

Prothèses métalliques auto-extensibles pour cancer colique et extra-colique : recommandations de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE)

Mise à jour 2020

Jeanin E. van Hooft, Joyce V. Veld, Dirk Arnold, Regina G. H. Beets-Tan, Simon Everett, Martin Götz, Emo E. van Halsema, James Hill, Gianpiero Manes, Soren Meisner, Eduardo Rodrigues- Pinto, Charles Sabbagh, Jo Vandervoort, Pieter J. Tanis, Geoffroy Vanbiervliet, Alberto Arezzo

Ces recommandations officielles sont celles de la Société européenne d'endoscopie digestive (ESGE). Il s'agit d'une révision des recommandations publiées précédemment concernant le rôle des prothèses métalliques auto-extensibles pour sténose tumorale colique et extra-colique.

Le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a été adopté pour définir le poids des recommandations et leur niveau de preuves. Les recommandations suivantes ne doivent être appliquées qu'après une suspicion diagnostique forte, reposant sur une tomodensitométrie (TDM) avec injection.

Principales recommandations

- 1- L'ESGE recommande de réserver l'endoprothèse colique aux patients présentant des **symptômes cliniques et des signes radiologiques d'occlusion intestinale sur sténose tumorale maligne, sans signes de perforation**. L'ESGE ne recommande pas la mise en place d'une prothèse prophylactique (recommandation forte, faible niveau de preuves).
- 2- L'ESGE recommande que l'endoprothèse soit discutée comme **pont vers la chirurgie chez les patients atteints d'un cancer du côlon gauche potentiellement curable** comme alternative à la résection chirurgicale en urgence, dans le cadre d'un processus de concertation pluridisciplinaire (recommandation forte, haut niveau de preuves).
- 3- L'ESGE recommande la pose de prothèse colique comme **traitement palliatif préférentiel de l'occlusion tumorale colique maligne** (recommandation forte, niveau de preuves élevé).
- 4- L'ESGE suggère d'envisager la **pose d'une prothèse colique pour occlusion maligne du côlon droit, en tant que pont vers la chirurgie, ou bien comme traitement palliatif** (recommandation faible, faible niveau de preuves).
- 5- L'ESGE suggère un **délai d'environ 2 semaines entre la pose de prothèse et la chirurgie d'exérèse lorsque celle-ci est envisagée en tant que pont vers la chirurgie** des patients atteints d'un cancer du côlon gauche résécable (recommandation faible, preuves de faible qualité).
- 6- L'ESGE recommande que la pose de prothèse colique soit effectuée (ou directement supervisée) par un **opérateur expérimenté en coloscopie et en techniques fluoroscopiques et qui effectue régulièrement ce geste** (recommandation forte, preuves de faible qualité).
- 7- L'ESGE suggère que la **stomie de décompression comme pont vers la chirurgie est une option valable si le patient n'est pas candidat à l'endoprothèse colique ou en l'absence d'expertise locale** (recommandation faible, faible niveau de preuves).

Considérations générales avant pose de prothèse colique

L'ESGE recommande de réserver l'endoprothèse colique aux patients présentant des symptômes cliniques et des signes radiologiques d'obstruction intestinale maligne, sans signes de perforation. L'ESGE ne recommande pas la mise en place d'une prothèse prophylactique (recommandation forte, faible niveau de preuves).

Afin d'exclure une lésion synchrone chez les patients atteints d'un cancer du côlon potentiellement curable, l'ESGE recommande l'examen du côlon restant, avant ou au plus tard 6 mois après la levée de l'occlusion colique (recommandation forte, faible niveau de preuves).

L'ESGE recommande d'éviter la pose de prothèse colique pour maladie diverticulaire (recommandation forte, faible niveau de preuves). L'ESGE recommande la réalisation de biopsies endoscopiques de la tumeur obstructive, mais la confirmation histologique de la malignité ne doit pas être absolument recherchée dans un contexte d'urgence, comme lors de la mise en place d'une prothèse pour occlusion colique aiguë (recommandation forte, faible niveau de preuves).

L'ESGE suggère que les patients présentant une occlusion colique devraient être préparés par lavement pour nettoyer le côlon distal sous la sténose afin de faciliter sa visualisation et la mise en place de la prothèse (recommandation faible, faible niveau de preuves). L'ESGE ne recommande pas d'antibioprophylaxie pour la pose de prothèse colique (recommandation forte, faible niveau de preuves).

L'ESGE recommande que la pose de prothèse colique soit effectuée (ou directement supervisée) par un opérateur qui peut démontrer sa compétence à la fois en coloscopie et en techniques fluoroscopiques et qui effectue régulièrement ce geste (forte recommandation, faible niveau de preuves).

