

Post DDW 2025

Endoscopie thérapeutique et CPRE

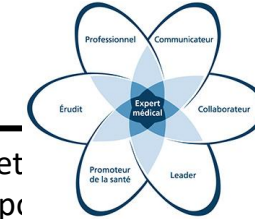
Simon Bouchard

Gastroentérologue

CHUM



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.)
X	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.)
X	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.)
X	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.)
X	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
Les paiements directs incluant les honoraires	Pendopharm
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	

CPRE

Sténoses de
l'oesophage

Sténoses de
l'intestin grêle

ESD

CPRE

Minor papilla sphincterotomy does not reduce the risk of acute pancreatitis in patients with acute recurrent pancreatitis and pancreas divisum: the SHARP trial

- Mise en contexte: études rétrospectives antérieures suggèrent un rôle pour la sphinctérotomie de la papille mineure chez les patients avec pancréatites aiguës récidivantes (PAR) et pancréas divisum (PD)
- Étude simple aveugle, randomisée contrôlée
- Multicentrique USA
- Inclusion: Au moins 2 épisodes de pancréatite aiguë idiopathique + PD confirmé à MRCP
- Randomisé 1:1 entre
 - #1: EUS + CPRE avec sphinctérotomie de la mineure (SEm) + stent pancréatique
 - #2: EUS + Sham-CPRE (pas de CPRE. Prothèse pancréatique laissée dans la lumière duodénale)

Caractéristiques des patients et résultats

- Randomisation de 9/2018 à 8/2024
- 148 patients
 - Médiane de 3 épisodes de PA avant randomisation
 - Suivi moyen post randomisation: 33.5 mois
 - Succès SEm: 92 %
 - PA post-CPRE: 7.4 %
- Issue primaire:
Développement d'un épisode de PA (critères d'Atlanta)
34.7% (SEm) vs 43.8% (Sham) HR 0.83 [0.49-1.41]
- Issues secondaire:
Ratio taux incidence PA avant et après randomisation
0.23 (SEm) vs 0.277 (Sham)
- Pas de différence dans le risque de développer pancréatite chronique, insuffisance pancréatique exocrine ou diabète

Conclusion

Chez les patients avec pancréatites aiguës récidivantes idiopathiques et pancréas divisum, la sphinctérotomie de la papille mineure ne diminue pas le risque de pancréatite aiguë ou les complications associées.

Stent Placement with RFA is Superior to Stent Alone for Malignant Biliary Strictures - Outcomes in 3,804 Propensity Score Matched Patients Undergoing ERCP

Rashid Abdel-Razeq, Somtochukwu Onwuzo, Mohamad-Noor Abu-Hammour, Chidera Onwuzo, Antoine Boustany, Kojo-Frimpong B Awuah, John J. Vargo, Tyler Stevens, Madhusudhan Sanaka, Sunguk Jang, Amit Bhatt, Hassan Siddiki

Digestive Disease and Surgical Institute
Cleveland Clinic, Cleveland, OH

Design de l'étude



Data Extracted
from TriNetx
Global
Collaborative
Network



Database Has
>117,000,000
Patients



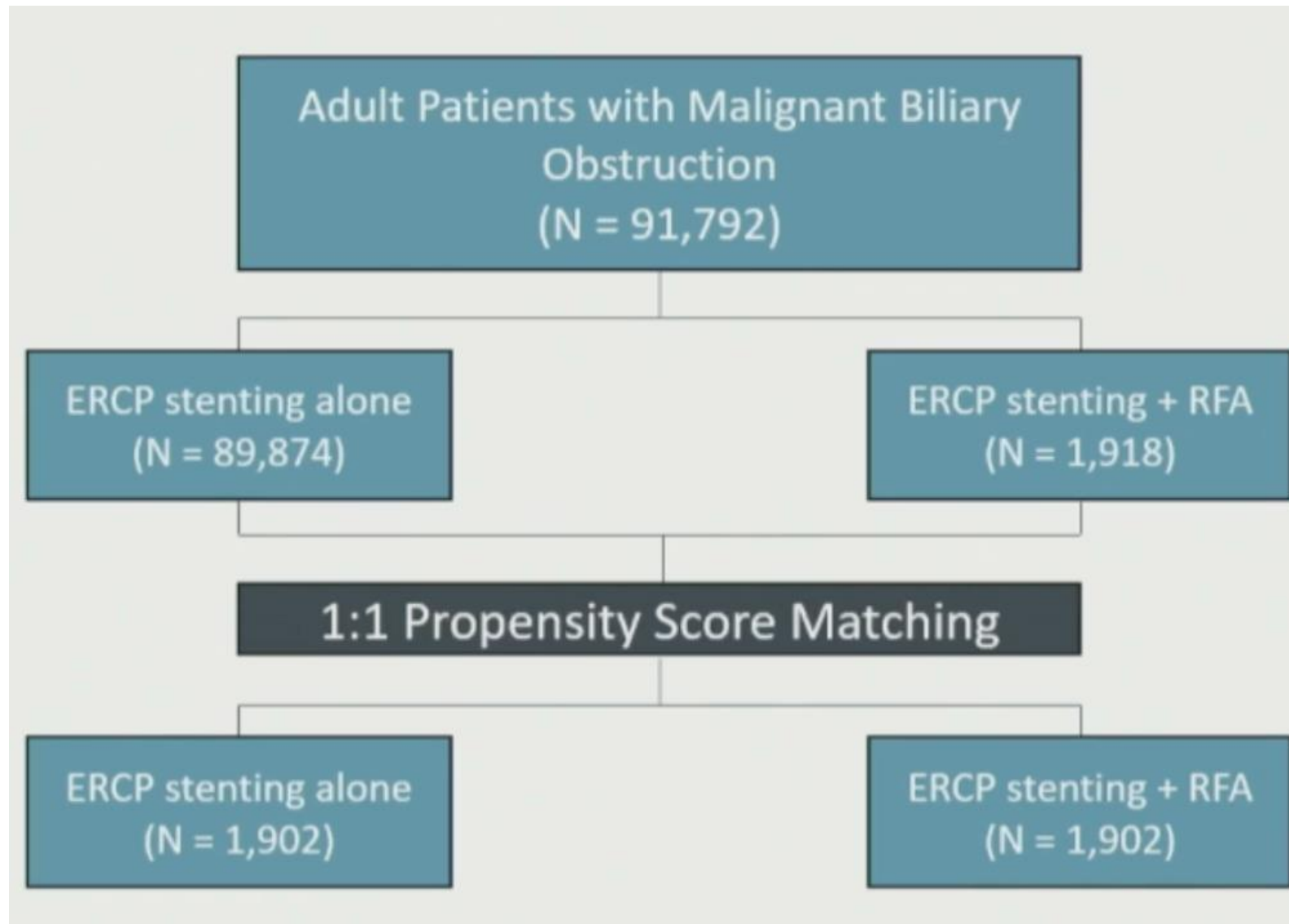
From > 135
Healthcare
Organization
Across USA



