



Faits saillants ECCO

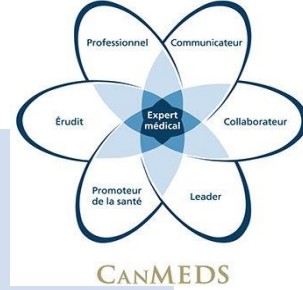
Robert Battat M.D.,C.M. FRCPC

Professeur agrégé de médecine

Directeur, **CENTRE MICI du CHUM**

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Compétences CanMEDS



X	Expert médical (En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins .)
	Communicateur (En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient et ses proches ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.)
	Collaborateur (En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.)
	Leader (En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.)
	Promoteur de santé (En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en oeuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.)
X	Érudit (En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.)
	Professionnel (En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.)

Conflits d'intérêts potentiels

Nature des relations	Nom de l'organisation à but lucratif ou sans but lucratif
<ul style="list-style-type: none">• Les paiements directs incluant les honoraires• La participation à des comités consultatifs ou des bureaux de conférenciers• Le financement de subventions ou d'essais cliniques• Les brevets sur un médicament, un produit ou un appareil• Tout autre investissement ou toute autre relation qu'un participant raisonnable et bien informé pourrait considérer comme un facteur d'influence sur le contenu de l'activité éducative	<ul style="list-style-type: none">• Bristol Myers Squibb, Johnson and Johnson Innovative Medicine, AbbVie, Takeda, Ferring, Celltrion, Pfizer, Merck, Eli Lilly, GSK• Bristol Myers Squibb, Johnson and Johnson Innovative Medicine, AbbVie, Takeda, Ferring, Celltrion, Pfizer, Merck, Eli Lilly, GSK• Celltrion• NA• Educational grants and educational sponsorships: Abbvie, Johnson and Johnson Innovative Medicine, Pfizer, Eli Lilly, Amgen, Pendopharm, Kye Pharma, Merck, Celltrion, Organon, Takeda
	Travel support: Pfizer, Celltrion, Johnson and Johnson Innovative Medicine, Abbvie.

**Efficacité et innocuité du védolizumab en association avec l'upadacitinib
comme stratégie d'induction de 8 semaines dans la colite ulcéreuse
modérée à grave : étude contrôlée randomisée (ECR) multicentrique**

Yao J, et al. – Présentation orale (OP02)

Effacité et innocuité du védolizumab en association avec l'upadacitinib comme stratégie d'induction de 8 semaines dans la colite ulcéreuse modérée à grave : étude contrôlée randomisée (ECR) multicentrique

Yao J, *et al.* – Présentation orale (OP02)

Objectif

- Évaluer si le traitement d'induction de 8 semaines associant l'UPA et le VDZ est supérieur au VDZ en monothérapie dans la prise en charge de la CU

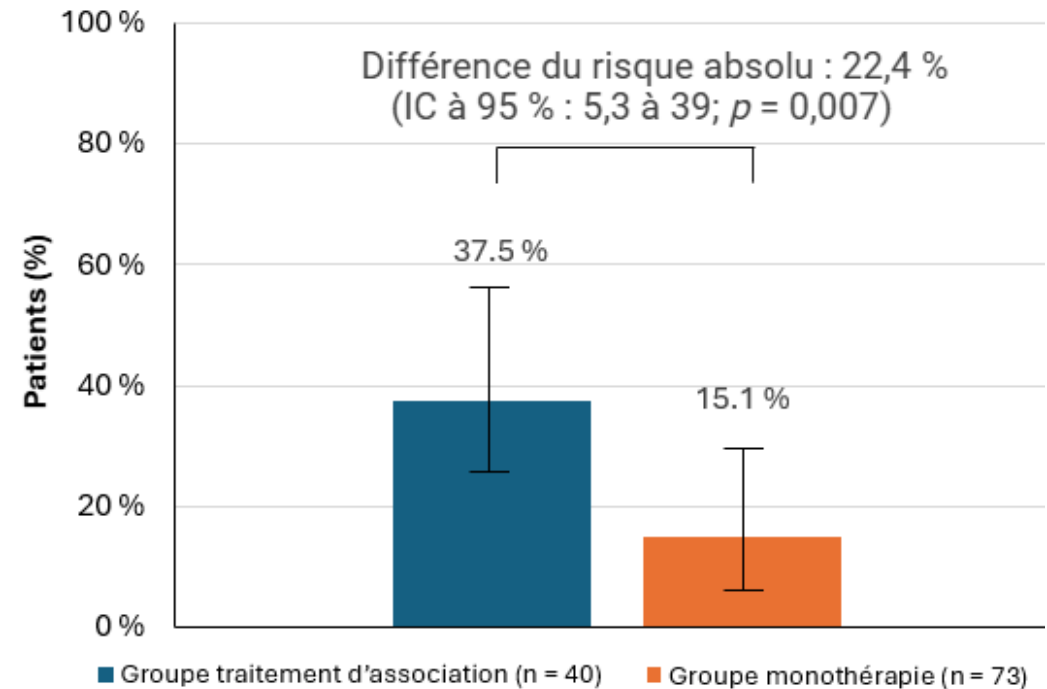
Détails de l'étude

- Essai prospectif multicentrique randomisé mené auprès d'adultes atteints de CU modérée à sévère (SMM = 4 à 9; SSEM \geq 2)
 - Population en ITT modifiée et population évaluable pour l'innocuité : N = 113 (patients ayant reçu \geq 1 dose)
- Les patients ont été répartis aléatoirement (rapport 1:2) pour recevoir le VDZ à 300 mg i.v. aux semaines 0, 2 et 6 en association avec l'UPA à 45 mg par voie orale qd pendant 8 semaines (n = 40) ou le VDZ en monothérapie à raison de 300 mg i.v. aux semaines 0, 2 et 6 (n = 73)
- Critère d'évaluation principal : rémission endoscopique^a à la S8 évaluée par examen central à l'insu
- Principaux critères d'évaluation secondaires : rémission clinique^b, réponse clinique^c, amélioration endoscopique^d, AHM^e et guérison profonde de la muqueuse^f à la S8
- Critères d'évaluation de l'innocuité : fréquence et gravité des EI et des EIG

Principaux résultats – rémission endoscopique

Critère d'évaluation principal : Rémission endoscopique à la S8 pour le groupe traitement d'association par rapport au groupe monothérapie

- À la S8, le traitement d'association s'est avéré supérieur à la monothérapie en ce qui concerne la rémission endoscopique^a
 - Taux de rémission endoscopique de 37,5 % (15/40)^a dans le groupe traitement d'association par rapport à 15,1 % (11/73) dans le groupe monothérapie ($p = 0,007$)



Figures adaptées de Wu H, et al. ECCO 2026 [OP02]

^a Définie comme un SSEM = 0.

