

JOURNÉES PLURIDISCIPLINAIRES DE PATHOLOGIE HÉPATO-BILIAIRE, PANCRÉATIQUE ET DIGESTIVE

Jeudi 4 décembre et vendredi 5 décembre 2025

HEdS, Avenue de la Roseraie 76B, 1205 Genève



Hôpitaux
Universitaires
Genève



HÉPATOLOGIE
GASTRO-ENTÉROLOGIE
GENÈVE



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Programme

Jeudi 4 décembre 2025

7h30 Accueil café

Matinée médico-soignante

Modération : Pr Stefan Monig

8h00 Reflux et hernie hiatale: quel bilan entreprendre?

Dre Minoa Jung

8h20 Bonnes indications à la chirurgie du reflux

Dr Mickael Chevallay

8h35 Vous avez dit endoflip?

Dr Philippe Mathys

8h50 Cancer oeso-gastrique: concept actuel

Pr Stefan Monig

9h10 Quel IPP choisir? Quand l'arrêter?

Dr Lucas Ramer

9h30 Les bonnes indications à la toxine botulinique

Dre Sahar Mack

9h45 Dépistage du cancer gastrique

Dr Philippe Bichard

10h00 Pause-café

Modération : Dre Minoa Jung

10h30 Obésité sarcopénique dans les maladies digestives

Pre Laurence Genton Graf

10h50 Quelques pitfalls en pathologie digestive

Dre Aurélie Bornand

11h05 Capsule endoscopique: nouveautés

Pr Emmanuel Coron

11h20 Analogue GLP-1 ou chirurgie bariatrique

Dre Minoa Jung

11h40 IA en pathologie clinique

Pre Laura Rubbia Brandt

12h00 Pause-déjeuner

Thème 1: Séance flashs

Modération : Dr Nicolas Goossens

13h30 Incidence du cancer du pancréas à Genève

Aleksandra Ivanovic

13h40 Mucoviscidose et atteinte hépatique

Dre Clémence Canivet

13h50 Traitement de deuxième ligne de l'hépatite auto-immune

Dre Marie Ongaro

14h00 Métastases hépatiques non résécables: transplantation hépatique?

Dre Giulia Magini

14h10 Aspirine et cancer

Dr Thibaud Koessler

14h20 Place de l'appendicectomie dans la RCH et le Parkinson

Dr Olivier Chatelanat

14h30 Transplantation fécale: nouvelles indications

Dr Ralph Briner

14h40 Mastocytes digestifs: signification clinique

Dre Aurélie Bornand

14h50 CHC: histotripsy

Dr Alexis Ricoeur

15h00 Pause-café

Thème 2

16h00 Quizz cliniques

Modération : Pr Laurent Spahr, Dr Alexis Ricoeur

Thème 3: TARDOC et Cie

Modération : Pr Jean-Louis Frossard

16h30 Nouvelle tarification TARDOC

Dr Alain Vonlaufen

16h45 Colloque multidisciplinaire: prérequis pour la MHS

Dr Christian Toso

17h00 Clause du besoin: la fin est-elle proche?

Dr Panteleimon Giannakopoulos

Programme

Vendredi 5 décembre 2025

7h30 Accueil café

Thème 4: Colon

Modération: Pr Laura Rubbia-Brandt

8h00 Politique de dépistage du CCR à Genève

Dre Ania Wisniak

8h20 Nouvelles stratégies dans le dépistage

Dr Léon Finci

8h40 30 ans de neurostimulation sacrée

Pr Guillaume Meurette

9h00 Traitement robotique de la hernie

Dre Aude Lehnén

9h15 MICI: le traitement per os s'impose?

Dr Olivier Chatelanat

9h30 Risque de métastase ganglionnaire et ADK colique pT1

Dre Aurélie Bornand

9h45 Réparation des cloaques en chirurgie humanitaire

Pr Frédéric Ris

10h00 Pause-café

Thème 5: Nutrition et santé

Modération: Pr Philippe Bichard

10h30 Le bio: mythes et faits

Dre Mapy Fleury

10h50 Cirrhose et optimisation de la nutrition

Dre Mariela Plenc Ziegler

11h10 Comment bien traiter son microbiote?

