

# 3 articles qui ont changé notre pratique en 2026

En endoscopie thérapeutique

Dr Sarra OUMRANI

sarra.oumrani@aphp.fr

Journée de gastro-entérologie de Cochin – 20 Juin 2026



# Toujours arrêter la double anti agrégation plaquettaire et les anticoagulants avant une coloscopie ?

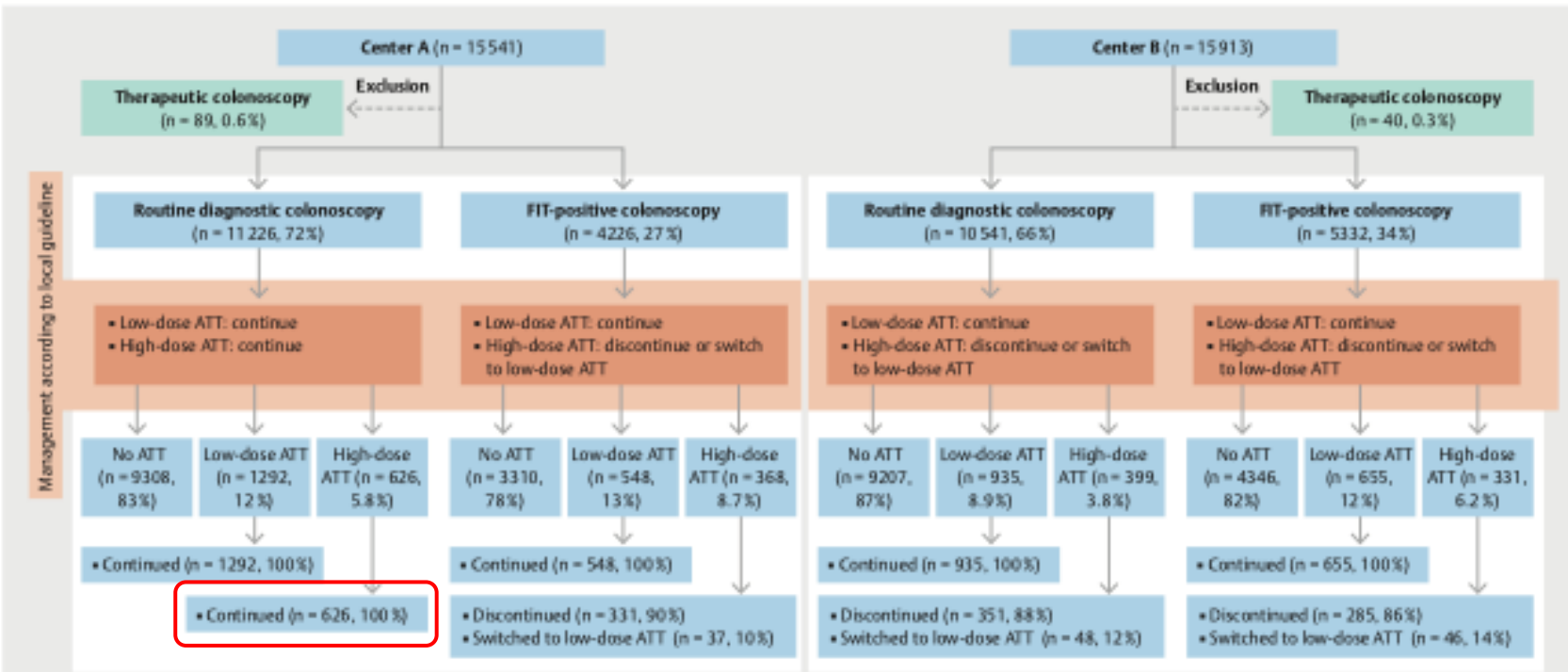
**Delayed post-polypectomy bleeding following cold snare polypectomy of lesions <10 mm in patients on high-dose antithrombotic therapy: insights from a Dutch colonoscopy cohort**



