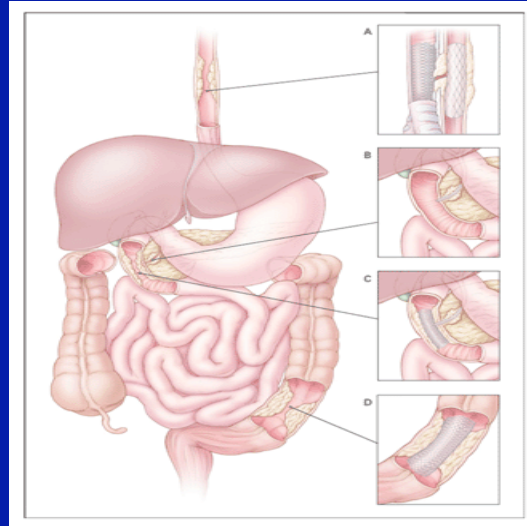


Traitement endoscopique  
des occlusions intestinales  
aigues

Yann le Baleur DES

## Indications reconnues

**Pathologie  
tumorale +++**



**Pathologies  
bénignes**

Cancer colorectal  
sténosant ou  
envahissement colique .

Néoplasie obstructive  
du tractus gastro  
duodénal non opérable

Volvulus colique ( Sigmoide ++ )

Ogilvie réfractaire

Maladie de crohn

## Indications Possibles

Sténose bénigne  
oesophagienne ,  
gastrique , duodénale ,  
colique .

*Pathologies  
sténosantes  
tumorales du grêle*

Dans un avenir  
proche grace a  
l'enteroscopie  
poussée a double  
ballon : les sténoses  
tumorales du grêle.

## Contre indications

- Tout rétrécissement surinfecté du tractus digestif
- Occlusion chirurgicale : Péritonite ,  
Perforation
- Carcinose péritonéale diffuse
- occlusion rectale basse ( CI pour tumeur de la  
moitié inférieure du rectum : mauvais résultat  
fonctionnel )
- patient pré mortem

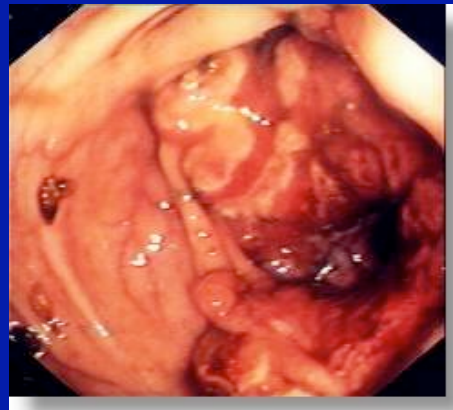
# Quelques chiffres sur le cancer du colon .

33000 nouveaux de CCR en France chaque année

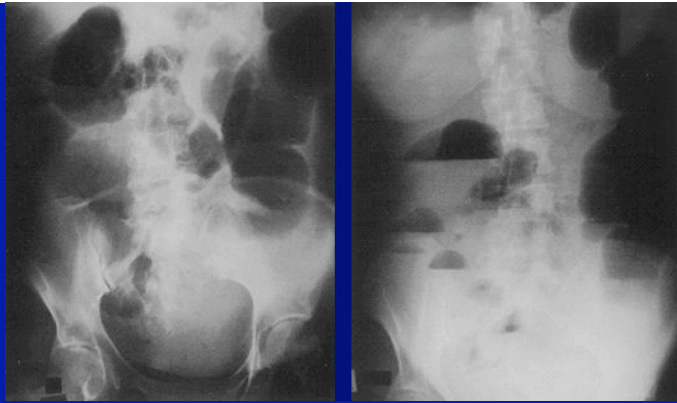
Révéle au stade d'occlusion dans 8 a 30 % des cas (  $\frac{3}{4}$  = sténose colon gauche ou sigmoïde )



60 % de N +



40 % de M +

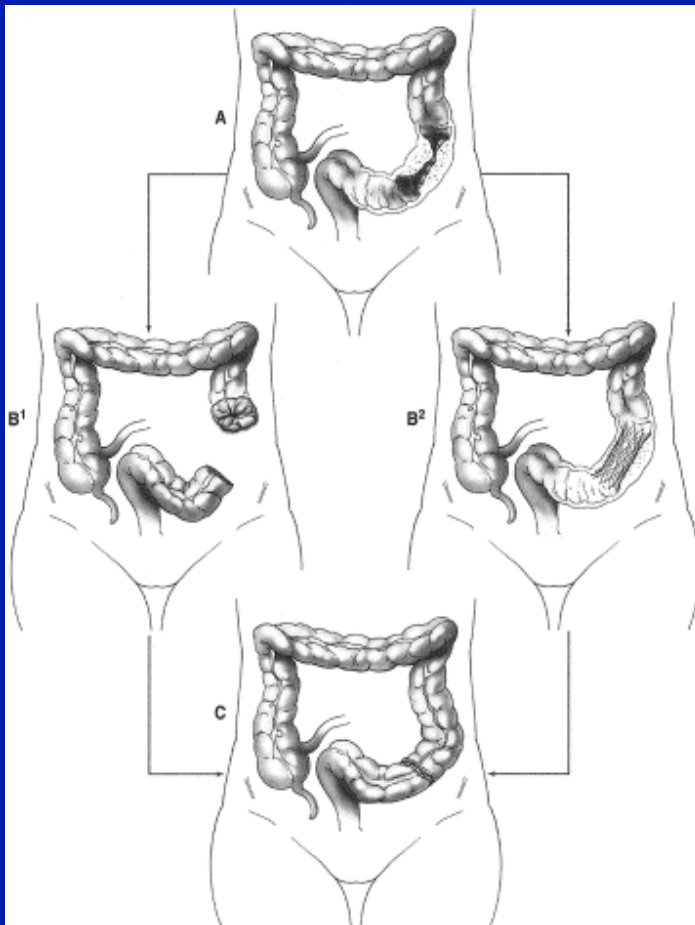


## Hartman ou Bouilly Wolkman

La colostomie de  
décharge

Stent

Résection  
anastomose en un  
temps protégée  
ou non



598 patients en regroupant 29  
publications d'études  
rétrospectives sur les stents  
coliques sur 10 ans

