

RECOMMANDATIONS DE LA



CONSENSUS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE (CED)

TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES RECTITES RADIQUES

Chargé de projet : Bruno VÉDRENNE

Groupe de travail : Denis HERESBACH (1),
Denis SOUDAN (2)

Groupe de lecture : Bertrand NAPOLÉON (1),
Franck DEVULDER (2)

(1) Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED)

(2) Société Nationale Française de Colo-Proctologie
(SNFCP)

Conseil d'Administration de la SFED :

Jean-Pierre ARPURT, Thierry BARRIOZ,
Marc BARTHET, Christian BOUSTIÈRE,
Christophe CELLIER, Bernard CROGUENEC,
Pierre-Adrien DALBIÈS, Jean ESCOURROU,
Gérard GAY, René LAUGIER,
Jean-Christophe LETARD,
Bernard MARCHETTI, Patrice PIENKOWSKI,
Thierry PONCHON,
Bruno RICHARD-MOLARD, Gilbert TUCAT

Ce consensus a été réalisé avec la participation
de la Société Nationale Française
de Colo-Proctologie (SNFCP) et sous l'égide
du Conseil d'Administration de la SFED.

I. INTRODUCTION

Les rectites radiques sont la conséquence d'irradiations de la région pelvienne (cancer de la prostate, épidermoïde anal, ...). Elles peuvent induire différents symptômes (rectorragies, faux-besoins...). Les saignements liés aux télangiectasies peuvent être importants et générer des anémies significatives. Le but du traitement endoscopique est de détruire ces néo-vaisseaux et d'obtenir ainsi une quasi-disparition des rectorragies. Il n'y a, en revanche, pas de preuve qu'il soit efficace sur l'émission de glaires ou sur l'incontinence. La méthode de référence est la Coagulation au Plasma d'Argon (APC). Si certains autres traitements décrits dans la littérature [coagulation par sonde d'électrocoagulation bipolaire (Bicap) ou par laser Nd-YAG] ont été insuffisamment évalués pour être proposés, l'application locale de formaline représente une alternative envisageable. Une coloscopie totale préalable sera toujours nécessaire pour éliminer une autre cause de saignement.

II. MODALITÉS PRATIQUES DU TRAITEMENT PAR APC

1. Précautions préalables et circonstances de réalisation

L'existence de troubles modérés de l'hémostase n'est pas une contre-indication dans la limite d'un INR > 1, 5 et d'un taux de plaquettes > 50 000/mm³. En cas de traitement anticoagulant ou antiplaquettaire, les recommandations de la fiche correspondante de la SFED devront être suivies, la APC étant un geste endoscopique à risque élevé de saignement.

La réalisation de la APC est possible en ambulatoire. Une anesthésie n'est pas indispensable. Une préparation par voie orale par PEG ou hydrogénophosphate de sodium est recommandée : elle diminuera le risque de mauvaise préparation susceptible de gêner le tir ainsi que le risque d'explosion. Le patient doit être averti des éventuelles complications (*cf. infra*), particulièrement des douleurs, et des hémorragies secondaires à une chute d'escarre.

2. Technique

La puissance de tir doit être faible, permettant la création d'un arc électrique sans contact avec la paroi. Sur le générateur ICC 300 d'Erbe, elle doit être supérieure à 40 watts pour permettre un bon déclenchement du tir. Elle doit rester inférieure à 50 à 60 watts pour éviter les complications. Le choix précis entre ces deux valeurs extrêmes se fait en fonction des constatations lors de chaque examen. De nouveaux générateurs autorisent maintenant la délivrance d'une énergie modulable. Sur le générateur VIO 200D-APC 2 (Erbe), l'énergie peut être délivrée selon 3 modes : précis, pulsé ou forcé. Le traitement des rectites radiques fait appel au mode précis. Le niveau de puissance dans ce mode doit être le plus faible possible tout en permettant le déclenchement du tir. Il faut donc utiliser, si possible, le niveau 1 parmi les 8 niveaux proposés. Ces 8 niveaux correspondent à des

tensions croissantes induisant des profondeurs de coagulation croissantes, figurées par un pictogramme sur le générateur. Cette recommandation, faite par le constructeur, n'a cependant pas été validée par des études cliniques publiées. De même, le nouveau générateur de CPA « MAXIUM » de la société Martin possède un mode « argon endo » qui s'apparente au mode « précis » de l'appareil VIO 200D-APC 2 de chez Erbe. Une puissance de 30 watts semble suffisante pour déclencher un tir efficace sur ce générateur, mais les données de la littérature manquent pour valider et recommander ce réglage.