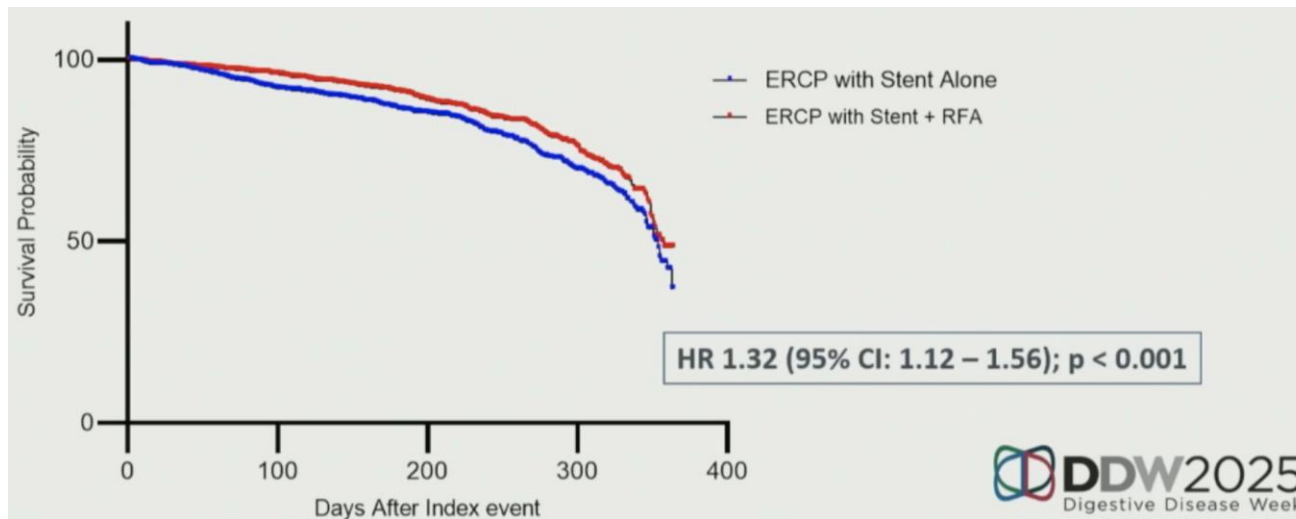
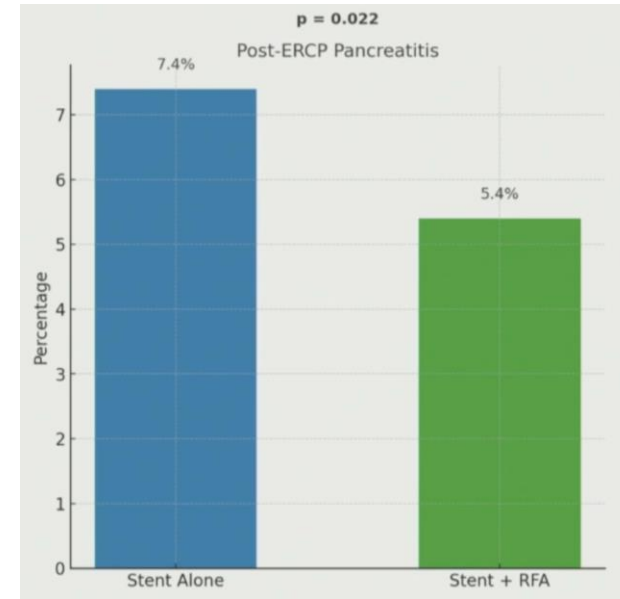
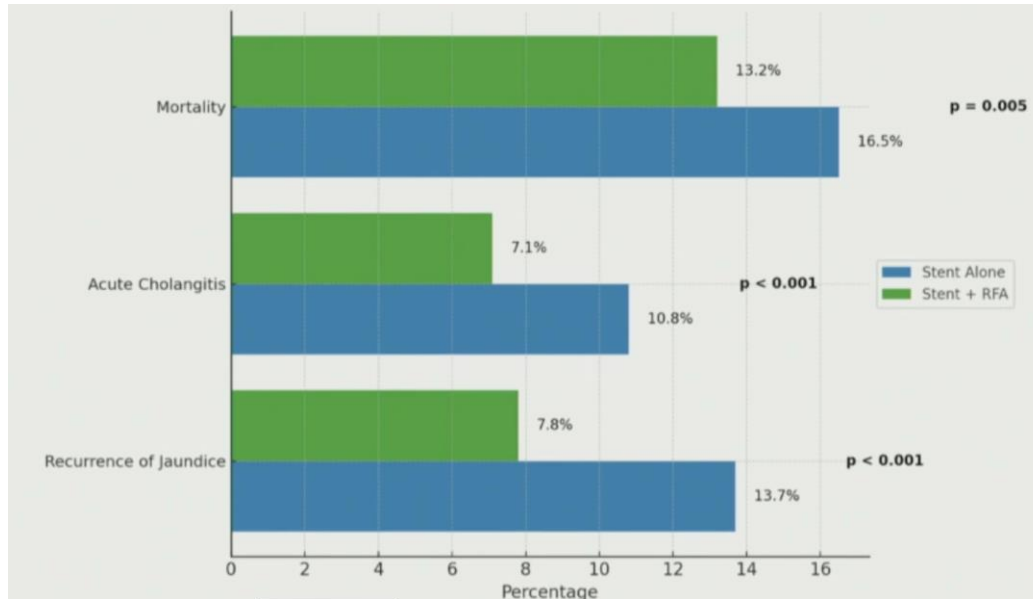
Retrospective
Design



Study Period
2014 – 2023.
Allowing for 1-
year follow up
period



Résultats



Sténoses de l'oesophage

Initial US Experience with a Paclitaxel Coated Balloon for the Treatment of Recurrent Esophageal Strictures

Kenneth K. Wang MD, MASGE¹

Shahriar Sedghi MD²

Gary Reiss MD³

Nicholas Shaheen MD⁴

Gerald Dryden MD⁵

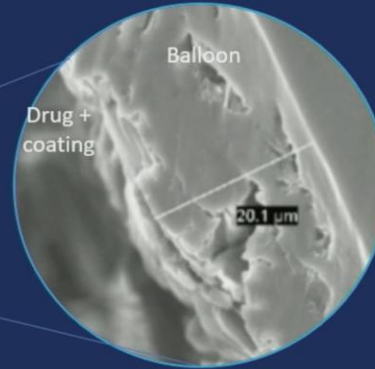
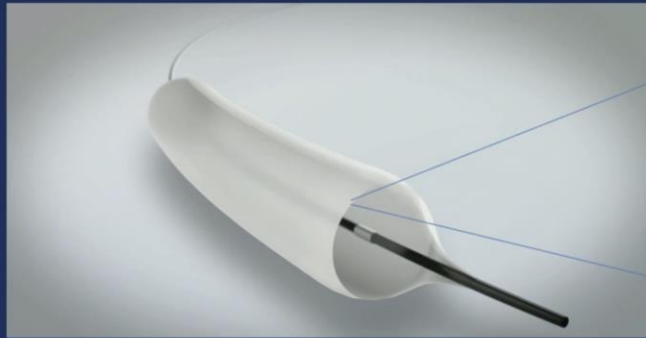
Michael Goldberg MD⁶

