

Septembre 2005

RECOMMANDATIONS DE LA



DILATATION ENDOSCOPIQUE DES STÉNOSES DU CÔLON ET DU RECTUM

François CESSOT,

Jean-Christophe LETARD,

Philippe BEAU,

Bernard DENIS, Bruno VÉDRENNE, Gérard
GAY, Denis SAUTEREAU,

Jean-Marc CANARD, Thierry PONCHON,

Jean LAPUELLE, Pierre-Adrien DALBIÈS,

Jean-Pierre ARPURT, Christian BOUSTIÈRE,

Jean BOYER, Jean ESCOURROU,

Michel GREFF, René LAUGIER,

Bernard MARCHETTI, Bertrand NAPOLÉON,

Laurent PALAZZO, Denis HERESBACH.

I. INTRODUCTION

Le principe de la dilatation instrumentale consiste à exercer des forces d'étirement radiales ou axiales au niveau de la sténose. Les forces de dilatation augmentent avec le diamètre et la pression du dilatateur et la longueur de la sténose. Dans les parties mobiles du côlon, l'accroissement des forces axiales expose au risque de lésions des mésos.

II. INDICATIONS

Les principales indications de la dilatation instrumentale sont les sténoses rectocoliques bénignes, en particulier anastomotiques. Sauf exception, il n'y a pas d'indication à dilater une sténose maligne avant la mise en place d'une prothèse ou la réalisation d'une colectomie. Elle ne s'adresse qu'à des patients symptomatiques. *Des biopsies seront réalisées pendant la procédure chaque fois que la possibilité d'un cancer ne peut être exclue.* Les indications sont : les sténoses anastomotiques, les sténoses ischémiques, les sténoses médicamenteuses. Les sténoses radiales sont rarement accessibles à un traitement par dilatation en raison de leur longueur et de leur caractère fixé ; de plus, elles nécessitent la plus grande prudence en raison de la fragilité et du manque d'élasticité des tissus préalablement irradiés.

III. PRÉPARATION

Lorsque la sténose est infranchissable, un bilan morphologique radiologique préalable (transit ou lavement opaque ou imagerie en coupe) doit être réalisé pour préciser ses caractéristiques : étendue, morphologie, existence de lésions associées.

La procédure est réalisée en ambulatoire, ou en hospitalisation, en fonction des caractéristiques de la sténose et de l'environnement du patient. La décision est à prendre au cas par cas.

Les modalités de préparation seront discutées également, au cas par cas, en fonction de la symptomatologie. Dans la plupart des situations, il s'agira de lavements évacuateurs.

La dilatation s'effectue en décubitus latéral gauche ou dorsal à l'aide d'un coloscope ou d'un gastroscopie ou d'un entéroscope.

Le patient est à jeun. Le plus souvent, le geste est réalisé sous anesthésie générale car il s'agit d'un acte douloureux ; cependant, le non recours à l'anesthésie reste possible.

En cas de traitement anticoagulant ou antiagrégant, il convient de se reporter à la fiche de recommandation correspondante.

L'antibioprophylaxie est recommandée pour les patients à risque (cf. fiche de recommandation correspondante).

L'information du patient aux risques de perforations, de saignements ou de douleurs, est obligatoire.

IV. MATÉRIEL ET TECHNIQUES

a. Introduction

Quelle que soit la technique utilisée, dans un premier temps, l'endoscopie permet de préciser la nature de la sténose, la localisation du pôle inférieur, sa longueur et son caractère franchissable ou non.

b. Contrôle de la procédure

Le contrôle de la procédure est endoscopique, radiologique ou combinant les deux en fonction de la technique (TTS, OTW, ou bougies) et du type de sténose. La combinaison est, le plus souvent, de mise dans les sténoses iléocoliques.

c. Modalités techniques

La dilatation hydrostatique au ballonnet est actuellement la méthode la plus adaptée aux sténoses coliques car elle n'exerce que des forces d'étirement axiales. Au niveau du rectum, il est possible d'utiliser des techniques employant des forces radiales du type « bougies souples de Savary ».

c.1. Ballonnet TTS

Les ballonnets TTS (« through the scope » ou « through the channel ») passant dans le canal opérateur de l'endoscope sont les plus utilisés, ils sont à usage unique ou réutilisables. La plupart ont des marqueurs radio-opaques et peuvent accepter un fil-guide souple de 0.035 inches, leur longueur varie de 5.5 à 8 cm, et leur diamètre en expansion est de 6 à 25 mm. La pression des ballonnets TTS/TTC est située entre 3 et 8 atm avec, pour certains ballonnets, un diamètre variant par paliers en fonction de la pression.