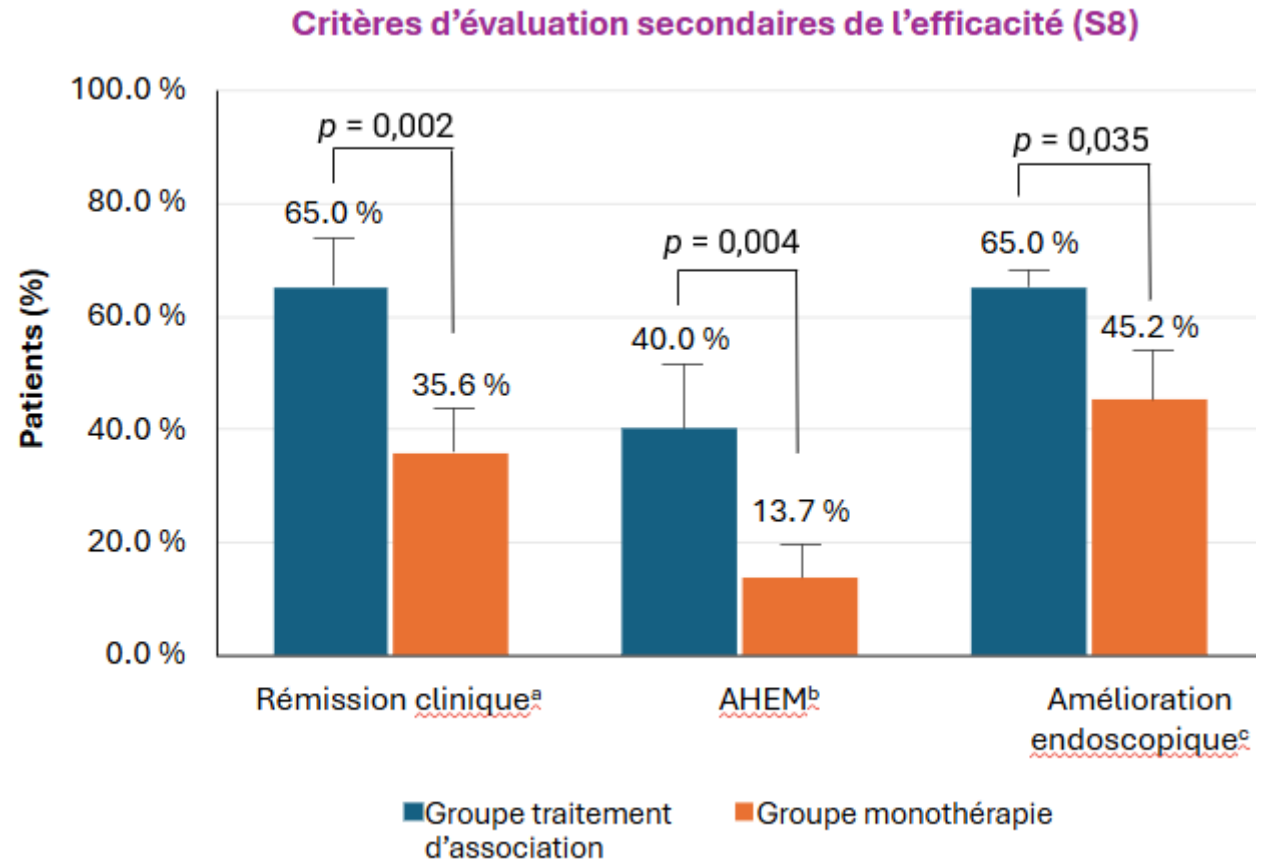
S : semaine; SSEM : sous-score endoscopique Mayo.

Yao J, et al. Données présentées lors du congrès de l'ECCO 2026, du 19 au 21 février [OP02].

Principaux résultats – critères d'évaluation secondaires de l'efficacité

À la S8, le traitement d'association s'est avéré supérieur à la monothérapie en ce qui concerne les critères d'évaluation suivants :

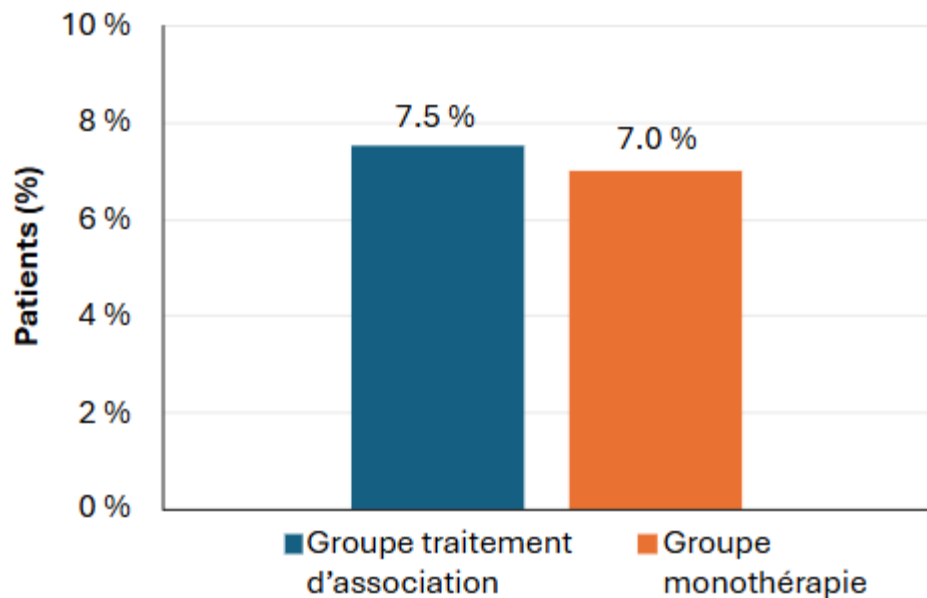
- Rémission clinique^a
 - 65,0 % vs 35,6 %; $p = 0,002$
- AHEM^b
 - 40,0 % vs 13,7 %; $p = 0,004$
- Amélioration endoscopique^c
 - 65,0 % vs 45,2 %; $p = 0,035$



