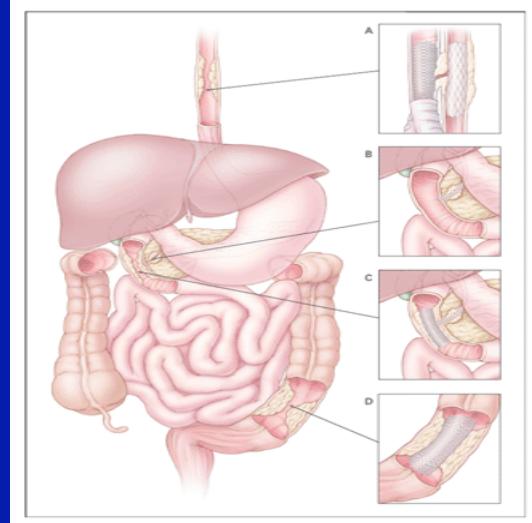


Traitement endoscopique des occlusions intestinales aigues

Yann le Baleur DES

Indications reconnues

*Pathologie
tumorale +++*



*Pathologies
bénignes*

*Cancer colorectal
sténosant ou
envahissement colique .*

*Volvulus colique (
Sigmoïde ++)*

*Néoplasie obstructive
du tractus gastro
duodénal non opérable*

*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.

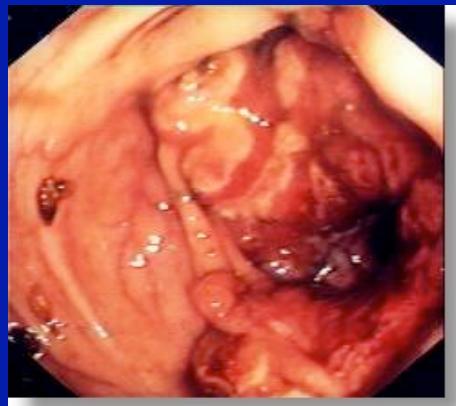
Contre indications

- 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

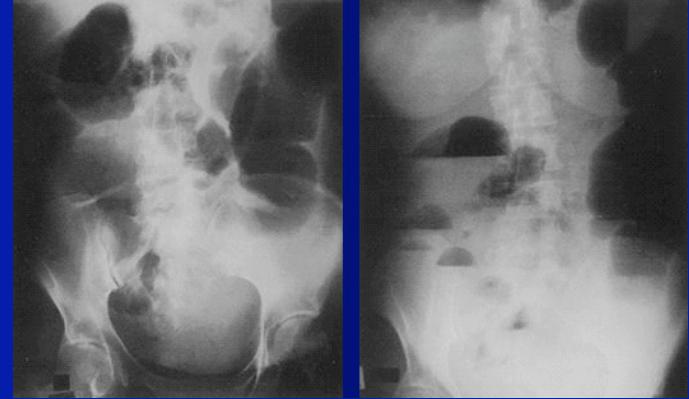
Révélé au stade d'occlusion dans 8 à 30 % des cas ($\frac{3}{4}$ = sténose colon gauche ou sigmoïde)