Ian Schorn⁷

¹Mayo Clinic, Rochester MN, ²Mercer University School of Medicine, Macon GA, ³Tulane University, New Orleans, LA, ⁴University of North Carolina, Chapel Hill NC, ⁵University of Louisville, Louisville KY, ⁶Jefferson Einstein Philadelphia Hospital, Philadelphia PA, ⁷GIE Medical, Minneapolis MN

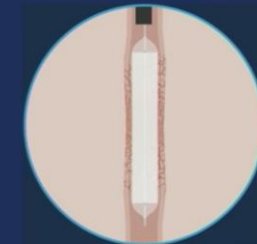
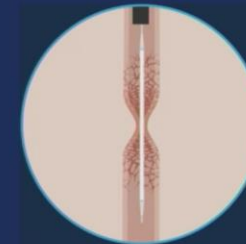


Drug Eluting Balloon



- Standard 3-stage balloon dilator
- Over-the-wire design for 0.035" size wire
- Coated with uniform dosage of paclitaxel per unit surface area

Nominal Balloon Size	Drug Dose [mg Paclitaxel]	3-Stage Balloon OD [mm]	Nominal Balloon Length [mm]	Rated Burst Pressure [ATM]	Shaft Length [cm]
12x65	8.6	12.0 / 13.5 / 15.0	65	7	180 / 240
15x65	10.7	15.0 / 16.5 / 18.0	65	6	
18x65	12.9	18.0 / 19.0 / 20.0	65	5	
20x65	14.3	20.0 / 21.0 / 22.0	65	4	



Trial Design

- **Phase 1: Non-randomized 10 center open label study in the US with pharmacokinetics using DCB for benign complex esophageal strictures**
- Phase 2: Multicenter RCT (Patent-E) comparing DCB to usual care
- Entry Criteria
 - Benign complex esophageal strictures requiring at least 2 prior dilations
 - Significant symptoms (Ogilvie ≥ 2) and anatomic restriction ($< 13\text{mm}$)
- Primary Endpoint: Stricture Recurrence at 6 months
 - Lumen $< 13\text{ mm}$ measured by FLIP
 - Clinically driven reintervention: Repeat dilation if lumen 13-14 mm with increased Ogilvie's score ≥ 2



Caractéristiques des sténoses

Etiology of Strictures	
Peptic	21/25 (84%)
Post-ESD	1/24 (4%)
Anastomotic	1/24 (4%)
Other	2/24 (8%)
Stricture Length	1.6 + 1.1 cm
Prior Dilatations	
Median	6
Range	2, 260*

Study Protocol: Treatment Algorithm and Follow-up



EGD to determine eligibility

- FLIP measurement of diameter, length
- 4Q Biopsy
- Other exclusions:
 - EoE
 - LA Grade >B
 - Achalasia
 - Known motility issue
 - Suspicious for malignancy



Stricture Preparation

- Pre-dilation with bare balloon 15-18mm
- Assess for extent of injury, determine dilation target



DCB Dilation

- Final dilation to target diameter ($\geq 18\text{mm}$)



PK Sampling
Periodic draws Day 0
Single draws Day 1, 3, 5

Clinical Follow-up
1, 3, 6, 12 months

- Dysphagia symptoms at each visit (Ogilvie, DHI)
- Safety at each visit (AEs, labs, meds)
- EGI with FLIP at 6 months



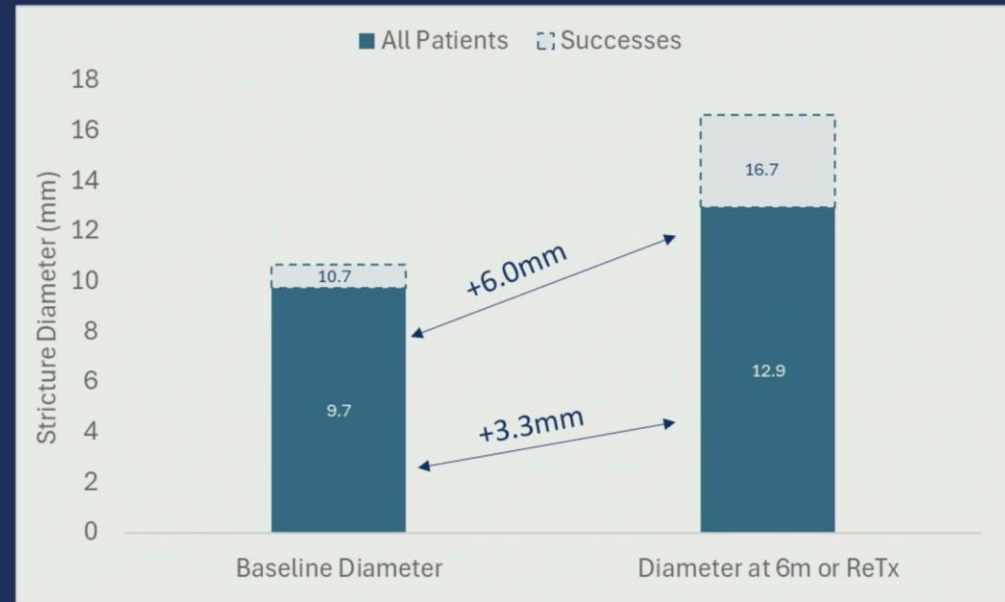
If unable to safely achieve target diameter of $\geq 18\text{mm}$ in current EGD

- Finish with DCB dilation $<18\text{mm}$ and bring back for 'staged' procedure (up to 3x)



Results: Diameter Improvement

- Mean stricture diameter improved
 - $9.7 \pm 2.4\text{mm}$ baseline $\rightarrow$ $12.9 \pm 3.9\text{mm}$ at 6 months or retreatment (FLIP)
- 10 patients recurrence free at 6 months
 - $\uparrow 6.0\text{mm}$ diameter
- 13 subjects maintained an esophageal diameter $\geq 13\text{mm}$



Résultats

- Temps médian à récurrence
 - Avec ballon médicamenté: 203 jours
 - Comparatif pré-étude: 88 jours
- Taux annualisé de dilatation par patient
 - Avec ballon médicamenté: 1.0
 - Comparatif pré-étude: 6.2 ($p < 0.001$)
- Amélioration du score de dysphagie
 - 2.3 +/- 0.6 (base) vs 1.0 +/- 1.0 (6 mois)
- Pas de complications rapportées suite aux interventions de l'étude
- 25% des patients avaient un taux sérique minimal détectable (< 0.22 ng/ml) post intervention

Sténoses de l'intestin grêle

Treatment of Benign Intestinal Strictures with a Novel Drug-coated Balloon – Initial US Experience

Bo Shen MD¹, Gursimran Kochhar MD², Udayakumar Navaneethan MD³,
Shahriar Sedghi MD⁴, Gary Reiss MD⁵, Gerald Dryden MD⁶, Ali Lankarani
MD⁷, Shivani Guha¹, Natalie Marcin¹, Claudia Musat¹

1. Columbia University Irving Medical Center/New York Presbyterian Hospital, NY, 2. Drexel University School of Medicine, PA, 3. Orlando Health, FL, 4. Mercer University School of Medicine, GA, 5. Tulane University, LA, 6. University of Louisville, KY, 7. Borland Groover, FL

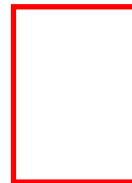


Design de l'étude

- Étude prospective
- 25 patients, dans 8 sites aux USA
- Sténoses bénignes récidivantes du grêle
 - Sténose bénigne unique, moins de 5 cm
 - Au moins deux dilatations antérieures
 - Exclusion des sténoses par compression extrinsèque
- Suivi médian de 2 ans
- 23/25 ont eu endoscopie de suivi à 6 mois
- Issues
 - Succès: possibilité de traverser sténose avec endoscope de 12 +/- 5 mm avec légère résistance, ou sans résistance, à endoscopie de contrôle à 6 mois.
 - Survie sans sténose récidivante au suivi.