Figures adaptées de Wu H, et al. ECCO 2026 [OP02]

Principaux résultats – résultats relatifs à l'innocuité

Comparaison de tout événement indésirable :
Groupe traitement d'association vs groupe monothérapie



Figures adaptées de Wu H, et al. ECCO 2026 [OP02]

- 5 % des patients du groupe traitement d'association ont présenté une éruption cutanée/acné
- Dans les deux groupes, aucun des événements suivants n'a été observé :
 - Zona
 - Thrombo-embolie veineuse
 - Événements cardiovasculaires indésirables majeurs
 - Infection grave

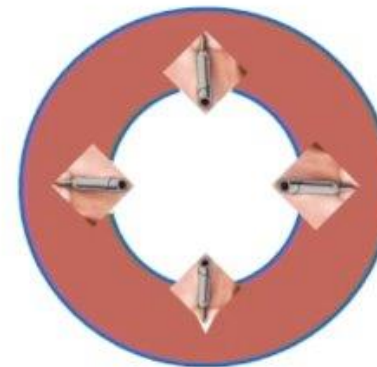
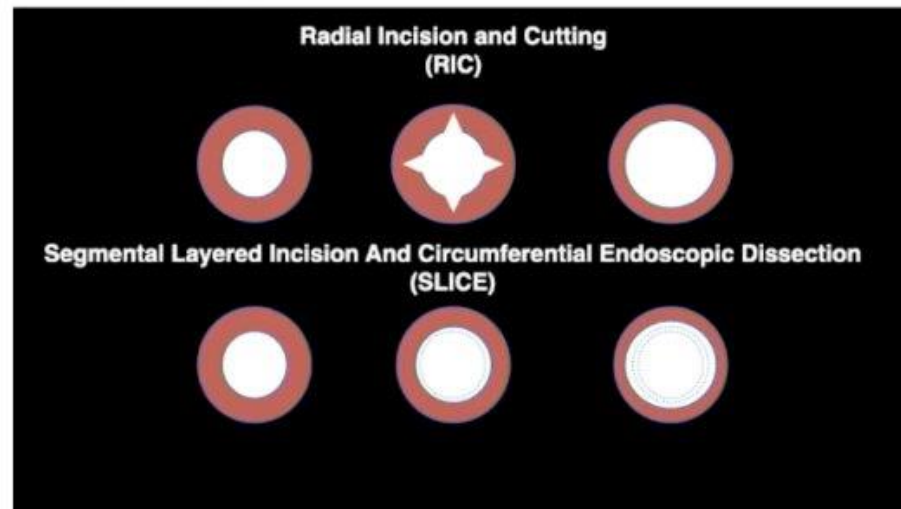
Conclusions et sujets de discussion

- L'association iJAK et anti-intégrine (UPA + VDZ) pendant l'induction s'est avérée plus efficace que l'anti-intégrine en monothérapie (VDZ seul)

Dans quels cas l'endothérapie est-elle bénéfique en présence de sténoses associées à la maladie de Crohn? Facteurs prédictifs d'une rechute, nécessité d'une réintervention et recours à l'intervention chirurgicale, données issues de l'essai contrôlé randomisé BEST-CD (Balloon Dilation versus Endoscopic Stricturectomy for Crohn's Disease; NCT05521867)

Pal P, et al. – Présentation orale (OP19)

Strictureotomy & Strictureoplasty



- Clips prevent
- Re-approximation
 - Delayed bleeding



Effect	Cut duration	Cut Interval
3	1	3




Pal P, et al. VideoGIE (2025), doi: <https://doi.org/10.1016/j.vgie.2025.08.007>

©Speaker: Partha Pal

at ECCO'26 Congress

Dans quels cas l'endothérapie est-elle bénéfique en présence de sténoses associées à la maladie de Crohn? Facteurs prédictifs d'une rechute, nécessité d'une réintervention et recours à l'intervention chirurgicale, données issues de l'essai contrôlé randomisé BEST-CD (Balloon Dilation versus Endoscopic Stricturectomy for Crohn's Disease; NCT05521867)

Pal P, *et al.* – Présentation orale (OP19)

 **Objectif :** Évaluer les facteurs prédictifs des résultats après la prise en charge endoscopique de sténoses associées à la maladie de Crohn

