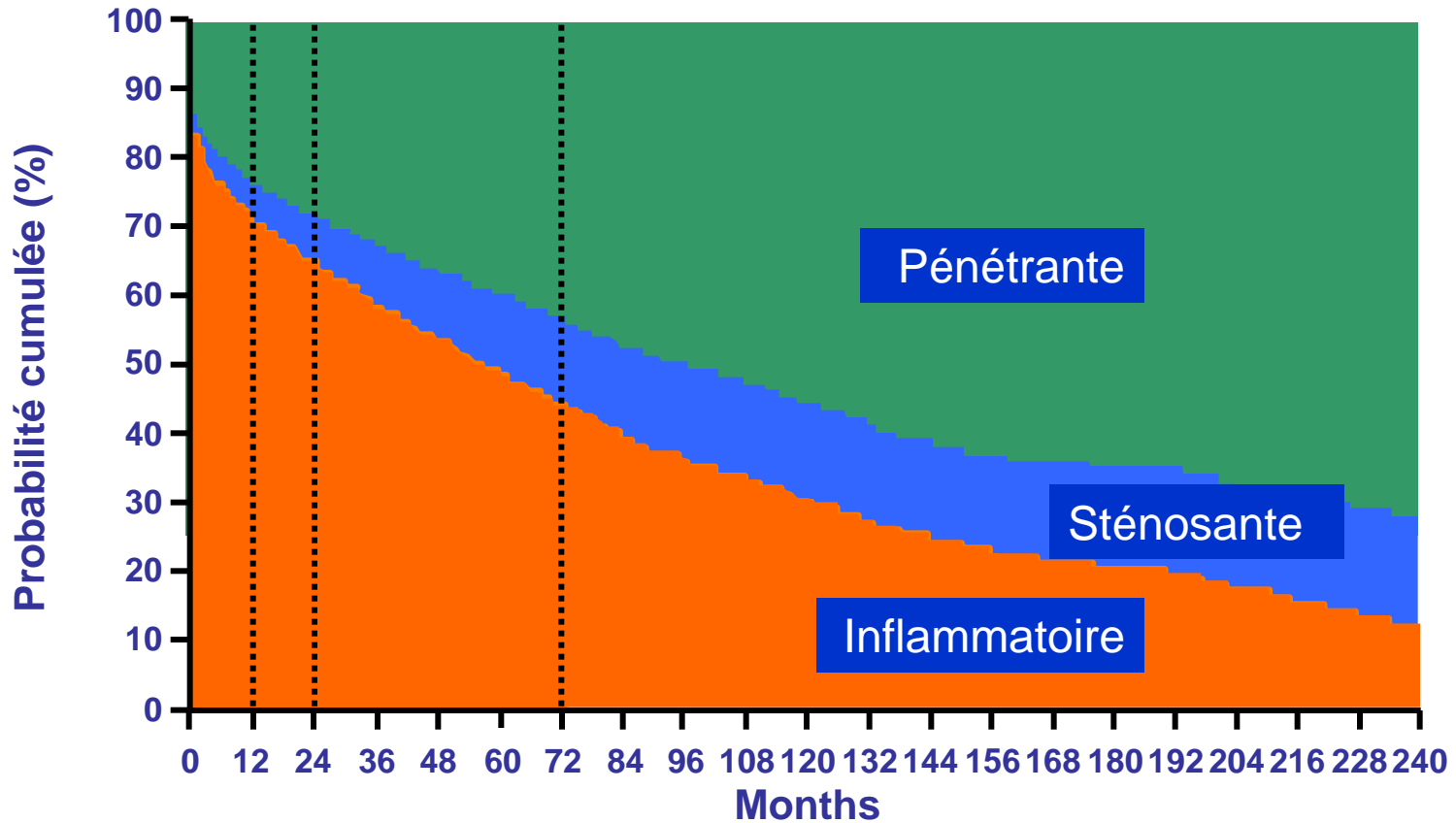


Yoram BOUHNİK

Endoscopie interventionnelle et MICI

- Connaître les différents traitements endoscopiques au cours des MICI
- Connaître leurs risques
- Connaître leur place par rapport aux traitements classiques
- Traitement endoscopique des sténoses intestinales
- Traitement endoscopique des lésions dysplasiques

