



TRAITEMENTS ENDOSCOPIQUES PALLIATIFS DES STENOSES TUMORALES DU TUBE DIGESTIF

Dr Adrien Sportes

Institut Arnault Tzanck

St Laurent du Var

Liens d'intérêt en relation avec votre présentation

Aucun lien d'intérêt

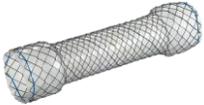
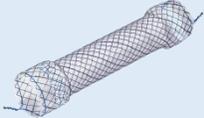
Objectifs pédagogiques

- Connaître les indications et contre-indications du traitement prothétique en fonction de la situation anatomique
- Connaître les résultats à court et long terme du traitement prothétique
- Connaître les alternatives thérapeutiques endoscopiques du traitement prothétique
- Connaître la place de la chirurgie en situation palliative

Introduction

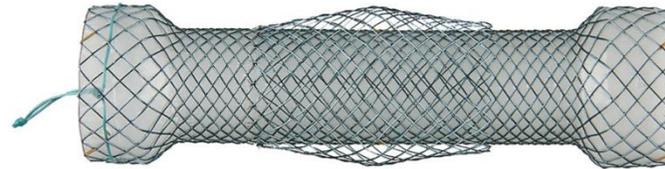
- Les indications d'endoprothèse digestive continuent de se développer depuis plusieurs années en oncologie digestive en complément des traitements conventionnels
- Le choix de la prothèse dépend de la localisation anatomique l'obstacle tumorale et la situation clinique du patient.

Quelle prothèse choisir ?

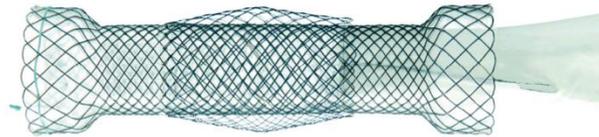
Type de Stent	Indications	Avantages	Inconvénients
<p><u>Non couvert</u></p> 	<ul style="list-style-type: none"> -Sténose duodénale -Sténose maligne du colon 	<ul style="list-style-type: none"> -Très faible risque de migration 	<ul style="list-style-type: none"> -Risque d'obstruction du stent par croissance tumorale intra stent. - Impossible à retirer
<p><u>Entièrement couvert</u></p> 	<ul style="list-style-type: none"> -Sténose maligne œsophagienne en situation palliative. - Obstruction d'un stent non couvert par prolifération tumorale intra stent 	<ul style="list-style-type: none"> -Risque faible d'envahissement tumorale -Facile à retirer 	<ul style="list-style-type: none"> -Risque de migration
<p><u>Partiellement couvert</u></p> 	<ul style="list-style-type: none"> -Réduction du risque de migration chez les patients éligible à un stent entièrement couvert 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible risque de migration 	<ul style="list-style-type: none"> -Envahissement tissulaire au niveau des bords du stent rendant son ablation difficile

Quelle prothèse choisir dans l'oesophage

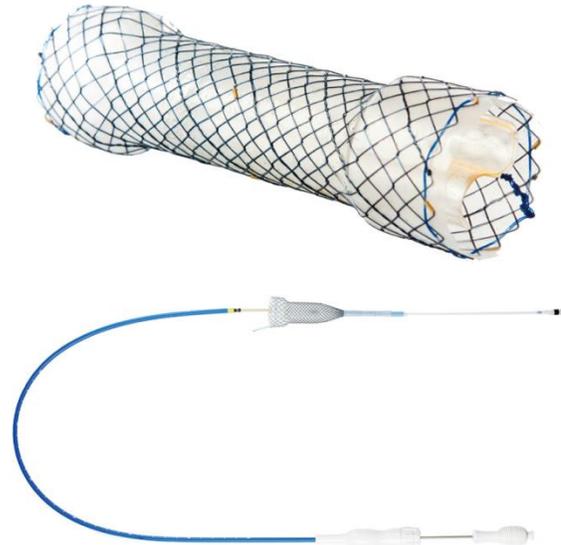
- Anti-Migration:



- Anti reflux:



- Language proximal:



Place des prothèses dans l'oesophage

- Indications

- **Dysphagie d'origine maligne chez les patients non opérable sans projet de radio-chimiothérapie**
 - prothèse entièrement ou partiellement couverte
- **Fistules oeso-trachéales ou oeso-bronchiques d'origine maligne**
 - La mise en place de deux prothèses (œsophagienne et trachéale) peut être envisagé

- Contres indications:

- **Dans l'attente d'une chirurgie ou avant une radio chimiothérapie néo-adjuvante.**
 - Incidence élevée d'effets secondaires, et des alternatives comme la mise en place d'une sonde de nutrition entérale sont préférables
- **Radiothérapie si une prothèse œsophagienne est en place**

Complications dans l'oesophage

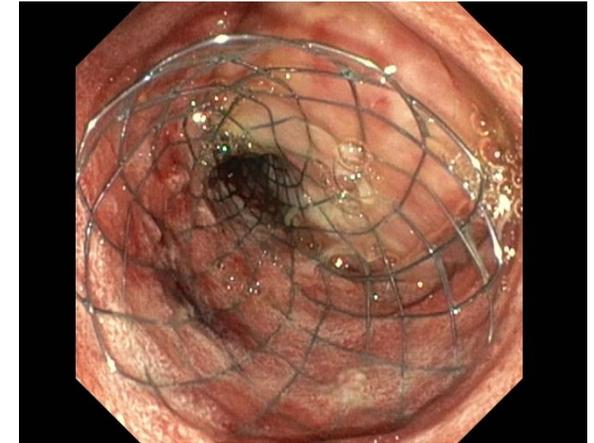
	Total (n=997) (59)
Dysphagie récidivante n (%)	309 (31.0)
• Migration	114 (11.4)
• Envahissement	136 (13.6)
• Impaction alimentaire	70 (7.0)
Complications n (%)	461 (46.2)
<u>Majeurs</u>	207 (20.8)
• Perforation	19 (1.9)
• Hémorragie	80 (7.9)
• Inhalation	51 (5.1)
• Fièvre	49 (4.9)
• Fistule	28 (2.8)
<u>Mineurs</u>	336 (33.7)
• Douleur	299 (30.0)
• Reflux	70 (7.0)



Place des prothèses duodénales

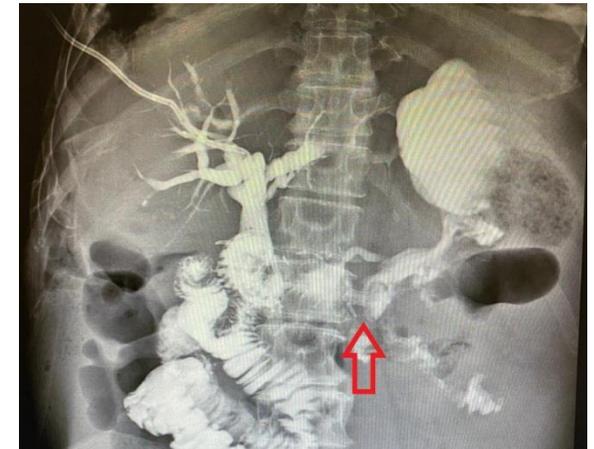
- **Indications:**

- Cancer du pancréas, biliaire, ou gastrique non opérable
 - Prothèse non couverte
 - OMS 2-3



- **Alternatives:**

- Anastomose gastro-jéjunale sous écho-endoscopie
 - Prothèse apposition
 - Place à déterminer