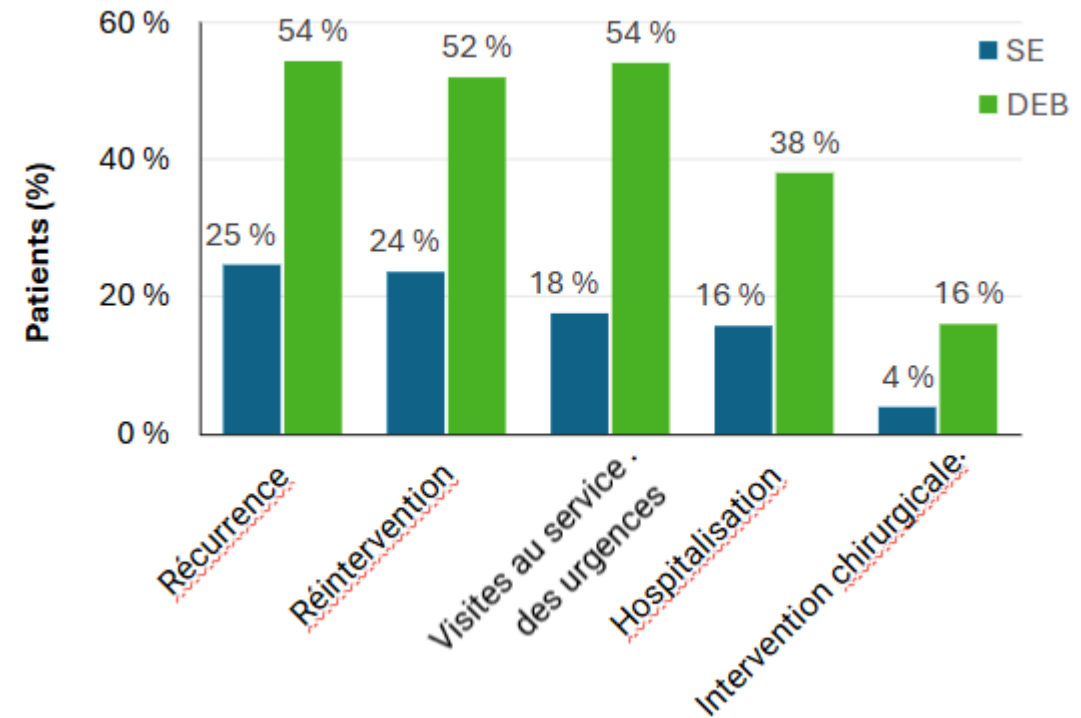
Détails de l'étude

- Étude monocentrique (AIG, 2022-2025) chez des adultes atteints de MC répartis aléatoirement pour faire l'objet d'une DEB (n = 50) ou d'une SE (n = 51)
 - Critères d'inclusion : MC symptomatique^a, 18 à 65 ans, sténoses courtes (< 3 cm), sténoses gastro-duodénales et iléo-coliques (*de novo* et anastomotiques)
 - Critères d'exclusion : sténose de l'intestin grêle nécessitant une dilatation par entéroscopie; > 2 sténoses, sténoses profondes/à distance, dilatation pré-sténotique > 5 cm; SE/SEMS/> 1 DEB/DEB à < 6 mois^b
- Critère d'évaluation principal : rechute clinique^c à 1 an
- Critères d'évaluation secondaires : réintervention^d, intervention chirurgicale, visite au service des urgences liée à une sténose, et hospitalisation à 1 an; réussite technique^e et événements indésirables
- Les facteurs prédictifs^f de la réussite de l'endothérapie ont également été évalués

Principaux résultats – résultats cliniques à un an

- La durée médiane de l'intervention était plus longue pour la SE (35 vs 30 min, $p = 0,007$)
- La réussite technique^a était de 88 % dans les deux groupes
- Au suivi médian de 12 mois (intervalle : 3 à 36), la SE a entraîné une réduction significative des rechutes^b ($p = 0,003$), réinterventions^c ($p = 0,004$), visites au service des urgences ($p < 0,001$) et hospitalisations ($p = 0,01$) par rapport à la DEB
- Les EI liés à la SE et à la DEB étaient similaires (13,7 % vs 22 %; $p = 0,31$)
 - Il s'agissait principalement de saignements ou de douleurs légères; un cas de perforation a été observé dans chaque groupe