van Bokhorst Querijn NE et al., Endoscopy 2026

# Toujours arrêter la double anti agrégation plaquettaire et les anticoagulants avant une coloscopie ?

- Évaluer incidence de saignement retardé post polypectomie et événements thromboemboliques chez patients ayant continué ou arrêté leur traitement anti thrombotique
- Étude observationnelle de cohorte néerlandaise prospective
- Coloscopie entre 2017 et 2024 pour FIT positif ou diagnostique
- Polypectomies à faible risque = polypes < 10 mm réséqués à l'anse froide ou pince à biopsies
- Traitement anti thrombotique faible dose = aspirine ou Plavix, HBPM préventif
- Traitement anti thrombotique forte dose = Plavix, ACO, DAPT, HBPM curatif

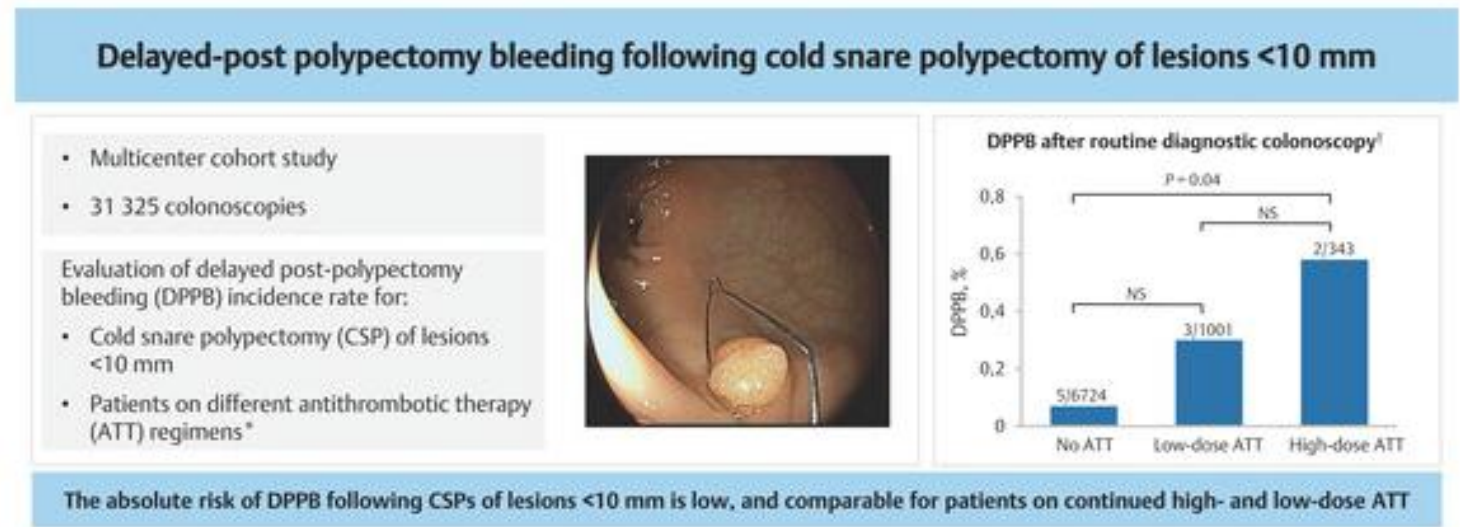


► Fig. 1 Flow chart depicting patient distribution by colonoscopy indication and antithrombotic therapy management according to local guideline.

- Différence non significative de saignement entre faible et forte dose de traitement anti-thrombotique
- Différence significative de saignement entre forte dose et pas de traitement anti-thrombotique

