

## Conseil de pratique

# Traitement endoscopique des sténoses bénignes de l'intestin grêle

Rédacteur : Alain ATTAR

### Documents de référence :

Hassan, C. et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. Aliment. Pharmacol.

Ther 26, 1457–1464 (2007).

Attar, A. et al. Safety and efficacy of extractible self-expandable metal stents in the treatment of

Crohn's disease intestinal strictures: a prospective pilot study. Inflamm. Bowel Dis. 2012; 18: 1849- 1854

Branche, J. et al. Extractible self-expandable metal stent in the treatment of Crohn's disease anastomotic strictures. Endoscopy 2012; 44 Suppl 2 UCTN, E325–326

Date: février 2014

## 1. Etiologies et localisation

---

- Inflammatoires : maladie de Crohn (grélo-colique), rectocolite hémorragique (côlon), sténose post-ulcéreuse (bulbe duodéal surtout), entérite à éosinophiles (grêle)
- Infectieuses : tuberculose digestive essentiellement (caecum)
- Médicamenteuses : AINS essentiellement (grélo-colique)
- Ischémiques (côlon)
- Radiques
- Opératoires

## 2. Traitements endoscopiques disponibles

---

### A- Dilatation hydrostatique

#### Historique

Technique développée depuis près de 20 ans en alternative aux résections chirurgicales itératives dans la maladie de Crohn, quand la sténose siège sur l'intestin grêle et est accessible à l'endoscopie (iléon terminal, anastomose iléo-colique ou grélo-grélique).

## Longueur de sténose à traiter

Une longueur de sténose inférieure à 5 cm a été montrée comme corrélée au meilleur taux de succès. La dilatation de proche en proche de sténoses plus longues est moins efficace.

### Matériel

On peut utiliser tout type d'endoscope : gastroscopie pour le duodénum, tout type d'entéroscope pour le grêle proprement dit ou coloscope pour l'iléon terminal ou les anastomoses iléo-coliques. Les cathéters portent des ballons plus longs que larges, de 5,5 cm de long en règle et de diamètre de 8 à 25 mm. Un fil guide extractible est souvent joint. Le gonflage se fait par un manomètre à eau. Une étiquette accompagne souvent le cathéter, montrant la correspondance entre pression (en psi) et diamètres (en mm).

### Positionnement et dilatation

La technique consiste à approcher la sténose lors d'une coloscopie ou d'une entéroscopie basse, moins fréquemment par entéroscopie haute, et à la franchir par le cathéter ballon tandis que l'endoscope est maintenu à distance constante. Une fois la zone de cathéter ballon bien positionnée de part et d'autre de la sténose, le ballon est gonflé progressivement par paliers ou directement au diamètre souhaité. Il est conseillé de choisir comme premier objectif un diamètre de dilatation d'au moins 10 mm pour les sténoses serrées (de 2-3 mm), et d'au moins 15 mm pour les sténoses moins serrées (de 8-10 mm). Il n'y a pas d'intérêt à dépasser 20 mm pour obtenir une efficacité clinique post-endoscopique. Le gonflage est habituellement réalisé à 2-3 reprises au cours du même examen endoscopique, pendant 1 minute chaque fois, en fonction du résultat observé au dégonflage entre chaque temps.

### Efficacité technique

L'efficacité technique est évaluée par la mesure du diamètre après dilatation. Une différence entre mesures pré et post-dilatation d'au moins 5 mm est proposé comme seuil d'efficacité. Il peut aussi être défini par la possibilité de franchissement de la sténose par l'endoscope après dilatation, sans aucun forçage ni ressaut. Il ne faut pas tenter de franchir en cas de forçage prévisible.

### Utilisation de la radioscopie

Si l'on ne voit pas ou pas correctement l'intestin ou le côlon de l'autre côté de la sténose lors de l'approche endoscopique, et/ou s'il y a une angulation post-sténotique qui bloque ou gêne le passage du cathéter guidé porteur du ballon, il est recommandé d'utiliser la radioscopie pour monter un guide souple dans le segment d'amont avec une longueur suffisante puis d'opacifier ce segment pour pouvoir monter le cathéter sur ce guide en pleine connaissance du trajet d'amont, sans risquer la perforation.

