



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

Vanbiervliet Geoffroy<sup>1</sup>, Bichard Philippe<sup>2</sup>, Ben soussan Emmanuel<sup>3</sup>, Barange Karl<sup>4</sup>, Canard Jean Marc<sup>3</sup>, Lamouliatte Hervé<sup>5</sup>, Saurin Jean Christophe<sup>6</sup>  
et la Commission recherche et développement de la SFED

Nice<sup>1</sup>, Grenoble<sup>2</sup>, Paris<sup>3</sup>, Toulouse<sup>4</sup>, Bordeaux<sup>5</sup> et Lyon<sup>6</sup>



**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

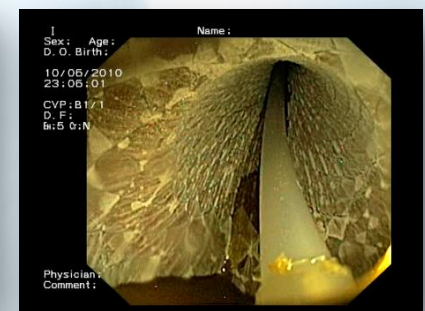
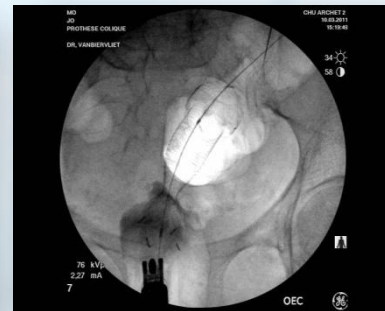
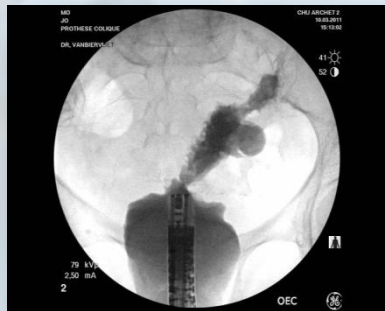
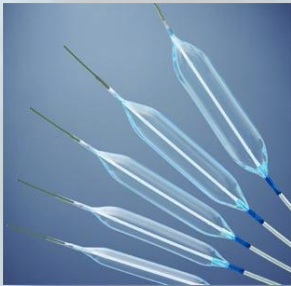
Case report...

Une série de 14 malades avec 15 stents plastiques<sup>1</sup>

Une série de 23 malades avec des stents non couverts<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dai et al. *Int J Colorectal Dis* (2010) – <sup>2</sup> Small et al. *Surg Endosc* (2008)

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)

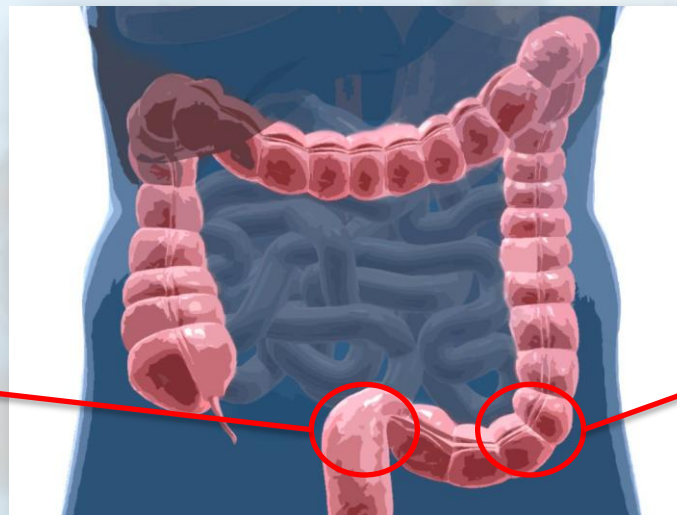
Sténose bénigne confirmée histologiquement