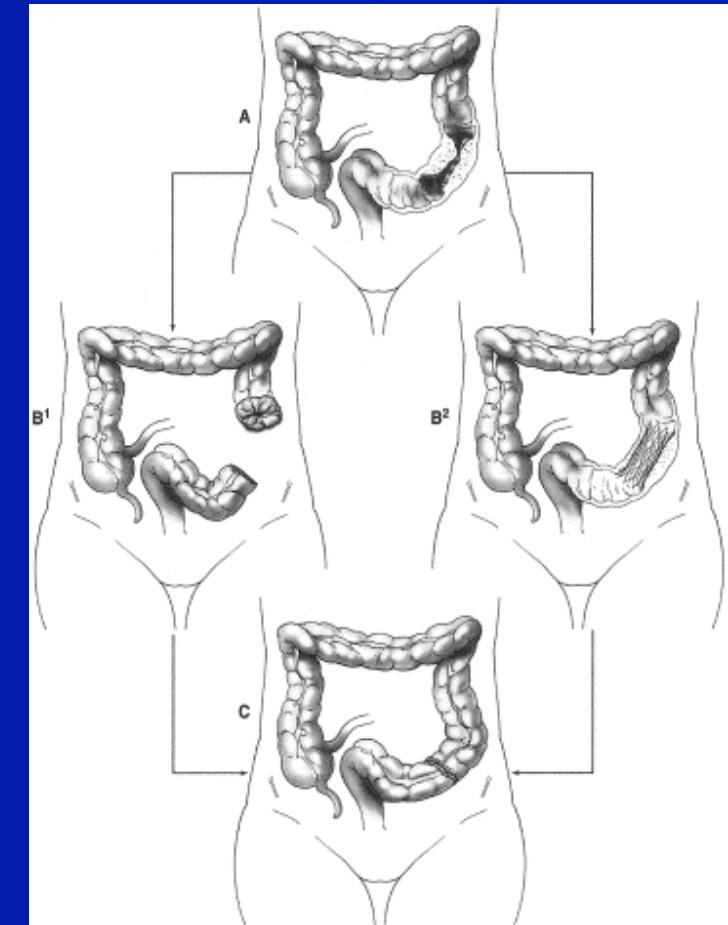
60 % de N +

40 % de M +

U.P.Khot et al , Br J Surg 2002 ,89, 1096-1102



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

Perforation

4 %

Mortalité

1 %

Obstruction

10 %

88 % de succès cliniques

Migration

10 %

STENTS vs CHIRURGIE EN URGENCE

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

Martinez-Santos C. Dis Colon Rectum 2002 ; 45 : 401-406

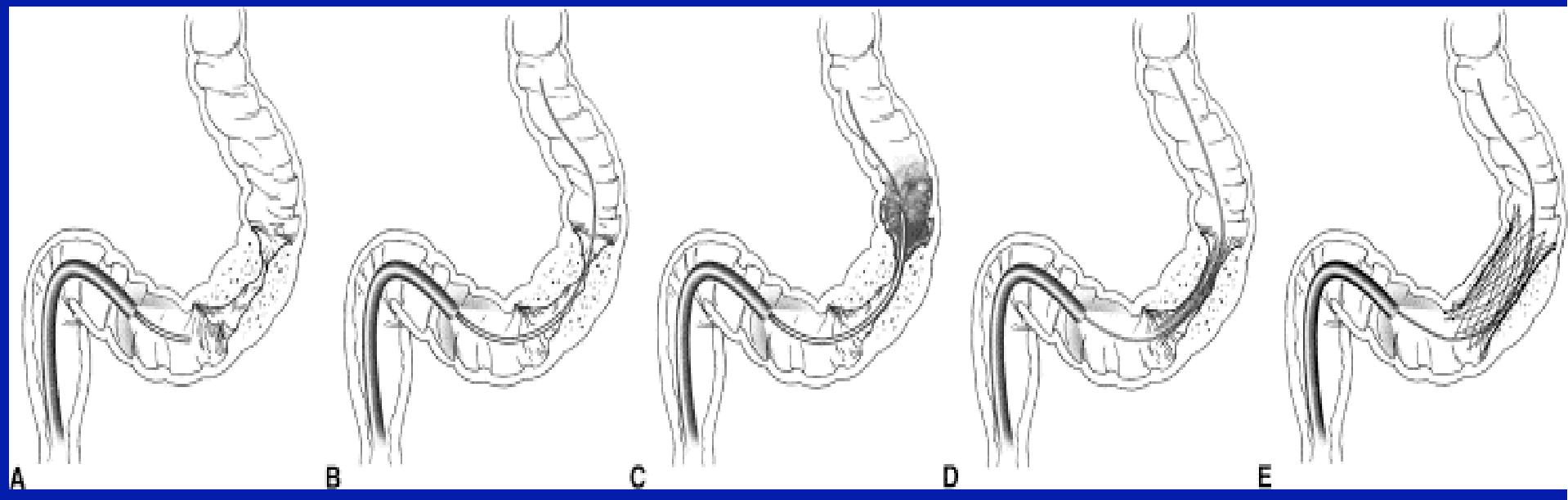
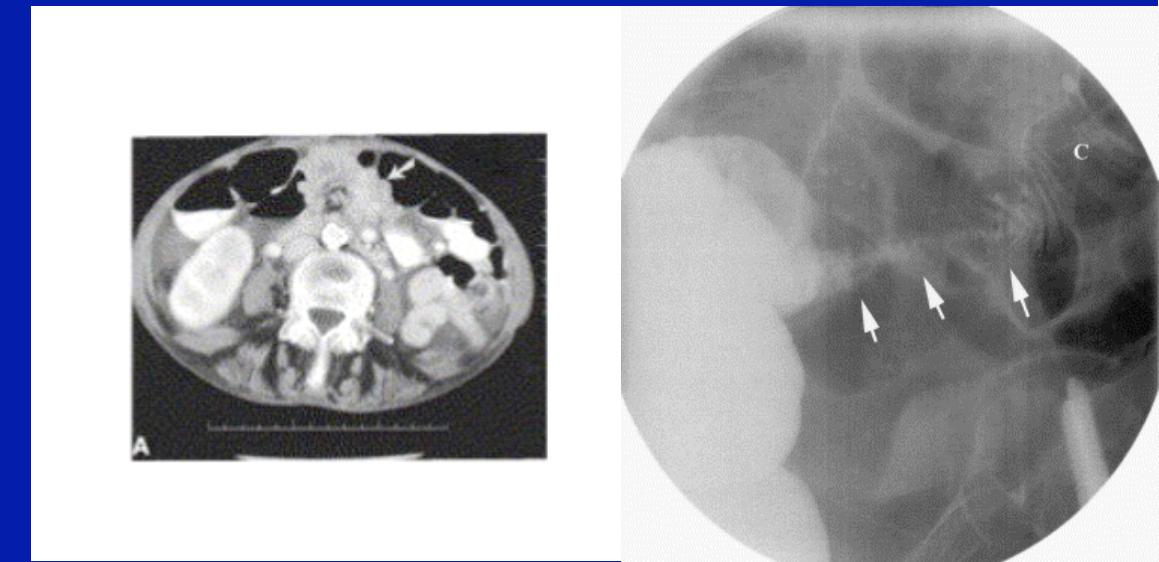
Localiser la tumeur