Considérations techniques de la pose de prothèse colique

L'ESGE suggère que la pose de prothèse colique doit être effectuée sous contrôle endoscopique et fluoroscopique (recommandation faible, faible niveau de preuves).

L'ESGE recommande de poser la prothèse colique sans dilatation préalable de la sténose (recommandation forte, faible niveau de preuves).

L'ESGE recommande l'utilisation de prothèses expansibles métalliques (SEMS) non couvertes en curatif (recommandation forte, faible niveau de preuves). L'ESGE suggère l'utilisation de SEMS non couverts en palliatif (recommandation faible, faible niveau de preuves). L'ESGE suggère d'adapter la longueur de la prothèse à la longueur et au siège de la sténose, de sorte que la prothèse devrait idéalement dépasser la sténose aux deux extrémités de 1,5 à 2 cm (recommandation faible, faible niveau de preuves).

Indication clinique : l'endoprothèse colique comme pont vers la chirurgie

L'ESGE recommande que l'endoprothèse posée comme pont vers la chirurgie soit discutée comme une alternative à la résection chirurgicale d'urgence dans le traitement des patients atteints d'un cancer du côlon gauche potentiellement curable dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. Cette discussion devrait reposer sur : la disponibilité de l'expertise requise pour l'endoprothèse, du risque de perforation liée à l'endoprothèse, d'une majoration du taux de récurrence, d'une survie globale et d'une mortalité postopératoire équivalentes, de taux de complications globaux et des taux de stomie définitive plus faibles, d'un taux plus élevé de chirurgie laparoscopique en un seul temps, et du taux d'échec clinique de l'endoprothèse colique (forte recommandation, haut niveau de preuves).

L'ESGE suggère d'éviter la pose de prothèse colique en cas de sténose longue dans le cadre du traitement curatif d'une tumeur colique maligne (recommandation faible, faible niveau de preuves).

L'ESGE suggère un délai d'environ 2 semaines entre la pose de la prothèse colique et la résection chirurgicale lorsque cette pose est envisagée comme pont vers la chirurgie chez les patients atteints d'un cancer du côlon gauche résécable (recommandation faible, faible niveau de preuves).

L'ESGE suggère que la pose d'une stomie de décompression comme pont vers une chirurgie est une option valable si le patient n'est pas candidat à l'endoprothèse colique ou en l'absence d'expertise locale nécessaire à la pose d'une endoprothèse colique (recommandation faible, faible niveau de preuves).

L'ESGE suggère d'envisager la pose d'une endoprothèse colique pour sténose tumorale maligne du côlon proximal, soit en tant que pont vers la chirurgie, soit en palliatif (recommandation faible, faible niveau de preuves).

Indication clinique : stenting colique palliatif

L'ESGE recommande la pose de prothèse colique comme traitement palliatif préférentiel de l'occlusion colique maligne (recommandation forte, haut niveau de preuves).

L'ESGE considère la chimiothérapie comme un traitement sûr chez les patients ayant bénéficié de la pose d'une prothèse colique palliative (recommandation forte, faible niveau de preuves). L'ESGE suggère qu'un traitement anti-angiogénique (comme le bevacizumab) peut être envisagé chez les patients ayant une prothèse colique en place (recommandation faible, faible niveau de preuves). L'ESGE déconseille la pose de prothèse colique chez les patients traités par anti-angiogéniques, comme le bevacizumab (recommandation faible, faible niveau de preuves).

L'ESGE suggère d'envisager la pose de prothèse colique comme alternative à la chirurgie de décompression, pour le traitement palliatif de l'occlusion tumorale maligne extracolonne, bien que les taux de réussite technique et clinique soient inférieurs à ceux rapportés dans la pose de prothèse pour cancer colique primitif (recommandation faible, faible niveau de preuves).

Complications de l'endoprothèse colique

L'ESGE recommande un re-traitement endoscopique par mise en place d'une prothèse dans la prothèse en cas d'occlusion du stent ou par remplacement de la prothèse en cas de migration dans le cadre d'un traitement palliatif (forte recommandation, faible niveau de preuves). L'ESGE suggère une intervention chirurgicale précoce plutôt que de poser une nouvelle endoprothèse colique en cas d'occlusion ou une migration de prothèse chez les patients « pontés vers la chirurgie » dans le cadre curatif (recommandation faible, faible niveau de preuves). L'ESGE recommande la résection chirurgicale d'urgence aux patients présentant une perforation sur prothèse colique (recommandation forte, faible niveau de preuves).