Caractéristiques des patients

Patient Characteristics		Patients (n=25)
Age, years		57.5 ± 14.9
Male gender		11 (44%)
Stricture Type	Primary	14 (56%)
	Secondary (anastomotic)	11 (44%)
Etiology	Disease-associated	1 (4%)
	Crohn's disease	7 (28%)
	Anastomotic	7 (28%)
	Peptic duodenum	3 (12%)
	Ileal pouch	5 (20%)
	Drug-Induced	2 (8%)



Stricture Characteristics		Patients (n=25)
Length		1.8 ± 1.2 cm
Diameter		8.7 ± 2.6 mm
Prior dilations		
Lifetime		4.2 ± 3.0
Annualized (Past Year)		3.2 ± 0.8
Median time to recurrence		122 days

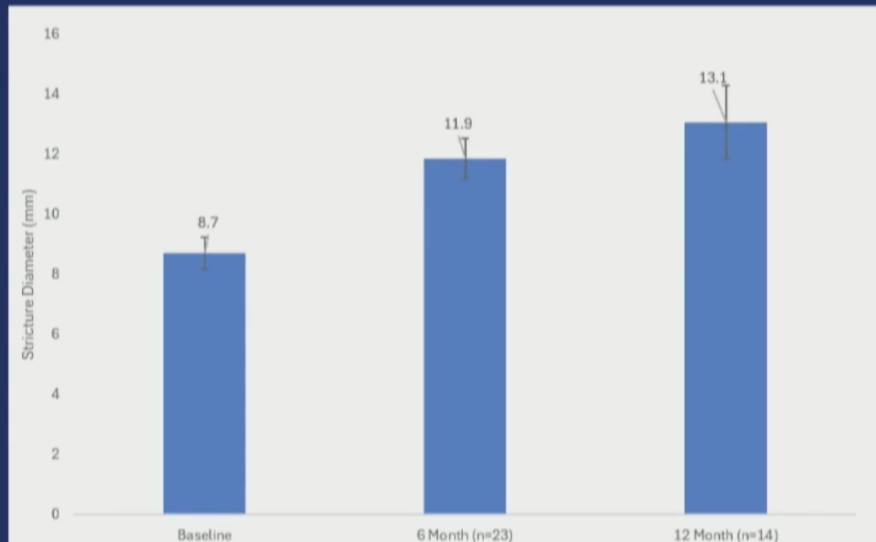
Résultats

- Absence de récurrence à 6 mois
 - Avec ballon médicamenté: 47%
 - Comparatif pré-étude: 8%
- Temps médian avant réintervention
 - Avec ballon médicamenté: 210 jours
 - Comparatif pré-étude: 122 jours
- Amélioration du score de dysphagie
 - 2.3 +/- 0.6 (base) vs 1.0 +/- 1.0 (6 mois)
- Saignement post dilatation chez 1 patient
- Taux sérique paclitaxel post procédure < 0.10 +/- 0.16

Suivi endoscopique

Outcomes: 6-month endoscopic outcomes

Stricture Diameter



Resistance to 12mm Scope Passage

	Patients (n=23)
0 (None)	10 (43%)
1 (Mild)	3 (13%)
2 (Moderate)	3 (13%)
3 (Severe/Impassable)	7 (30%)



Conclusion

- Dilatation de sténoses bénignes récidivantes du grêle avec ballon médicamenté (Paclitaxel) semble efficace et plus durable en comparaison avec le temps de récurrence historique.
- Sécuritaire
- Étude randomisée contrôlée (Patent-B) est en cours (n=171)

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL COMPARING ENDOSCOPIC BALLOON DILATION VERSUS ENDOSCOPIC STRICTUROTOMY FOR SHORT STRICTURES (< 3 CM) RELATED TO CROHN'S DISEASE (THE BEST-CD TRIAL)

Pal P, [...], Reddy N
Hyderabad, India

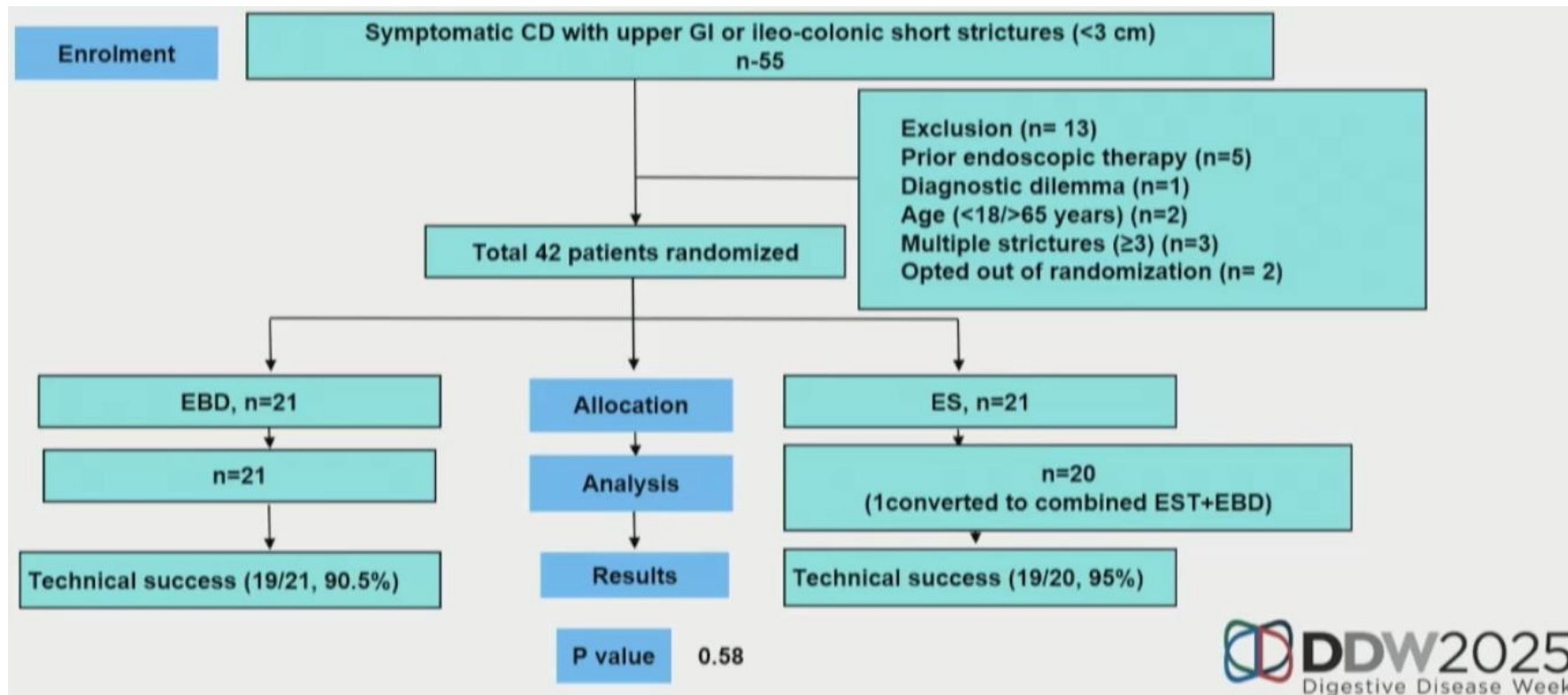
- Patients avec Crohn du grêle + sx occlusifs
- Étude rétrospective démontrait taux plus bas de réintervention et chirurgie pour stricturoplastie endoscopique vs dilatation.

