Bartoli, F. Mauvais, D. Fuks, J.-M. Regimbeau (Amiens)
- 37** Résultats oncologiques à long terme des prothèses coliques dans le traitement curatif des cancers coliques en occlusion
A. Charachon, M. Karoui, H. Pillant, I. Baumgaertner, F. Brunetti, C. Tresallet, M. Levy, D. Karsenti, D. Cherqui, I. Sobhani, J.-C. Delchier (Créteil)
- 38** Peut-on réduire la morbidité après laparoscopie pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin ? Une analyse de 367 résections consécutives
L. Maggiori, F. Bretagnol, M. Ferron, Y. Bouhnik, Y. Panis (Clichy)
- 39** La qualité de la continence anale après implantation dépend-elle de la qualité de la réponse au test unilatéral ou bilatéral de la neuromodulation des racines sacrées ?
C. Phillippe, J.-M. Didelot, G. Parelton, M. Veyrac, F. Borie (Nîmes)
- 40** Le sphincter anal magnétique dans le traitement de l'incontinence fécale. Résultats de 10 implantations consécutives
A. Guillaud, G. Meurette, V. Wyart, J. Podevin, P.-A. Lehur (Nantes)
- 41** Conservation ou non de l'artère colique gauche au cours de la sigmoïdectomie carcinologique : quelles conséquences sur l'abaissement colique ?
S. Bonnet, A. Berger, N. Hentati, B. Abid, J.-M. Chevallier, V. Delmas, R. Douard (Paris)
- 42** Influence de la rectopexie laparoscopique sur le confort sexuel des patientes opérées pour un trouble complexe de la statique rectale
E. Abet, M. Wong, J. Podevin, P.-A. Lehur, G. Meurette (Nantes)

43 Eventrations péristomiales. Optimiser le traitement ou prévenir dès la création ?

J. Ripoche, P. Fabro-Peray, M. Prudhomme (Paris)

44 Tumeurs desmoïdes : histoire naturelle, prise en charge et survie.

Etude rétrospective sur 79 patients

T. Desurmont, J. Lefevre, C. Louvet, E. Tiret, Y. Parc (Paris)

45 Intervention de Martius dans la prise en charge des fistules rectovaginales : série rétrospective de 20 patientes

S. Pitel, J. Lefevre, Y. Parc, N. Chafai, E. Tiret (Paris)

46 Impact de la conférence de consensus de 1998 sur la prise en charge du cancer du côlon chez les sujets âgés de plus de 70 ans. Etude en population générale dans le département du Calvados

V. Bouvier, A. Alves, L. Launay, K. Bouhier-Leporrier, G. Lebreton, G. Launoy (Caen)

47 Réhabilitation améliorée après chirurgie colique. Bilan à trois ans de la mise en place d'un chemin clinique

D. Rio, D. Fetu, A. Merdrignac, B. Gierens (Vannes)

Cancérologie tube digestif haut - Paroi - Laparoscopie

48 "Second-Look" chirurgical associé à une CHIP systématique chez des patients asymptomatiques à haut risque de récurrence péritonéale d'un cancer-colorectal

C. Honoré, D. Goéré, F. Dumont, C. Dromain, V. Boige, D. Malka, P. Burtin, M. Ducreux, D. Elias D (Villejuif)

49 IRM de diffusion intravoxel incohérent motion amélioration de la détection de la caractérisation de l'évaluation de la nécrose de métastases hépatiques de cancers colorectaux

M. Chiaradia, A. Lauren, J. Tran Van Nhieu, M. Karoui, A. Vignaud, F. Brunetti, F. Pigneur, M. Djabbari, B. Zegai, D. Cherqui, D. Azoulay, A. Luciani (Créteil)

50 Rôle pronostique majeur du ratio ganglionnaire dans les cancers de l'œsophage

M. Chalret du Rieu, J. Selves, E. Bloome, C.-H. Julio, B. Pradère, N. Carrère (Toulouse)

51 Analyse des facteurs pronostiques de 117 patients porteurs d'un adénocarcinome de l'intestin grêle

N. Le Dem, M. Messenger, K. Vychnevskaya, D. Fucks, A. Rezaei, J.-P. Arnaud, C. Mariette, J.-M. Regimbeau, M. Scotté (Rouen)

52 Renutrition pré-opératoire avant résection pancréatique pour cancer : enquête de l'Association Française de Chirurgie (AFC) 2010