Probabilité de survenue d'une sténose (sans fistule associée) au cours de la MC



Patients à risque

N = 2002

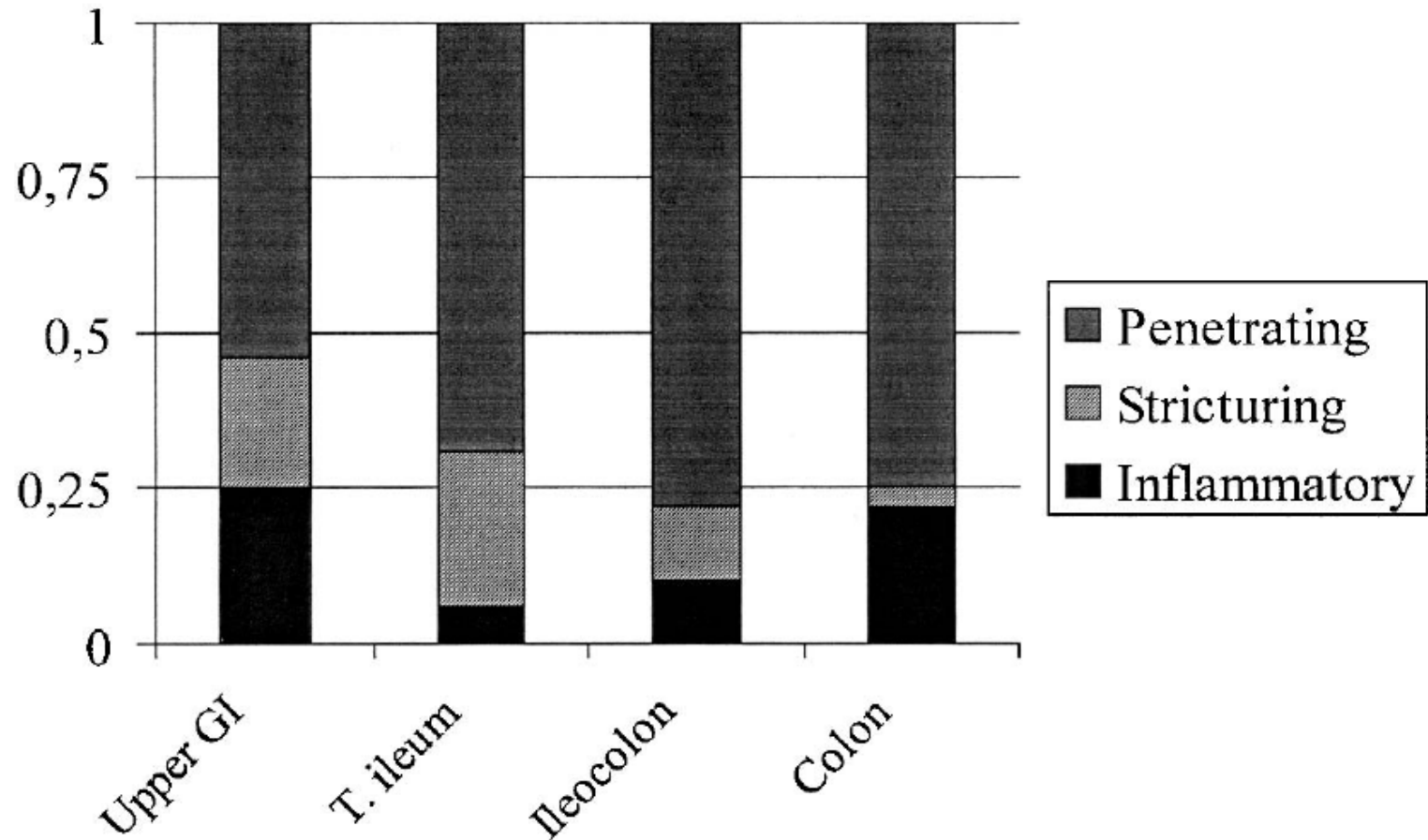
552

229

95