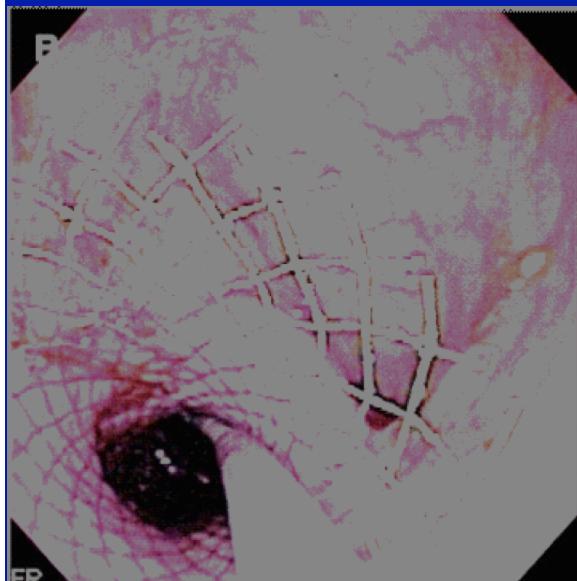
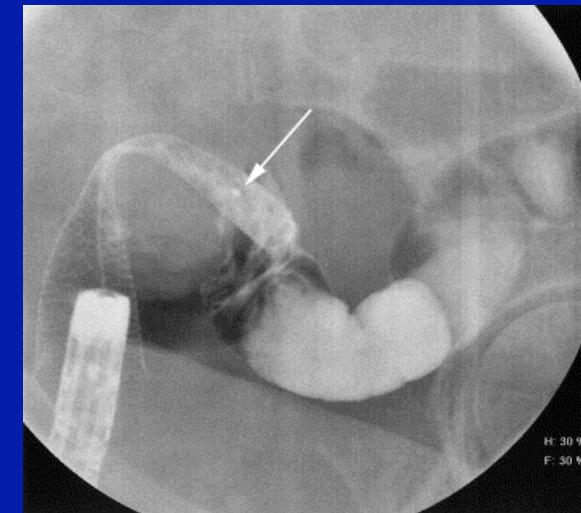
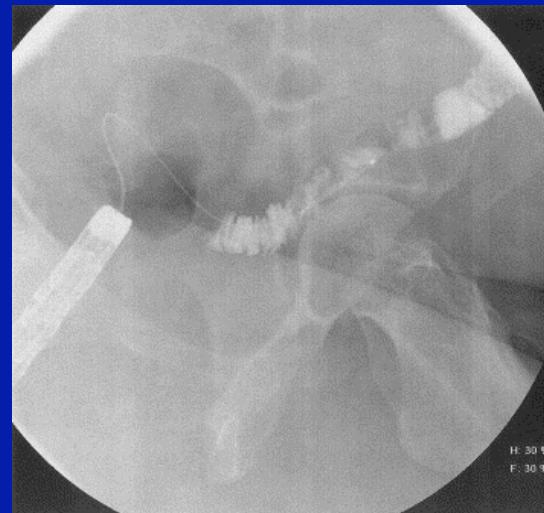
:

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 à 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

