

STENOSES BENIGNES DE L'ŒSOPHAGE

Dr. Philippe GRANDVAL
Hôpital de la Timone. Marseille



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

LIENS D'INTÉRÊT

Aucun lien d'intérêt

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître les principales causes de sténoses bénignes
- Faire le diagnostic de sténose bénigne
- Connaître les différents traitements, leurs résultats et leurs risques
- Savoir prendre en charge les sténoses réfractaires

ETIOLOGIES et CARACTERISTIQUES

STÉNOSES SIMPLES

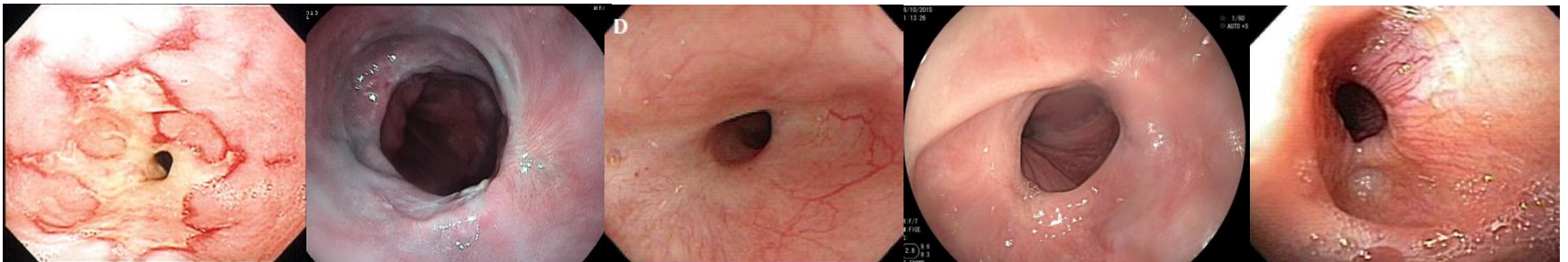
peu serrées
courtes et droites

Sténoses anastomotiques
Sténoses peptiques
Anneaux de Schatzki
Œsophagites à éosinophiles

STÉNOSES COMPLEXES

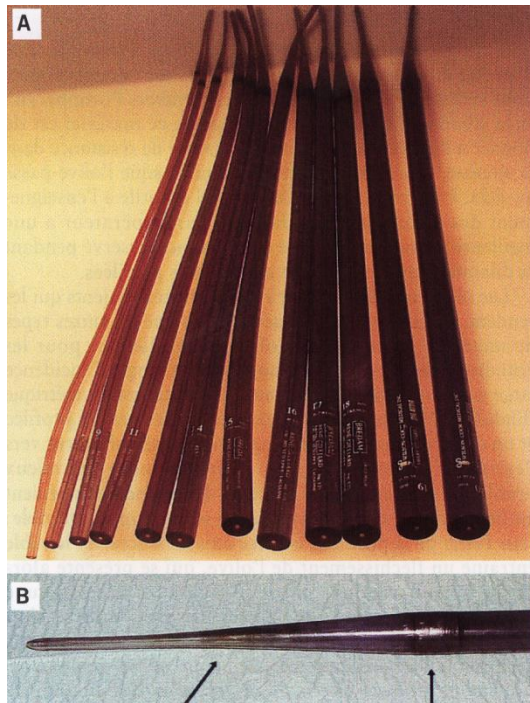
serrées
souvent non franchissables
longues (> 2cm)
tortueuses