Lan N, Inflamm Bowel Dis. 2018

- Issues
 - Primaire: récurrence clinique
 - Secondaire: succès technique, réintervention, chirurgie, besoin visite urgence ou hospitalisation

Inclusion des patients

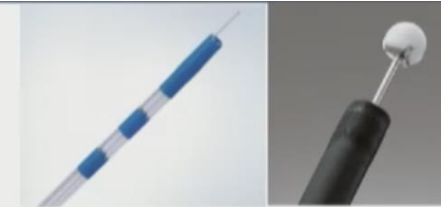
Fibroses doivent être
fibrotiques ou mixtes



Interventions

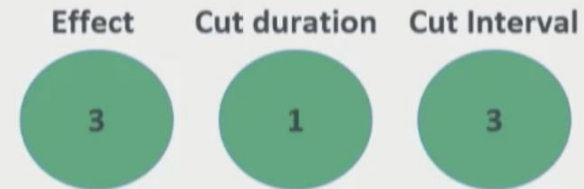
•Endoscopic Stricturotomy (ES):

- Needle knife / insulated-tip (IT-2) knife (Olympus, Tokyo, Japan)
- Electrosurgical unit: Endo Cut I mode (ERBE VIO 300D/ VIO 3; Erbe Elektromedizin, Germany)
- Radial incisions followed by circumferential cutting in non-ulcerated area



•Endoscopic Balloon Dilation (EBD):

- Controlled Radial Expansion (CRE) balloon (Boston Scientific, USA).
- Size of balloons were selected based on stricture characteristics
- Inflated to a max diameter of 12–20 mm (based on diameter & ulceration) over 60 seconds



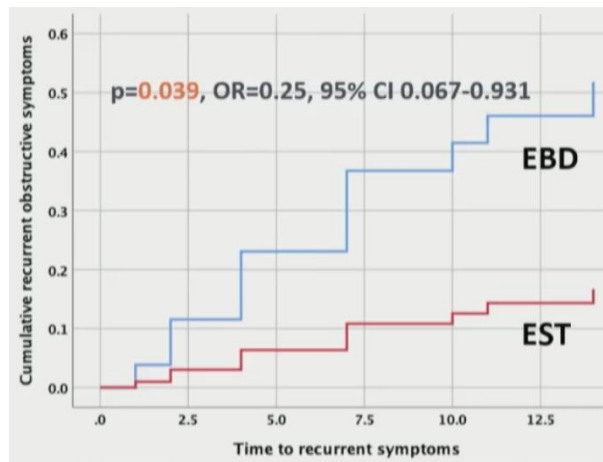
@DDWMeeting | #DDW2025

 **DDW2025**
Digestive Disease Week®
MAY 3–6, 2025 | SAN DIEGO, CA
EXHIBIT DATES: MAY 4–6, 2025

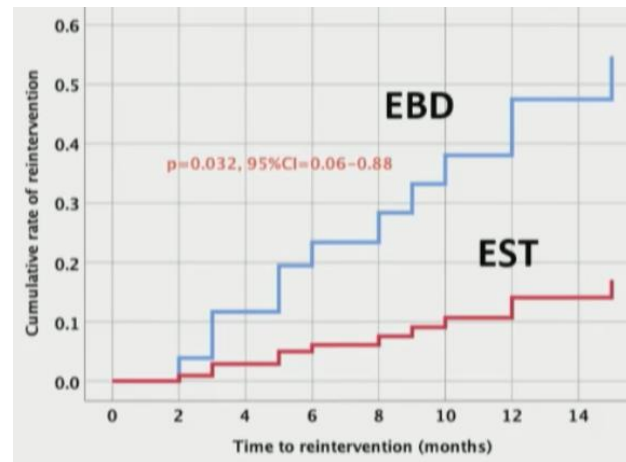
Caractéristiques des patients

		EBD	ES
Total number of patients (n)		21	20
Female, n (%)		8 (39)	8 (40%)
Age, years: median (range)		32 (18-65)	42 (23-65)
Location of disease, n	Terminal ileal disease	8	2
	Colonic disease	5	9
	Ileo-colonic disease	6	8
	Upper GI	2	1
Phenotype, n	Stricturing	19	17
	Stricturing+ Fistulizing	2	3
Anastomotic stricture, n		4	5
Therapy		AZA-17 Steroids- 2 Biologics- 10 5-ASA- 2	AZA- 17, MTX-1 Steroid - 0 Biologics- 8 5ASA-2

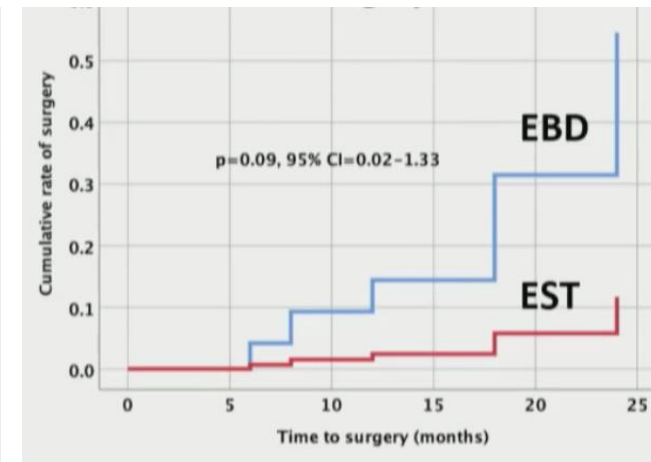
Résultats



Récidive clinique



Réintervention endoscopique



Chirurgie

- Tendence à moins de visites médicales (NS)
- Temps procédure: 15-140 minutes vs 10-30 minutes ($p < 0.001$)
- 3 saignements mineurs, pas de perforations

Conclusion

- Stricturotomie endoscopique associée avec temps plus long avant récurrence clinique ou réintervention endoscopique
- Profil de sécurité comparable
- Pas de différence statistiquement significative en ce qui a trait au temps ad visite à urgence ou hospitalisation.
- Pas de différence statistiquement significative pour temps ad chx.