- **Chirurgie:**

- Anastomose gastro-jéjunales sous coelioscopie
- OMS:0-1

Place des prothèses duodénales et alternatives

Étude	Comparaison	Nombre de patients	Succès technique	Succès clinique	Durée hospitalisation (d, reintervention median)	Complications		
Jeurnink et al 2010	Multicentrique Prospective	Duodénale PM vs GJ chirurgicale	PM:21	20/21 (95.2%)	17/21 (80.9%)	7	7/18 (38.8%)	8/21 (38.1%)
			Chirurgie 18	17/18 (94.4%)	14/18 (77.7%)	15	2/18 (11%)	5/21 (23.8%)
Chen et al, 2017	Multicentrique Rétrospective	EUS GE vs Duodénale PM	EUS-GE: 30;	26/30 (86.7%);	25/30 (83.3%);	11.3 ± 6.6;	1/30 (4.3%);	5/30 (16.7%);
			PM: 52	49/52 (94.2%)	35/52 (67.3%)	9.5 ± 8.3	10/52 (28.6%)	6/52 (11.5%)
Khashab et al, 2017	Multicentrique Rétrospective	EUS GE vs Open GJ	EUS-GE: 30;	26/30 (87%);	26/30 (87%);	11.6 ± 6.6;	1/30 (3%);	5/30 (16.7%);
			Open GJ: 63	63/63 (100%)	57/63 (90%)	12 ± 8.2	9/63 (14%)	16/63 (25%)
Perez-Miranda et al (62), 2017	Multicentrique Rétrospective	EUS GE vs Laparoscopic GJ	EUS-GE: 25 ¹	23/25 (88%);	21/25 (90%);	9.4;	NA;	3/25 (12%);
			LGI: 29	29/29 (100%)	28/29 (90%)	8.9	NA	12/29 (41%)
Ge et al (63), 2019	Monocentrique Rétrospective	EUS GE vs Duodenal PM	EUS-GE: 22; PM: 78	22/22 (100%);	21/22 (95.5%);	7.4 ± 9.1;	2/22 (8.3%);	5/22 (20.8%);
				78/78 (100%)	60/78 (76.3%)	7.9 ± 8.2	31/78 (32%)	39/78 (40.2%)

Place des prothèses colique

- **Indication:**

- Cancer colorectal obstructif en situation palliative
 - prothèses métalliques auto-expansibles non couvertes afin de limiter le risque de migration
 - 4cm au moins plus longue que la sténose
 - Les endoprothèses doivent être évitées dans les sténoses du bas/moyen rectum, car il existe un risque de syndrome rectal lié à l'endoprothèse et l'efficacité clinique est inférieure à celle des endoprothèses pour les sténoses du côlon gauche (55, 56).

- **Contres indications:**

- Absence d'occlusion, même lorsque la tumeur n'est pas franchissable
- Patient sous angiogénique
- Patient dans le cadre d'une prise en charge curatrice

Place des prothèses colique

- **Bridge to Surgery** ou « pont vers la chirurgie »
 - Alternative, si la chirurgie première n'est pas possible ou à très haut risque
 - Cependant:
 - Données de la littérature sur l'impact pronostique de la mise en place d'une endoprothèse comme « pont vers la chirurgie » sont contradictoires
 - Avantage potentiel de cette approche, dans une stratégie carcinologique à visée curative inconnue
 - Discordance entre les recommandation du TNCD et ESGE
 - Une concertation médico-chirurgicale doit avoir lieu avant toute décision de pose d'une endoprothèse colique dans cette indication,

Points forts

- Lorsqu'une chirurgie à visée curative est programmée, la pose d'une prothèse œsophagienne n'est pas recommandée
- La pose d'une prothèse œsophagienne concomitante à l'utilisation de radiothérapie ou de chimiothérapie doit être discutée au cas par cas avec l'oncologue compte tenu du risque d'événements indésirables.
- Une prothèse œsophagienne entièrement ou partiellement couverte peut être indiquée en situation palliative en cas de sténose maligne symptomatique
- En cas de sténose duodénale néoplasique symptomatique, la pose d'une endoprothèse est à privilégier.
- En cas de cancer colique gauche obstructif en situation palliative les endoprothèses non couvertes sont une alternative à la colostomie.