92 % de  
succès  
techniques

Mortalité

1 %

*88 % de  
succès  
cliniques*

Perforation

4 %

Obstruction

10 %

Migration

10 %

## STENTS vs CHIRURGIE EN URGENCE

	STENT (26)	Chirurgie en urgence (29)	<i>p</i>
<i>Anastomose en un temps</i>	88 %	46%	<i>0.0025</i>
Morbidité	40 %	62 %	ns
Mortalité	9 %	24 %	ns
<i>Durée de séjour</i>	14.2 j	18.5 j	<i>0.047</i>



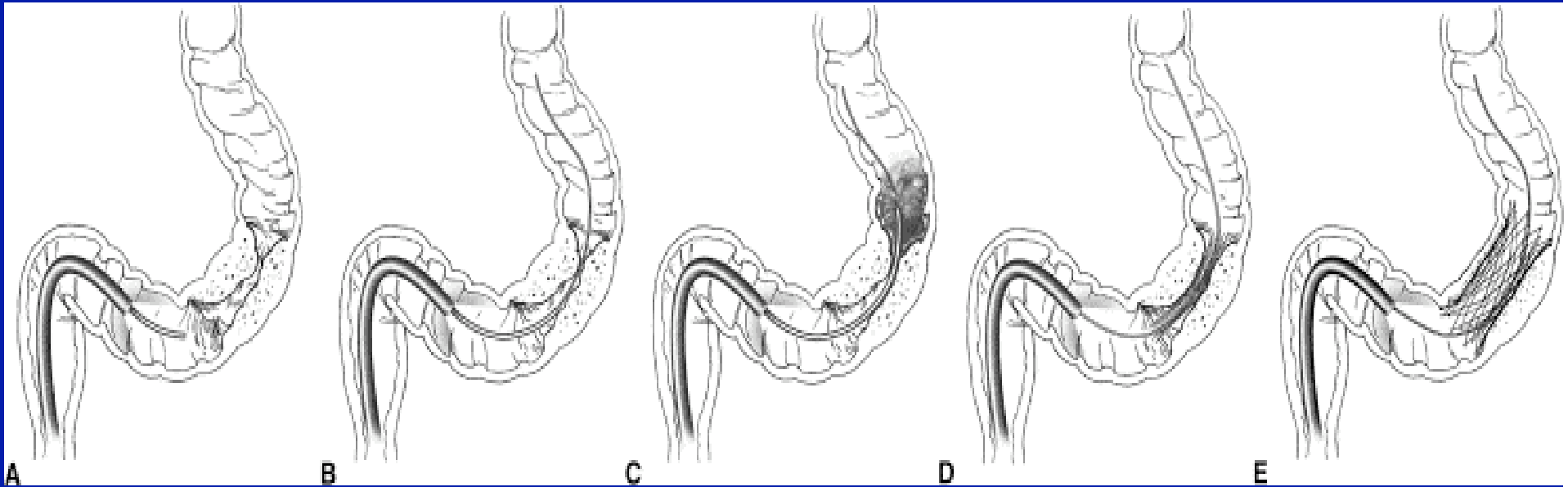
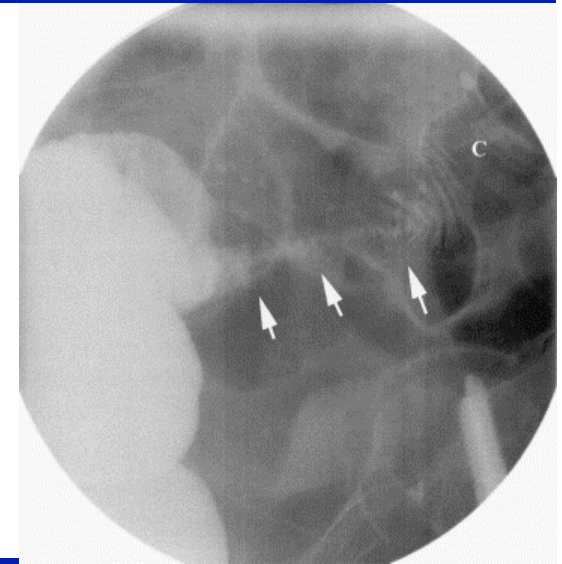
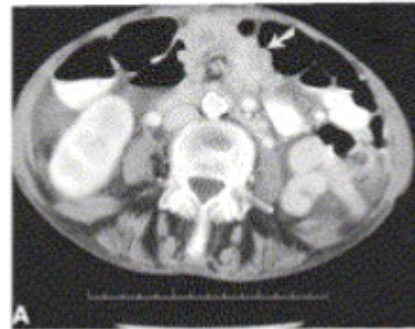
**Localiser la tumeur**