Sténoses radiques,
Sténoses caustiques
Sténoses post ESD

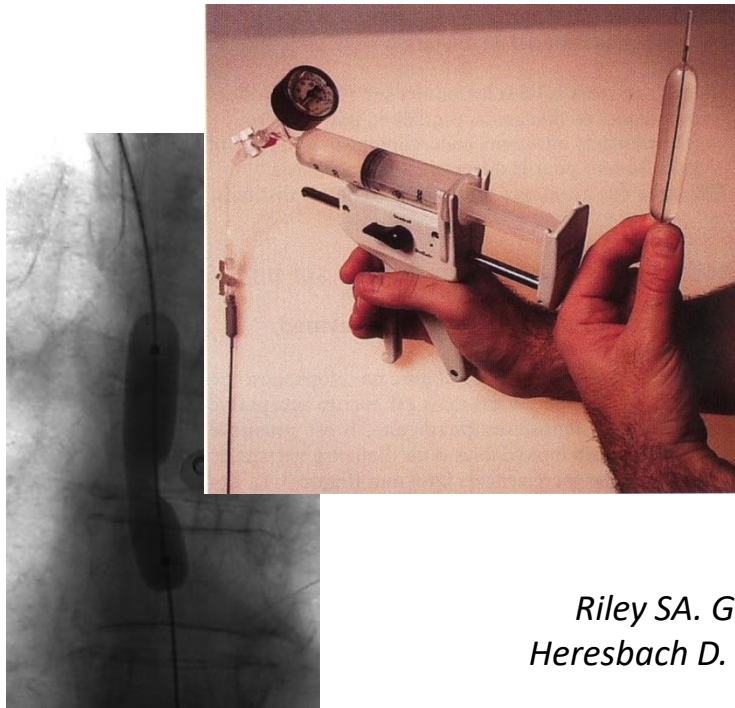


1ere étape du traitement: DILATATION ENDOSCOPIQUE

Bougie de
Savary-Gilliard

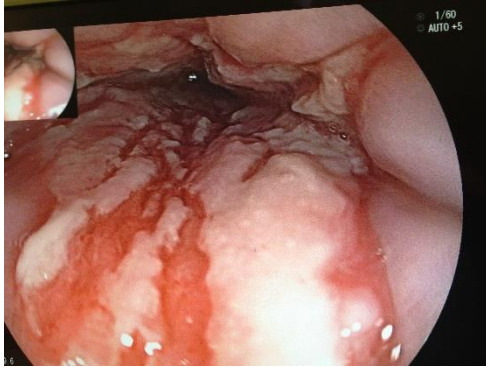


Ballon hydraulique

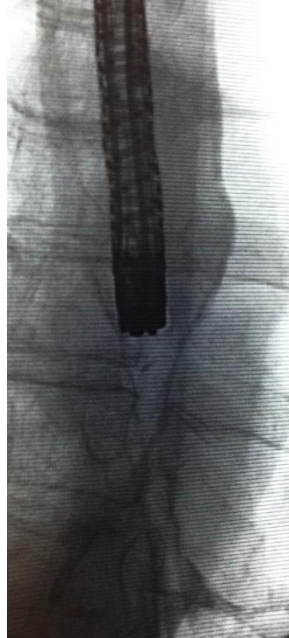


Riley SA. *Gut*. 2004 Feb;53 Suppl 1:i1-6.
Heresbach D. *Acta Endosc*. 2010;40:282-6.

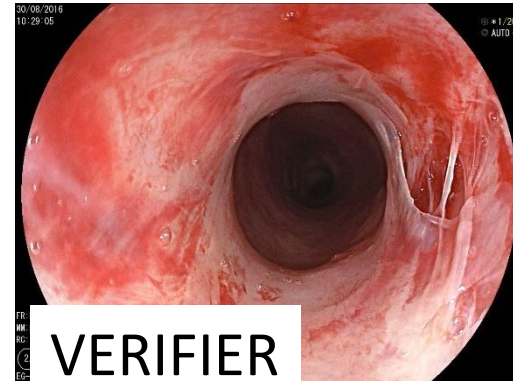
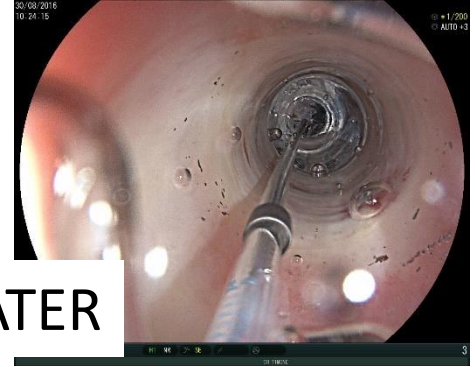
REGLES DE LA DILATATION



EVALUER LA
STENOSE



DILATER



VERIFIER

- Objectif: diamètre de 13-15mm
- Pas plus de 3 diamètres successifs de dilateurs par séance
- Intervalles de deux à quatre semaines

EVALUATION DE L'EFFICACITE

- Score de dysphagie
- Diamètre de la sténose après dilatation

RESULTATS

- Efficacité: 85-93%
- Perforation: 2.1-2.6% perforations par patient (0.38-0.53% par session)

EN PRATIQUE

- Ballons plus utilisés que les bougies
- Pas d'arguments: meilleure visibilité? Moins risqué? (moins de sensation...)