Le choix du matériel tient compte des caractéristiques de la sténose (situation, étendue, diamètre). Le risque de complication augmente au-delà de 18 mm. Ces ballonnets requièrent un canal opérateur ≥ 3.2 mm. La mise en place du ballonnet TTS et le déroulement de la dilatation se font, par définition, sous contrôle endoscopique. L'extrémité proximale du ballonnet est maintenue à l'extérieur de la sténose à distance de l'endoscope, de manière à surveiller la dilatation et éviter la mobilisation du ballonnet lors de son expansion. Une seringue remplie d'eau, ou de produit de contraste très dilué (en cas de contrôle radiologique), est reliée à un manomètre puis au ballonnet.

La dilatation est réalisée par expansions progressives et itératives de 1 à 2 minutes. Pour les ballonnets à diamètre variable, il est important de suivre les paliers de pression indiqués par le fabricant. En cas de dilatation difficile (défilé en chicane, montage chirurgical complexe, sténose très serrée), on doit s'aider d'un contrôle radiologique après injection de produit de contraste par un cathéter. Un fil-guide souple peut être positionné à l'aide

du cathéter d'opacification afin de faciliter la mise en place du ballonnet. L'efficacité immédiate est observée sous contrôle endoscopique ou après son extraction. Même si la dilatation est endoscopiquement satisfaisante, le franchissement de la sténose requiert la plus grande prudence.

c.2. Autres techniques

Les ballonnets réutilisables OTW (« over the wire ») sur fil-guide, en dehors de l'endoscope, n'ont une pression que de 2.5 à 3.5 atm. Le ballonnet est glissé en parallèle à l'endoscope sur un fil-guide métallique placé initialement sous contrôle endoscopique. Avant le retrait du matériel, il est important de ramener l'extrémité distale du fil-guide métallique au contact du ballonnet pour ne pas blesser le côlon.

La dilatation avec des bougies de Savary de calibre croissant, pouvant aller de 6 à 18 mm, s'effectue de préférence sous contrôle radiologique après mise en place d'un guide métallique au travers de la sténose. Les bougies sont choisies en fonction du calibre escompté, le matériel doit être bien lubrifié. Il est radio opaque. Il faut, là aussi, être vigilant lors du retrait du guide. Ce type de dilatation n'est proposé que pour les sténoses rectales basses.

Récemment, des incisions radiaires ont été proposées avant des dilatations hydrostatiques. Elles sont réalisées à l'infundibulotome (courant de section) sur des sténoses anastomotiques récidivantes. Des injections de corticoïdes sont en évaluation.

De même, des injections d'immunosuppresseurs ont été proposées dans les sténoses anastomotiques de la maladie de Crohn.

V. SURVEILLANCE

A l'issue de la dilatation, il faut laisser le patient à jeun quelques heures. Un examen radiologique n'est réalisé qu'en cas de suspicion clinique de perforation.

Les hémorragies par déchirure tissulaire sont d'évolution spontanée souvent favorable, et peuvent être traitées par méthodes mécaniques ou thermiques.

Les résultats attendus sont bons, notamment sur les sténoses anastomotiques : 80 à 90 % d'efficacité à 3 ans.

Cependant, il peut être nécessaire de renouveler les séances. Il n'y a pas de règle établie sur le délai entre les séances.

L'éventualité d'un recours à la chirurgie doit être gardé présent à l'esprit en cas de nécessité de séances itératives.

RÉFÉRENCES

1. Dieruf L.M., Prakash C. Endoscopic incision of post operative colonic stricture. *Gastrointest Endosc* 2001 ; 53 : 384-86.
2. Morini S., Hassan C., Cerro P., Lorenzetti R. Management of an ileocolic anastomotic stricture using polyvinyl over-the-guidewired dilators in Crohn' disease. *Gastrointest Endosc* 2001 ; 53 : 384-86.
3. Weinstock L.B., Hammoud Z., Brandwin L. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced colonic stricture and ulceration treated with balloon dilatation and prednisone. *Gastrointest Endosc* 1999 ; 50 : 564-66.
4. Saunders B.P, Brown G.J.E., Lemann M., Rutgeerts P. Balloon dilation of ileocolonic structure in Crohn's disease. *Endoscopy* 2004 ; 36 : 1001-07.

ISBN 2-914703-12-0
EAN 9782914703123

Éditée avec le soutien de



24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13