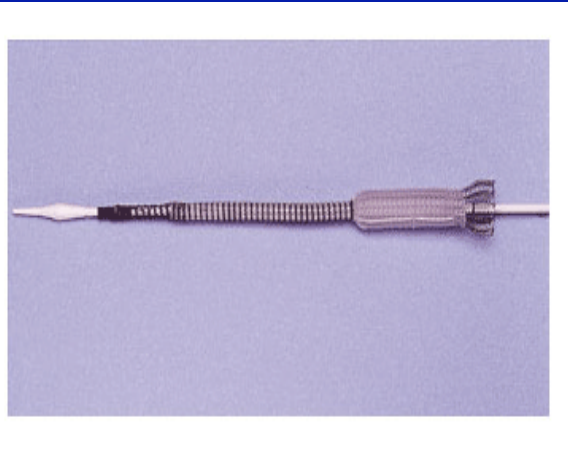
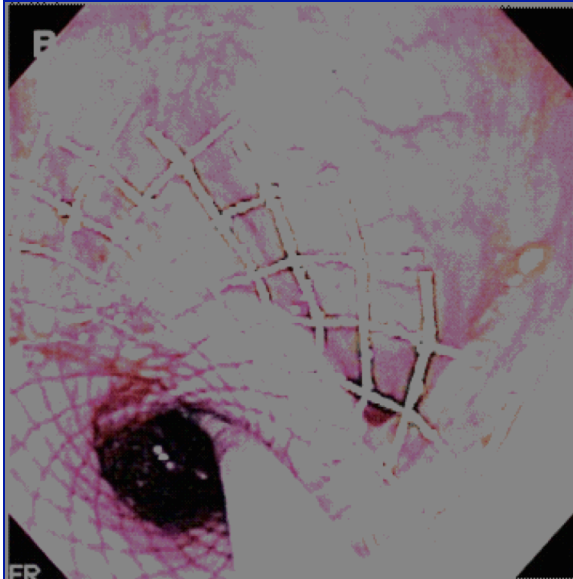
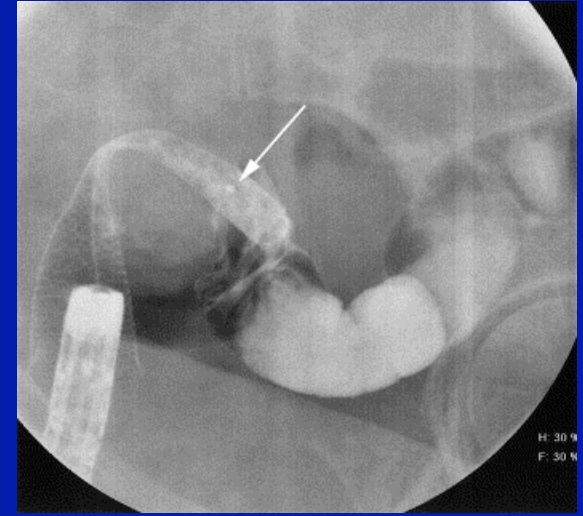
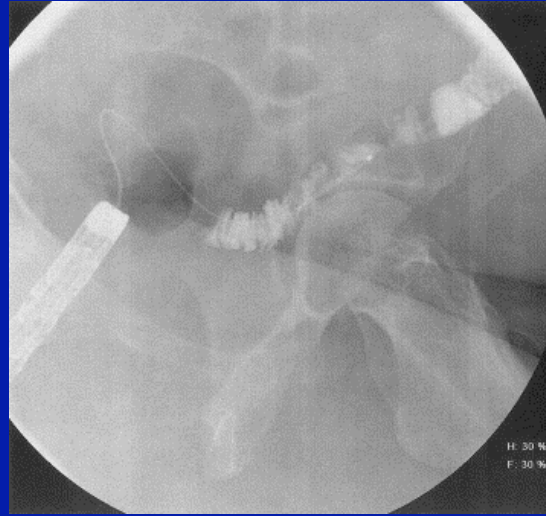
:

TDM abdominal IV +  
opacification  
digestive et /ou

Lavement

Hydrosoluble Mise en place de la prothèse





# Que faire après la pose de prothèse pour éviter les complications

Maintenir un transit a type de selles molles  
tendances liquides >>>

Régime sans résidu

Laxatifs type FORLAX 2 sachets / j

**BUT = Eviter le fécalome**

En cas de douleur ou de trouble du transit ASP  
+/- opacification pour rechercher obstruction /  
migration