ECHEC DE LA DILATATION

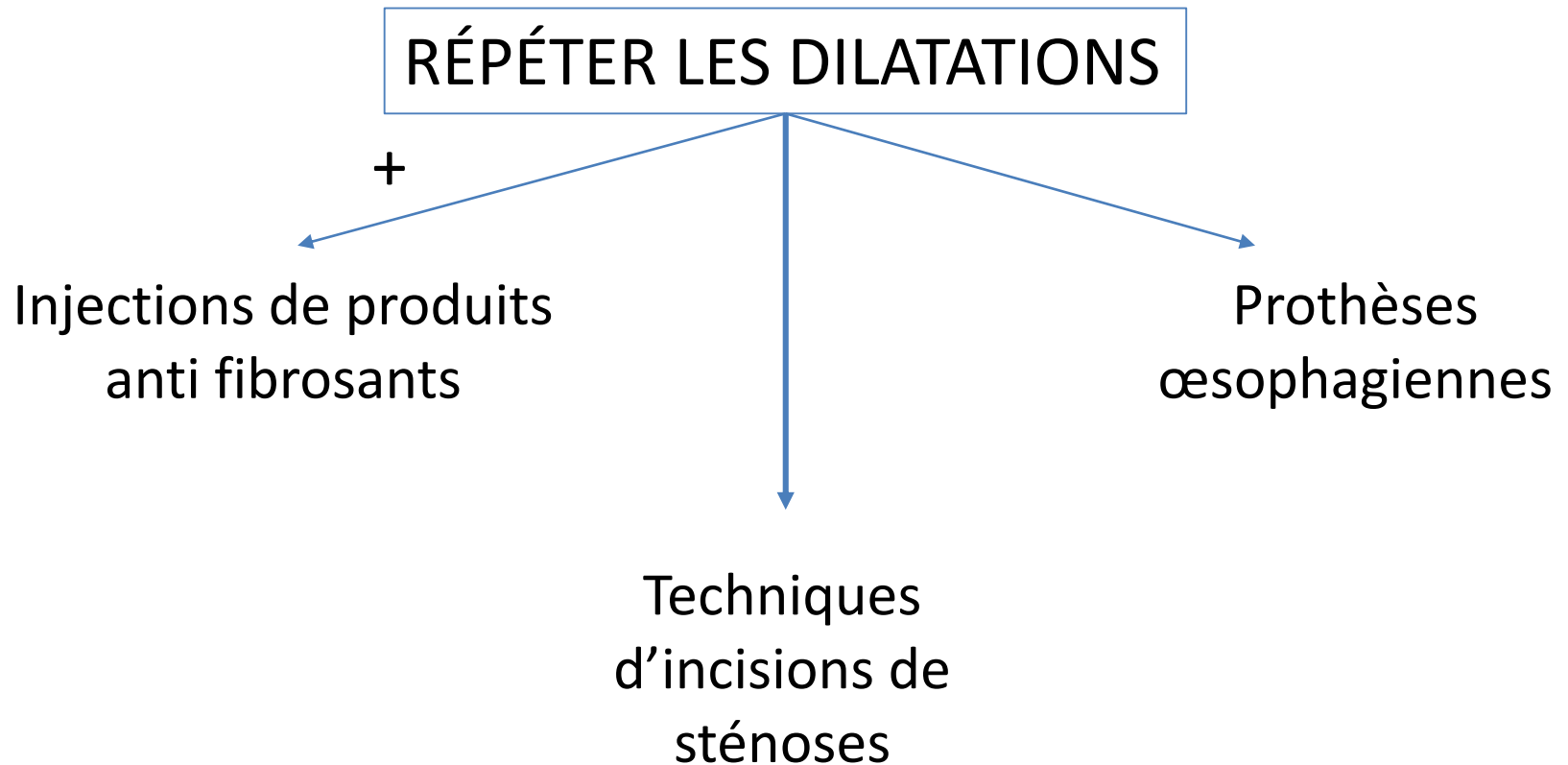
STÉNOSES RÉFRACTAIRES

- et/ou • dysphagie de grade II
- impossibilité d'obtenir un diamètre ≥ 14 mm après 5 sessions de dilatations espacées de 2 semaines

STÉNOSES RÉCIDIVANTES

Impossibilité de maintenir un diamètre sténotique satisfaisant au moins 4 semaines après avoir atteint une cible de 14mm

TRAITEMENT DES STÉNOSES RÉFRACTAIRES



PRODUITS ANTI FIBROSANTS

CORTISONE

- Injection dans les 4 quadrants de la sténose
- 0,5 ml de triamcinolone (Kenacort retard 40mg/ml)
- Plutôt après la dilatation
- Eviter la musculature
- Etudes RC dilatation +/- injection:
 - Diminution du nombre de dilatation
 - Augmentation du temps sans dysphagie