Le débit de gaz doit être compris entre 0,8 et 1,2 L/min. Il peut être augmenté au-delà si l'on constate que cela aide au déclenchement de l'arc vers des zones d'accès difficile. Cependant, au-delà de 1,5 L/min, il se crée des turbulences à la sortie de la sonde qui limitent le plus souvent l'intérêt de l'augmentation de débit pour le déclenchement du tir. Dans ce cas (difficulté de déclenchement dans certaines zones peu accessibles malgré un fort débit de gaz), sur le nouveau générateur VIO 200 D-APC 2 d'Erbe, le mode pulsé peut être choisi plutôt que le mode précis. Il faut alors choisir le niveau 1 de tension parmi les 2 niveaux proposés dans ce mode, avec une puissance la plus faible possible, *a priori* de 40 watts.

3. Précautions

Deux modalités de destruction des lésions et d'application sont possibles : par « spots » sur des lésions bien séparées les unes des autres ou par balayage en cas de lésions diffuses. Dans la mesure où il s'agit d'une paroi fragilisée, il faut éviter :

- le contact de la sonde avec la paroi en respectant les conseils techniques et de réglage ;
- la coagulation à plusieurs reprises sur le même point ; elle restera toutefois nécessaire lorsqu'un saignement apparaîtra au sein d'une zone déjà traitée ;
- le traitement circonférentiel, surtout à la partie basse du rectum qui est à mettre en balance avec l'abondance et l'étendue du saignement constatées en cours d'examen.

Il faut éviter de réaliser des spots de coagulation trop peu étendus qui favorisent un saignement sur la périphérie des lésions en cours de procédure. Ces saignements en périphérie vont nécessiter une deuxième application à proximité de la première, et faire courir le risque d'ulcérations profondes et douloureuses ou de perforation. Au contraire, une surface de coagulation un peu plus large que la zone télangectasique à traiter permet d'éviter les saignements en périphérie de la zone coagulée et les risques liés aux tirs itératifs dans la même zone.

Des exsufflations régulières sont nécessaires pour éviter la distension rectocolique par le gaz argon libéré, et améliorer la tolérance.

L'utilisation d'un gastroscopie et la pratique d'une rétrovision permettent de traiter des lésions très bas situées, proches de la jonction anorectale : cette localisation peut également être traitée en vision directe à l'aide d'une

pièce à main au travers d'un anoscope. Ces lésions très basses sont cependant à traiter avec la plus grande précaution car c'est à ce niveau que le risque de complication est maximum. En cas d'hémorragie induite non contrôlée après un deuxième ou troisième tir de APC focalisé sur la même lésion hémorragique, il est possible de réaliser une hémostase par injection d'adrénaline au 1/10 000^e dans du sérum salé isotonique.

4. Rythme et prise en charge après la APC

Les séances sont à réaliser environ toutes les 4 semaines. Le délai minimum entre 2 séances est de 3 semaines pour laisser un temps de cicatrisation suffisant. La prescription d'antalgiques de 2^e palier est recommandée. Des morphiniques sont parfois nécessaires.

III. RÉSULTATS ET COMPLICATIONS [1-5]

Ils sont issus de 7 séries dont 3 prospectives totalisant 158 cas :

1. Résultats

Un succès est obtenu dans 76 à 100 % des cas après 2 à 3 séances.

2. Complications

Elles sont rares :

- perforations (2 cas), dont la prise en charge a été chirurgicale ;
- explosions sans perforation (2 cas) ;
- hémorragie par chute d'escarre, traitée par injection sclérosante en cas d'hémorragie prolongée (1 cas) ;
- microrectie ou sténoses (3 cas) ;
- nécrose extensive relevant d'un traitement par antibiothérapie et antalgiques (1 cas).

IV. ALTERNATIVES AU TRAITEMENT PAR APC

1. Le traitement par formaline (solution de formaldéhyde d'éthanol)

Il a montré son efficacité sur l'anémie induite par les saignements dans le cadre d'études prospectives [6-10]. La Formaline induit une nécrose de coagulation superficielle, suivie de cicatrisation. L'application, sous contrôle de la vue (écarteurs anaux), de compresses imbibées de Formaline (dilution de 4 %) sur les lésions hémorragiques, pendant une à quatre minutes est la méthode la plus utilisée. Sa tolérance est globalement bonne. Une seule série [8] décrit des troubles de la continence dont le mécanisme n'est pas univoque (importance numérique des cancers de l'anus irradiés et/ou mise en place prolongée des écarteurs pour réaliser les applications). La réalisation de lavements ou d'instillations dans certaines petites séries et l'utilisation de dilutions à 2 ou 10 %

semblent donner des résultats identiques : cependant, les complications les plus graves ont été décrites après lavements [7]. L'efficacité globale dans les séries publiées se situe entre 70 et 100 %, après une moyenne de 1,5 séance [8]. Malgré l'absence d'étude prospective randomisée concernant le traitement des rectites radiques, il y a suffisamment d'argument pour considérer que l'application de Formaline est un traitement efficace. On peut le proposer en alternative à la APC ou en cas d'échec de cette dernière. Le risque de troubles de la continence, secondaires à l'application prolongée des écarteurs anaux, fera privilégier la APC chez les patients à risque d'incontinence.