F. Paye, P. Bachellier, J.-R. Delperio (Paris) et l'Association Française de Chirurgie



Communications affichées

- 53** Le bevacizumab altère la régénération hépatique post hépatectomie sur un modèle expérimental
A. Dupré, A. Paradisi, S. Langonnet, P. Mehlen, M. Rivoire (Lyon)
- 54** Peut-on guérir les patients atteints de carcinose d'origine colorectale ?
D. Goéré, D. Tzanis, F. Dumont, M. Ducreux, D. Elias (Villejuif)
- 55** Coloscanner à l'air avec coloscopie virtuelle : un examen utile pour le choix du traitement chirurgical des endométrioses colorectales
H. Roman, M. Vassilieff, O. Suaud, C. Da Costa, C. Collat-Savoye, N. Maroteau-Pasquier, H. Belhiba, L. Marpeau, J.-J. Tuech (Rouen)
- 56** Diagnostic de l'extension péritonéale des tumeurs digestives : comparaison des performances du TEP-Scanner-FDG et de l'IRM avec séquence de diffusion. Résultats préliminaires
Z. Mehanna, M. Soussan, V. Aflalo Hazan, V. Barrau, G. Des Guetz, T. Aparicio, R. Benamouzig, Ph. Wind (Bobigny)
- 57** Influence de la chimiothérapie systématique néoadjuvante dans la sélection des patients avec carcinose péritonéale d'origine colorectale pour un traitement à visée curative
D. Vaudoyer, E. Cotte, G. Passot, A. Steghens, G. Freyer, F.-N. Gilly, O. Glehen (Lyon)
- 58** Mise en évidence des mécanismes moléculaires impliqués dans l'induction de lésions vasculaires hépatiques sévères par une chimiothérapie à base d'oxaliplatine
J. Agostini, S. Benoist, M. Seman, C. Julié, J. Zucman-Rossi, A. Brouquet, J.-B. Bachet, J.-F. Emile, P. Laurent-Puig (Boulogne)
- 59** Recherche de modifications génomiques précoces induites par l'oxaliplatine prédictives de la chimiosensibilité. Etude in vivo sur modèles tissulaires de cancer colorectal humain
C. Honoré, D. Allard, V. Boige, F. André, D. Elias, D. Goéré (Villejuif)
- 60** Prévention des infections du site opératoire (ISO) en chirurgie digestive grâce à l'utilisation d'une compresse de collagène imprégnée de gentamicine
O. Bréhan, P. Leher, A. Dhahri, C. Sabbagh, F. Browet, D. Fuks, J.-M. Regimbeau (Amiens)
- 61** Incidence des ulcères anastomotiques après Bypass gastrique sous coelioscopie et position de l'anse alimentaire
L. Ribeiro-Parenti, D. Chosidow, K. Arapis, P. Fournier, J.-P. Marmuse (Paris)
- 62** Intérêt de l'enseignement pré-clinique sur le porc des gestes techniques de base en chirurgie viscérale
J.-P. Faure, J.-P. Richer, J. Paineau, B. Meunier, M. Carretier (Poitiers)

- 63** Comparaison entre l'anastomose gastro-jejunale manuelle et mécanique dans l'intervention de Bypass gastrique par voie cœlioscopique
J. Jarry, T. Wagner, A. Sa Cunha, D. Collet (Bordeaux)
-
- 64** Sleeve gastrectomie chez les super-super obèses
J.-M. Catheline, R. Dbouk, G. Reach, R. Cohen (Saint-Denis)
-
- 65** Un chemin clinique pour les douleurs de la fosse illiaque droite
D. Vattant, J.-Ph. Steinmetz, P. Bilbault, C. Duja, C. Brigand, S. Rohr (Strasbourg)
-
- 66** Etude de la qualité de vie après cure de hernie par prothèse auto adhérente. Etude prospective multicentrique
C. Barrat, G. Champault, C. Polliand, A. Torcivia, F. Lacaine, J. Delaby (Bondy)
-
- 67** Sleeve gastrectomie pour obésité morbide : les hommes n'ont pas de moins bons résultats que les femmes
A. Pequiot, P. Verhaeghe, C. Sabbagh, A. Dhahri, J.-B. Deguines, J.-M. Regimbeau (Amiens)
-
- 68** Résultats à moyen terme de la sleeve gastrectomie sous laparoscopie après ablation d'anneau gastrique chez 31 patients
P. Fournier, K. Arapis, L. Ribero-Parenti, D. Chosidow, M. Kousouri, J.-P. Marmuse (Paris)
-
- 69** Exploitation de la cavitation dans la thérapie par ultrasons focalisés de haute intensité. Etude de faisabilité sur foie de porc in vivo
Q. Denost, C. Laurent, H. Trillaud, C. Moonen, B. Quesson (Bordeaux)