Pr Jacques Schrenzel

Thème 6: Conférence extra-médicale

11h30 Pilote de jet militaire

Fanny Chollet, première femme pilote de combat de l'Armée suisse et pilote d'essai chez Armasuisse

12h00 Pause-déjeuner

Thème 7

13h30 Quizz cliniques

Modération: Pr Laurent Spahr, Pr Stefan Monig

14h45 Pause-café

Thème 8: Foie

Modération: Dr Frédéric Ris

15h00 Le point sur l'hépatite E

Pr Darius Moradpour

15h20 Terlipressine et hypertension portale: update

Pr Laurent Spahr

15h35 MASLD: risque de CHC comment et qui dépister?

Dr Nicolas Goossens

15h50 Transplantation en oncologie

Pr Philippe Compagnon

16h10 Pinard Quizz

Informations pratiques

Organisation

- ▶ Service de gastroentérologie, hépatologie et nutrition
- ▶ Service de chirurgie viscérale
- ▶ Service d'oncologie
- ▶ Service de pathologie clinique
- ▶ Service de radiologie
- ▶ Service de transplantation
- ▶ Centre des affections hépatobiliaires et pancréatiques

Crédits de formation

- ▶ 16 unités pour la gastroentérologie
- ▶ 13 unités pour la médecine interne
- ▶ 10 unités pour la chirurgie
- ▶ 10 unités pour la pathologie

Adresse

Auditoire HEdS (Haute école de santé)
Avenue de la Roseraie 76B, 1205 Genève

Inscription

Merci de vous inscrire en remplissant le formulaire d'inscription et de le renvoyer à [✉ patricia.pery@hug.ch](mailto:patricia.pery@hug.ch)

Délai d'inscription: 1^{er} novembre 2025

Modalités de paiement

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

Tarifs (Tarif unique pour les deux jours)

Hors HUG

- ▶ Médecin: Fr. 100.–
- ▶ Personnel soignant et administratif: Fr. 50.–

Personnel HUG

- ▶ Entrée gratuite

Bulletin d'inscription

médecins et personnel soignant

Journées pluridisciplinaires de pathologie hépatobiliaire, pancréatique et digestive

Jeudi 4 et vendredi 5 décembre 2025

Auditoire HEdS, Avenue de la Roseraie 76B, 1205 Genève

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse professionnelle: _____

E-mail: _____

Téléphone: _____

Participation (à cocher):

☐ Jeudi 4 décembre 2025 et / ou ☐ Vendredi 5 décembre 2025

Bulletin à remplir et à envoyer avant le 1^{er} novembre 2025

Par mail: patricia.pery@hug.ch

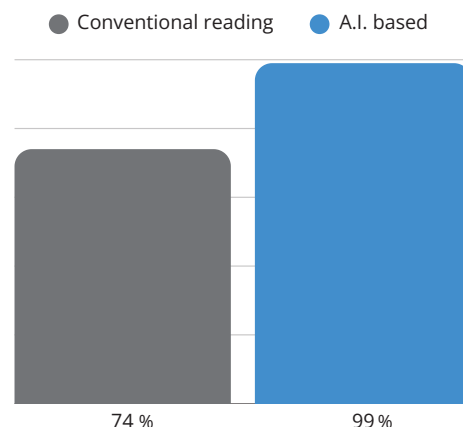


Vos avantages en un coup d'œil :

- Sensibilité et précision accrues
- Enregistreur de données compact avec ceinture de capteurs confortable
- Aucune irradiation : le localisateur magnétique de la capsule identifie la capsule sans contact

Devenez précurseur en endoscopie diagnostique : avec NaviCam™ SB, vous gagnez en efficacité, précision et confort pour vos patients – le tout dans un seul système.

High-sensitivity in AI auxiliary reading



Sensitivity by per patient analysis

NaviCam

La première capsule (868 MHz) endoscopie avec A.I.

Découvrez avec NaviCam™ SB un système révolutionnaire pour l'endoscopie de l'intestin grêle – pour la première fois avec une intelligence artificielle (A.I.) intégrée, qui optimise automatiquement l'analyse des images.

