



Hôpital Cochin
Port-Royal
AP-HP



Université
Paris Cité

SERVICE DE GASTROENTÉROLOGIE
D'ENDOSCOPIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE



AP-HP-Centre-Université de Paris
Hôpital Cochin

gastrocochin.com

**22ème journée de gastroentérologie de
Cochin, samedi 20 juin 2026**

Top 3 des articles en endoscopie digestive diagnostique

Dr Khalaf Ben Abdallah

Service de Gastroentérologie, d'endoscopie et d'oncologie digestive

Hôpital Cochin – Groupe hospitalier APHP.Centre - Université Paris Cité

27 rue du Faubourg St Jacques, 75014 Paris

khalaf.benabdallah@aphp.fr

1 L'acide acétique démasque les lésions festonnées

Savóia de Oliveira F.J. et al., Endoscopy International Open 2026

Les lésions festonnées :

- 30 % des CCR)
- **planes, pâles, mal limitées**, souvent recouvertes de mucus
- Parfois difficilement visible : cancers d'intervalle du côlon proximal.

L'acide acétique à 2 %

- Dissolution du mucus
- Réaction « acétowhite » qui rehausse le contraste de surface, une meilleure délimitation de la lésion

Méthode

434 patients, étude prospective

Coloscopie bien préparée par un opérateur expert

- 1^{ère} inspection en HD-WLE
- puis ré-inspection après instillation d'acide acétique 2 % (caecum → angle gauche (empreinte splénique))



Avant (a) / après (b) acide acétique : disparition de la perte focale du réseau vasculaire, lésion démasquée.

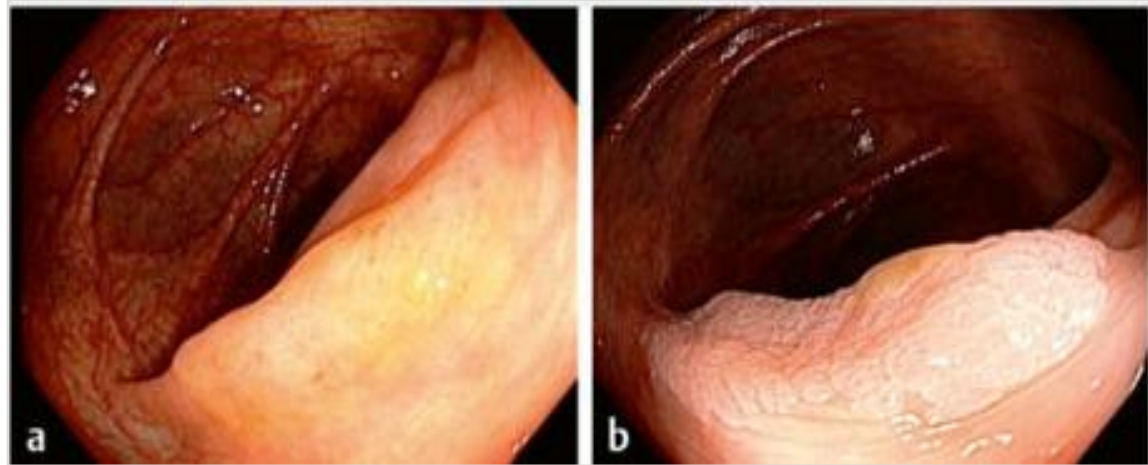
434

coloscopies analysées, côlon proximal (caecum à l'angle gauche)

1

L'acide acétique démasque les lésions festonnées

Savóia de Oliveira F.J. et al., Endoscopy International Open 2026



Réaction acétowhite : lésion masquée par le mucus (a) → nettement visible après acide acétique (b).

340 lésions proximales détectées : 60,9 % vues en HD-WLE
39,1 % seulement après acide acétique

36,6 → 63,4%

part des lésions festonnées détectées avant / après acide acétique ($p=0,016$)

69%

des lésions retrouvées sont des SSL (lésions festonnées sessiles), toutes <10mm

Facteur de risque associé : HTA $\times 2,3$ (IC95% 1,08–4,83 ; $p=0,032$) — seul facteur indépendant associé retrouvé.

- Détection des lésions festonnées quasi doublée dans le colon proximal grâce à l'acide acétique
- Geste simple et peu coûteux
- Intérêt chez les patients hypertendus ou en cas de préparation moyenne
- Essai randomisé pour confirmer ces données

2

Délai à la coloscopie après FIT+ : le dogme des 3 mois remis en cause

Grancher A. et al., Gut 2026 — cohorte nationale française

- Les recommandations imposent une coloscopie **1 à 3 mois** après un test immunologique fécal (FIT) positif.
- Le délai médian français est de **77 jours**
- Surrisque de CCR au-delà de 3 à 13 mois. Or la carcinogenèse colorectale prend des années : ce seuil est-il vraiment justifié ?