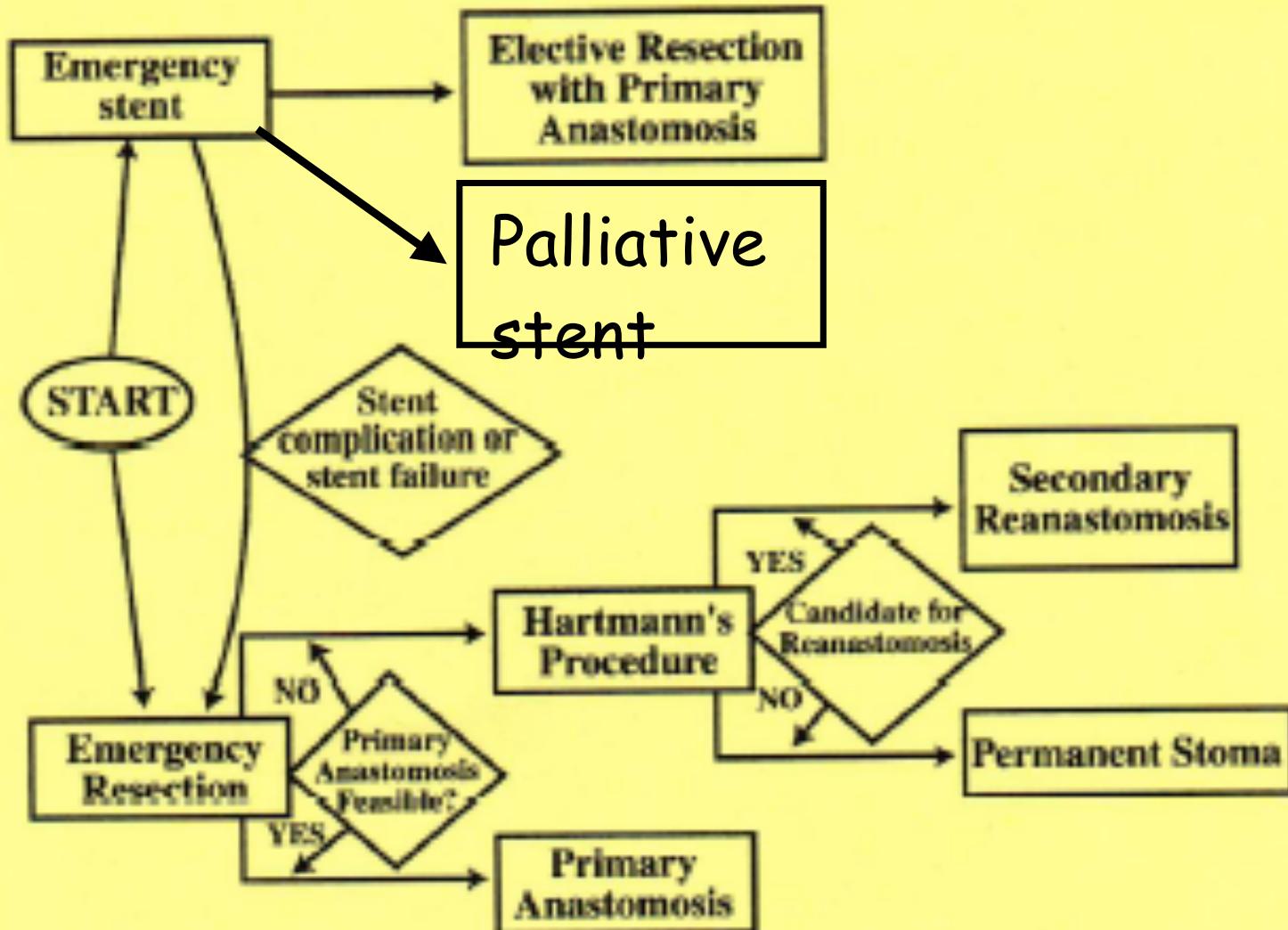
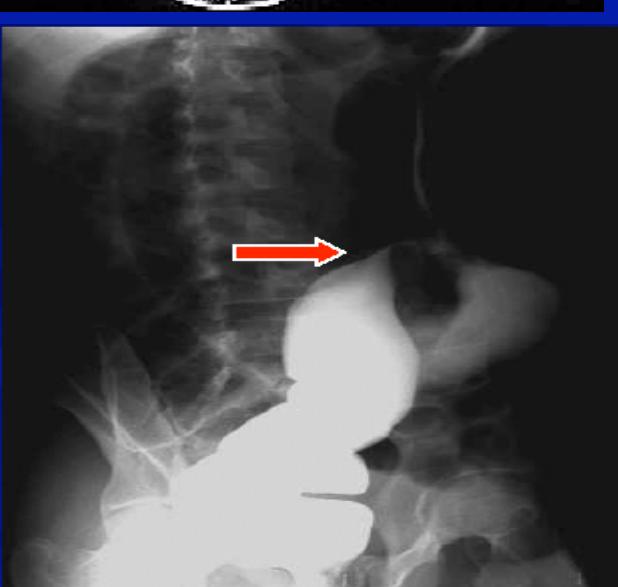
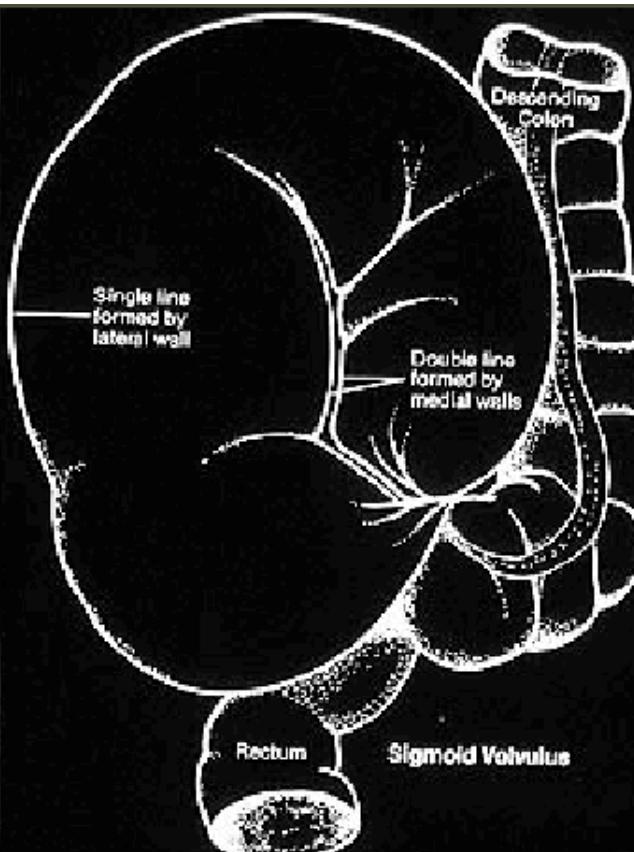


Figure 1. Schematic of competing strategies.

Volvulus sigmoidien et coloscopie thérapeutique

$n = 178$	Chirurgie en urgence $n = 79$	Chirurgie différée $n = 99$
Mortalité à J 30	24 %	6 % $p < 0.05$