Grâce au logiciel NaviCam™ ProScan, notre système atteint un taux de détection des lésions nettement supérieur à celui des méthodes conventionnelles. Le temps moyen de lecture n'est que d'environ 5,9 minutes (± 2,2 min), contre 96,6 minutes (± 22,5 min) pour une évaluation traditionnelle.*

*(Données basées sur l'analyse de plus de 113 millions d'images provenant de 6 790 patients dans 77 centres médicaux)

Informations additionnelles



PUISSANT

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

✓ **Réponse rapide**
dès la semaine 1^{2,3,a,**}

✓ **Rémission durable**
sur 52 semaine^{4,5,b}

✓ **CICATRISATION MUQUEUSE**
dès l'induction^{4,5,6,c}

✓ **Profil de sécurité bien étudié**
dans 6 indications^{1,d}

Le premier et le seul inhibiteur de JAK-1 par voie orale, 1x par jour dans la CU et MC^{1,7}

* Grâce à une réponse rapide^{2,a}, une rémission clinique^{4,b} et une cicatrisation muqueuse après la phase d'induction^{6,c} et la phase d'entretien à la semaine 52^{5,d}. ** Analyse groupée post-hoc : patients ayant eu un échec à un traitement biologique : **CU** : 51,5 % ; **MC** : 100 %. Patients sans échec préalable à un traitement biologique : **CU** : 48,5 % ; **MC** : 0 %.^{2,d} RINVOQ® n'est pas autorisé en Suisse pour les patients naïfs de traitement biologique.

a Différence significative entre RIN 45 mg et le PBO en termes de soulagement des symptômes. **CU** : dès le 1^{er} jour, SFS ≤ 1 et RBS ≤ 0 ; **MC** : dès la S 1 (jour 3) : FS < 3 et APS ≤ 1. b Rémission clinique durable à la S 52 chez les patients qui étaient en rémission clinique après l'induction. **CU** : selon l'aMS, SFS ≤ 1 et à valeur initiale, RBS = 0 et ESS ≤ 1 sans friabilité ; 22,5 % sous RIN 30 mg, 60,6 % sous RIN 15 mg, contre 8,3 % sous PBO ; **MC** : FS quotidienne moyenne avec des selles très molles ou liquides ≤ 2,8 et APS ≤ 1, les deux paramètres étant ≤ valeur initiale : 60 % sous RIN 30 mg, 44,2 % sous RIN 15 mg, contre 13 % sous placebo ; c **CU** : ESS = 1 sans friabilité à la S 8² ; 27 % sous RIN 45 mg contre 1,7 % sous PBO, resp. 371 % contre 4,8 % et à la S 52⁵ : 59,2 % sous RIN 30 mg, 43,9 % sous RIN 15 mg, contre 7,4 % sous PBO, ainsi qu'après un ESS = 0 et un score de Gebos ≤ 2 après la S 52⁵ : 18,7 % sous RIN 30 mg, 15,7 % sous RIN 15 mg, contre 2,7 % sous PBO ; **MC** : endoscopie sans ulcération : sous-score SES-CD pour la surface des ulcérations = 0 chez les patients présentant un sous-score SES-CD pour la surface des ulcérations ≤ 1 au début de l'étude, S 12⁵ : 16,6 % sous RIN 45 mg, contre 0,4 % sous PBO, S 52⁵ : 19,8 % sous RIN 30 mg, 12,4 % sous RIN 15 mg, contre 1,6 % sous PBO. d Autorisé au total dans 6 indications en rhumatologie, dermatologie, gastroentérologie.

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

1. Information professionnelle de RINVOQ® (upadacitinib). www.swissmedicinfo.ch. 2. Loftus EV, et al. Upadacitinib Reduces Ulcerative Colitis Symptoms as Early as Day 1 of Induction Treatment. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2022;21(9):2247-2258.e3. 3. Colombel JF, et al. Upadacitinib Reduces Crohn's Disease Symptoms Within the First Week of Induction Therapy. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2024;14:S1542-3565(24)00254-4. Incl. Suppl. 4. Vermeire S, et al. Efficacy and safety of upadacitinib maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis in patients responding to 8 week induction therapy (U-ACHIEVE Maintenance): overall results from the randomised, placebo-controlled, double-blind, phase 3 maintenance study. Lancet Gastroenterol. Hepatol. 2023;8(11):976-989. Incl. Suppl. 5. Peyrin-Biroulet L, et al. Upadacitinib Achieves Clinical and Endoscopic Outcomes in Crohn's Disease Regardless of Prior Biologic Exposure. Clin. Gastroenterol. & Hepatology. 2024;22:2096-2106. 6. Danese S, et al. Upadacitinib as induction and maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis: results from three phase 3, multicenter, double-blind, randomised trials. Lancet. 2022;399:2113-28. Incl. Suppl. 7. Liste élargie des médicaments autorisés. www.swissmedic.ch (téléchargement 03.12.2024). — Les références peuvent être demandées par des spécialistes à medinfo.ch@abbvie.com.