Critères d'évaluation principal et secondaires de la SE et de la DEB à un an

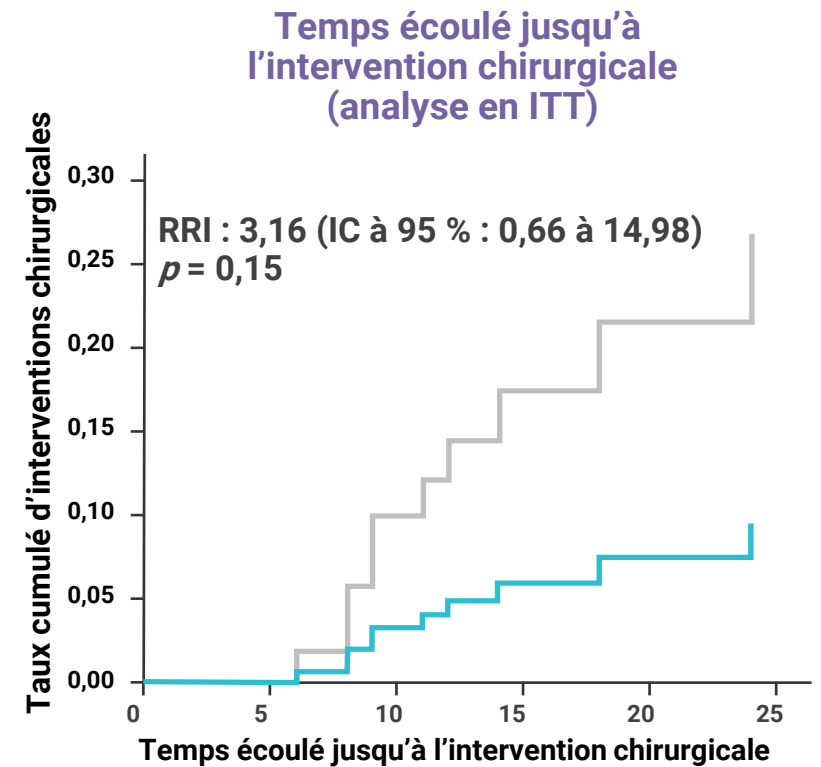
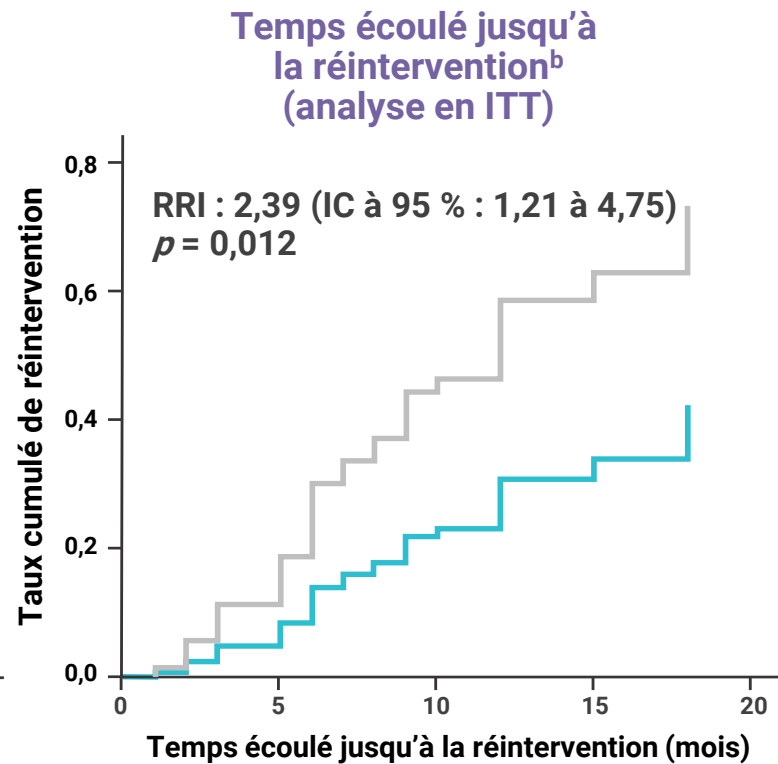
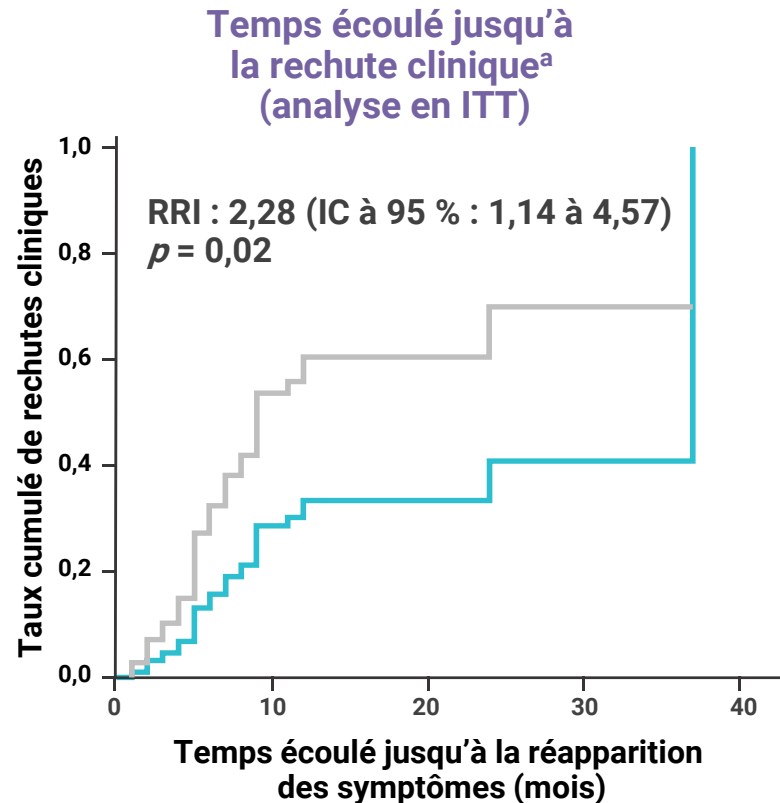


^a Capacité à faire passer le coloscope pédiatrique au-delà de la sténose; ^b Augmentation > 1 point du score CDOS ou réapparition des symptômes initiaux; ^c Nécessité d'une intervention endoscopique ou chirurgicale quelconque lors du suivi.

CDOS : score clinique d'obstruction intestinale au cours de la maladie de Crohn (Crohn's disease obstructive score); DEB : dilatation endoscopique par ballonnet; EI : événements indésirables; SE : stricturotomie endoscopique. PAL P, et al. Données présentées lors du congrès de l'ECCO 2026, du 19 au 21 février [OP19]; Pal P, et al. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2026;20:jjaf231.019.

Principaux résultats – Temps écoulé jusqu'à la survenue d'un événement

- La SE a prolongé de façon significative le temps écoulé jusqu'à la rechute^a et jusqu'à la réintervention^b par rapport à la DEB ($p < 0,05$ dans les deux cas), mais aucune différence n'a été observée entre les groupes pour le temps écoulé jusqu'à l'intervention chirurgicale ($p = 0,15$)
 - Les résultats des analyses du temps écoulé jusqu'à la survenue d'un événement étaient cohérents entre les analyses en ITT et PP



^a Augmentation > 1 point du score CDOS ou réapparition des symptômes initiaux; ^b Nécessité d'une intervention endoscopique/chirurgicale lors du suivi.

CDOS : score clinique d'obstruction intestinale au cours de la maladie de Crohn (Crohn's disease obstructive score); DEB : dilatation endoscopique par ballonnet; IC : intervalle de confiance; ITT : intention de traiter; PP : par protocole; RRI : rapport de risques instantanés; SE : stricturotomie endoscopique;

Pal P, et al. Données présentées lors du congrès de l'ECCO 2026, du 19 au 21 février [OP19]; Pal P, et al. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2026;20:jjaf231.019.

Principaux résultats – facteurs prédictifs de l’issue

- L’analyse multivariée a révélé que :
 - La rechute^a et la réintervention^b avaient pour facteurs prédictifs l’utilisation de la DEB et une sténose longue
 - L’intervention chirurgicale avait pour facteur prédictif un jeune âge, la longueur de la sténose et une localisation haute (tube digestif supérieur), mais pas le type de traitement endoscopique (SE vs DEB)

Analyses univariées et multivariées : facteurs prédictifs du succès de l’endothérapie