ESD

COST-EFFECTIVENESS COMPARISON OF TEM & ESD IN EARLY RECTAL TUMOURS: THE MUCEM - GRECCAR 13 - FRENCH₀₄ TRIAL

[Laura BEYER-BERJOT](#) · [Jérémie Jacques](#)

- Étude prospective comparative TEM vs ESD, 23 centres participants
- Issue primaire: coût-efficacité = résection R0
- Issues secondaires:
 - Résection en bloc, morbidité, survie 3 ans, qualité de vie
- Estimation de la taille des groupes basée sur hypothèse de différence de 4% du taux de résection complète en faveur du TEM (88% vs 84%) et sur différence de coût de 440 euros en faveur ESD
 - 215 patients par groupe
- Critères inclusion
 - Adénome rectal ou carcinome usT1N0
 - < 15 cm de la marge anale
- Expérience suffisante
 - Au moins 10 TEM/an, au moins 40 ESD/an

INCLUSION PERIOD 01/2016 to 01/2019

Evolution of practice +++

330 patients: 117 TEM / 213 ESD



Caractéristiques des patients

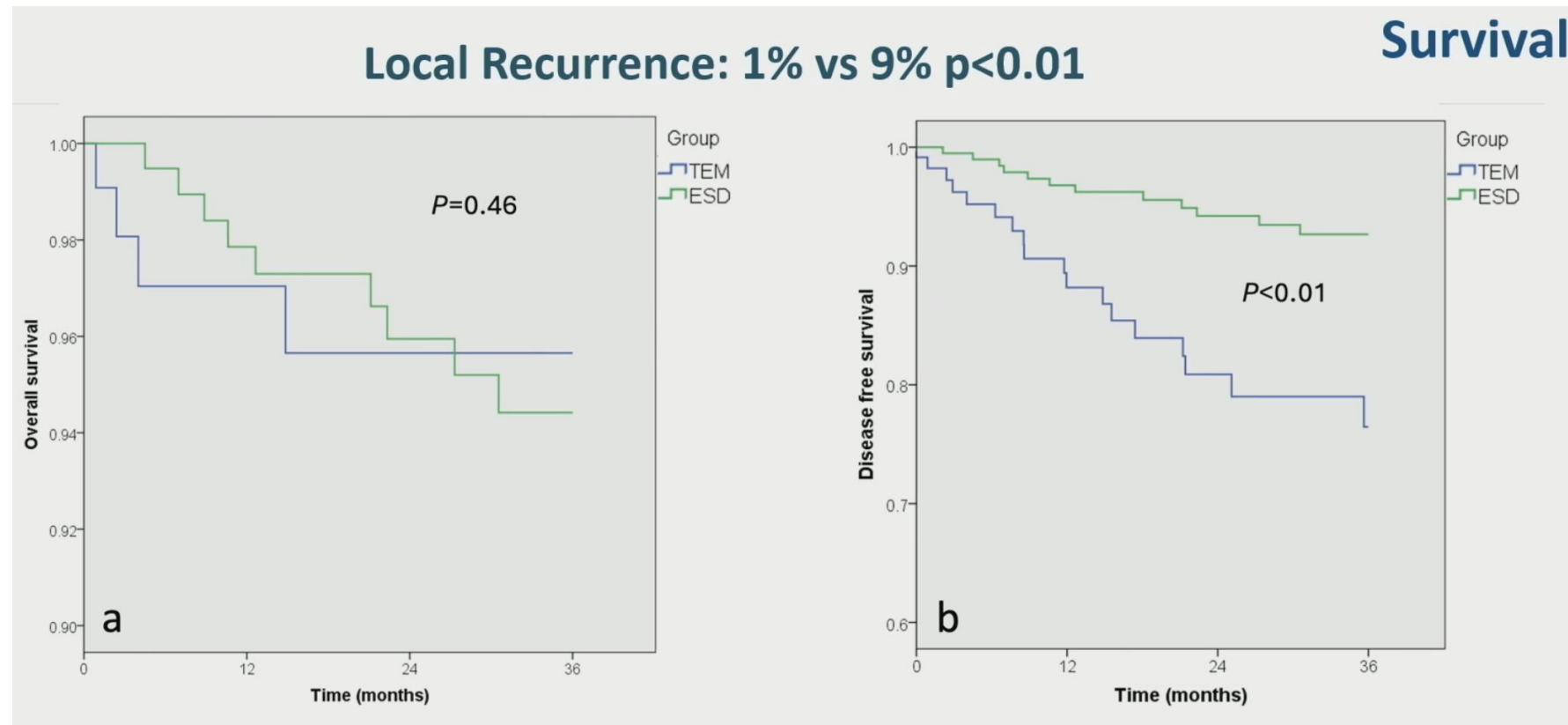
	MD	ESD N=213	TEM N=117	P
Age (years)	0	67.1 ± 11	67.5 ± 12	0.71
Gender Female / Male (%)	0	105 (49.3) / 108 (50.7)	43 (36.8) / 74 (63.2)	0.03
BMI (kg/m2)	6	25.5 ± 5	26.5 ± 5	0.06
Preoperative therapy (%)				
Anticoagulant	11	29 (14.1)	16 (14.2)	1
Steroids / Immunomodulator	14	11 (5.4)	3 (2.6)	0.24
History of local excision (%)	8	1 (0.5)	6 (5.4)	0.01
Location / anal verge				
0-5 cm		57 (51.4)	32 (65.3)	
>5-10 cm	19	30 (27)	14 (28.6)	0.04
>10-15 cm		24 (21.6)	3 (6.1)	
Tumour size (mm)	178	39.2 ± 19	30.5 ± 17	< 0.01
Circonférential tumour (%)	42	3 (3)	6 (5.7)	0.50
Rescue TME (%)	27	11 (5.5)	10 (9.7)	0.17

Résultats

	MD	ESD N=213	TEM N=117	P
Operative time (min)	9	92.5 ± 69	48.2 ± 37	< 0.01
Intraoperative complication (%)		22 (10.3)	6 (5.2)	0.11
Perforation	2	10 (4.7)	2 (1.7)	0.23
Haemorrhage		7 (3.3)	1 (0.9)	0.27
Histopathological type (%)				
Invasive carcinoma	11	29 (14)	28 (25)	< 0.01
Other		178 (86)	58 (75)	
En-bloc excision (%)	19	202 (99)	99 (92.5)	< 0.01