Version abrégée de l'information professionnelle RINVOQ® (upadacitinib) : I : Adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active modérée à sévère et présentant réponse inadéquate ou tolérance (RI) à anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou à synthèses conventionnelles (csDMARD). En association avec ou sans méthotrexate ou autres csDMARD ou en monothérapie ; Adultes atteints d'arthrite érosive (AP) avec RI à 21 anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou à synthèses conventionnelles (csDMARD). En monothérapie ou en association avec des DMARD non biologiques ; Adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active (SA) avec réponse insuffisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ; Adultes atteints de dermatite atopique (DA) modérée à sévère lorsque le traitement par les médicaments topiques conventionnels ne permet pas un contrôle adéquat de la maladie ou n'est pas recommandée ; Adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) active modérée à sévère avec RI à 21 agent biologique ou en cas de contre-indication ; Adultes atteints d'une maladie de Crohn (MC) active modérée à sévère avec RI à 21 agent biologique ou en cas de contre-indication. **PM :** Pour les patients atteints de PR, AP, SA ou DA : dose orale recommandée de 15 mg QD. Pour les patients atteints de CU ou MC : dose d'induction de 45 mg QD pendant 8 semaines, CU et 12 semaines pour MC. Possibilité de prolonger la phase d'induction de 8 semaines avec 45 mg QD pour CU ou de 12 semaines avec 30 mg QD pour MC si la réponse est insuffisante. Dose d'entretien de 15 mg ou 30 mg QD. Chez les patients présentant une activité élevée de la maladie, une phase d'induction prolongée ou une réponse insuffisante à la dose de 15 mg, une dose de 30 mg peut être envisagée. Tenez compte des risques tels que MACE, TEV et de maladies malignes dans le cas d'une phase d'induction prolongée ou et pour la sélection de la dose d'entretien. En cas d'inhibiteurs puissants du CYP3A, d'insuffisance hépatique légère ou modérée ou d'insuffisance rénale sévère : dose d'induction de 30 mg QD, dose d'entretien de 15 mg QD. Pour les patients ≥ 65 ans : dose d'entretien de 15 mg QD. Pas recommandée pour : numération absolue des lymphocytes (NAL) < 500 cellules/mm³, numération absolue des neutrophiles (NAN) < 1000 cellules/mm³, taux d'hémoglobine (Hb) < 9 g/dl, insuffisance hépatique sévère ou d'insuffisance rénale en phase terminale. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Tuberculose active. **M :** Utiliser uniquement en l'absence de traitement alternatif (pour PR, AP, SA et DA) ou avec une prudence particulière (pour CU et MC) chez les patients suivants : > 65 ans, (anciens) fumeurs, facteurs de risque de tumeurs malignes (y compris le cancer de la peau non mélanocytique, NMSC) ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaires ; Par rapport à 15 mg QD, 30 mg QD augmentent le risque d'effets indésirables, d'infections graves et de tumeurs malignes ; Éviter l'utilisation en cas d'infections graves et actives. Interrompre le traitement jusqu'à ce que l'infection soit sous contrôle. Avant de commencer le traitement, dépister la tuberculose (TB) et l'hépatite virale, surveiller la réactivation. Dans le cas d'une TB latente non traitée auparavant, initier une prophylaxie antituberculeuse avant le traitement. Si le patient développe un zona, envisagez d'interrompre le traitement jusqu'à la résolution. Recommandé d'actualiser le statut vaccinal (y compris contre varicelle/zona) avant de commencer le traitement. Utilisation de vaccins vivants atténués pendant et immédiatement avant le traitement pas recommandée. Examiner les patients présentant des signes de TEV, interrompre le traitement en cas de suspicion ; Arrêter le traitement en cas de réaction d'hypersensibilité significative ; Utiliser avec prudence chez les patients présentant un risque de perforation gastro-intestinale ; Risque d'hypoglycémie en cas de traitement concomitant avec des médicaments antidiabétiques ; Surveillance NAN, NAL, Hb, taux de lipides et transaminases hépatiques ; Résidus de médicaments dans les selles ou les excréments des stomies possible. **IA :** Prudence en cas d'administration concomitante avec inhibiteurs puissants du CYP3A4. Administration concomitante avec inducteurs puissants du CYP3A4 (par exemple rifampicine) pas recommandée. **GA :** Ne pas utiliser pendant grossesse ou allaitement. **M :** Peut avoir faible influence sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. **EI :** Très fréquents (≥ 1/10) : infections des voies respiratoires supérieures (IVRS, chez DA), acné (chez DA) ; **P :** Blisters de 28 comprimés à libération prolongée de 15 mg, 30 mg et 45 mg. Liste B : Remboursé par les caisses-maladie. **T :** AbbVie AG, Alte Steinhäuserstrasse 14, 6330 Cham, Tel. (+41) 41 399 15 00. (V8) Pour informations détaillées voir l'information professionnelle du médicament : www.swissmedicinfo.ch