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



Signes
péritonéaux



Chirurgie
en
urgence



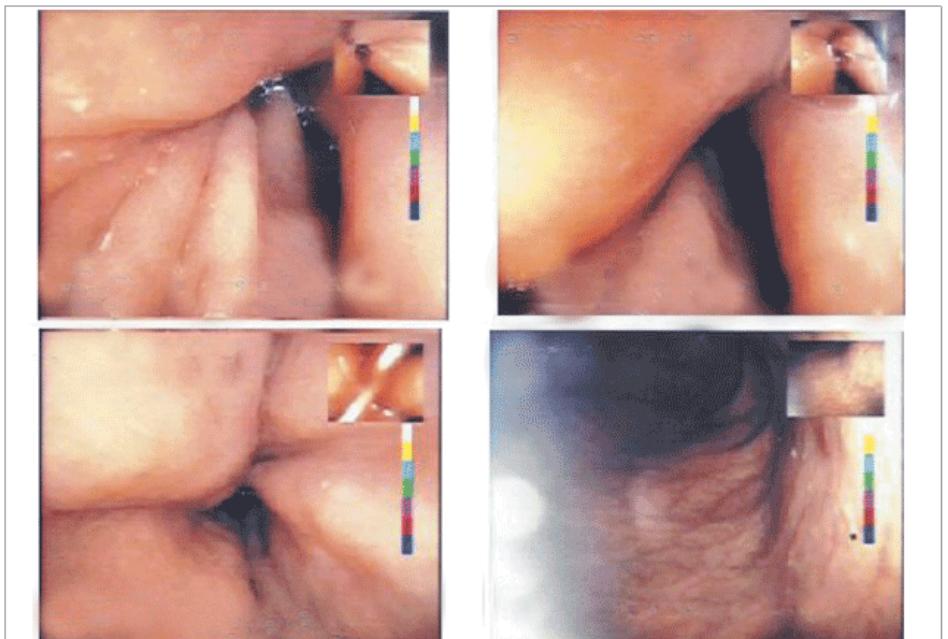


Fig. 1 - The first three pictures show the detorsion phase of an acute sigmoid colon volvulus, and the last picture shows the dilated lumen of a volvulated sigmoid colon.

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

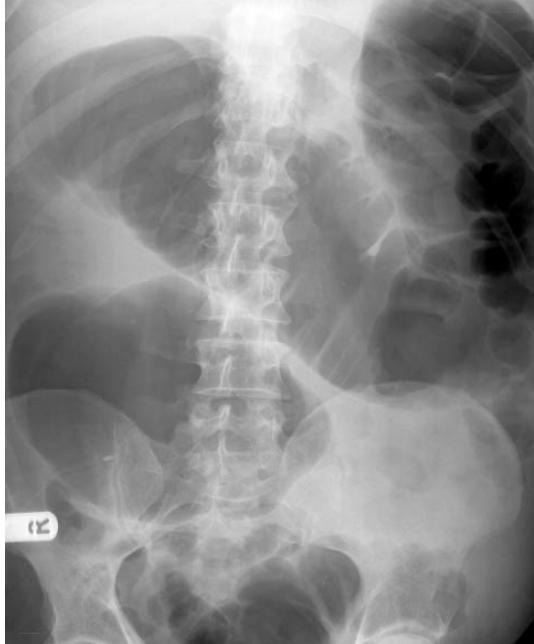


Tableau d'ogilvie



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

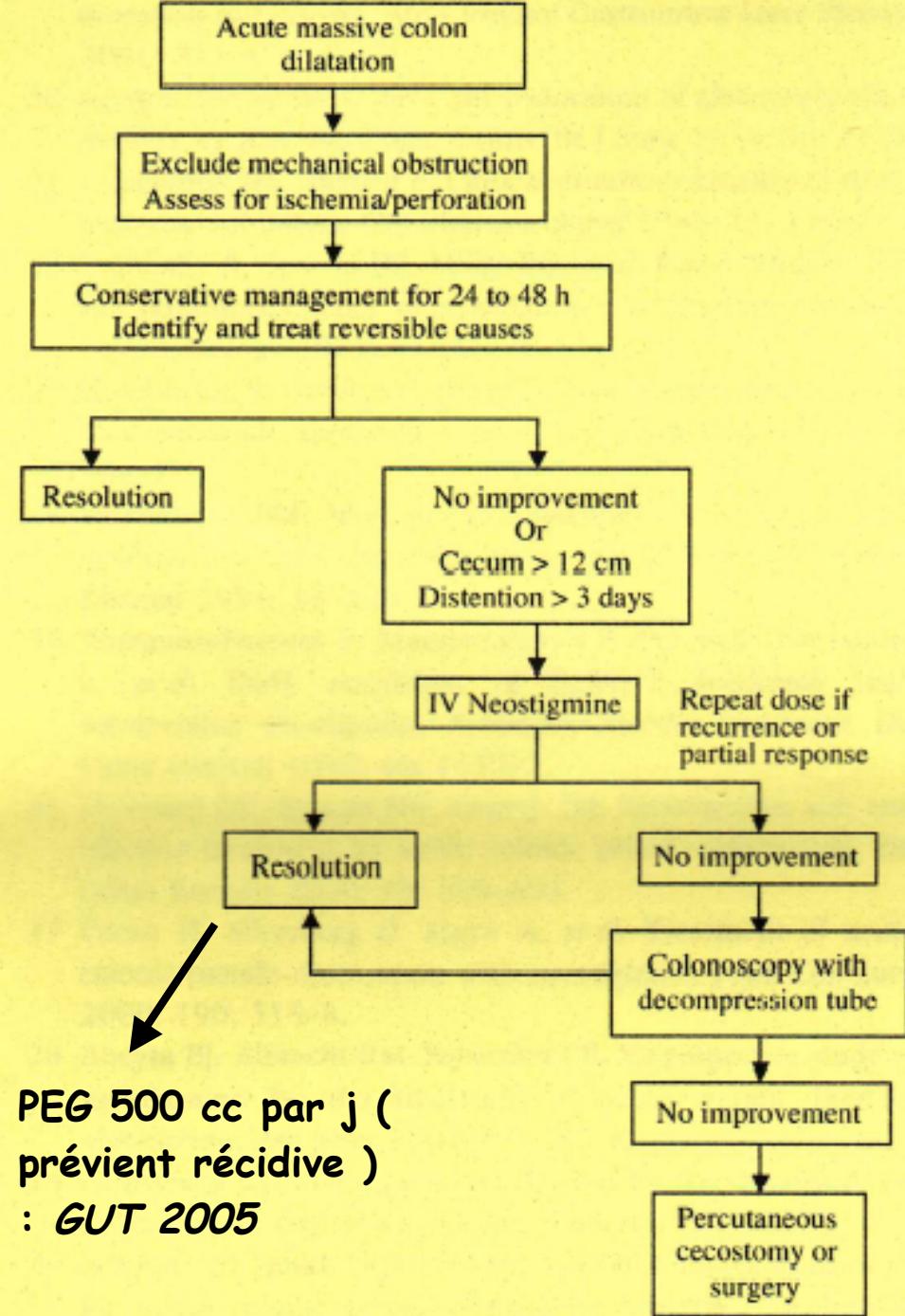
Saunders et al. Aliment Pharmacol Ther. 2005 15;22(10):917-25