- ESD moins cher que TEM: - 1997 Euros en moyenne

Résultats



Autres études récentes



Herrejos-Tejada A. et al. ESGE days 2025

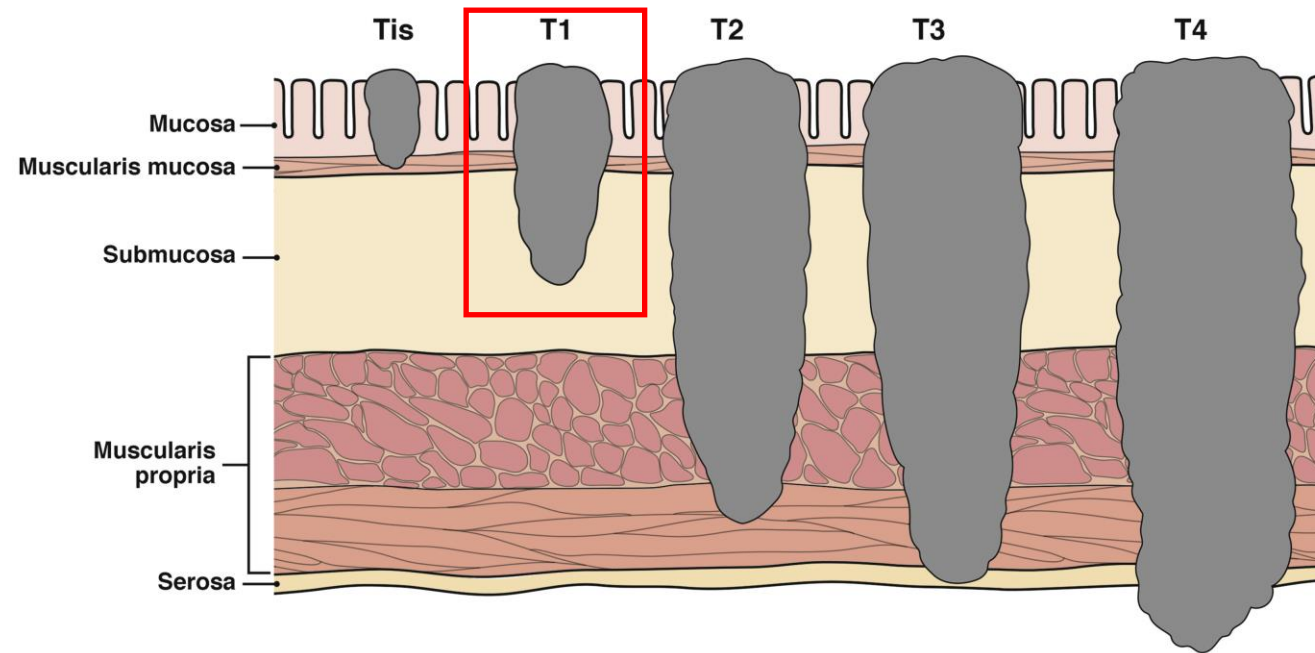


Verhoeven D. et al. ESGE days 2025

	SPAIN (n=68)	NETHERLANDS n=199
En bloc	97.3 vs 90.9% (p=0.1)	NA
RO	91.9% vs 72.7% (p=0.06)	83% vs 71% (p=0.002)
Severe AE	0% vs 6.5% (p=0.2)	NA
Costs	waiting	7100 vs 7300 euros
Recurrence	0% vs 6.5% (p=0.2)	1% vs 7.4% (p<0.05)

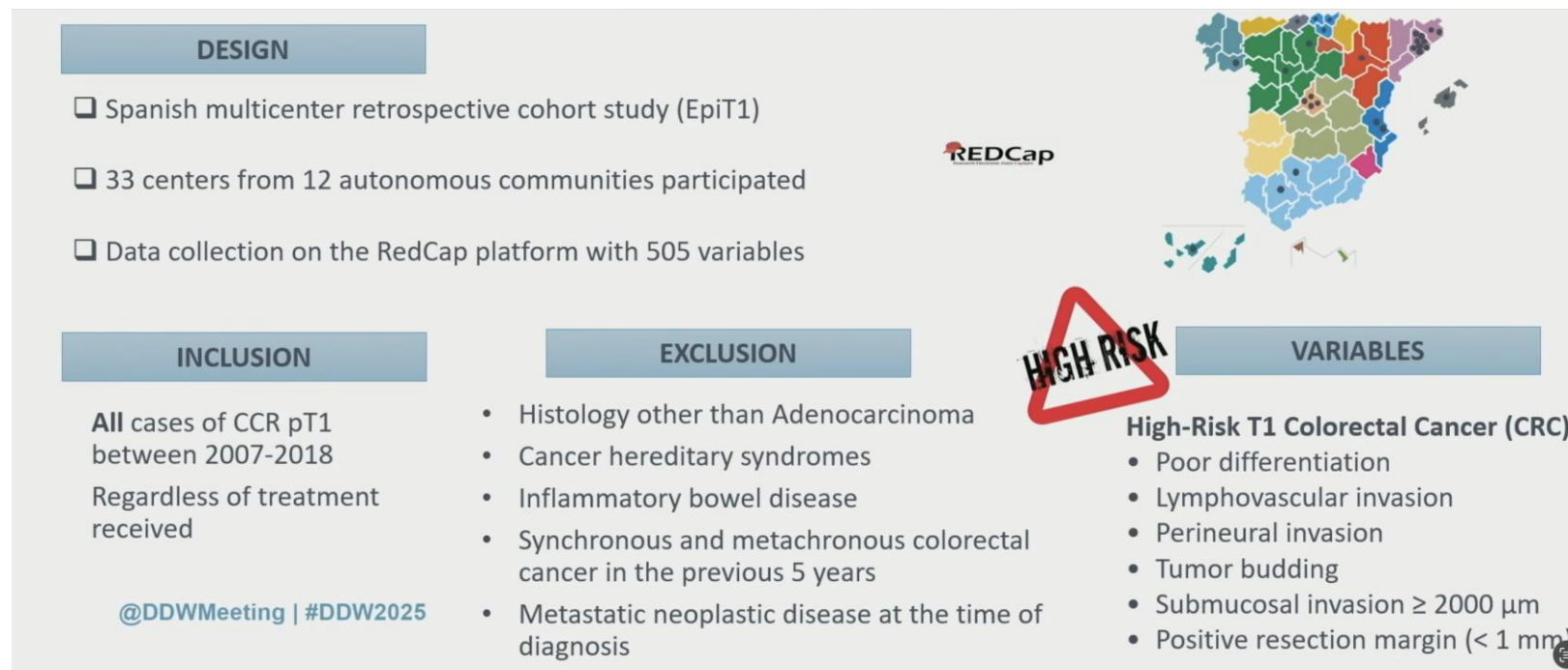
Impact of oncological salvage surgery on recurrence and survival outcomes in PT1 locally resected colorectal cancer: a nationwide cohort study