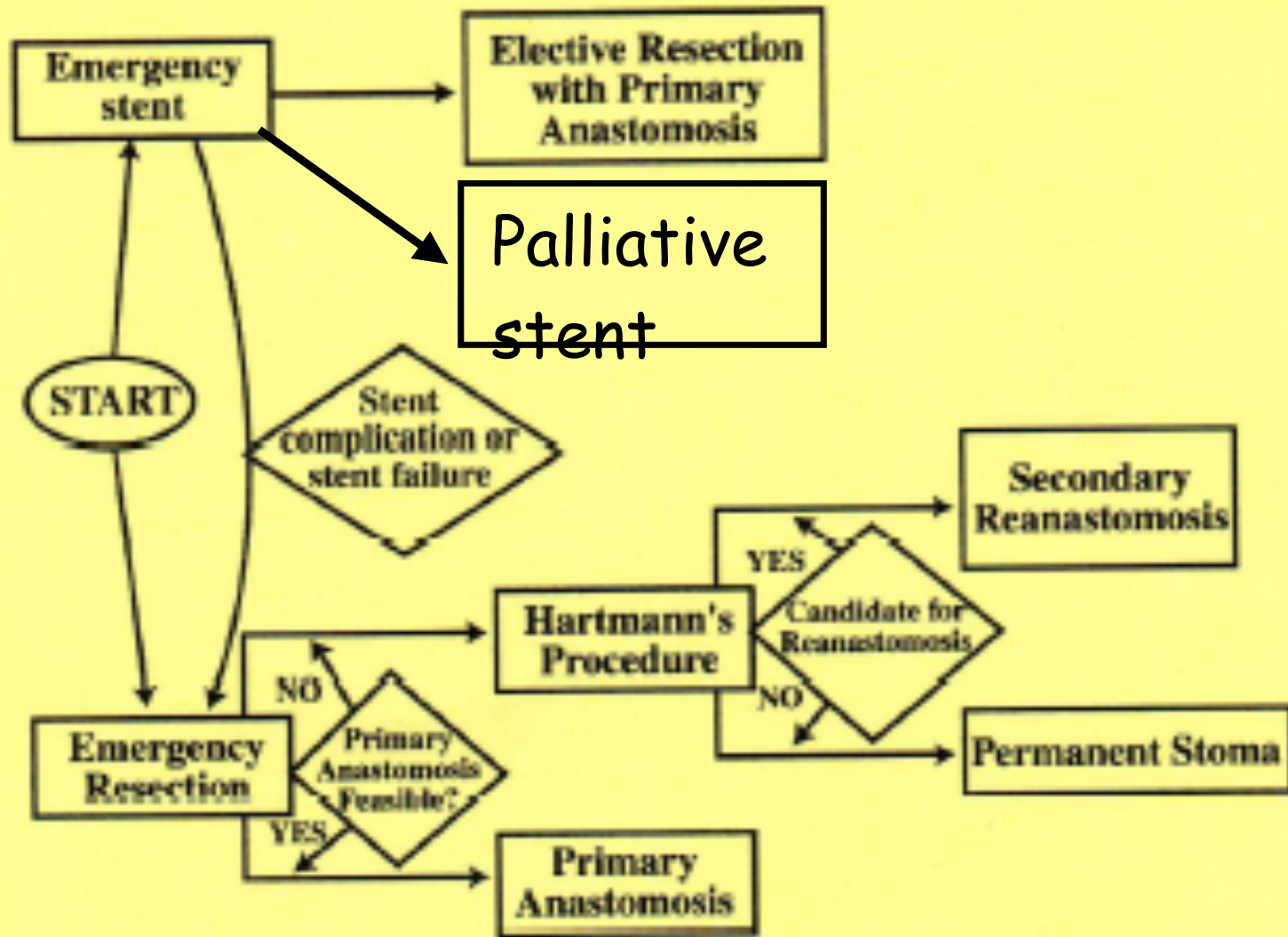
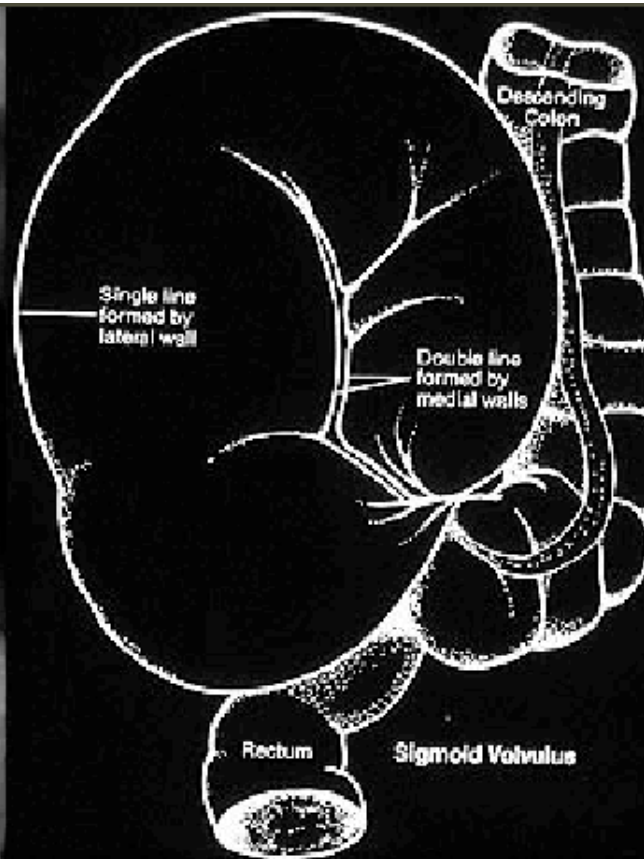


Figure 1. Schematic of competing strategies.

# Volvulus sigmoïdien et coloscopie thérapeutique

n = 178	Chirurgie en urgence n = 79	Chirurgie différée n = 99
Mortalité à J 30	24 %	6 % <i>p &lt; 0.05</i>

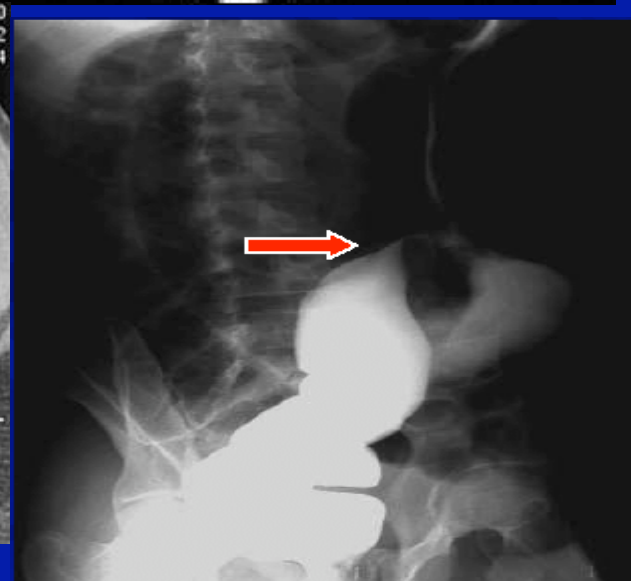
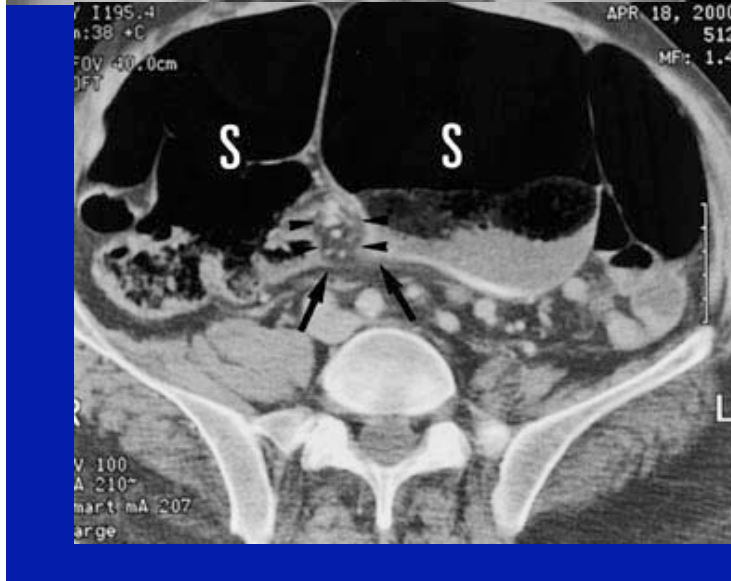
But = éviter la  
chirurgie  
d'urgence en  
dévolvulant la  
boucle