2. Le traitement par Sucralfate

Une autre possibilité thérapeutique décrite est l'utilisation de lavements bi-quotidiens de Sucralfate (2 g dans 20 ml d'eau) pendant 4 à 16 semaines. Une seule étude, montrant un effet significatif, a cependant été publiée [11]. Ce traitement simple et peu onéreux nécessite d'autres études, en particulier de suivi à long terme, pour pouvoir être recommandé en première intention.

V. CONCLUSION

La coagulation par plasma d'Argon (APC) est le traitement de référence des télangiectasies rectales post-radicales symptomatiques. L'application locale de formaldéhyde peut représenter une alternative à choisir au cas par cas. Les complications potentielles de ces traitements rendent nécessaires une technique adaptée.

VI. LES POINTS-CLÉS

La APC est le traitement de référence des rectites radiques hémorragiques. Il nécessite une préparation orale par PEG ou NaP.

Il peut être réalisé en ambulatoire sans anesthésie générale.

Le réglage usuel est de 50 watts (maximum 60 W) au débit de 1 litre/minute (maximum 1,5 litre) sur les générateurs ICC Erbe de première génération. Sur les générateurs plus récents, on utilisera le mode précis avec un niveau de puissance minimal (niveau 1 pour Erbe ou 30 watts pour Martin). Le délai minimum entre 2 séances de APC doit être de 3 semaines.

Le traitement alternatif est la Formaline à 4 % avec tamponnement *via* une anoscopie. On évitera cette alternative chez les patients à risque d'incontinence.

RÉFÉRENCES

1. Canard J-M, Védrenne B. Clinical application of Argon Plasma Coagulation in gastrointestinal endoscopy: has the time come to replace the Laser? *Endoscopy* 2001 ; 33 : 353-7.
2. Canard J-M, Védrenne B, Bors G, Claudé P, Bader R, Sondag D. Résultats à long terme du traitement des rectites radiques hémorragiques par la coagulation au plasma d'argon. *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ; 27 : 455-9.
3. Rolachon A, Papillon E, Fournet J. L'électrocoagulation au plasma d'argon est-elle un traitement efficace des malformations vasculaires digestives et des rectites radiques ? *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 1205-10.
4. Kaasis M, Oberti F, Burtin P, Boyer J. Argon plasma coagulation for the treatment of hemorrhagic radiation proctitis. *Endoscopy* 2000 ; 32 : 673-6.
5. Postgate A, Saunders B, Tjandra J, Vargo J. Argon plasma coagulation in chronic radiation proctitis. *Endoscopy* 2007 ; 39 : 361-5.
6. Ismail MA, Qureshi MA. Formalin dab for haemorrhagic radiation proctitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2002 ; 84 : 263-4.
7. Luna-Pérez P, Rodríguez-Ramírez SE. Formalin instillation for refractory radiation-induced hemorrhagic proctitis. *J Surg Oncol* 2002 ; 80 : 41-4.
8. De Parades V, Etienney I, Bauer P, Bourguignon J, Meary N, Mory B, Sultan S *et al.* Formalin application in the treatment of chronic radiation-induced hemorrhagic proctitis is an effective but not risk-free procedure: a prospective study of 33 patients. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48 : 1535-41.
9. Parikh S, Hughes C, Salvati EP, Eisenstat T, Oliver G, Chinn B, Notaro J. Treatment of hemorrhagic radiation proctitis with 4 percent formalin. *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46 : 596-600.
10. Haas E, Bailey HR, Farragher I. Application of 10 percent formaline for treatment of radiation-induced hemorrhagic proctitis. *Dis Colon Rectum* 2007 ; 50 : 213-7.
11. Denton A, Forbes A, Andreyev J, Maher EJ. Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; CD003455.

Cette fiche est parue dans *ACTA ENDOSCOPICA 2008*
vol. 38, 4: •••••

ISBN : 978-2-914703-••••

EAN : 9782914703••••

Éditée avec le soutien de



24, rue Erlanger

75781 PARIS CEDEX 16

Téléphone : 01 44 96 13 13

www.ipsen.com