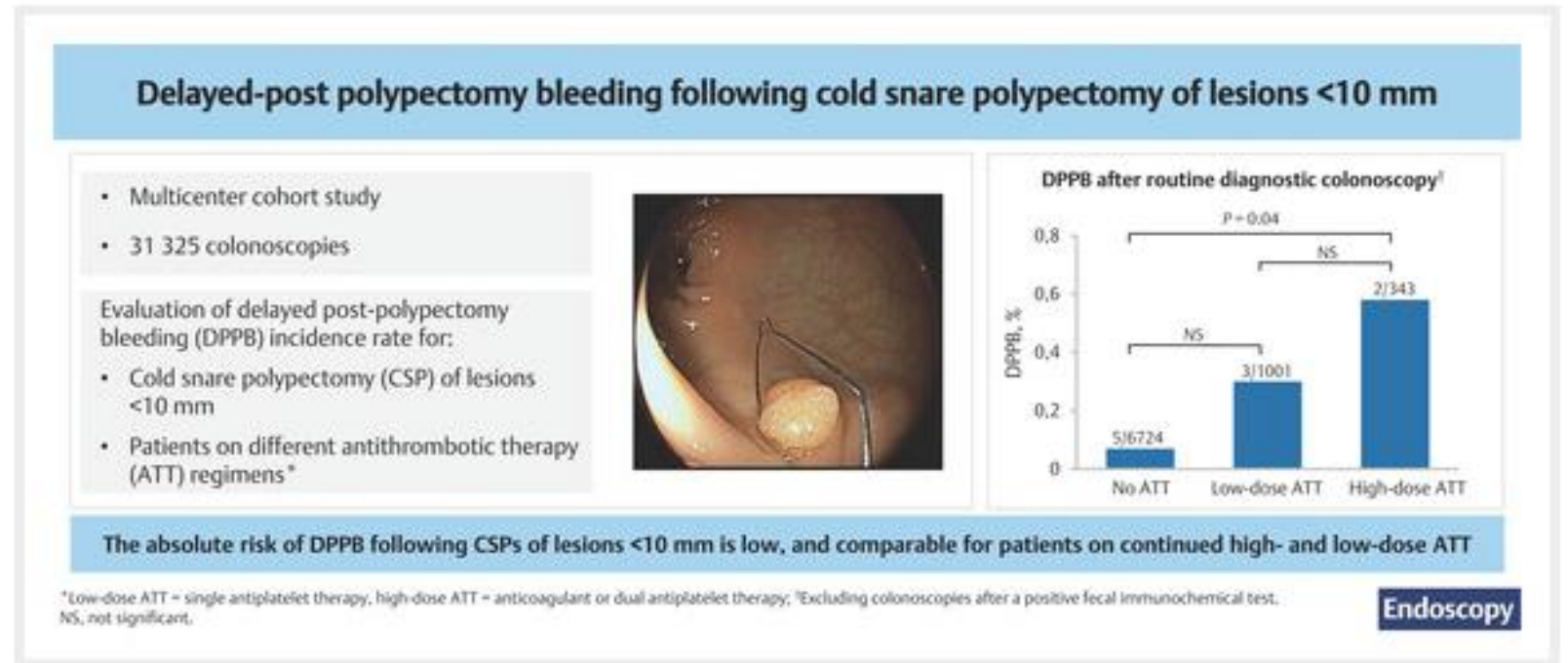
- Nombre de patients nécessitant arrêt du traitement anti-thrombotique forte dose pour prévenir 1 cas de saignement retardé post polypectomie = 150
- Événements thrombo-emboliques 2/1098 (0.18%)

van Bokhorst Querijn NE et al., Endoscopy 2026



\*Low-dose ATT = single antiplatelet therapy, high-dose ATT = anticoagulant or dual antiplatelet therapy; <sup>†</sup>Excluding colonoscopies after a positive fecal immunochemical test. NS, not significant.

# Conclusion



- **Poursuivre** traitement dans les cas de coloscopie diagnostique, patients peu comorbides, polypectomies à faible risque ?