Variable	Rechute ^a – RC (IC à 95 %, valeur <i>p</i>)		Réintervention ^b – RC (IC à 95 %, valeur <i>p</i>)		Intervention chirurgicale – RC (IC à 95 %, valeur <i>p</i>)	
	Univarié	Multivariée	Univarié	Multivariée	Univarié	Multivariée
DEB vs SE (PP)	3,4 (1,5 à 7,8; <i>p</i> = 0,005)	3,4 (1,5 à 7,8; <i>p</i> = 0,005)	3,6 (1,5 à 8,6; <i>p</i> = 0,004)	3,3 (1,3 à 9,0; <i>p</i> = 0,016)	4,4 (0,9 à 21,7; <i>p</i> = 0,07)	1,5 (0,2 à 14,8; <i>p</i> = 0,71)
Longueur de sténose (maximale si 2 sténoses)	5,9 (2,1 à 16,3; <i>p</i> = 0,001)	5,9 (2,1 à 16,3; <i>p</i> = 0,001)	13,5 (4,0 à 45,7; <i>p</i> < 0,001)	11,9 (3,3 à 42,6; <i>p</i> < 0,001)	8,7 (2,1 à 36,7; <i>p</i> = 0,003)	34,7 (2,6 à 466; <i>p</i> = 0,007)
Âge	0,97 (0,94 à 1,0; <i>p</i> = 0,1)	–	1,01 (0,98 à 1,04; <i>p</i> = 0,39)	–	0,91 (0,85 à 0,98; <i>p</i> = 0,02)	0,9 (0,8 à 1,0; <i>p</i> = 0,04)
Traitements biologiques antérieurs	0,5 (0,2 à 1,1; <i>p</i> = 0,07)	0,5 (0,2 à 1,1; <i>p</i> = 0,07)	0,5 (0,2 à 1,1; <i>p</i> = 0,099)	0,6 (0,2 à 1,5; <i>p</i> = 0,23)	0,4 (0,1 à 1,5; <i>p</i> = 0,18)	–
Lieu : Intestin inférieur vs tube digestif supérieur	0,7 (0,1 à 4,7; <i>p</i> = 0,68)	0,4 (0,04 à 3,6; <i>p</i> = 0,4)	0,6 (0,1 à 4,0; <i>p</i> = 0,57)	–	0,03 (0,002 à 0,42; <i>p</i> = 0,01)	0,003 (0,0 à 0,4; <i>p</i> = 0,02)

Tableau adapté de Pal P, *et al.* ECCO 2026 [OP19]

Conclusions et sujets de discussion

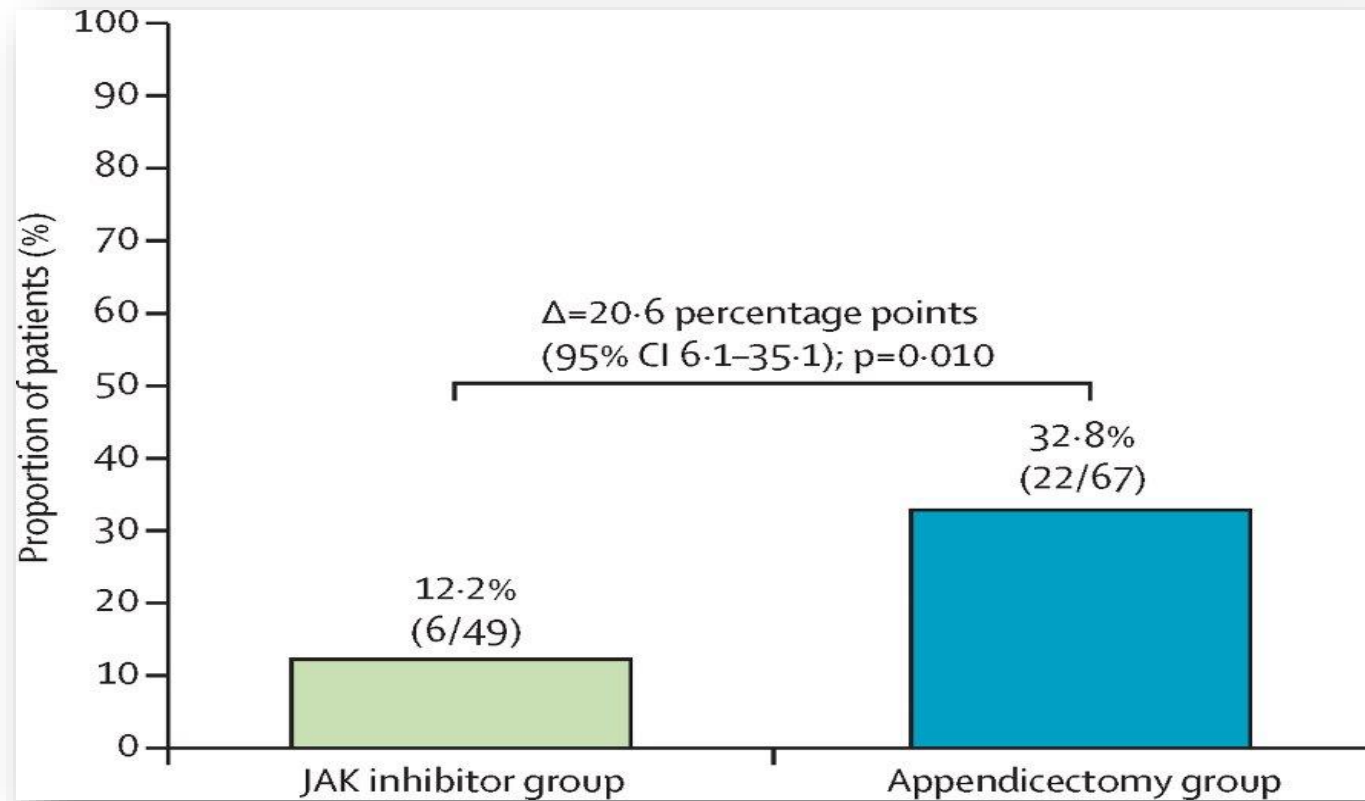
- La SE était associée à un temps écoulé prolongé jusqu'à la rechute clinique^a et jusqu'à la nécessité d'une réintervention^b par rapport à la DEB pour les sténoses courtes liées à la MC (< 3 cm), avec un profil d'innocuité similaire
- La longueur de la sténose était prédictive d'une rechute clinique^a / de la nécessité d'une réintervention^b / d'une intervention chirurgicale

Résultats à long terme après une appendicectomie visant à maintenir la rémission dans la colite ulcéreuse : données à cinq ans de l'essai randomisé contrôlé ACCURE mené aux Pays-Bas

Van Dijk I, et al. – Présentation orale (OP34)

Contexte : quel est l'intérêt de cette étude?