Signes  
péritonéaux



Chirurgie  
en  
urgence



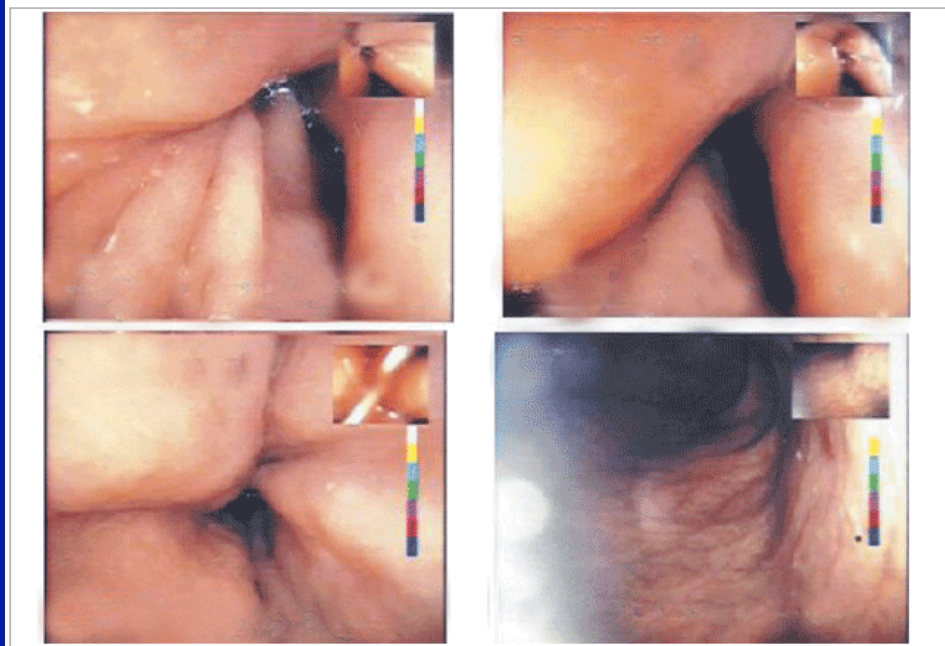


Fig. 1.- The first three pictures show the detorsion phase of an acute sigmoid colon volvulus, and the last picture shows the dilated lumen of a volvulated sigmoid colon.

Détorsion endoscopique

Mise en place d'un tube rigide

Insufflation minimale

Progression douce

Examen complet si possible : zone ischémique  +++

Succès = 60 à 80%



*Roseau G et al EMC*



Tableau d'ogilvie



Eliminer un obstacle organique >>

Lavement

hydrosolubles et /



ou TDM

Recherche de signes imposant un traitement urgent :

Distention caecale > 10 cm ( risque ischémie / perforation )