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

# 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%)

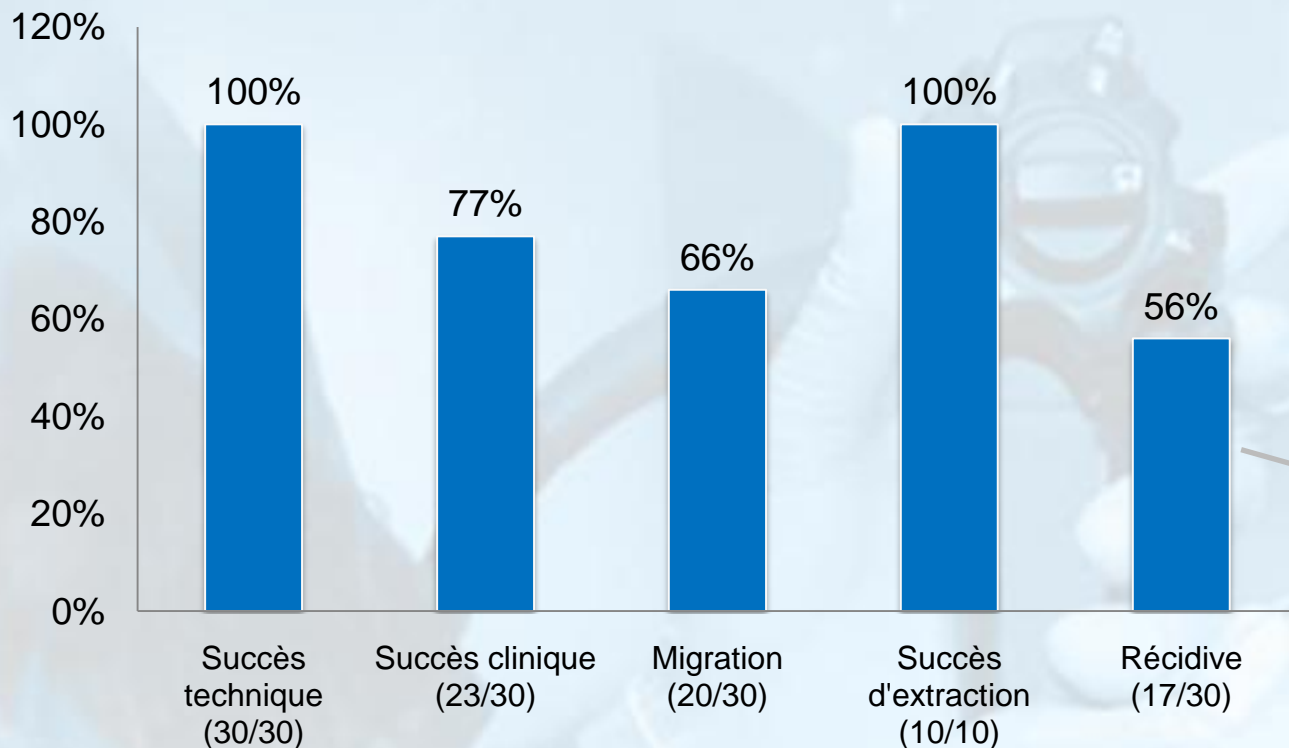


n = 7 (24%)