COSTA: Upa vs. Appendectomie pour CU refractaire



Résultats à long terme après une appendicectomie visant à maintenir la rémission dans la colite ulcéreuse : données à cinq ans de l'essai randomisé contrôlé ACCURE mené aux Pays-Bas

Van Dijk I, *et al.* – Présentation orale (OP34)

Objectif

- Évaluer l'efficacité clinique à long terme de l'appendicectomie laparoscopique chez les patients atteints de CU

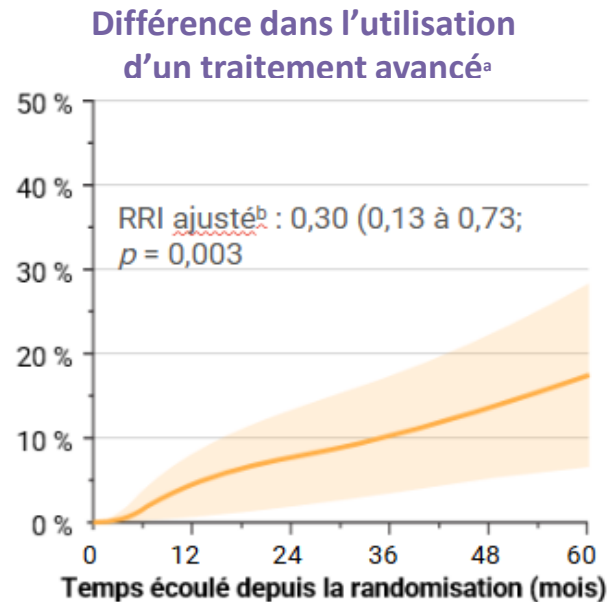
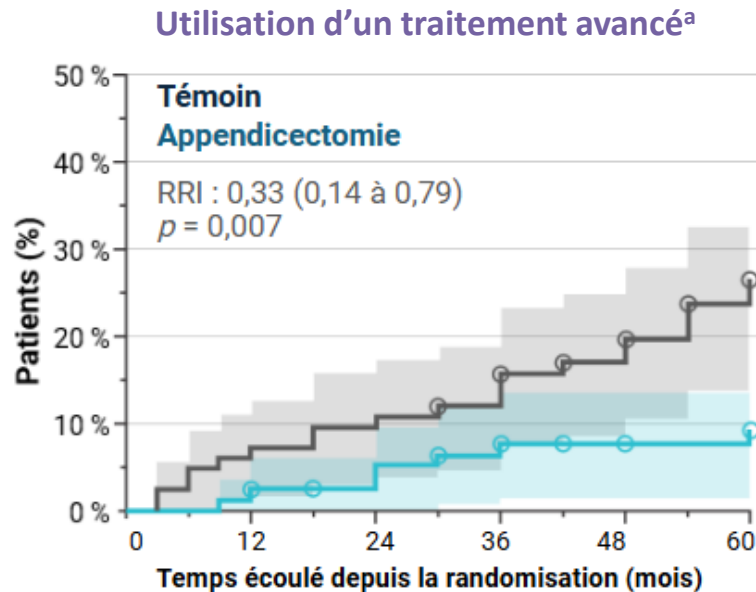
Détails de l'étude

- Analyse du suivi à cinq ans des participants néerlandais de l'essai ACCURE selon une approche en intention de traiter modifiée (n = 163 [80 dans le groupe appendicectomie; 83 dans le groupe témoin])
- Évaluations prospectives tous les 6 mois après la randomisation jusqu'à 5 ans
- Critère d'évaluation principal : instauration d'un traitement médical avancé (régression de Cox)
- Critères d'évaluation secondaires : colectomie, néoplasie colorectale et rémission endoscopique/biochimique à 36 mois (SSEM ≤ 1 ou CF < 150)

Principaux résultats – survie sans traitement avancé

- Réduction significative du nombre de traitements avancés instaurés^a dans le groupe ayant subi une appendicectomie par rapport au groupe témoin (RRI : 0,33; $p = 0,007$)
 - À 5 ans : Dans les groupes appendicectomie et témoin, 8,8 % et 25,3 % des patients ont amorcé un traitement avancé, respectivement

Résultat principal : Survie sans traitement avancé^a



Type de traitement avancé instauré

Traitement avancé, n (%)	Groupe appendicectomie (n = 7)	Groupe témoin (n = 21)
Anti-TNF	3 (43 %)	16 (76 %)
Antagoniste des récepteurs de l'intégrine	3 (43 %)	4 (19 %)
Inhibiteur de l'IL-12/23	1 (14 %)	-
Inhibiteur de JAK	-	1 (5 %)

Tableau adapté de Van Dijk I, *et al.* ECCO 2026 [OP34]

Figures adaptées de Van Dijk I, *et al.* ECCO 2026 [OP34]

Principaux résultats – résultats secondaires

- Trois patients (tous du groupe témoin) ont dû subir une colectomie
- Une dysplasie a été découverte accidentellement dans le spécimen de colectomie d'un patient
- Taux similaires de rémission endoscopique/biochimique^a à 36 mois dans le groupe appendicectomie par rapport au groupe témoin (84 % vs 72 %, $p = 0,125$)
 - Le groupe appendicectomie comportait un nombre accru de patients présentant une rémission endoscopique^b (85 % vs 59 %, $p = 0,022$)

Critères d'évaluation secondaires : Colectomie et dysplasie

	Appendicectomie	Témoin	Valeur p
Colectomie	0/80	3/83 (3,6 %)	0,090
Dysplasie	0/80	1/83 (1,2 %)	0,325

Critère d'évaluation secondaire : Rémission endoscopique/biochimique^a à 36 mois

	Appendicectomie	Témoin	Valeur p
SSEM ≤ 1 ou CF < 150	51/61 (84 %)	38/53 (72 %)	0,125
SSEM ≤ 1	28/33 (85 %)	19/32 (59 %)	0,022
CF < 150	23/28 (82 %)	19/21 (91 %)	0,409