Maria Daca-Alvarez et al for the EpiT1 Consortium

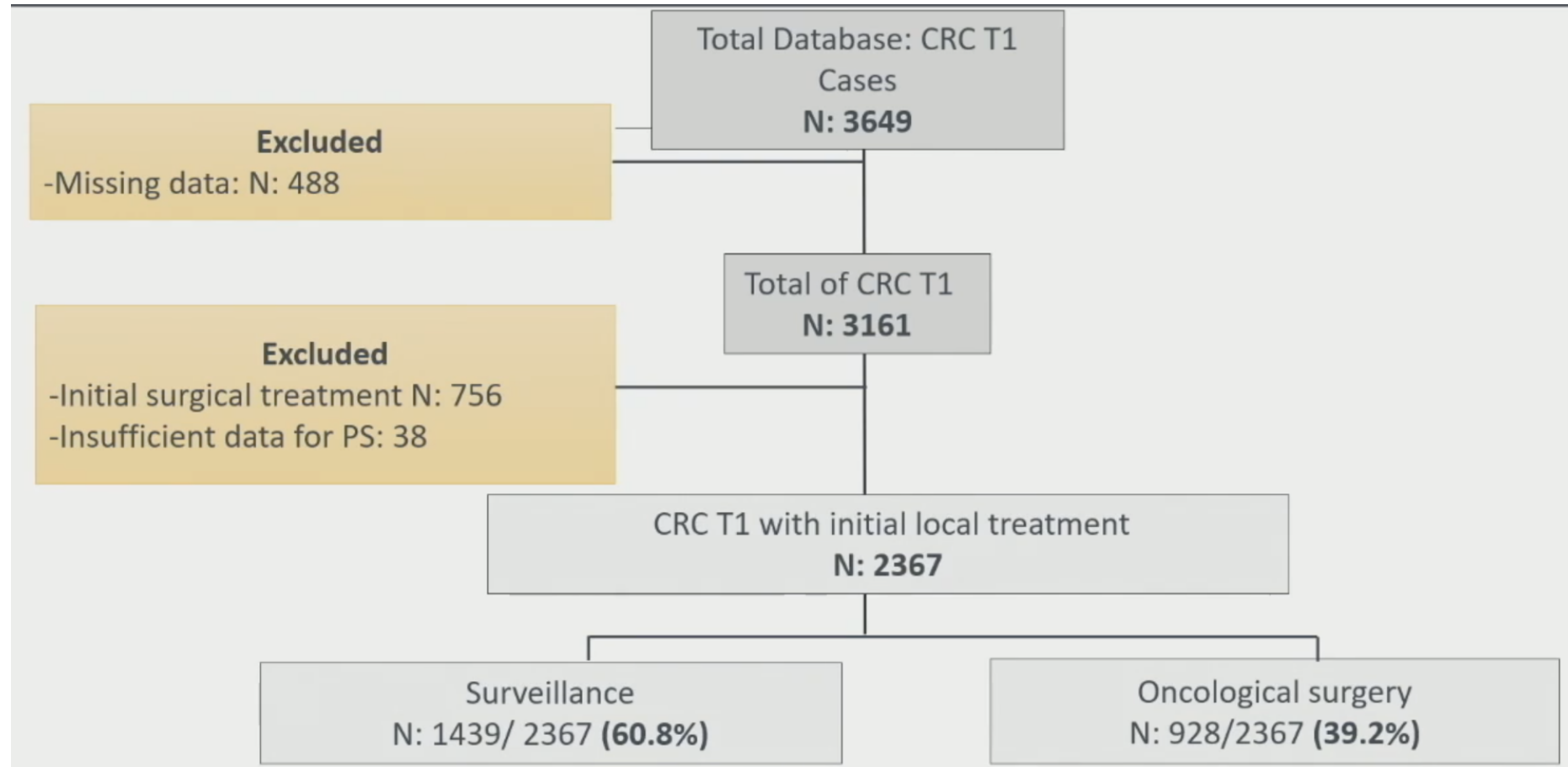


Design de l'étude

- Comparer la survie sans progression (PFS) entre la chirurgie oncologique versus la surveillance clinique chez patients avec cancer T1 réséqué.
- Issues: survie sans progression, récurrence cancer, survie globale



Design de l'étude



Suivi: 6 ans

Résultats

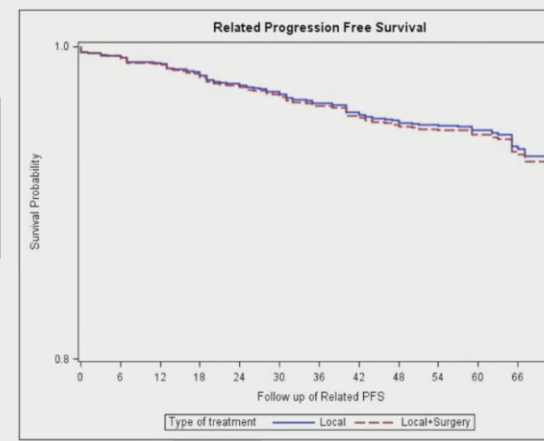
- Facteurs associés à chirurgie oncologique
 - Plus jeune âge 64.2 vs 66.3 $p < 0.001$
 - ASA I-II
 - Lésion non pédiculée
 - Colon droit
 - Résection initiale par MD autre que gastroentérologue
 - Critères histologiques de haut risque

Résultats

Progression-Free Survival (PFS)

Surveillance N (%)	Oncological surgery N(%)	HR (95%CI)	p-value
52/1439 (3.6%): 96.4%	40/928 (4.3%): 95.7%	0.73 (0.48 ; 1.10)	0.129

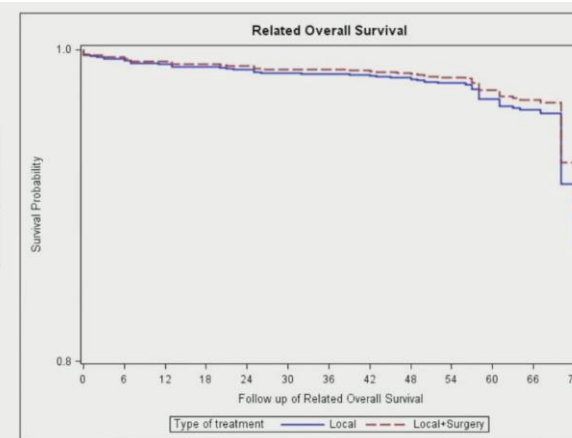
@DDWMeeting | #DDW2025



Cancer-related survival

Surveillance N (%)	Oncological surgery N(%)	HR (95%CI)	p-value
26 (1.8%): 98.2%	21 (2.3%): 97.7%	0.83 (0.48 ; 1.43)	0.500

@DDWMeeting | #DDW2025



Chez les patients à haut risque

Stratified analysis by histological risk



	Surveillance	Oncological surgery	HR (95%CI)	p
PFS	11 (8.1%)	9 (3.7%)	0.68 (0.42 ; 1.09)	0.107
Cancer-related death	6 (4.4%)	4 (1.7%)	0.72 (0.39 ; 1.33)	0.296
Recurrence	9 (6.7%)	7 (2.9%)	0.59 (0.34 ; 1.02)	0.058
Endoluminal recurrence	8 (1.9%)	5 (0.8%)	0.30 (0.10 ; 0.94)	0.040

Conclusion

- Pas de différence au niveau de la survie
- Diminution des récidives endoluminales