37

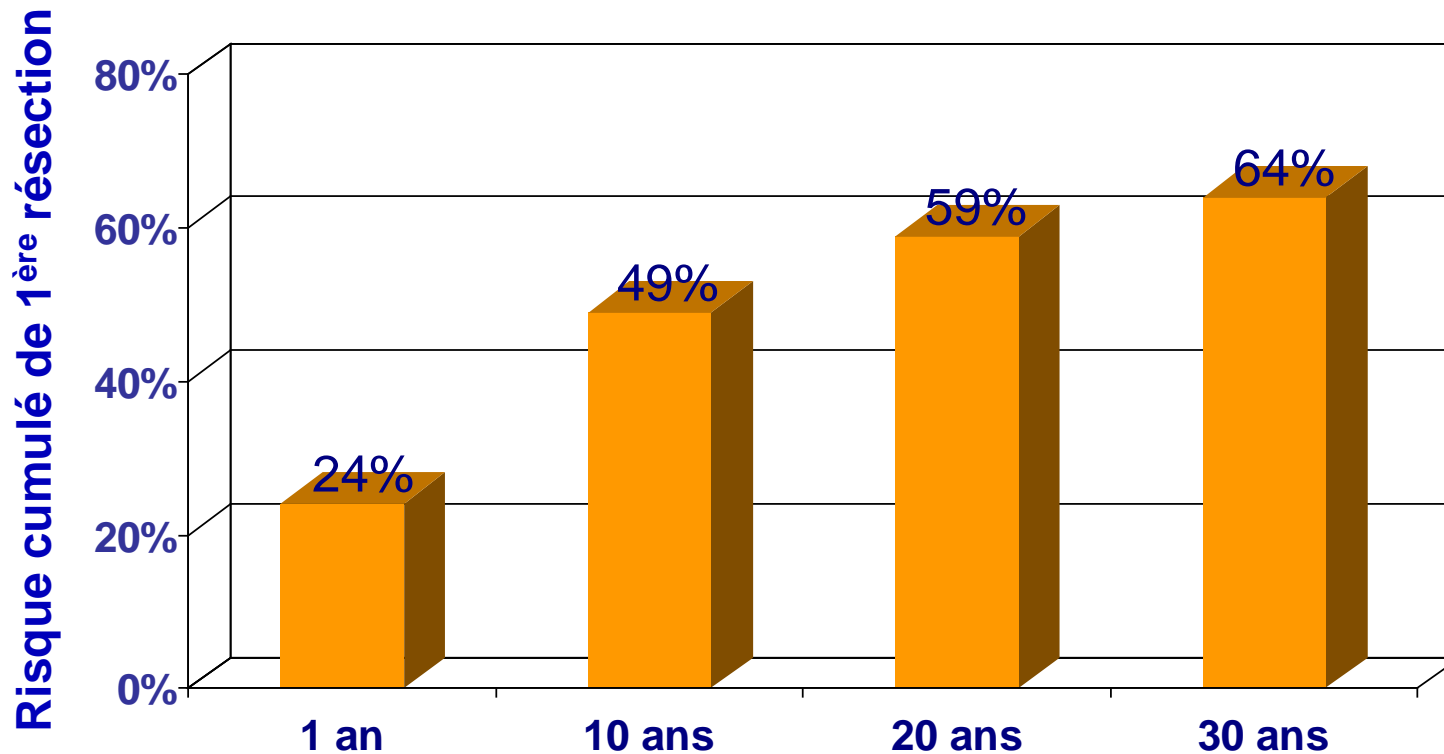
Phénotype de la maladie de Crohn 20 ans après le diagnostic en fonction de la topographie initiale des lésions (n=2002)