Ramage JJ. Am J Gastroenterol. 2005;100:2419–25

MITOMYCINE C

- Sténoses caustique réfractaires (enfant)
- Application d'une compresse imbibée de MMC
- Eviter tout contact avec muqueuse saine (cap++)

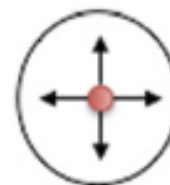
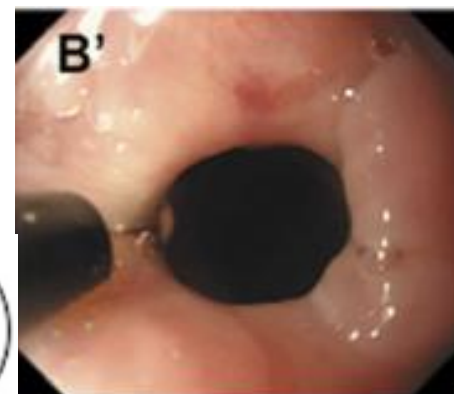


INCISION RADIAIRE DES STÉNOSES

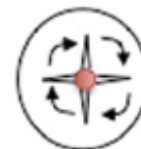
- Sténoses anastomotiques et anneaux de Schatzki
- Toujours en deuxième intention
- Aiguille pré-coupe / Couteau ESD

➤ 80-93% de succès
➤ 0-3,5% de perforations

Incision radiaire



Incision
circonférentielle

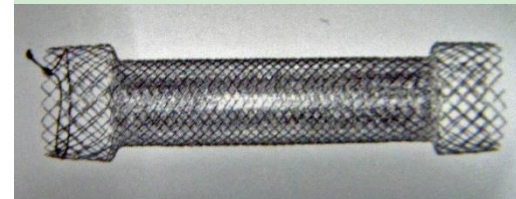


PROTHESES OESOPHAGIENNES

Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline

Spaander MCW. Endoscopy. 2016 Oct;48(10):939-48

- Prothèses métalliques auto expansives totalement couvertes (FCSEMS)
- Prothèses bio dégradables
(*Plus de place pour les prothèses plastiques*)



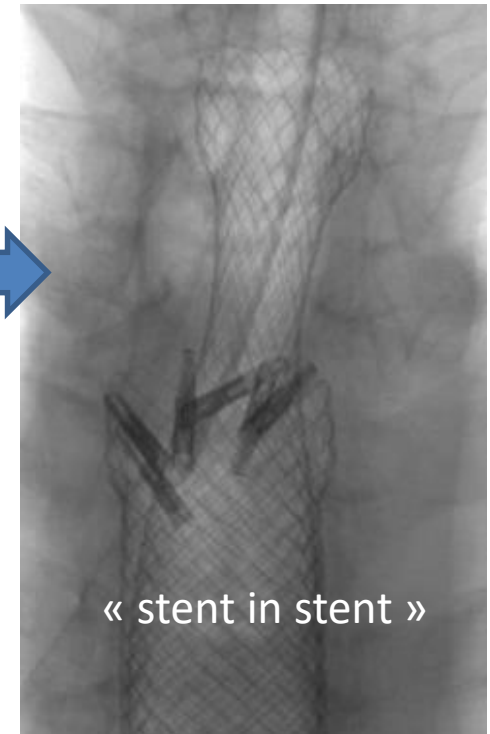
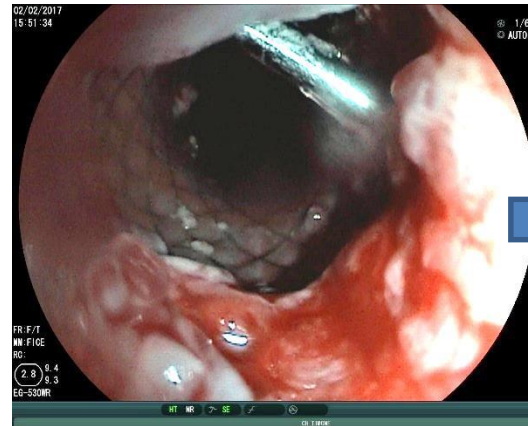
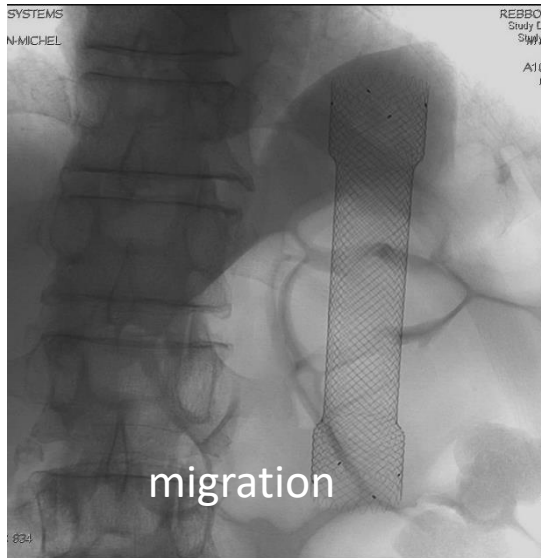
Toujours en deuxième intention
4-6 semaines (max 3 mois)