Inefficacité des traitements minimalistes

*Saunders et al Aliment Pharmacol Ther. 2005 15;22(10):917-25*



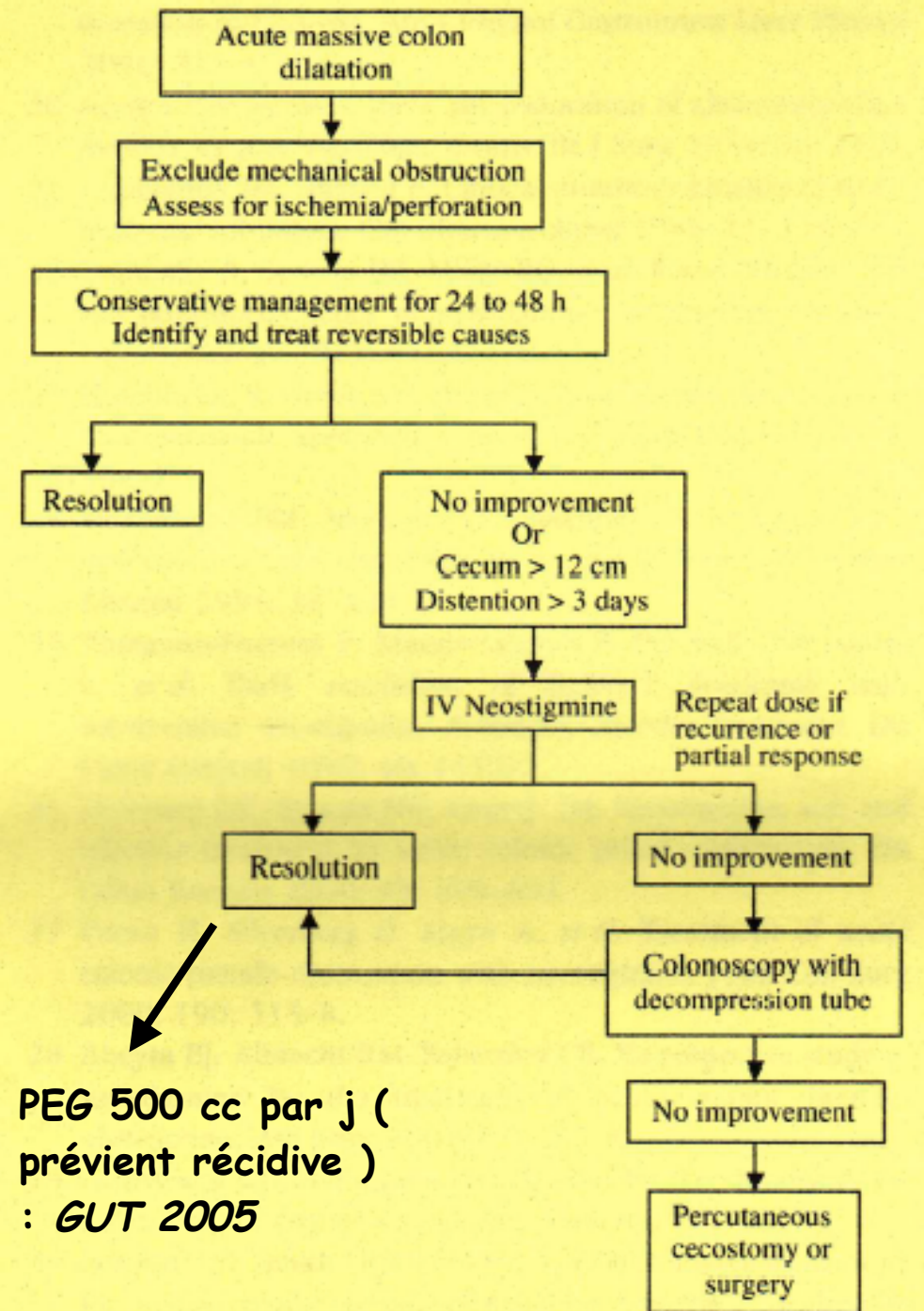


Mobiliser le patient +/-  
SNG ou sonde rectale

Arrets des  
médicaments  
ralentissant le transit

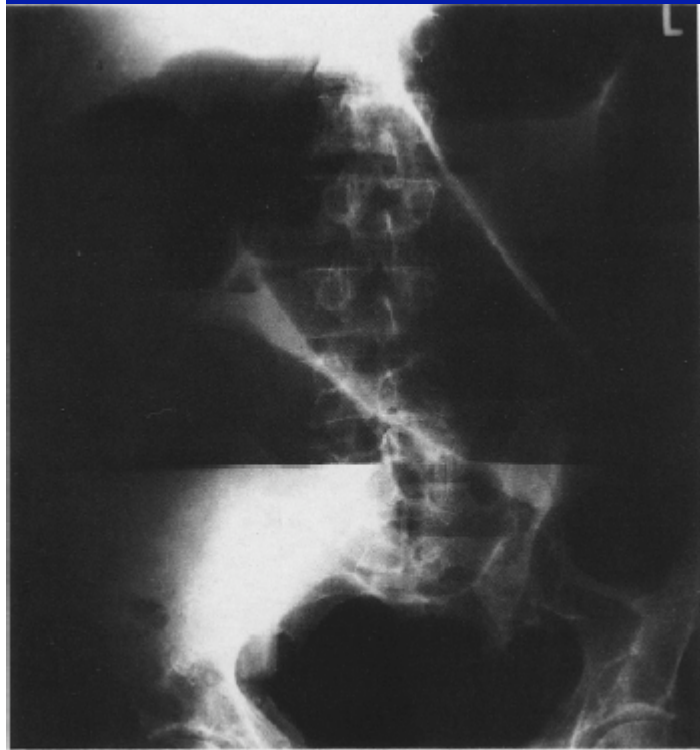
Correction des  
troubles métaboliques  
(K<sup>+</sup>)

Colokinétiques :



# La décompression endoscopique

Study	Number	Successful initial decompression (%)	Overall colonoscopic success (%)	Complications (%)
Nivatvongs <i>et al.</i> <sup>34</sup>	22	68	73	<1 (no perforations)
Strodel <i>et al.</i> <sup>35</sup>	44	61	73	2 (1 perforation)
Bode <i>et al.</i> <sup>36</sup>	22	68	77	4.5 (1 perforation)
Jetmore <i>et al.</i> <sup>7</sup>	45	84	36	<1 (no perforations)
Geller <i>et al.</i> <sup>37</sup>	41	95	88	2 (2 perforations)



**Fig. 1.** Abdominal X-ray film of acute colonic pseudo-obstruction in a 78-year-old patient with substantial air-fluid levels before colonoscopic decompression

*Succès :*  
**70 %**



**Fig. 2.** Abdominal X-ray examination of the same patient immediately after successful colonoscopic decompression

# Traitement endoscopique des obstructions digestives hautes tumorales

**Table 4. Published case series (n > 10) of malignant gastroduodenal obstruction palliated with self-expanding metallic stents**

Investigation	n	Technical success (stent type)	Stent migration	Perforation/ hemorrhage	Stent obstruction	Clinical success
Holt AP 2004 Prospective case series	28	26 (28 a, 2 Flamingo stents)	0	0	3: tumor ingrowth (mean 17 wk)	24
Total	433	405 (94%) 432 stents inserted	21/133 (16%) in covered stents 8/299 (2.7%) in uncovered stents	4	39/405 (10%) stents obstructed (28 instances in uncovered stents); mean 15 wk after insertion	377 (87%)

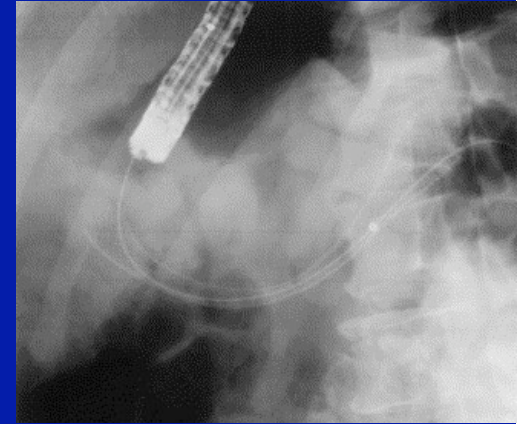
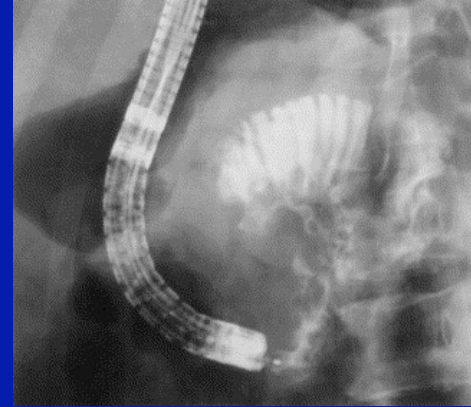
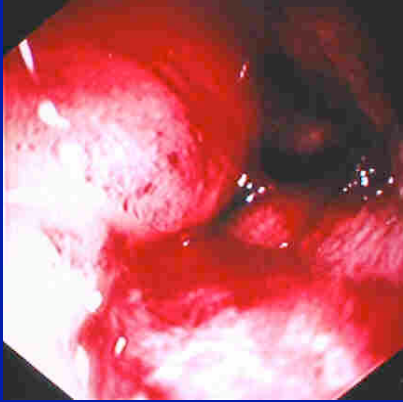