DÉSORMAIS également autorisé
pour la colite ulcéreuse¹

Thérapie avancée
de 1^{re} ligne¹

Skyrizi®
(risankizumab)

VIVRE LA LIBERTÉ

Efficacité rapide et durable^{2,4,a,b}

Cicatrisation muqueuse^{4,5,c}

Sécurité comparable à celle
du placebo^{2,4,5,d}

Supériorité par rapport à
l'ustékinumab dans la maladie
de Crohn^{6,e}

Le premier inhibiteur sélectif de l'IL-23 pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse^{1,7}

Références : 1. Information professionnelle SKYRIZI® pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, www.swissmedinfo.ch. 2. D'Haens G et al. Risankizumab as induction therapy for Crohn's disease: results from the phase 3 ADVANCE and MOTIVATE induction trials. *Lancet*. 2022; 399: 2015-2020 and supplement. 3. Ferrante M et al. Maintenance Risankizumab Sustains Induction Response in Patients with Crohn's Disease in a Randomized Phase 3 Trial. *J Crohn's Colitis*. 2024; 18: 418-428 and supplement. 4. Louis E et al. Risankizumab for Ulcerative Colitis: Two Randomized Clinical Trials. *JAMA*. 2024; 332: 891-897 and supplement. 5. Ferrante M et al. Risankizumab as maintenance therapy for moderately to severely active Crohn's disease: results from the multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled, withdrawal phase 3 FORTIFY maintenance trial. *Lancet*. 2022; 399: 2031-2046. 6. Peyrin-Biroulet L et al. Risankizumab versus Ustekinumab for Moderate-to-Severe Crohn's Disease. *N Engl J Med*. 2024; 391: 213-223. 7. Swissmedic, liste élargie des médicaments autorisés; www.swissmedic.ch. — Les références peuvent être demandées par des spécialistes à medinfo.ch@bbvie.com.

a MC: proportion significativement plus élevée de patients en rémission clinique selon la FS/APS après 4 semaines (600 mg de RZB i.v. contre PBO i.v.; ADVANCE: 21% contre 9%, p = 0,0002; MOTIVATE: 17% contre 8%, p < 0,005). **b** MC: proportion significativement plus élevée de patients présentant une réponse clinique selon le score de Mayo partiel adapté après 4 semaines (1200 mg de RZB i.v. contre PBO i.v.; INSPIRE: 52,2% contre 30,5%, p < 0,001). **c** MC: proportion significativement plus élevée de patients ayant pu maintenir leur rémission clinique selon la FS/APS après la phase d'induction à 52 semaines (360 mg de RZB s.c. contre WD du PBO s.c.; FORTIFY: 51,8% contre 39,6%, p < 0,01). **d** CU: proportion significativement plus élevée de patients en rémission clinique selon le score de Mayo adapté après 52 semaines (180 mg de RZB s.c. contre WD du PBO s.c.; COMMAND: 40,2%/37,6% contre 25,1%, p < 0,001/p = 0,002). **e** MC: proportion significativement plus élevée de patients avec cicatrisation muqueuse après 52 semaines, définie comme une endoscopie sans ulcération (sous-score SES-CD pour les ulcérations à la surface de 0 chez les patients ayant un sous-score > 1 à l'inclusion, selon l'évaluation d'un investigateur central; 360 mg de RZB s.c. contre WD du PBO s.c.; FORTIFY: 31% contre 10%, p < 0,0001). **f** CU: proportion significativement plus élevée de patients avec cicatrisation muqueuse après 52 semaines, définie comme une amélioration endoscopique (ESS < 1 sans friabilité; 180 mg de RZB s.c./360 mg de RZB s.c. contre WD du PBO s.c.; COMMAND: 50,8%/48,3% contre 31,7%, p < 0,001 pour les deux dosages). **d** PBO: dans les études d'entretien FORTIFY (MC) et COMMAND (CU), les patients du bras sous PBO ont reçu du RZB lors de la phase d'induction et un PBO lors de la phase d'entretien. **e** Dans l'étude comparative directe SEQUENCE, le RZB a permis d'atteindre tous les critères d'évaluation primaires et secondaires, par rapport à l'ustékinumab, notamment la supériorité en termes de rémission endoscopique à la semaine 48 (SES-CD < 4, > 2 points de réduction par rapport à l'inclusion, aucun sous-score d'une seule variable > 1, selon l'évaluation d'un investigateur central; induction par 600 mg de RZB i.v. et entretien par 360 mg s.c.; 31,8% contre l'ustékinumab: 16,2%; p < 0,001).