### Difficultés

Il s'agit d'une technique simple, accessible quasiment à tout opérateur dans la forme de la sténose très courte, axiale. Les deux difficultés de la technique sont l'angulation du segment post-sténotique, nécessitant un passage sur guide et contrôle radiologique, et l'instabilité du ballon au gonflage, nécessitant une compensation constante de l'opérateur via le cathéter, sous peine de ne pas dilater la sténose mais le segment proximal ou distal à la sténose.

### Risques

Les risques de perforations ne dépassent pas 2% des cas sauf si l'on dépasse 25 mm de diamètre ou si l'on se sert d'un ballon gonflé à l'air (dilatation pneumatique utilisé pour le traitement de l'achalasie), ce qui n'est plus recommandé actuellement. Il n'est pas demandé aux opérateurs de franchir la sténose dilatée avec le coloscope du fait des risques de perforation secondaire. Les risques hémorragiques ou de bactériémie sont équivalents à ceux de la coloscopie.

## Efficacité

Dans la maladie de Crohn, la dilatation hydrostatique a un taux de succès clinique évalué à près de 60% à 33 mois.<sup>1</sup> L'association d'une injection intra-sténotique de corticoïdes ne semble pas avoir d'intérêt en l'état actuel des connaissances.

## B- Dilatation prothétique

### Historique

Du fait du taux de récurrence post-dilatation hydrostatique, des auteurs japonais ont proposé au début années 2000, de la remplacer par pose de prothèse métallique. Les premiers essais ont été mitigés, le principal problème étant la migration rapide des prothèses qui doivent être couvertes d'un film plastique pour permettre leur extraction. Le taux de migration peut atteindre 80% des prothèses posées.<sup>2</sup>

### Longueur de sténose à traiter

Comme pour la dilatation hydrostatique, la longueur de sténose à traiter ne doit pas excéder 5 cm.

### Matériel

Des prothèses métalliques extractibles munies d'un procédé anti-migration sont commercialisées depuis 2012. Elles sont caractérisées par une collerette d'amont plus longue et non couverte, avec une angulation accentuée par rapport à l'axe de la prothèse. Le diamètre fait 20 mm au niveau du corps de prothèse, et 40 mm au niveau de la collerette d'amont. La longueur est choisie de façon à avoir 1 à 2 cm de prothèse de chaque côté de la sténose une fois déployée.<sup>3</sup> La longueur totale idéale pour cette prothèse est de 80 mm.

### Positionnement, dilatation et extraction

La technique de pose est exactement la même que pour toute prothèse métallique quelque soit le segment de tube digestif. Il faut donc utiliser la radioscopie dans tous les cas. Le retrait, en revanche, qui est recommandé à 7 jours, se fait par intubation de la prothèse par l'endoscope, prise du lasso de la collerette controlatérale pour l'invaginer sur elle même sans traction pour éviter l'arrachage de la muqueuse ayant envahi la collerette non couverte.

### Efficacité technique

L'efficacité technique est importante puisqu'il n'y a eu aucun cas de migration rapportée. Le succès technique est défini par la possibilité de franchissement de la sténose après retrait de la prothèse, à J7, sans forçage et/ou la mesure du diamètre augmenté d'au moins 5 mm par rapport à la mesure pré-dilatation.<sup>3</sup>

### Difficultés

L'extraction est l'étape éventuellement délicate. Il faut éviter de casser le lasso de traction de la collerette distale. Pour cela, il est recommandé d'utiliser une anse diathermique plutôt qu'une pince. Si on choisit cette option, il faut utiliser une pince dent de rat ou à corps étranger, mais pas une pince à biopsie, trop peu puissante.

### Risques

En plus de tous les risques connus avec les prothèses métalliques, le risque principal est lié à l'extraction : potentiellement perforation, hémorragie, bactériémie. Aucune complication n'a été observée à ce jour. La complication principale est l'existence de douleur abdominale entre la pose et l'extraction, parfois intense.

### Efficacité clinique

Elle est en cours d'évaluation, nécessitant au moins un an de recul.