# Drainer la vésicule biliaire ?



ORIGINAL ARTICLE

## Management of ERCP Failure in Malignant Biliary Obstruction: Comparative Effectiveness and Safety of EUS-Guided Gallbladder Drainage Versus Choledocoduodenostomy

Original article

Thieme

**Endoscopic ultrasound-guided gallbladder versus bile duct drainage for first-line therapy of malignant biliary obstruction: international multicenter trial**

ORIGINAL ARTICLE

## Management of ERCP Failure in Malignant Biliary Obstruction: Comparative Effectiveness and Safety of EUS-Guided Gallbladder Drainage Versus Choledocoduodenostomy

- Étude internationale rétrospective multicentrique (28 centres)
- **Échec de CPRE** pour drainage d'obstruction de la voie biliaire principale d'origine tumorale, avec ou sans technique avancée
- Choix de la technique de drainage alternative au choix de l'opérateur
- Vérification que **cystique** libre = à > 5 mm de la sténose
- 112 patients par groupe sélectionnés : drainage de la **vésicule biliaire** sous EEH vs **cholédoco-duodénostomie** sous EEH
- Critère de jugement **principal** = **Succès clinique** = décroissance bilirubine > 15% à 24h et > 50% à J14
- Critères de jugement secondaires = succès technique (bon déploiement de la LAMS), événements secondaires, survie globale

## ORIGINAL ARTICLE

## Management of ERCP Failure in Malignant Biliary Obstruction: Comparative Effectiveness and Safety of EUS-Guided Gallbladder Drainage Versus Choledocoduodenostomy

- Taux de succès technique similaire (97.3% et 91%;  $p = 0.08$ )
- Taux de succès clinique similaire (83% et 85.7%;  $p = 0.17$ )
- Taux d'événements indésirables : 19.6% (drainage VB) et 12.5% (CDS) ( $p = 0.20$ ), dont 10 (8.9%) et 7 (6.2%) étaient sévères ( $p = 0.61$ )

TABLE 4 | Study outcomes in the two groups.

Variable	Gallbladder drainage (n = 112)	Bile duct drainage (n = 112)	p
Route of drainage	Duodenum: 67 Stomach: 65	Duodenum: 112	/
Technical success	109 (97.3%)	102 (91%)	0.08
Clinical success	93 (83%)	96 (85.7%)	0.17
Adverse Events	22 (19.6%)	14 (12.5%)	0.20
Severe adverse events	10 (8.9%)	7 (6.2%)	0.61
Bleeding	7 (6.1%)	3 (2.5%)	0.33
Severe bleeding	4 (3.4%)	0 (0%)	0.12
Perforation	0 (0%)	2 (1.7%)	0.49
Stent occlusion	6 (5%)	4 (3.5%)	0.74
Severe stent occlusion	3 (2.5%)	2 (1.7%)	1.0
Migration	2 (1.7%)	1 (0.8%)	0.98
Acute pancreatitis	2 (1.7%)	0 (0%)	0.49
Infection	5 (4.4%)	4 (3.5%)	0.29
Severe infection	1 (0.8%)	2 (1.7%)	1.0

## Endoscopic ultrasound-guided gallbladder versus bile duct drainage for first-line therapy of malignant biliary obstruction: international multicenter trial

- Étude internationale rétrospective multicentrique (28 centres)
- Drainage de vésicule biliaire et cholédoco-duodénostomie en 1<sup>ère</sup> intention
- 77 patients par groupe
- Taux similaire de succès technique (96 % [95 %CI 89 %–99 %] vs. 99 % [95 %CI 92 %–99 %];  $p=0.36$ )
- Taux similaire de succès clinique (86 % [95 %CI 75 %–92 %] vs. 92 % [95 %CI 83 %–97 %];  $p=0.17$ )
- Événements indésirables chez 11 patients de chaque groupe soit 14.2 % [95 %CI 7 %–24 %]) dont 6 sévères soit 8 % [95 %CI 2 %–16 %])

ORIGINAL ARTICLE **OPEN ACCESS**

## Asymptomatic Walled-Off Pancreatic Necrosis: A Prospective Study of Natural Course and Risk Factors for Intervention

Sidharth Harindranath<sup>1</sup> | Sridhar Sundram<sup>2</sup> | Biswa Ranjan Patra<sup>1</sup> | Aditya Kale<sup>1</sup> | Ankita Singh<sup>1</sup> | Suprabhat Giri<sup>1</sup> | Arun Vaidya<sup>1</sup> | Aniruddha Phadke<sup>1</sup> | Akash Shukla<sup>1</sup>