Pas de différences entre FCSEMS et prothèses biodégradables

Efficacité globale: 40,5%

Complications:

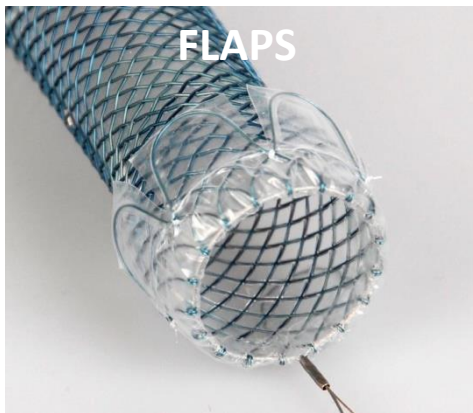
Migrations (28%), impactions, hémorragies, perforations



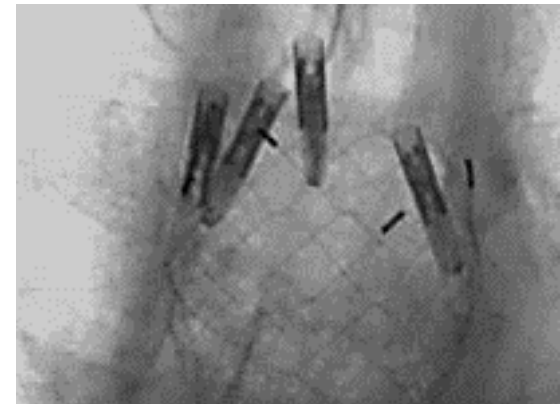
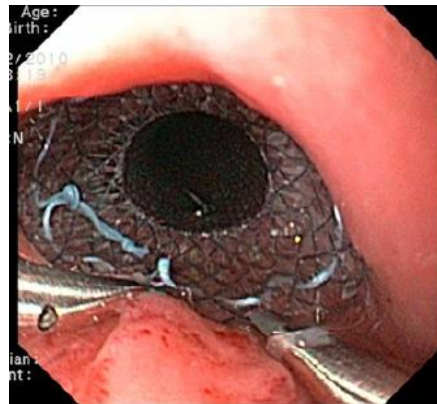
EVITER LA MIGRATION?



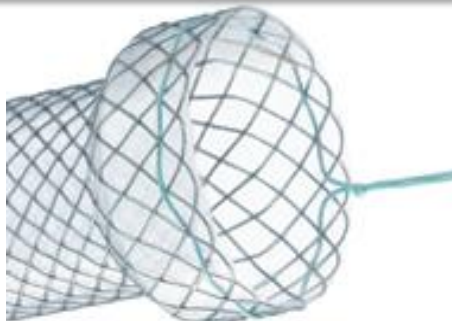
Pose de 2 à 4 clips au pole supérieur



Aucun bénéfice démontré



- Pas de difficulté pour le retrait
- Diminution du risque de migration



COLLERETTES

Facteur indépendant de prévention de la migration (OR=2,3)