Association Française
de Chirurgie Hépatobiliaire
et de Transplantation Hépatique



Partenaires 2010

Gold Sponsors



Sponsors



6^{ème} CONGRÈS

Francophone de Chirurgie Digestive et Hépato-Biliaire



Infos pratiques

Lieu

Centre de Congrès

Hôtel NEW YORK, Disneyland® Resort Paris

Transport



Sur présentation de votre fichet congrès SNCF, envoyé avec votre confirmation d'inscription, obtenez 20% de réduction sur un trajet aller-retour en 1^{ère} ou 2^{ème} classe dans l'hexagone dans la limite des places disponibles. Renseignements SNCF - Tél. : 36 35



Sur présentation de votre confirmation d'inscription sur lequel figure le numéro d'agrément Air France, vous obtiendrez jusqu'à 50% de réduction dans la limite des places disponibles pour l'achat d'un billet aller-retour sur le réseau métropole. Renseignements Air France - Tél. : 36 54
N° d'agrément Air France : AF 10545. Validité du 26/11/2010 au 08/12/2010

Un service de navette assure les transferts depuis les aéroports de Roissy-Charles de Gaulle et d'Orly. Informations disponibles sur www.vea.fr

Accueil des participants

A partir de 7h30 chaque matin

Site Internet

Rendez-vous sur le Site Officiel du congrès www.sfcd-achbt.fr

- pour vous inscrire en ligne au congrès comme au dîner du congrès (paiement sécurisé)
- pour réserver votre hébergement
- pour télécharger votre attestation de présence à l'issue de congrès
- et retrouver toutes les infos pratiques

Badges

Le port du badge est obligatoire pendant toute la durée du congrès pour circuler et accéder aux salles de conférences, à l'espace communications affichées ainsi qu'à l'exposition.

Exposition

Le Comité d'Organisation invite tous les participants à visiter régulièrement les stands à l'heure des pauses.

Communications affichées

Affichage à partir du mercredi 1^{er} décembre 9h00 jusqu'au vendredi 3 décembre 16h30.

Dimensions requises des posters : format A0 vertical (118,9 cm de haut x 84,1 cm de large)

Secrétariat d'organisation



ORGANISATEUR PROFESSIONNEL DE CONGRÈS
38, rue Anatole France
F-92594 Levallois-Perret Cedex
www.lepublicsystemepco.com

Organisation

Tél.: +33 (0)1 70 94 65 14

Fax : +33 (0)1 70 94 65 01

Email : info@sfcd-achbt.fr

Inscription

Tél.: +33 (0)1 70 94 65 22

Fax : +33 (0)1 70 94 65 25

Email : inscription@lepublicsysteme.fr

7^{ème} CONGRÈS

Francophone de Chirurgie Digestive
et Hépato-Biliaire

Mercredi 30 novembre 2011
au Vendredi 2 décembre

Centre de Congrès
hôtel NEW YORK,
Disneyland® Resort Paris



Rendez-vous en 2011...

ERBITUX® 5mg/ml

CETUXIMAB

grey healthcare group 07/2010

- Traitement du Cancer ColoRectal Métastatique dès la 1^{ère} ligne
- Traitement des carcinomes épidermoïdes localement avancés de la tête et du cou
- Traitement de 1^{ère} ligne des carcinomes épidermoïdes récidivants et/ou métastatiques de la tête et du cou

