



Effacité de la pose endoscopique de prothèse métallique colique couverte dans le traitement des sténoses coliques bénignes

Vanbiervliet Geoffroy¹, Bichard Philippe², Ben soussan Emmanuel³, Barange Karl⁴, Canard Jean Marc³, Lamouliatte Hervé⁵, Saurin Jean Christophe⁶
et la Commission recherche et développement de la SFED

Nice¹, Grenoble², Paris³, Toulouse⁴, Bordeaux⁵ et Lyon⁶



Pas de conflit d'intérêt

Rationnel

La pose endoscopique de prothèse métallique colique non couverte est devenue :

- > Un geste d'urgence validé en « pont vers la chirurgie » dans le traitement de l'occlusion colique tumorale
- > Un traitement palliatif efficace de l'occlusion tumorale en cas de maladie disséminée

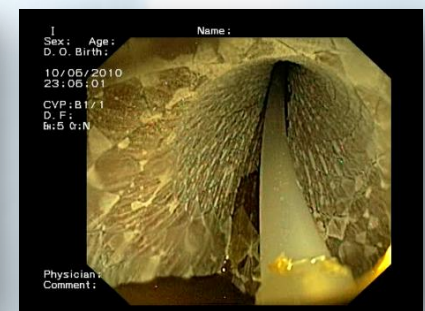
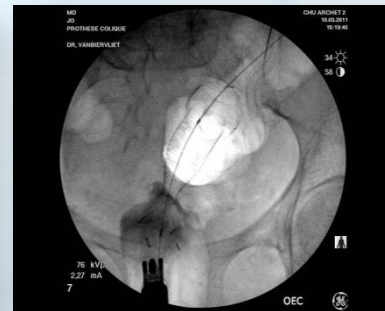
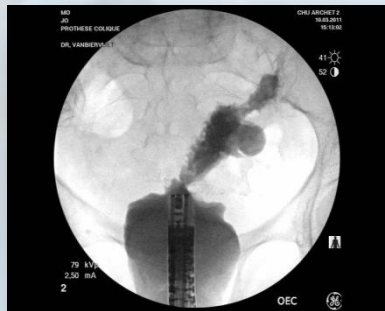
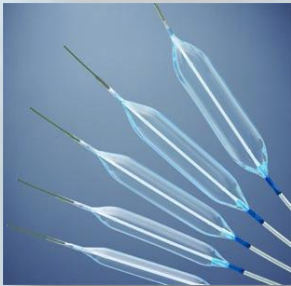
Mais ... peu d'étude concernant la pose endoscopique de prothèse colique couverte dans le traitement des sténoses bénignes

Case report...

Une série de 14 malades avec 15 stents plastiques¹

Une série de 23 malades avec des stents non couverts²

Evaluer l'efficacité à court et long terme des prothèses métalliques complètement couvertes dans le traitement des sténoses bénignes coliques



Patients et Méthodes (1)

Etude rétrospective et multicentrique de 2005 à 2010 des patients ayant bénéficié de la pose endoscopique de prothèse métallique colique totalement couverte

Occlusion aiguë ou symptômes sub occlusifs (douleurs, météorisme, constipation) persistant malgré un traitement médical optimal et/ou dilatation(s) hydraulique(s) endoscopique(s)

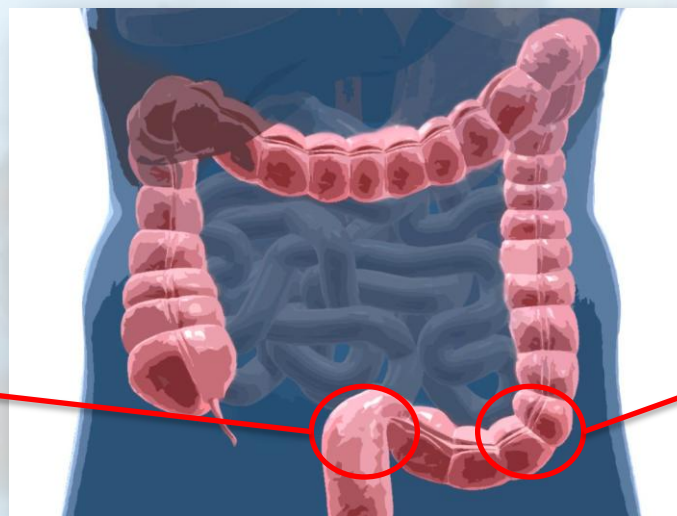
Sténose bénigne confirmée histologiquement

Pose sous contrôle fluoroscopique / Coloscope ou gastroscopie à gros canal opérateur

Patients et Méthodes (2)

Données		n=30
Sexe (H/F)		19/11
Age (années \pm DS)		66,9 \pm 8,9 ans [51-83]
<u>Symptômes</u>		
Occlusion aiguë		15 (50%)
Sub occlusion		15 (50%)
<u>Anastomose</u>		
Chirurgie oncologique		18 (60%)
Chirurgie sur maladie diverticulaire		12 (40%)
Fistule associée		7 (23%)

n = 23 (76%)