Risque de chirurgie au cours de la maladie de Crohn dans une étude en population

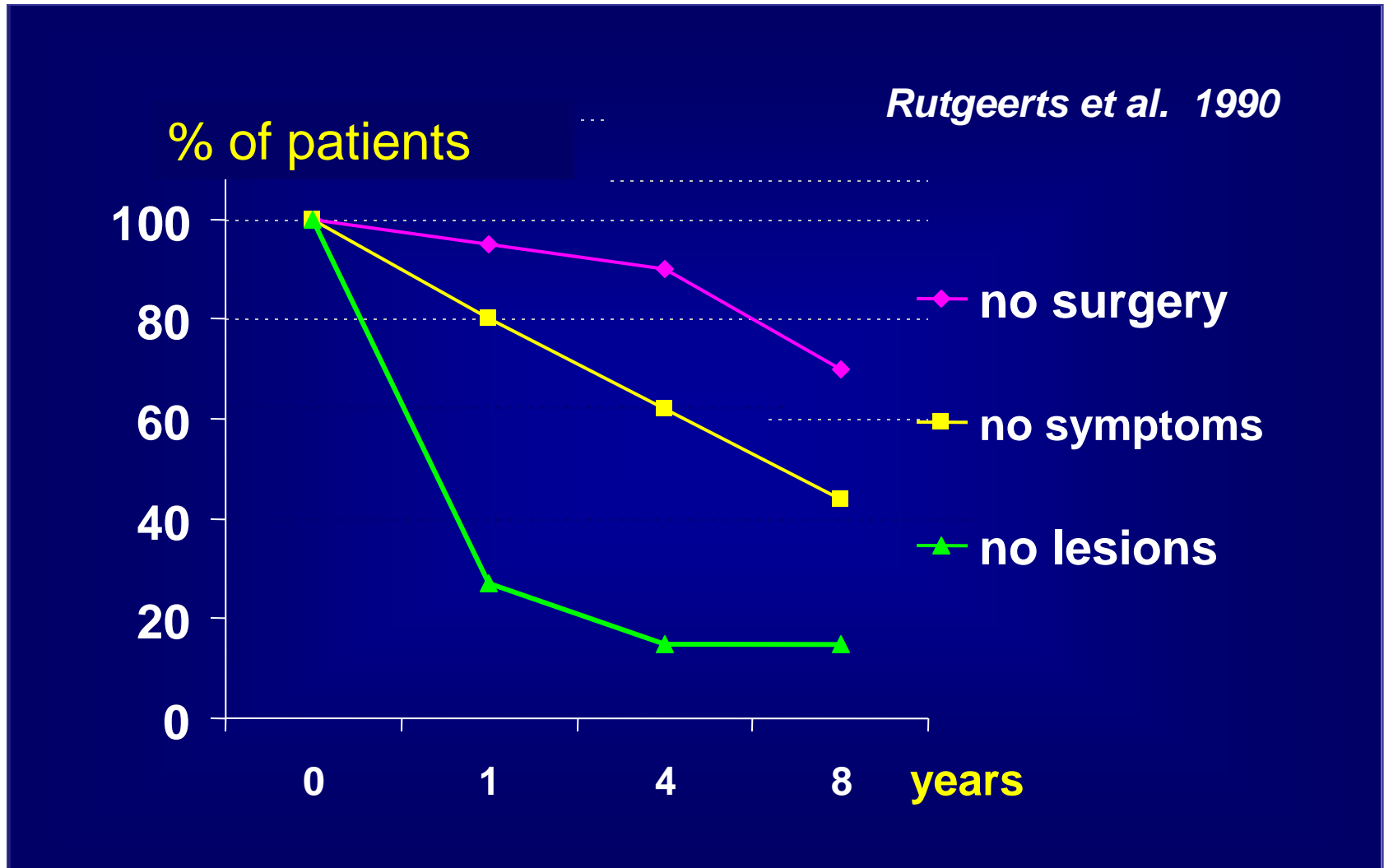
Olmsted County, Minnesota (1940 – 2001)

Cas incidents, n=314; Suivi 13.2 (0.1-58) ans; Chirurgie 58%



Dhillon S et al. AJG 2005;100:S303

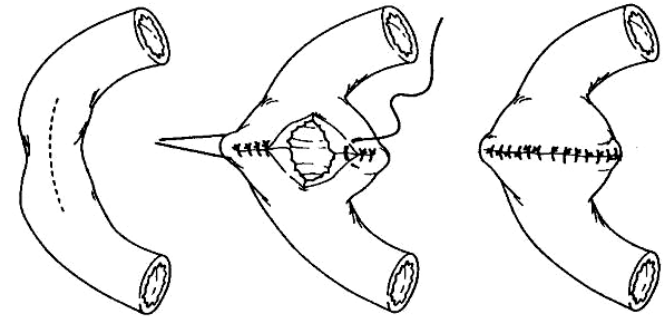
...To cut is not to cure...



Fibrotic disease phenotype preserved in post-operative recurrence!!

Strictureplastie

- Technique:
 - Incision longitudinale et fermeture transversale en pyloroplastie
- Indications:
 - Sténoses courtes < 5 cm (+++) multiples
 - Atteintes étagées du grêle
 - Réintervention pour récurrence
- Résections multiples ou stricturoplasties ?
 - Pas d'étude randomisée, mais:
 - Taux de récurrence similaire:
 - Récurrence dans d'autres sites que les stricturoplasties (+++)
 - Pas de surmorbidity si multiples stricturoplasties
 - Le plus souvent: résections multiples ± stricturoplasties



Endoscopie interventionnelle et MICI

Cas clinique

- Homme 32 ans
 - 2003 : Résection iléocaecale; Traitement préventif des rechutes
 - 2006 : Syndrome de König, sténose anastomotique ulcérée 2 cm, non compliquée, absence de syndrome inflammatoire biologique, Echec des corticoïdes oraux
- Quel traitement proposer ?