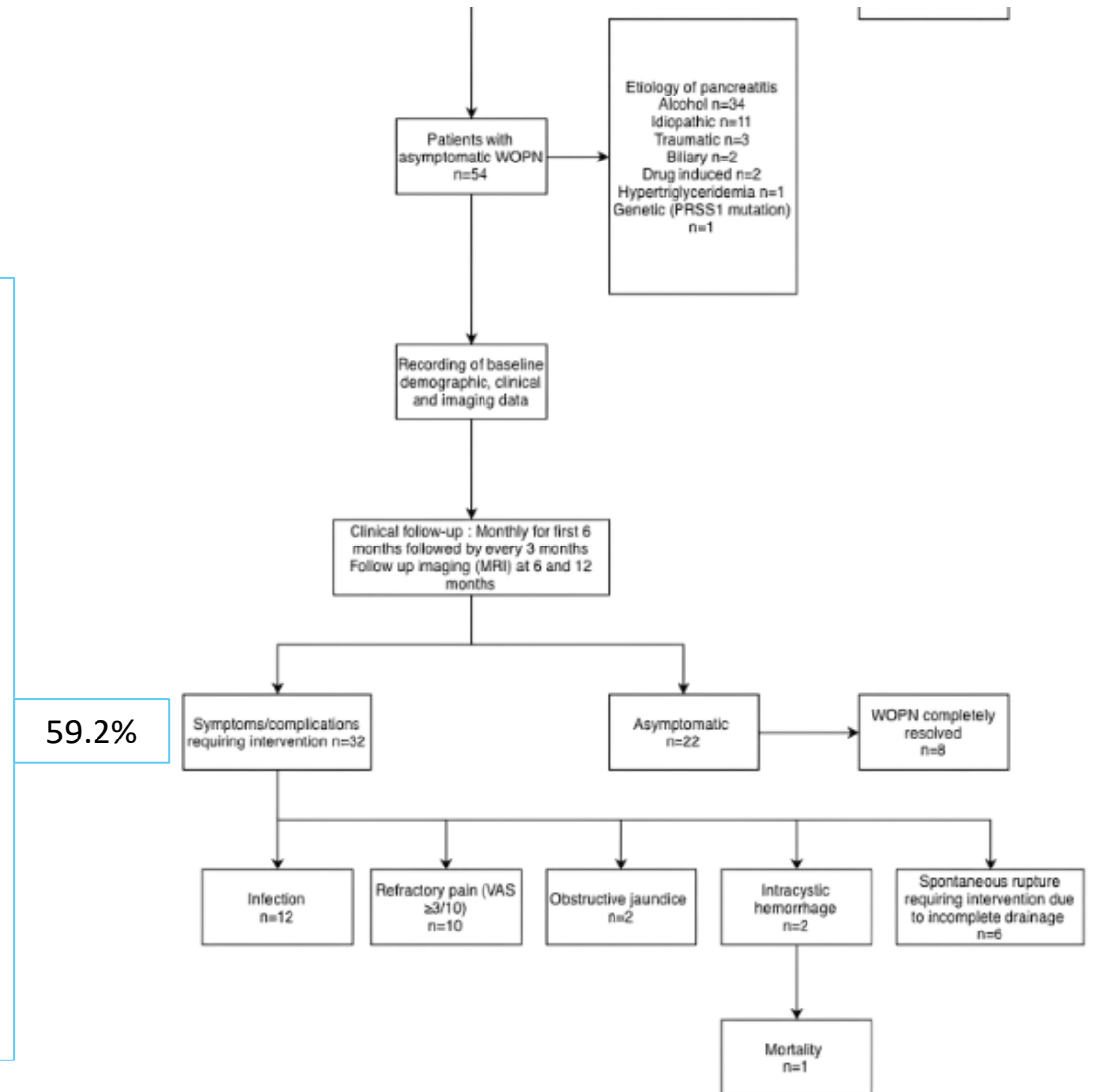
- Objectifs
  - Évaluer l'histoire naturelle des collections de nécrose pancréatique asymptomatiques
  - Identifier des symptômes prédictifs de développement de complications nécessitant une intervention
- Étude prospective observationnelle, 2021-2023, Inde, suivi 12 mois
- Critère de jugement principal : proportion de patients développant des symptômes : complications nécessitant une intervention
- Inclusion de patients consécutifs ayant développé une collection de nécrose 4-6 semaines après une PA nécrosante
- Complications
  - Infection
  - Douleur réfractaire
  - Obstruction gastrique / biliaire
- Suivi clinique / mois x 6 mois puis / 3 mois + IRM / 6 mois