Mobiliser le patient +/-
SNG ou sonde rectale

Arrets des
médicaments
ralentissant le transit

Correction des
troubles métaboliques
(K⁺)

Colokinétiques :



La décompression endoscopique

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

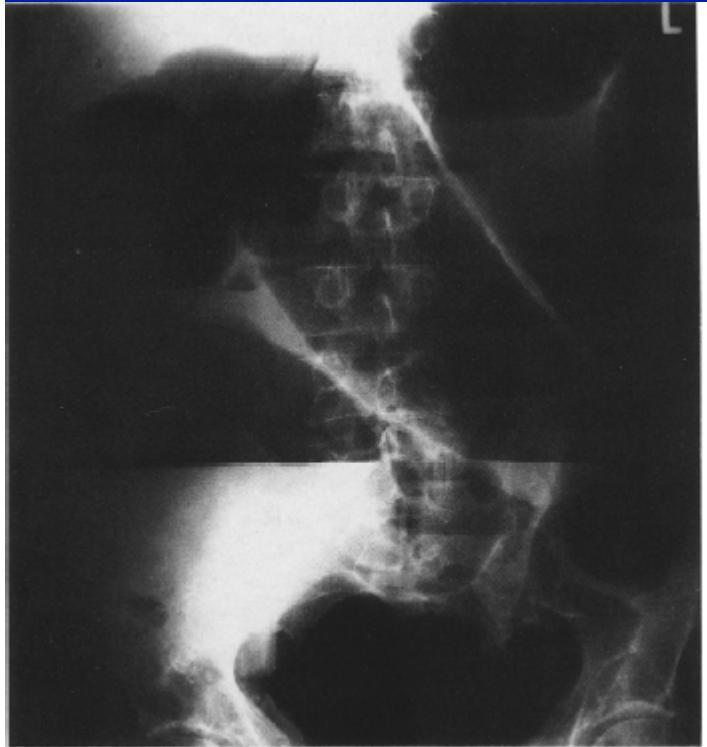


Fig. 1. Abdominal X-ray film of acute colonic pseudo-obstruction in a 78-year-old patient with substantial air-fluid levels before colonoscopic decompression

Succès :

70 %



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

Traitements endoscopiques 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%)