**> 80 % d'efficacité clinique**

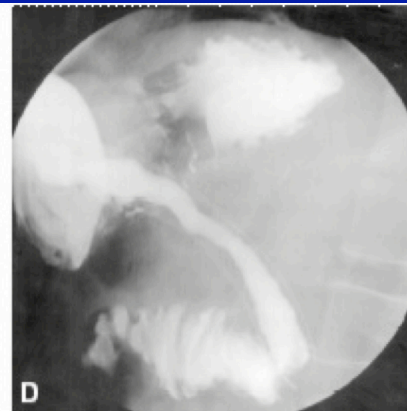
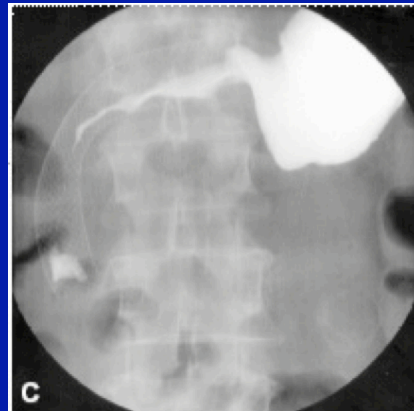
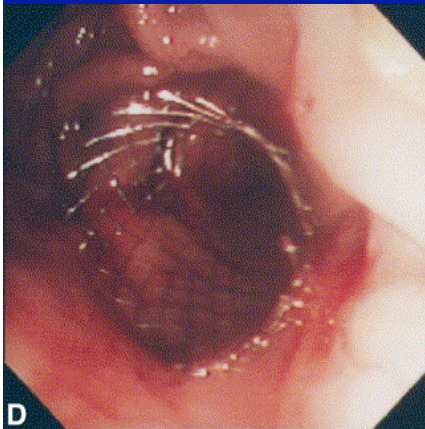
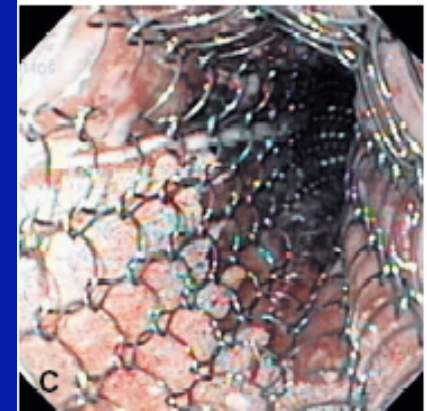
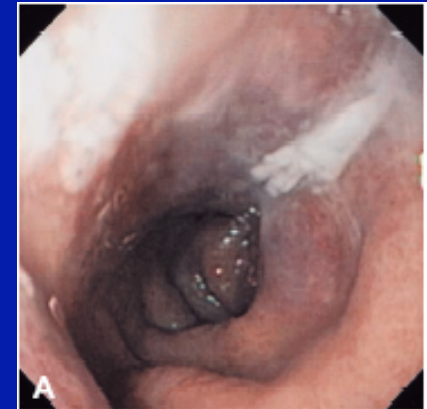
*Holt et al, Gastrointest Endosc 2004 60 (6)*

	Stents (23)	Anastomose Chir (23)	p
Succès Tech	96 %	100%	ns
Succès Clin	<b>92 %</b>	56 %	0.006
Morbidi té	<b>17 %</b>	61 %	0.002
Survie moyenne	96.2 j	70.2 j	0.016