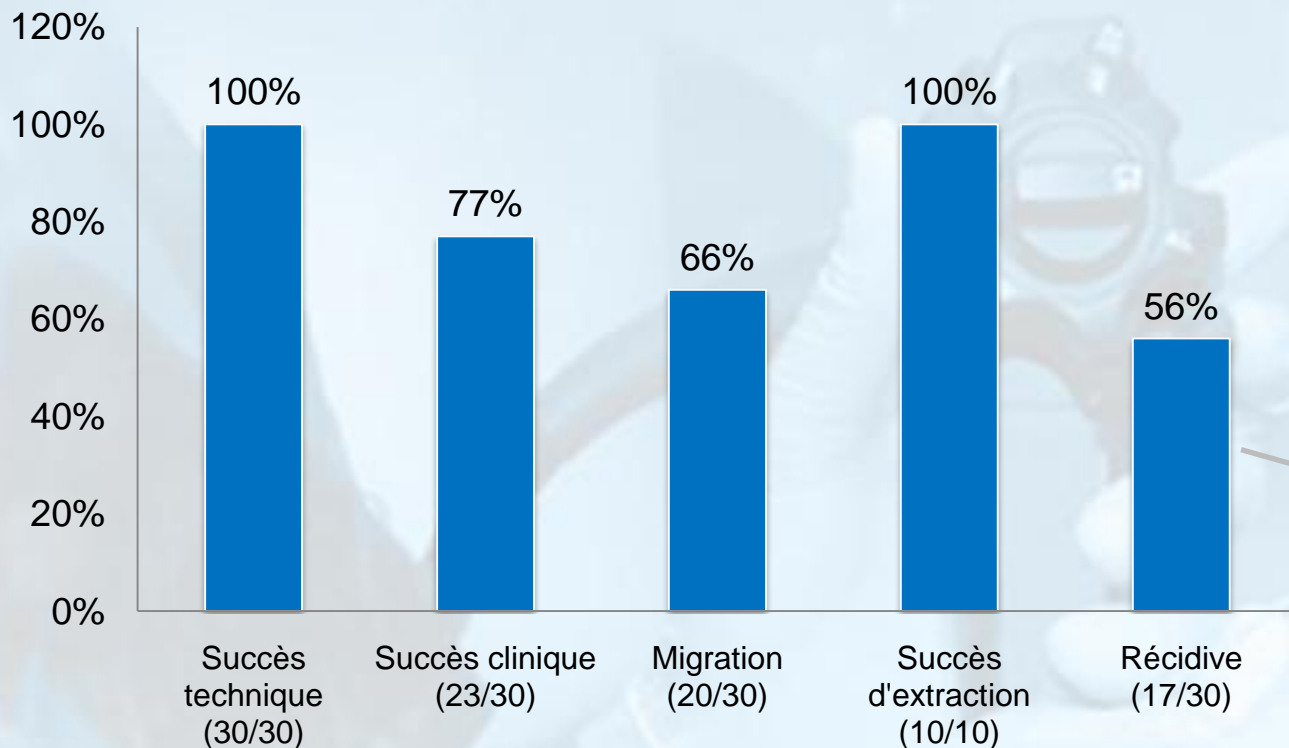


n = 7 (24%)

Patients et méthodes (3)

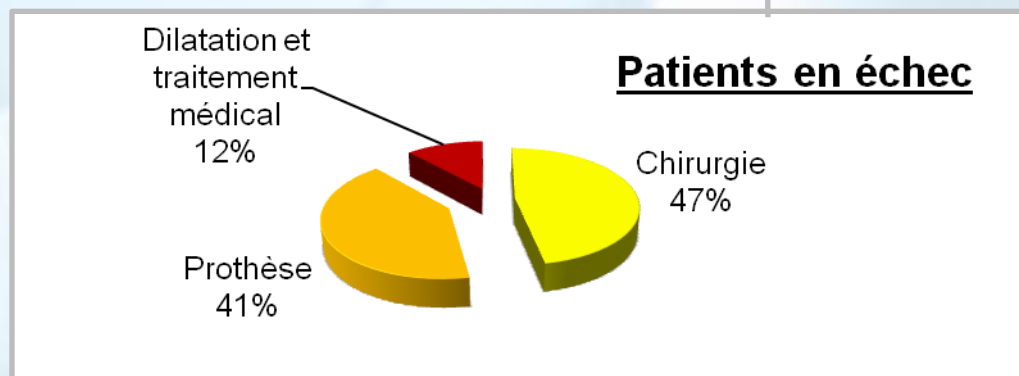
Données	n=30
Dilatation hydraulique préalable	20 (66%)
Nombre de séance	1,8 ± 0,9 [1-4]
Diamètre de dilatation	13,7 ± 2,8 [8-20]
<u>Prothèse (DCI)</u>	
Hanarostent®/Choostent®	13 (43%)
Niti-S®	15 (50%)
Wallflex®	2 (7%)
<u>Mode d'insertion</u>	
TTS	19 (63%)
OTW	11 (37%)
Longueur moyenne des prothèses (mm)	76 ± 16,7 [50-120]
Diamètre moyen des prothèses (mm)	21,2 ± 2,04 [18-25]
Complications immédiates	1 (3%) migration en hauteur
Complications à distance	2 (6%) Impaction => chirurgie Douleurs abdominales