Crohn iléal + Sténose anastomotique



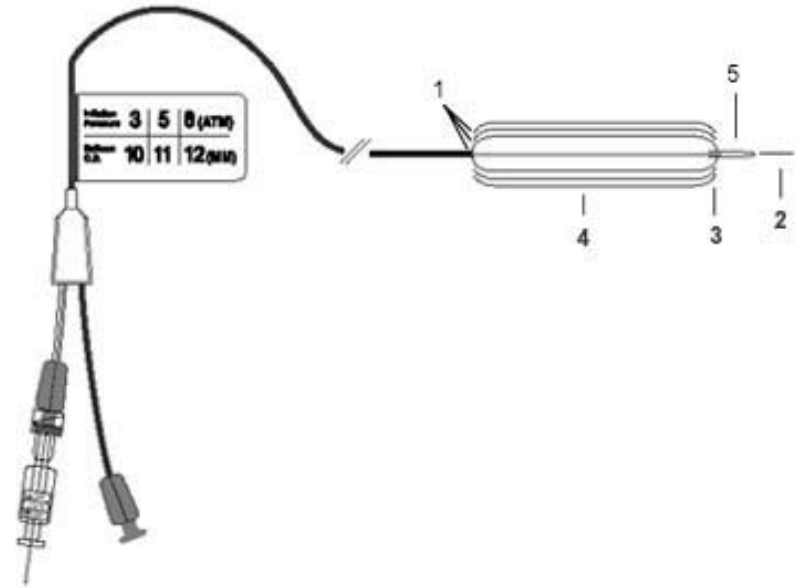
Traitement endoscopique ou chirurgical en fonction des caractéristiques de la sténose

Endoscopie	Chirurgie
Accessible en endoscopie	Non accessible
Anastomotique	De Novo
Axiale \pm angulaire	Non cathéterisable
Unique	Multiple
< 6 cm	> 6 cm
Absence de complications associées	Complications / abcès, fistules

→ Indication de choix du traitement endoscopique = sténose anastomotique cicatricielle (courte, unique, axiale)