STENOSES POST ESD

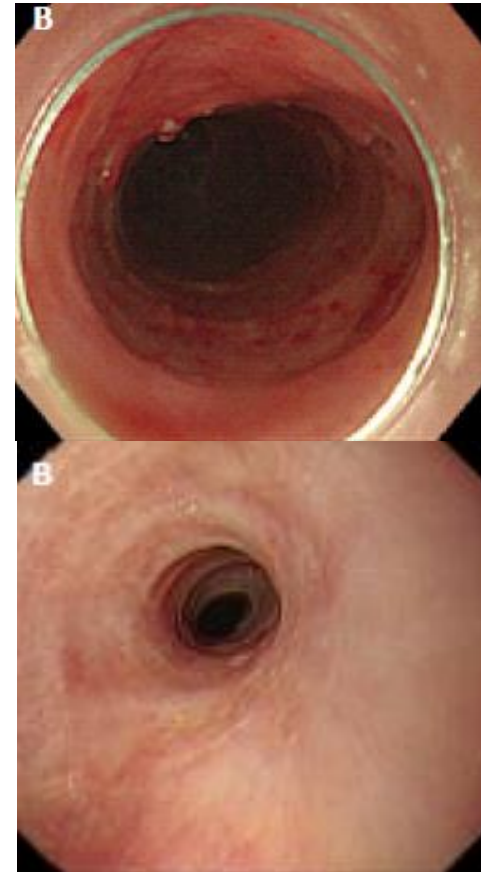
Risque majeur de sténose (90%):

- $> \frac{3}{4}$ de la circonférence
- > 40 mm
- tiers supérieur

Dilatation :

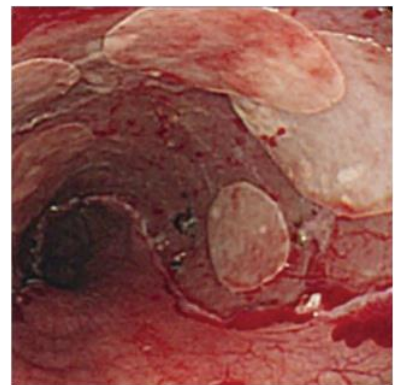
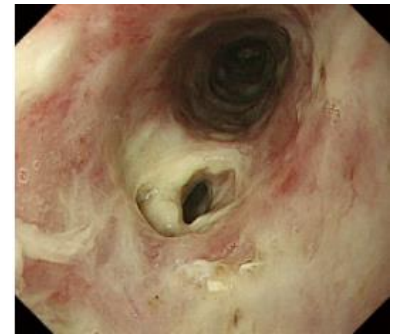
- Plus risquées (1,1 vs 0,4%)
- Auto entretien la fibrose?

Pas d'incision radiaire ++



PREVENTION DES STENOSES

- Injections de corticoïdes
 - Efficacité?
 - Complications (abcès/perforations)
- Prothèses:
 - Pas de bénéfice. Difficulté pour le suivi?
- Corticothérapie orale
 - 0,5mg/kg/j à J2
 - 31,2 vs 7,3% $p < 0,001$
- Perspectives:
 - Tranilast (N Ac Cyst)
 - Membranes de polyethylene glycol
 - Transplantation de cellules autologues



ÉCHEC OU RÉCIDIVE APRES TRAITEMENT D'UNE STENOSE REFRACTAIRE

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER

DILATER



MAIS POSSIBILITE DE SUCCES

CHIRURGIE

- Anastomose oesogastrique
- Anastomose oeso jejunale/colique



Mais 41,7% de risque de sténose post op



AUTO BOUGINAGE

Patients et sténoses « sélectionnés »

CONCLUSIONS

- DILATATION ENDOSCOPIQUE = première étape du traitement des sténoses
 - Ballon ou bougies
 - Objectifs : diamètre 15mm, donc répéter les séances
- Réserver l'utilisation des prothèses aux sténoses réfractaires
 - Métalliques totalement couvertes +/- biodégradables
 - Clips pour limiter la migration (30%)
 - Durée limitée ++++ (3 mois)
- Efficacité de l'incision radiaire des sténoses courtes
 - En deuxième intention
 - Endoscopie interventionnelle
- Prévention des sténoses post ESD
 - Pas d'attitude consensuelle. Expérience des experts

POINTS FORTS

- Les causes classiques de sténoses bénignes sont les sténoses peptiques, anastomotiques, radiques et caustiques. Il faut y associer maintenant les sténoses secondaires aux résections par dissection sous muqueuse
- La première étape de traitement est une dilatation à la bougie ou au ballon dilatateur. L'échec de ce premier traitement constitue la base de la définition des sténoses réfractaires
- Le traitement des sténoses réfractaires fait appel aux injections de corticoïdes dans la sténose, aux prothèses et à la technique d'incision radiale
- Les prothèses ne sont pas recommandées en première intention et sont toujours temporaires. Leur efficacité est limitée et le taux de migration est proche de 30% quel que soit le type de prothèse, plastique, métallique et biodégradable
- Les sténoses anastomotiques et anneaux de Schatzki sont une bonne indication de traitement par incision radiaire