APS = Abdominal Pain Score (score de douleur abdominale) | **MC** = maladie de Crohn | **ESS** = sous-score endoscopique de Mayo | **IL** = interleukine | **i.v.** = par voie intraveineuse | **PBO** = placebo | **RZB** = risankizumab | **s.c.** = par voie sous-cutanée | **SES-CD** = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (score endoscopique simple pour la maladie de Crohn) | **FS** = fréquence des selles | **CU** = colite ulcéreuse | **WD** = Withdrawal (retrait)

Information professionnelle abrégée de SKYRIZI® (risankizumab) — Concentré pour la préparation d'une solution pour perfusion, solution injectable en cartouche pour un dispensateur de dose. **I:** Traitement de la maladie de Crohn (MC) active modérée à sévère ou de la colite ulcéreuse (CU) active modérée à sévère chez les patients adultes ayant présenté une réponse insuffisante à un traitement conventionnel ou à un agent biologique, qui n'y répondent plus ou qui ne les ont pas tolérés. **PM:** Dose d'induction i.v. recommandée au cours des semaines 0, 4 et 8: 600 mg (pour la MC), 1200 mg (pour la CU); dose d'entretien s.c. à la semaine 12, puis toutes les 8 semaines: 360 mg pour la MC, 180 mg pour les patients atteints de CU présentant un bénéfice thérapeutique suffisant après l'induction et 360 mg pour les patients atteints de CU sans bénéfice thérapeutique suffisant après l'induction. Si aucun bénéfice thérapeutique n'a été démontré après 12 semaines, arrêt du traitement en cas de CU et envisager l'arrêt du traitement en cas de MC. **CI:** Hypersensibilité au principe actif/aux excipients. Infections actives cliniquement significatives (p. ex. tuberculose (TB) active). **MC:** En cas d'infection cliniquement significative, surveiller étroitement le patient et interrompre ou ne pas instaurer le traitement par SKYRIZI® avant disparition de l'infection. Avant le traitement par SKYRIZI®, évaluer d'une infection TB. En cas de TB latente, commencer d'abord le traitement contre la TB. Surveillance de la TB pendant le traitement. Pas de vaccins vivants pendant le traitement. En cas de réaction d'hypersensibilité sévère, interrompre le traitement. **IA:** Aucune interaction cliniquement significative n'a été observée. **GA:** Contre-indication pour les femmes en âge de procréer pendant le traitement et au moins 20 semaines après le traitement par SKYRIZI®. Éviter l'utilisation pendant la grossesse. **EE:** Très fréquentes: infection des voies aériennes supérieures. Y compris: infection des voies aériennes (virale, bactérienne ou non spécifiée), sinusite (également aiguë), rhinite, rhinopharyngite, pharyngite (également virale), angine, laryngite, abcès périamygdalien. **P:** SKYRIZI® 600 mg concentré pour la préparation d'une solution pour perfusion: chaque bote contient 1 ou 2 flacons. SKYRIZI® 360 mg ou 180 mg solution injectable en cartouche pour un dispensateur de dose. Liste B. **T:** AbbVie AG, Alte Steinhauserstrasse 14, 6330 Cham, tél. (+41) 41 399 15 00 (V3). Pour des informations complètes, veuillez consulter l'information professionnelle du médicament: www.swissmedinfo.ch.