Conditions requises pour dilatation endoscopique

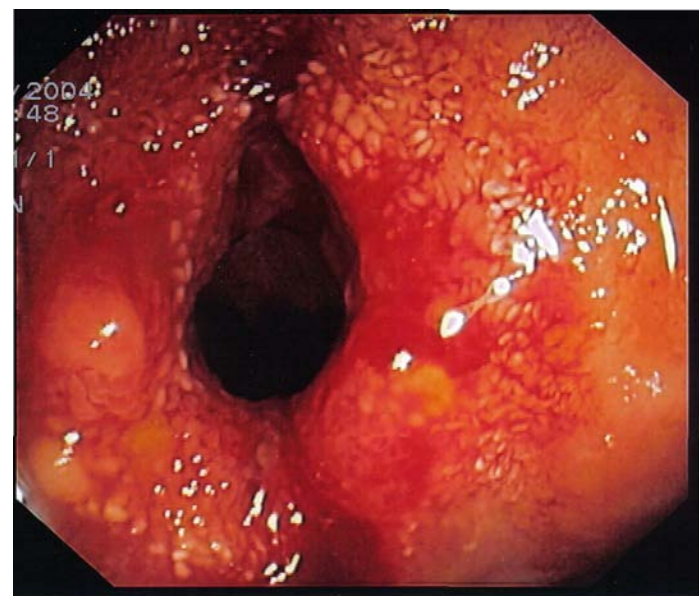
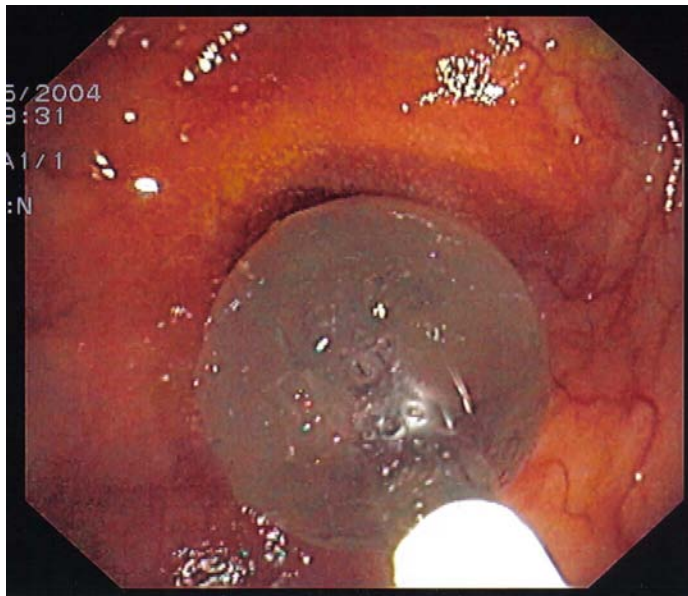
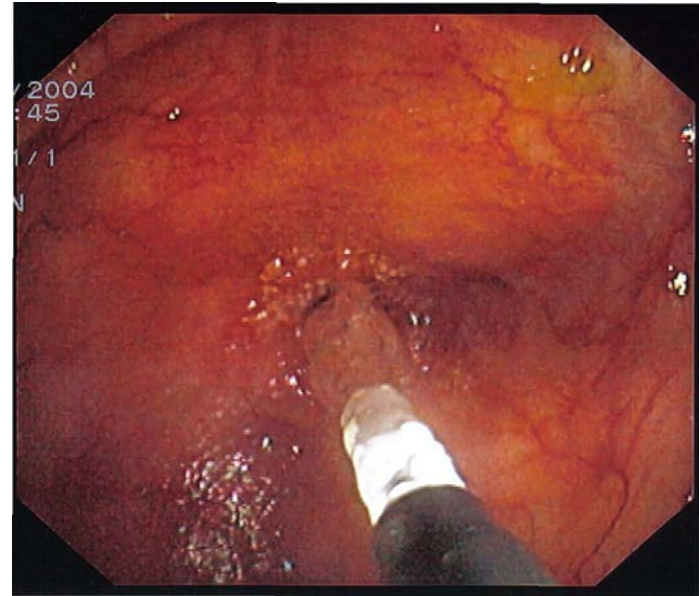
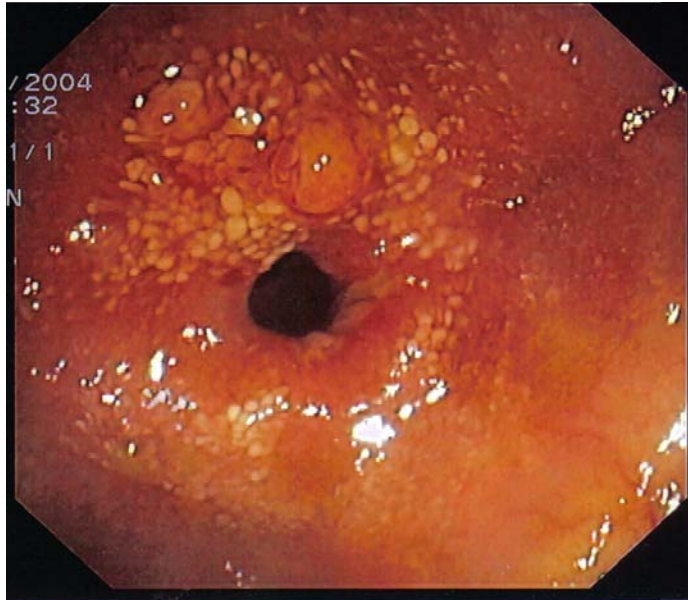
- Préparation colique au PEG® prudente
- Au mieux, en salle de scopie:
 - opacification de la sténose
 - exclure une fistule
- Ballonnets si besoin sur fil-guide
- diamètres disponibles variables 9 - > 20 mm



Copyright © 2003 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All Rights Reserved.