374 113

patients FIT+ avec coloscopie dans les 24 mois

programme national français, 2016–2019
(86,6 % de compliance)

21 616

cancers colorectaux diagnostiqués (5,8 %)

+ 122 359 adénomes avancés (32,7 %)

77 j

délai médian observé entre FIT+ et coloscopie

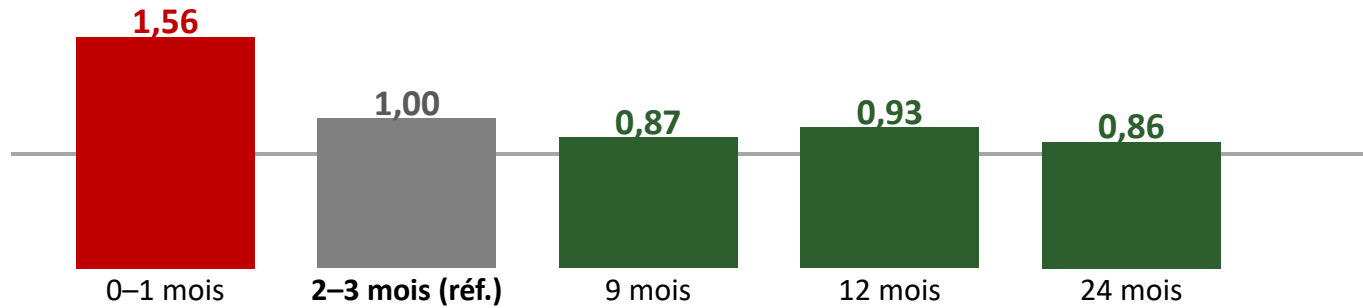
IQR 55–119 j ; objectif réglementaire : <31 j

2

Délai à la coloscopie après FIT+ : le dogme des 3 mois remis en cause

Grancher A. et al., Gut 2026 — cohorte nationale française

OR ajusté de cancer colorectal (réf : 2–3 mois = 1,0)



Sur-risque uniquement <1 mois (biais : coloscopies précipitées par des symptômes), puis OR stable, jamais >1 jusqu'à 24 mois.

X 8 risque de CCR
Si taux f-Hb $\geq 200 \mu\text{g/g}$

Limites

Rétrospectif
pas d'info sur les symptômes d'alarme au moment de la coloscopie.
13,4 % de patients sans coloscopie à 24 mois exclus de l'analyse (caractéristiques similaires, mais devenir réel inconnu).

À retenir : pas de surrisque jusqu'à 24 mois → la priorité est la compliance, pas le délai strict. Accélérer si f-Hb élevé.

3

Dépistage du cancer du pancréas : EUS ou IRM ?

Étude PATRIOT – Silva-Santisteban Merino A. et al., Pancreatology 2026

Qui dépiste-t-on ? Indications CAPS/ASGE (sujets à haut risque)

- Mutation **BRCA1/BRCA2** (même sans antécédent familial selon l'ASGE)
- Syndrome de **Peutz-Jeghers** (dès 35 ans)
- FAMMM (**CDKN2A**) et pancréatite héréditaire (dès 40 ans)
- Lynch, ATM : si ≥ 1 apparenté au 1^{er} degré atteint
- **Kindred familial** (≥ 2 apparentés au 1^{er} degré), sans autre syndrome
- Début : 50 ans, ou 10 ans avant l'âge du cas index

Pour ces patients à haut risque, EUS et MRCP sont considérées **équivalentes**, et les recommandations renvoient le choix à la préférence du patient — sans presque aucune donnée pour la guider.

111

patients dépistage

ayant eu EUS+MRCP ; comparateur : 70 patients en surveillance de kyste

74%

taux de participation

questionnaire validé (Likert 0-10) : inconfort, anxiété, claustrophobie, peur du cancer

2021-24

période d'inclusion

centre unique (Harvard / Beth Israel)

~60 % des patients ont une préférence nette — en sens opposé

EUS

MRCP

Dépistage cancer pancréas

33 % la préfèrent

25 % la préfèrent

Surveillance kyste

19 % la préfèrent

44 % la préfèrent

Ressenti ($p < 0,05$)

– claustrophobie, + réassurance

+ pratique, résultat différé

En pratique

Proposer activement le choix au patient, selon le contexte

- MRCP si confort/autonomie prioritaires.
- EUS si réassurance/anxiété prioritaires
- Dépister la détresse psychologique : ~45 % des patients en dépistage ont un score d'inquiétude élevé.

Limites

Mono-centrique, accès égal aux 2 techniques (peu généralisable).
Réponse partielle en surveillance de kyste (47 %).
Effet du choix individualisé sur l'adhésion au programme non mesuré.

À retenir : performances équivalentes → laisser le patient choisir, et penser à dépister l'anxiété et la claustrophobie, rarement exprimées spontanément.

Merci pour votre attention