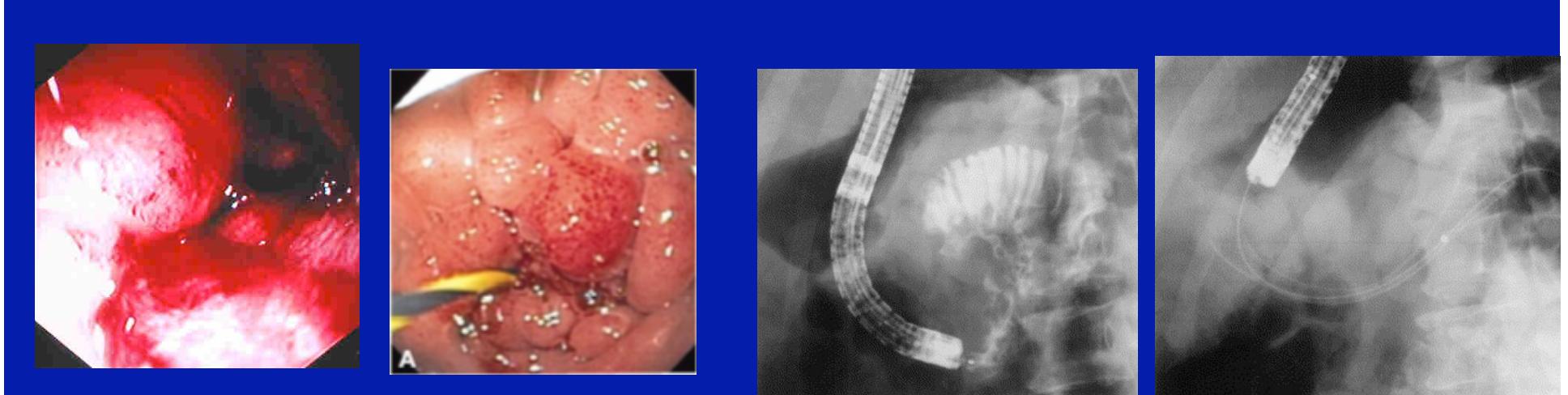


> 80 % d'efficacité clinique

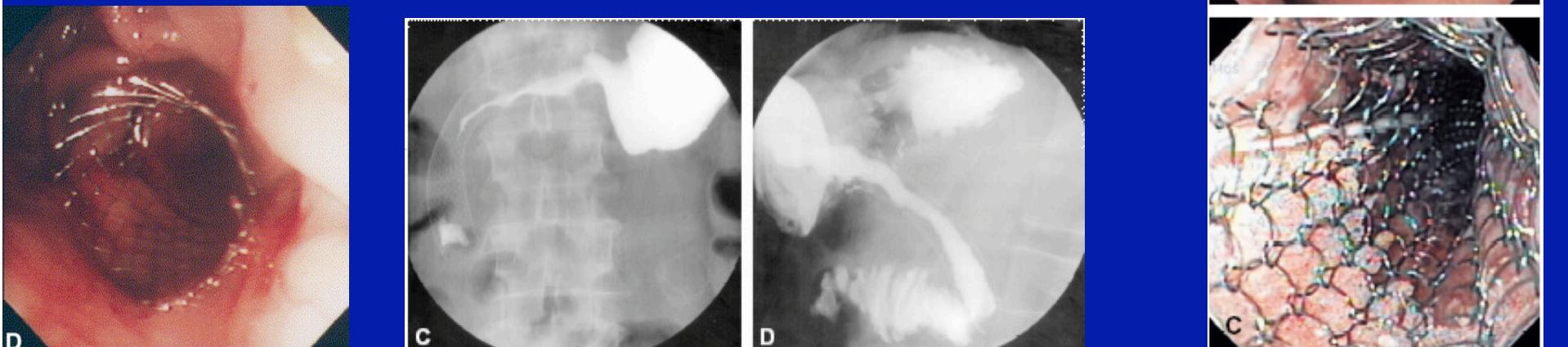
Holt et al, Gastrointest Endosc 2004 60 (6)

	Stents (23)	Anastomose Chir (23)	p
Succès			ns
Tech Succès	96 %	100%	
Clin	92 %	56 %	0.006
Morbidi té	17 %	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



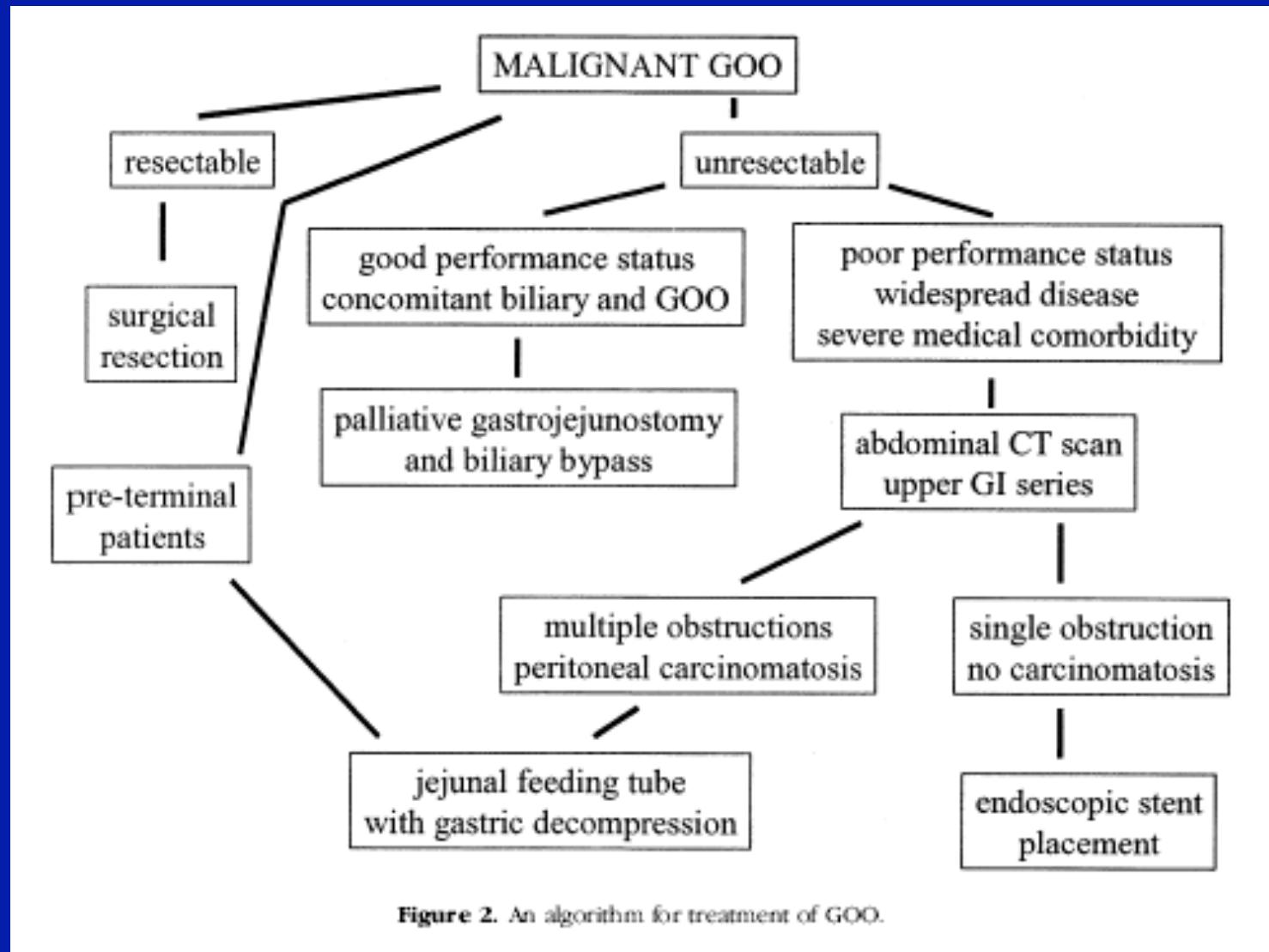


Figure 2. An algorithm for treatment of GOO.