Tableaux adaptés de Van Dijk I, *et al.* ECCO 2026 [OP34]

Conclusions et sujets de discussion

- Selon cette étude, l'appendicectomie (une option chirurgicale) pourrait renforcer l'effet du traitement médical de référence et favoriser le maintien de la rémission chez les personnes atteintes de CU
- En outre, l'appendicectomie semblait supérieure au traitement médical seul, la proportion de patients ayant besoin de passer à un traitement avancé étant significativement réduite

Issue de la grossesse et devenir du nourrisson exposé in utero aux inhibiteurs de JAK dans le cadre du traitement d'une maladie inflammatoire de l'intestin : résultats d'une étude de cohorte multicentrique internationale

Julsgaard M, *et al.* – Présentation orale numérique (DOP041)

Issue de la grossesse et devenir du nourrisson exposé *in utero* aux inhibiteurs de JAK dans le cadre du traitement d'une maladie inflammatoire de l'intestin : résultats d'une étude de cohorte multicentrique internationale

Julsgaard M, et al. – Présentation orale numérique (DOP041)

Objectif

- Étudier l'exposition *in utero* aux iJAK chez les patientes atteintes d'une MII

Détails de l'étude

- Étude de cohorte rétrospective, multicentrique et internationale (25 centres répartis dans 17 pays) réalisée au sein du réseau ECCO CONFER
- Elle regroupait 58 femmes enceintes atteintes de MII exposées aux iJAK
- Elle rendait compte de l'activité de la maladie et des résultats chez la mère et le nourrisson, y compris les anomalies congénitales, les réponses vaccinales, et le développement pendant l'enfance

Principaux résultats – caractéristiques initiales

Sélection de caractéristiques initiales chez les patientes exposées aux iJAK pendant la grossesse

- La majorité des femmes présentaient une CU ou une MII-NC (91 %)
- La grossesse n'avait pas été planifiée chez 40 % des femmes
- Le tofacitinib était l'iJAK le plus couramment utilisé (66 %)

Caractéristique	N = 58
Type de MII, n (%)	
Maladie de Crohn	5 (8,6 %)
Colite ulcéreuse/ MII non classifiée	53 (91,4 %)
Âge de la mère, médian (intervalle)	
	32 (22 à 43)
Nombre antérieur de produits biologiques utilisés avant l'instauration d'un iJAK, médian (intervalle)	
	2 (0 à 5)
Grossesse non planifiée, n (%)	
	23 (39,7 %)
Type d'iJAK, n (%)	
Tofacitinib (5 ou 10 mg b.i.d.)	38 (65,5 %)
Upadacitinib (30 ou 45 mg qd)	18 (31,0 %)
Filgotinib (200 mg qd)	2 (3,5 %)

Résultats – résultats maternels et infantiles

- 32 patientes (55 %) présentaient une maladie active pendant la grossesse
- 10 patientes (17 %) ont amorcé un traitement à base d'iJAK pendant leur grossesse
- 39 patientes (67 %) ont reçu un traitement par iJAK tout au long du 3^e trimestre
 - Sur les 19 patientes (33 %) ayant interrompu le traitement par iJAK, 11 (58 %) ont présenté une poussée de la maladie

Globalement, un faible taux de complications maternelles a été observé,
et aucun cas de TVP ou de prééclampsie

81,1 % de nourrissons nés vivants

3,4 % de naissances prématurées

Sur les 34 femmes (76 %) ayant allaité, 10 (29 %) ont poursuivi le traitement par iJAK

Aucun effet indésirable avec les vaccins inactivés et vivants, notamment :

- 8 (18 %) ont reçu le vaccin BCG (à l'âge d'environ 1 mois)
- 14 (31 %) ont reçu le vaccin antirotavirus (à l'âge d'environ 1,5 à 6 mois)
- 17 (38 %) ont reçu le vaccin ROR (à l'âge d'environ 12 mois ou plus)

Conclusions et sujets de discussion

- Malgré l'arrêt du traitement par inhibiteurs de JAK chez environ 1/3 des femmes enceintes, plus de la moitié ont connu une poussée de la maladie¹
- Conformément aux monographies de produit canadiennes, l'upadacitinib ne devrait pas être utilisé chez les femmes enceintes², et le tofacitinib est contre-indiqué pendant la grossesse³; l'utilisation d'iJAK peut être envisagée uniquement si aucune autre option viable et efficace n'est disponible pour préserver la santé de la mère^a
 - Cependant, la déclaration de consensus mondial soutient que le maintien de la rémission pendant la grossesse entraîne des résultats optimaux pour la femme enceinte et le nouveau-né⁴
 - Malgré l'établissement d'un registre mondial, il existe encore peu de données sur l'utilisation des iJAK pendant la grossesse^a



MICI

MASTERCLASS

9 octobre 2026

Amphithéâtre Pierre Péladeau du CHUM
Montréal

(Événement accrédité par la FMSQ)



MICI

EN DIRECT AVEC L'EXPERT

Appel à cas

Prochaine séance le 1^{er} juin 2026 à 16h45

Soumettez votre intérêt avec un bref résumé d'un ou des cas dont vous aimeriez que l'on discute :

info.mici.chum@ssss.gouv.qc.ca

MICI

EN DIRECT AVEC L'EXPERT



Congrès québécois de recherche sur les MICI

19 mai 2026

Centre de recherche du CHUM

Pour s'inscrire: www.cqrm.ca

Conférences
Plénières
Confirmées:



Pr Harry Sokol, MD, PhD
Département de gastroentérologie
Hôpital Saint-Antoine, Paris



Karen Edelblum, PhD
Associate Professor
Pathology, Molecular and Cell Based Medicine
Icahn School of Medicine at Mount Sinai



Dermot McGovern, MD, PhD, FRCP(Lon), FACP, AGAF
Professor, Medicine and Biomedical Sciences
Director, Translational Research in the IBD Institute
Director, Precision Health, Cedars-Sinai