Merck Serono Oncologie | Cibler l'innovation

ERBITUX® 5 mg/ml solution pour perfusion. FORMES ET PRESENTATIONS : Solution pour perfusion à 5 mg/ml (incolorre) : flacons de 20 et de 100 ml, boîtes unitaires. **COMPOSITION* :** Cetuximab (DCI) 100 mg ou 500 mg par flacon. Le cetuximab est un anticorps monoclonal chimérique IgG₁, produit par la technique de l'ADN recombinant. **INDICATIONS* :** • Erbitux est indiqué dans le traitement des patients présentant un cancer colorectal métastatique avec gène KRAS de type sauvage exprimant le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) : - en association avec une chimiothérapie, - en monothérapie après échec d'un traitement à base d'oxaliplatine et d'irinotécan et en cas d'intolérance à l'irinotécan. • Erbitux est indiqué dans le traitement des patients présentant un carcinome épidermoïde de la tête et du cou : - en association avec la radiothérapie en cas de maladie localement avancée, - en association avec la chimiothérapie à base de platine en cas de maladie récidivante et/ou métastatique. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* :** Surveillance pendant et au moins 1 h après la fin de la perf. Disponibilité de matériel de réanimation. Avant la 1^{ère} perf, prémédication par antihistaminique et corticostéroïde. 1^{ère} dose : 400 mg/m². Doses hebdomadaires ultérieures : 250 mg/m². • CCRm : en association avec la chimiothérapie (médicaments administrés au moins 1 h après la fin de la perf) ou en monothérapie. • Carcinome épidermoïde de la tête et du cou : - localement avancé : débiter une semaine avant la radiothérapie ; - récidivant et/ou métastatique : associer à une chimiothérapie à base de platine (administrée au moins 1 h après la fin de la perf), suivie d'un traitement d'entretien par cetuximab. **Administration :** voie IV, par pompe à perfusion, goutte-à-goutte ou pompe à seringue. Durée de perf : 120 mn (dose initiale), puis 60 mn (doses ultérieures) ; vitesse max de perfusion : 10 mg/mn. **CONTRE-INDICATIONS* :** • Antécédents connus de réactions d'hypersensibilité sévères (grade 3 ou 4) au cetuximab. • Avant d'instaurer un traitement en association, il doit être tenu compte des contre-indications des médicaments chimiothérapeutiques utilisés simultanément ou de la radiothérapie. **MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI* :** • Réactions liées à la perf : réduire sa vitesse si légères ou modérées, arrêter immédiatement le traitement si sévères. • Affections respiratoires : interrompre le traitement si diagnostic de maladie interstitielle pulmonaire. • Réaction cutanée sévère : interrompre le traitement jusqu'à régression au grade 2. • Déséquilibres électrolytiques (hypomagnésémie, hypokaliémie), risque accru d'apparition d'hypocalcémies sévères (particulièrement en cas de chimiothérapie à base de platine) : déterminer les concentrations sériques avant et pendant le traitement. • Neutropénie et complications infectieuses associées : chez les patients recevant le cetuximab en association avec une chimiothérapie à base de platine, le risque d'apparition d'une neutropénie sévère est accru, celle-ci pouvant entraîner ensuite des complications infectieuses, en particulier en cas de lésions cutanées, de muque ou de diarrhée. **INTERACTIONS*.** **GROSSESSE ET ALLAITEMENT* :** Seulement si le bénéfice potentiel pour la mère justifie le risque potentiel pour le fœtus. Allaitement déconseillé jusqu'à 2 mois après la dernière administration. **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES*.** **EFFETS INDESIRABLES* :** Réactions cutanées, hypomagnésémie, muque, élévation des enzymes hépatiques, maux de tête, conjonctivite, diarrhées, nausées, vomissements, déshydratation (en particulier secondaire à diarrhée ou muque), hypocalcémie, anorexie, fatigue, réactions liées à la perfusion (fièvre, frissons, vertiges, dyspnées...) parfois sévères (bronchospasme, urticaire, élévation ou diminution de la pression artérielle, perte de conscience, état de choc). **SURDOSAGE*.** **PHARMACODYNAMIE* :** Agents antinéoplasiques, anticorps monoclonaux, code ATC : L01XC06. Anticorps monoclonal chimérique IgG₁, spécifique de l'EGFR. **PHARMACOCINETIQUE*.** **SECURITE PRECLINIQUE*.** **INCOMPATIBILITES* :** Ne pas mélanger avec d'autres médicaments. Utiliser une ligne de perfusion séparée. **CONDITIONS DE CONSERVATION* :** A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler. **Après ouverture :** 48 h à 25°C. Utiliser immédiatement après ouverture. **MODALITES DE MANIPULATION*.** **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :** Titulaire de l'AMM : Merck KGaA, Darmstadt, Allemagne. LISTE I. AMM EU/1/04/281/003 (2004, rév. 17.06.2009) ; CIP N° 570 750-8 ; UCD N° 9301128 (1 fl 20 ml). AMM EU/1/04/281/005 (2004, rév. 17.06.2009) ; CIP N° 570 752-0 ; UCD N° 9301111 (1 fl 100 ml). Médicament réservé à l'usage hospitalier. Prescription réservée aux médecins spécialistes ou compétents en oncologie ou en cancérologie. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. Collect. Merck Serono : 37 rue Saint-Romain F-69379 Lyon cedex 08. Tél : 04 72 78 25 25. Information médicale/Pharmacovigilance : Tél (N° vert) : 0 800 888 024. Site web : www.merckserono.fr. E-mail : infoqualit@merck.fr. *Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site internet de l'EMA ou auprès de Merck Serono. MLC 2009-15-07.