Résultats (1)



Durée moyenne de calibrage
29,3 ± 32,5 jours [1-130]

Délai moyen de migration
14,4 ± 7,1 jours [1-49]



Résultats (2)

Analyse univariée*

Données	Efficacité clinique	Récidive symptomatique	Migration
Sexe	$p = 0,214$	$p = 1,000$	$p = 0,24$
Indication	$p = 1,000$	$p = 1,000$	$p = 0,23$
Dilatation préalable	$p = 0,657$	$p = 0,705$	$p = 1,000$
Fistule associée	$p = 1,000$	$p = 0,665$	$p = 0,657$
Diamètre de la prothèse (≤ 20 mm vs > 20 mm)	$p = 1,000$	$p = 0,705$	$p = 0,045$
Longueur de la prothèse (≤ 80 mm vs > 80 mm)	$p = 0,547$	$p = 0,613$	$p = 1,000$
Site de pose (Rectum vs sigmoïde)	$p = 1,000$	$p = 1,000$	$p = 0,657$
Migration	-	$p = 0,705$	-
Durée de calibrage (≤ 15 j vs > 15 j)	$p = 0,399$	$p = 1,000$	-

80% de migration si diamètre ≤ 20 mm

40%

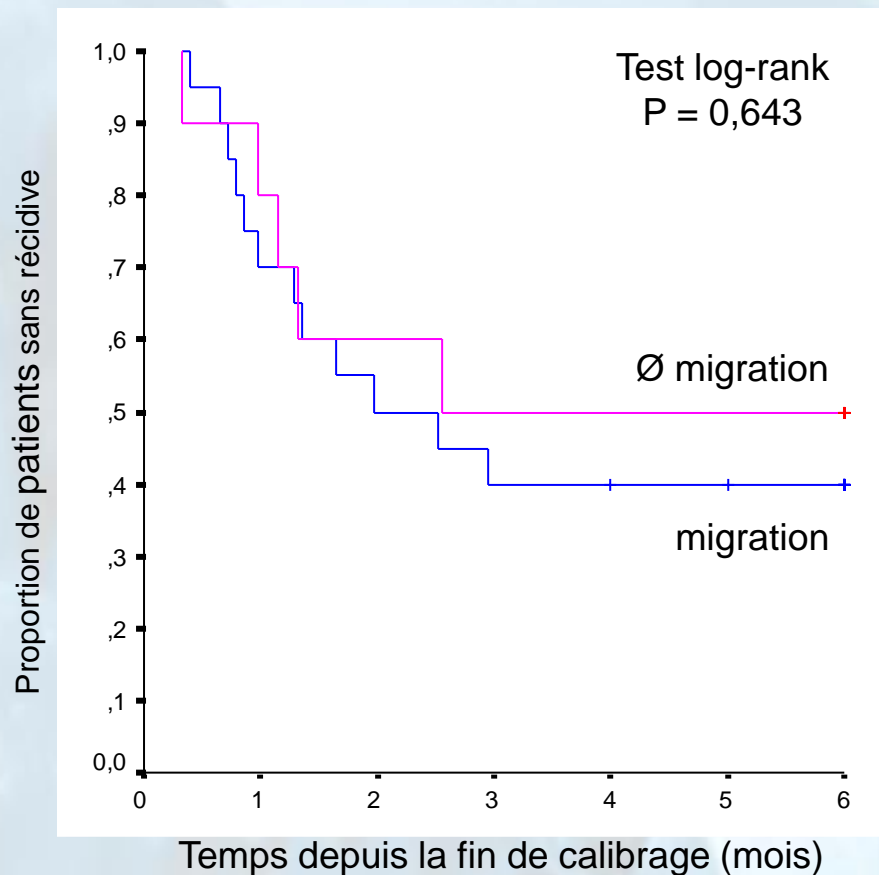


> 20 mm

* Test statistique exact de Fisher

Résultats (3)

Récidive symptomatique



Durée de suivi moyen
de 16,3 mois \pm 15,5 [1-55]

La plupart des récurrences interviennent
dans les 3 premiers mois

Récurrence chez 17 malades (56%) à la fin
de l'étude

La récurrence est indépendante de la
survenue de la migration prothétique

Conclusions (1)

Pose endoscopique sûre et techniquement aisée

Efficacité clinique dans plus de 77% des cas

Extraction aisée (à l'anse ou à la pince par le lasso) – peu ou pas d'hyperplasie réactionnelle

Migration fréquente (2/3 des cas)

Diminuée par le diamètre élevé du stent

Conclusion (2)

La récurrence symptomatique est fréquente (56% des cas)

....survient dans les 3 mois

....indépendante de la survenue de la migration et de la durée totale de calibrage

....pouvant être traitée par endoscopie à nouveau

Nécessité de confirmer ces résultats par une étude prospective d'envergure