Dilatation hydropneumatique des sténoses au cours des maladies de crohn

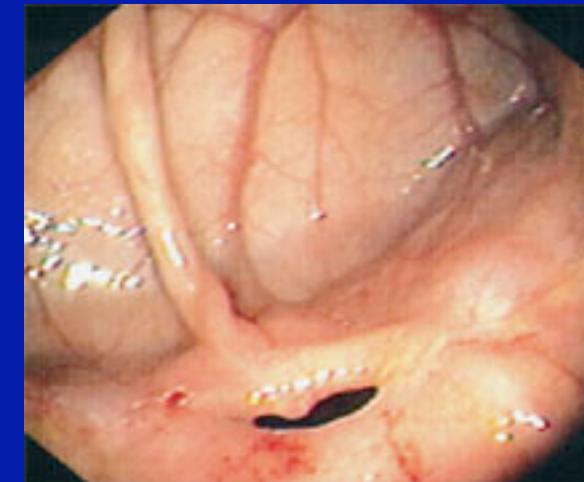
Auteur	n	Succès	Complication (sévère)	Suivi (mois)	Récidive
Blomberg 1991	27	66 %	7 % (7 %)	15	33 %
Breysen 1992	18	89 %	0 %	25	50 %
Couckuyt 1995	59	90 %	11 % (10 %)	33	62 % (à 5 ans)
Dear 2001	22	73 %	0 %	45	27 % (chirurgical e)
Sabaté 2001	38	84 %	9 % (2 %)	32 (0,2 - 103)	40 % à 1 an 63 % à 5 ans



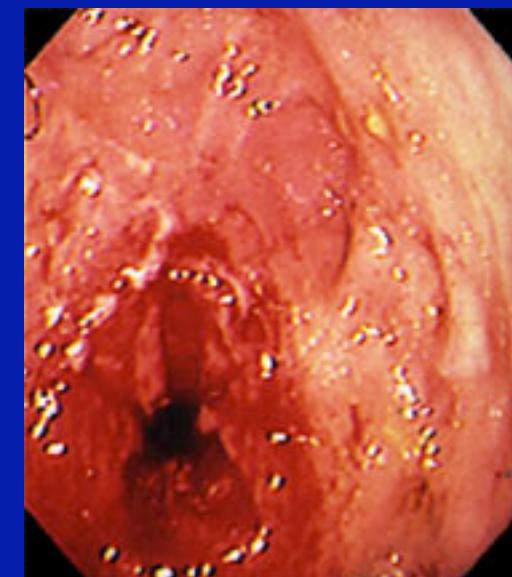
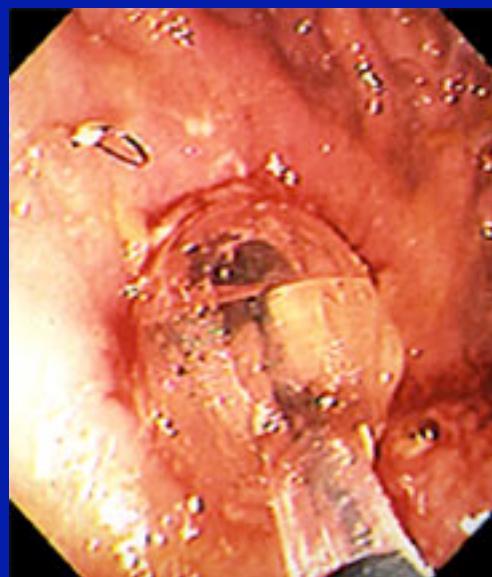
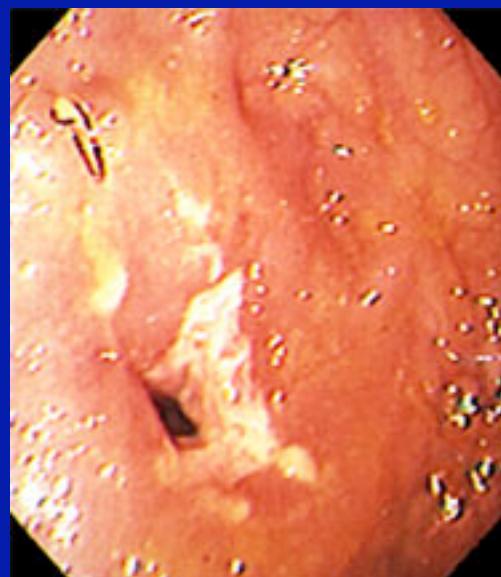
Sténose
anastomotique



Ballonnet



Sténose valvulaire



Dilatation au ballonet 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 sigmoidien

La colo-exsufflation est un traitement de 3 ème

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 récidives soient fréquentes (optimisation du traitement de fond de la maladie et indication chirurgicale si échec des dilatations)