abbvie

AbbVie AG | Alte Steinhauserstrasse 14 | 6330 Cham

CH-SKZG-240048 FR 06/2025

MAINTENANT AUSSI APPROUVÉ
POUR LA MALADIE DE CROHN EN
TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE*¹

omvoh®
mirikizumab
A Lilly Medicine

LE PREMIER ANTI-IL-23P19 AVEC DES DONNÉES À
LONG TERME POUR LA COLITE ULCÉREUSE**^{2,2}



EFFICACITÉ
DURABLE²



CONTRÔLE DURABLE
DES SYMPTÔMES, Y.C.
DES BESOINS IMPÉRIEUX^{2,4}



TOLÉRANCE
CONVAINCANTE^{2,3}



FLEXIBILITÉ DU DOSAGE^{9,5}

* Omvoh® est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique.¹

** Omvoh® est indiqué dans le traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique.¹

¹ L'induction prolongée et la ré-induction (12 semaines supplémentaires en i.v.) sont remboursées pour le traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère.³

1. Information professionnelle Omvoh®, www.swissmedinfo.ch. 2. Sands BE, et al. Three-Year Efficacy and Safety of Mirikizumab Following 152 Weeks of Continuous Treatment for Ulcerative Colitis: Results From the LUCENT-3 Open-Label Extension Study. *Inflamm Bowel Dis*. 2024; *iaze253*. 3. D'Haens G, et al. Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *N Engl J Med*. 2023; *388(26):2444–2455*. 4. Danese S, et al. Early and Sustained Symptom Control with Mirikizumab in Patients with Ulcerative Colitis in the Phase 3 LUCENT Program. *Journal of Crohn's and Colitis* 2024; *ijae088*. 5. D'Haens G, et al. Extended Induction and Prognostic Indicators of Response in Patients Treated with Mirikizumab with Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis in the LUCENT Trials. *Inflamm Bowel Dis*. 2024; *iaze004*. 6. Omvoh® liste des spécialités, www.listedesspecialites.ch.

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

Omvoh® (mirikizumab)