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

## Asymptomatic Walled-Off Pancreatic Necrosis: A Prospective Study of Natural Course and Risk Factors for Intervention

Sidharth Harindranath<sup>1</sup> | Sridhar Sundram<sup>2</sup> | Biswa Ranjan Patra<sup>1</sup> | Aditya Kale<sup>1</sup> | Ankita Singh<sup>1</sup> | Suprabhat Giri<sup>1</sup> | Arun Vaidya<sup>1</sup> | Aniruddha Phadke<sup>1</sup> | Akash Shukla<sup>1</sup>

- 60% patients ont nécessité une intervention
  - Drainage endoscopique (n = 22)
  - Drainage percutané (n = 8)
  - Nécrosectomie chirurgicale (n = 2)
- Temps médian avant complication 144 jours
- La taille de la collection au baseline est un facteur prédictif de développement de symptômes / complications
- Taille cut-off = 5.6 cm (sensibilité 88.5% et spécificité 54%)



# Bonus

## Comparison of endoscopic band ligation versus over-the-scope clip for colonic diverticular bleeding: a propensity score-matched cohort analysis



Yosuke Ohashi, MD,<sup>1</sup> Hiroshi Sugiyama, MD, PhD,<sup>1</sup> Takayasu Ideta, MD, PhD,<sup>1</sup> Takaaki Hino, MD,<sup>1</sup> Shino Mizutani, MD,<sup>1</sup> Hirokazu Adachi, MD,<sup>1</sup> Yasuhiro Oshima, MD, PhD,<sup>1</sup> Masahito Shimizu, MD, PhD<sup>2</sup>

Gifu, Japan





- Moins de récurrence de saignement après OTSC vs EBL (16.2% (11/68) et 2.9% (2/68) , OR 0.16; 95% CI, 0.02-0.77;  $p=.017$ )
- Pas de différence significative en terme de radio interventionnelle, chirurgie, transfusion, événements indésirables

# Bonus

## Endoscopic direct diverticulitis therapy (EDDT): cholangioscope-assisted colonoscopy

Retrospective single-center study  
12 patients with acute uncomplicated diverticulitis



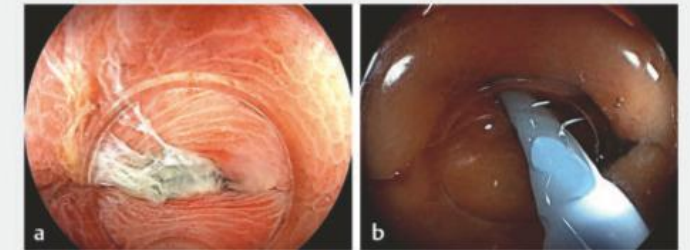
Results	N = 12
Technical success	100%
Leukocytes, $\times 10^9/L$	-5.3
CRP, mg/L	-34
Complications	0
Follow-up	4 months
Recurrence	0

EDDT is technically successful for uncomplicated diverticulitis

CRP, C-reactive protein.

Endoscopy

Durée moyenne de  
procédure 68.5 minutes  
[10.0–107.0]



► **Fig. 2** Colonoscopic view. **a** Spontaneous purulent exudate from the congested orifice. **b** Pancreatic duct stent deployment.

Dr Sarra OUMRANI

[sarra.oumrani@aphp.fr](mailto:sarra.oumrani@aphp.fr)