Stents vs  
gastro  
entero  
anastomose



## Mise en place des stents gastro duodénaux



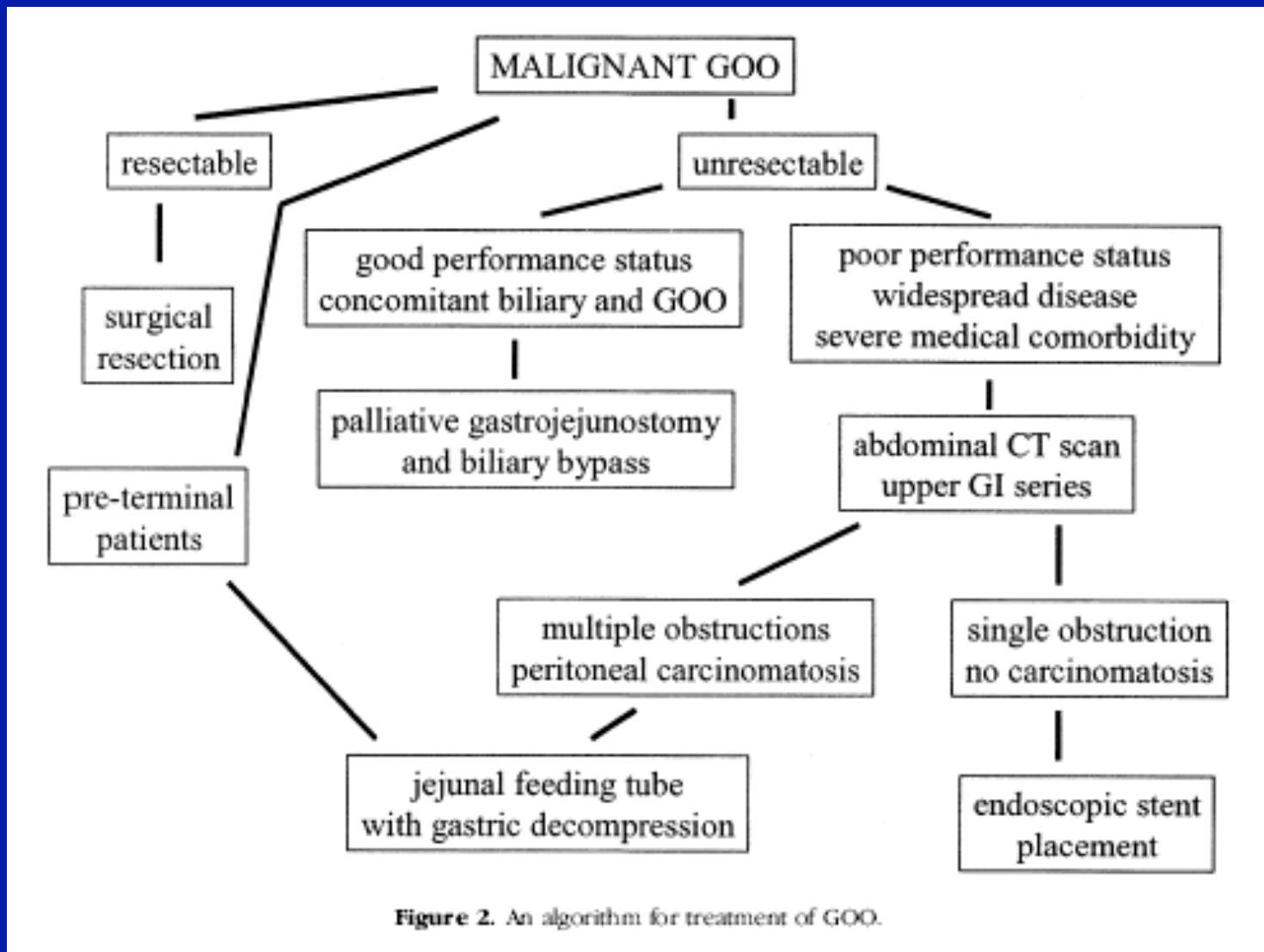


Figure 2. An algorithm for treatment of GOO.

# Dilatation hydropneumatique des sténoses au cours des maladies de crohn

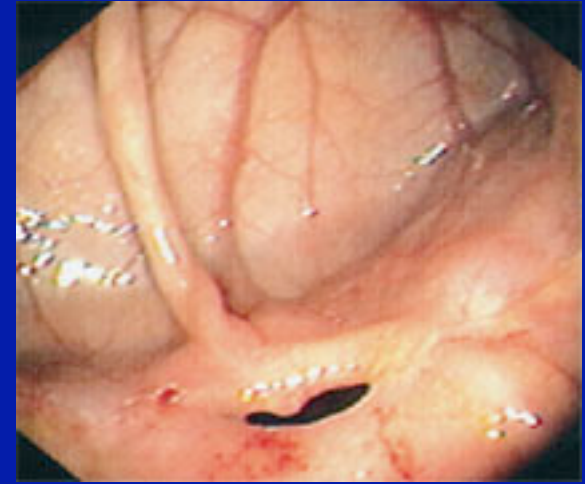
Auteur	n	Succès	Complication (sévère)	Suivi (mois)	Récidive
<i>Blomberg 1991</i>	27	66 %	7 % (7 %)	15	33 %
<i>Breysen 1992</i>	18	89 %	0 %	25	50 %
<i>Couckuyt 1995</i>	59	90 %	11 % (10 %)	33	62 % (à 5 ans)
<i>Dear 2001</i>	22	73 %	0 %	45	27 % (chirurgicale)
<i>Sabaté 2001</i>	38	84 %	9 % (2 %)	32 (0,2 - 103)	40 % à 1 an 63 % à 5 ans



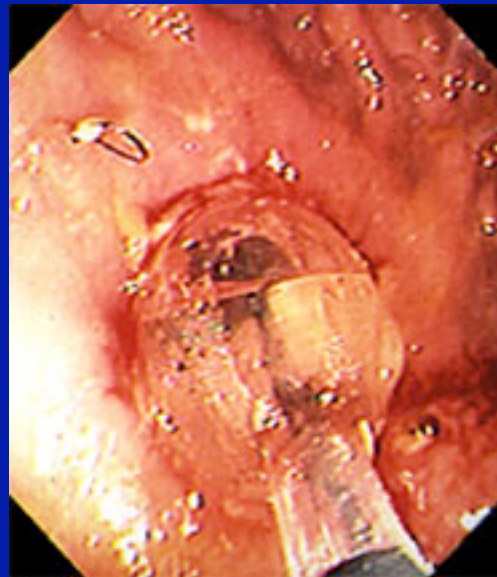
Sténose  
anastomotique



Ballonet



Sténose valvulaire



Dilatation au ballonnet d'une sténose de



## Conclusions

Les prothèses coliques doivent être privilégiées dans la prise en charge en urgences des cancers coliques en occlusions

La détorsion (endoscopique ou non ) permet le plus souvent d'éviter une intervention chirurgicale urgente dans les volvulus sigmoïdien

La colo-exsufflation est un traitement de 3<sup>ème</sup>

## Conclusions (2)

Les stents gastro duodénaux doivent être réservés au malades ayant environ 3 mois d'espérance de vie

Les dilatations endoscopiques des sténoses sur maladie de crohn sont un traitement efficace bien que les récurrences soient fréquentes ( optimisation du traitement de fond de la maladie et indication chirurgicale si échec des dilatations )