I: Colite ulcéreuse : Traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. **Maladie de Crohn :** Traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. **Po:** Colite ulcéreuse : **Instauration du traitement :** 300 mg en perfusion intraveineuse pendant au moins 30 minutes aux semaines 0, 4 et 8. **Traitement d'entretien :** 200 mg (deux stylos préremplis de 100 mg) en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12, après la fin de la dose d'induction. Si les patients recevant la dose d'induction ne présentent pas de réponse adéquate à la semaine 12, envisager de poursuivre le traitement avec 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse aux semaines 12, 16 et 20 (traitement d'induction prolongé). Le mirikizumab doit être interrompu chez les patients qui ne présentent aucun signe de bénéfice thérapeutique du traitement d'induction prolongé à la semaine 24. Les patients qui perdent leur réponse thérapeutique pendant le traitement d'entretien peuvent recevoir 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse toutes les 4 semaines pour un total de 3 doses. Si un bénéfice clinique est obtenu avec ce traitement intraveineux supplémentaire, le traitement peut être repris avec du mirikizumab sous-cutané toutes les 4 semaines, sinon, interrompre le traitement par mirikizumab. **Maladie de Crohn :** **Instauration du traitement :** 900 mg en perfusion intraveineuse pendant au moins 90 minutes aux semaines 0, 4 et 8. **Traitement d'entretien :** 300 mg (un stylo prérempli de 100 mg + un stylo prérempli de 200 mg) en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12, après la fin de la dose d'induction. Le mirikizumab doit être interrompu chez les patients qui ne présentent aucun signe de bénéfice thérapeutique à la semaine 12. **CI:** Hypersensibilité sévère à la substance active ou à l'un des excipients, selon la composition. Infection active cliniquement pertinente. **PM/ME:** Réactions d'hypersensibilité graves, y compris anaphylaxie : le mirikizumab doit être arrêté immédiatement et un traitement approprié doit être instauré. Risque accru d'infections : ne pas être administré aux patients présentant une infection active cliniquement significative ; peser les bénéfices et les risques du traitement chez les patients présentant une infection chronique ou des antécédents d'infections récurrentes ; si une infection grave se développe, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à la résolution de l'infection. Tuberculose (TB) : ne pas administrer aux patients atteints de TB active ; chez les patients atteints de TB latente, le traitement antituberculeux doit être initié avant le début du traitement par mirikizumab. Élévations des aminotransférases : évaluer les enzymes hépatiques selon les indications cliniques ; si des augmentations de l'ALAT ou de l'ASAT sont observées et qu'une lésion hépatique associée au médicament est suspectée, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à ce que ce diagnostic soit exclu. Vaccins : avant de commencer le traitement par mirikizumab, toutes les vaccinations appropriées doivent être effectuées ; l'utilisation de vaccins vivants doit être évitée. Tumeurs malignes : risque augmenté chez les patients atteints de colite ulcéreuse et les médicaments immunomodulateurs peuvent augmenter le risque de tumeur maligne. **IA:** aucune connue. **GA:** Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins 10 semaines après le traitement. Par mesure de précaution, l'utilisation d'Omvoh doit être évitée pendant la grossesse. Une décision doit être prise soit d'interrompre l'allaitement, soit de renoncer au traitement par Omvoh. **EI:** Très fréquent : réactions au site d'injection. Fréquent : infection des voies respiratoires supérieures, rhinopharyngite, sinusite, infection urinaire, herpès, rhinite, maux de tête, migraine, toux, douleurs oropharyngées, reflux gastro-œsophagien, éruption cutanée, arthralgies, hypertension. Occasionnel : mycose vulvo-vaginale, herpès simplex, réaction d'hypersensibilité, dépression, vertiges, hyposthésie, sécheresse oculaire, congestion nasale, dermatite de contact, élévation de l'ALAT/ASAT, s anaphylaxie. * avec la formulation sans citrate, une douleur statistiquement significativement plus faible a été rapportée 1 minute après l'injection. **P:** Omvoh 300 mg solution à diluer pour perfusion : 1 flacon. **Emballages pour le traitement de la colite ulcéreuse (200 mg):** Omvoh 100 mg solution injectable, 2 stylos préremplis. **Emballages pour le traitement de la maladie de Crohn (300 mg):** Omvoh 100 mg / 200 mg solution injectable, 1 stylo prérempli de 100 mg + 1 stylo prérempli de 200 mg. Catégorie de remise B.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch.des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), V04-202

DONNÉES
SUR
3 ANS²



Lilly
A MEDICINE COMPANY

EN CAS D'HÉPATITE C

EN SEULEMENT 8 SEMAINES

guérison rapide en 8 semaines avec MAVIRET, pour que vos patients puissent à nouveau vivre sans VHC*1,a,b

EN SEULEMENT

SEMAINES

guérison rapide en
8 semaines avec MAVIRET,
pour que vos patients
puissent à nouveau vivre
sans VHC^{*1,a,b}

- ✓ 8 semaines, 1x par jour^{b,1}
- ✓ Pangénotypique (GT1-6)¹
- ✓ Taux de guérison jusqu' à 100 %¹

MAVIRET®
Glecaprevir / Pibrentasvir

Les références peuvent être demandées par des spécialistes à medinfo.ch@abbvie.com.

Pour le traitement des adultes et des adolescents à partir de 12 ans atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 à 6.Dans le cas d'un traitement de 12 ou 16 semaines avec MAVIRET®, Abbvie AG rembourser, sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée à la date de la délivrance du médicament, le prix de fabrication du troisième/quatrième emballage – soit CHF 14'407.03 par emballage – si son administration au patient est démontrée. Un remboursement de la TVA en plus de la somme susmentionnée est exclu. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration. www.sozialitaetenliste.ch_publication du 01.08.2022.

[illegible]

AbbVie AG | Alte Steinhäuserstrasse 14 | 6330 Cham | tél.: +41 41 399 15 00 | Fax: +41 41399 15 01 | E-Mail: switzerland@abbvie.com

abbvie

CH-MAVI-250012 04/2025

Notes

Remerciements

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

abbvie



AstraZeneca 



Biotest

From Nature for Life



Bristol Myers Squibb™



DIANAPATH
Centre de pathologie



DIANALABS
Analyses médicales



DUXOMED
Exclusive pour la Santé

ewimed



 GILEAD

Johnson&Johnson



Lilly



sanofi



Unilabs



VIOLLIER