# Patients et méthodes (3)

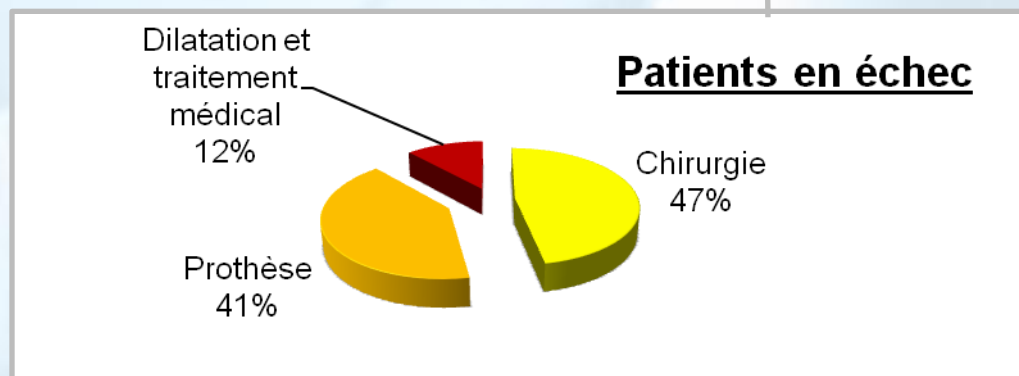
Données	n=30
Dilatation hydraulique préalable	20 (66%)
Nombre de séance	1,8 ± 0,9 [1-4]
Diamètre de dilatation	13,7 ± 2,8 [8-20]
<u>Prothèse (DCI)</u>	
Hanarostent®/Choostent®	13 (43%)
Niti-S®	15 (50%)
Wallflex®	2 (7%)
<u>Mode d'insertion</u>	
TTS	19 (63%)
OTW	11 (37%)
Longueur moyenne des prothèses (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 ( $\leq 20$ mm vs $> 20$ mm)	$p = 1,000$	$p = 0,705$	$p = 0,045$
Longueur de la prothèse ( $\leq 80$ 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 ( $\leq 15$ j vs $> 15$ j)	$p = 0,399$	$p = 1,000$	-

80% de migration si diamètre  $\leq 20$  mm

40%

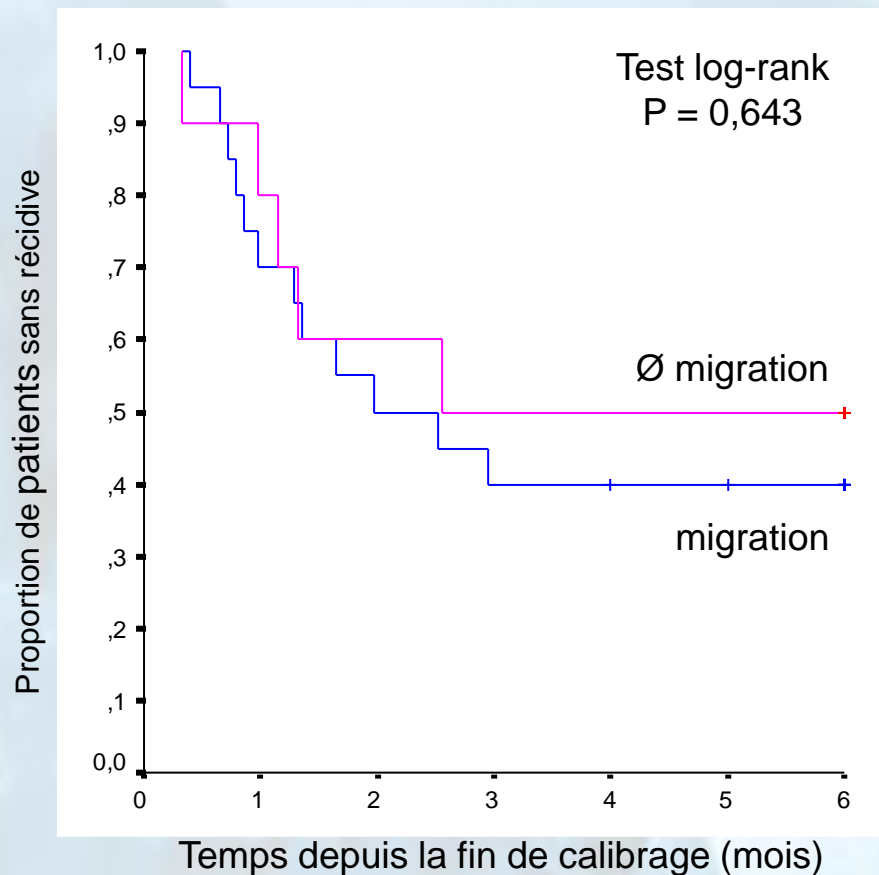


$> 20$  mm

\* 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