Dilatation endoscopique au ballonnet



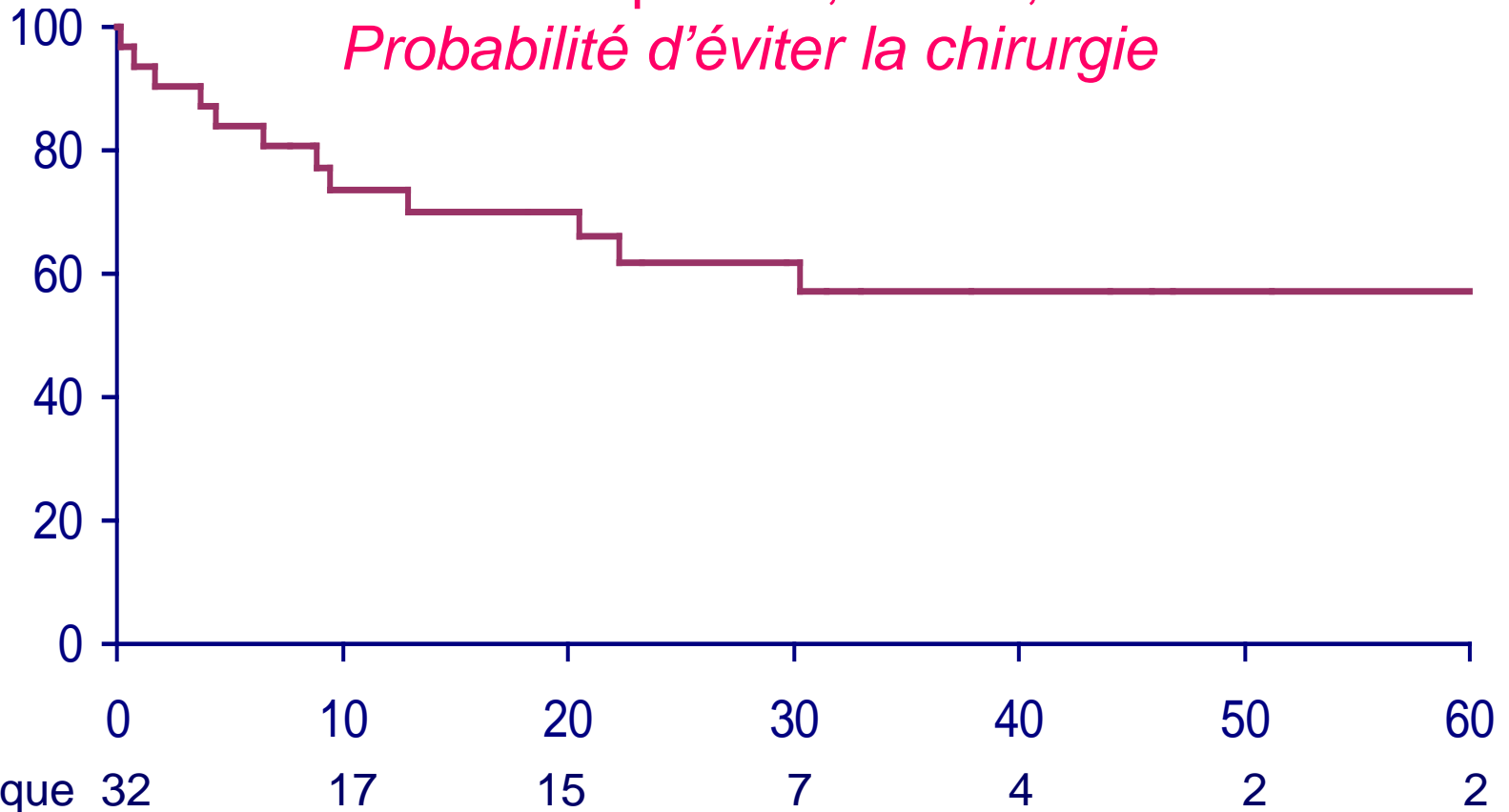
Dilatation endoscopique des sténoses

Auteur	n	% st. anas- tomose	Succès Court terme	Récidive Symptom. (mois)	Complications (perfor.)
Blomberg 1991	27	100%	85%	33% (19)	15% (7)
Couckuyt 1995	55	62%	90%	62% (34)	11% (11)
Raedler 1997	30	NS	NS	53% (12) 20% (bud)	NS
Sabaté 2003	38	68%	84%	63% (60)	9%
Thomas- Gibson 2003	59	95%	NS	41% (29)	2%
Morini 2003	43	72%	79%	42 (64)	6% (0)
Singh 2003	17	24%	96%	76% (18)	10%
Ferlitsch 2006	39	59%	95%	69% (36)	4% (3)

Dilatation endoscopique

Expérience Beaujon - Saint-Louis

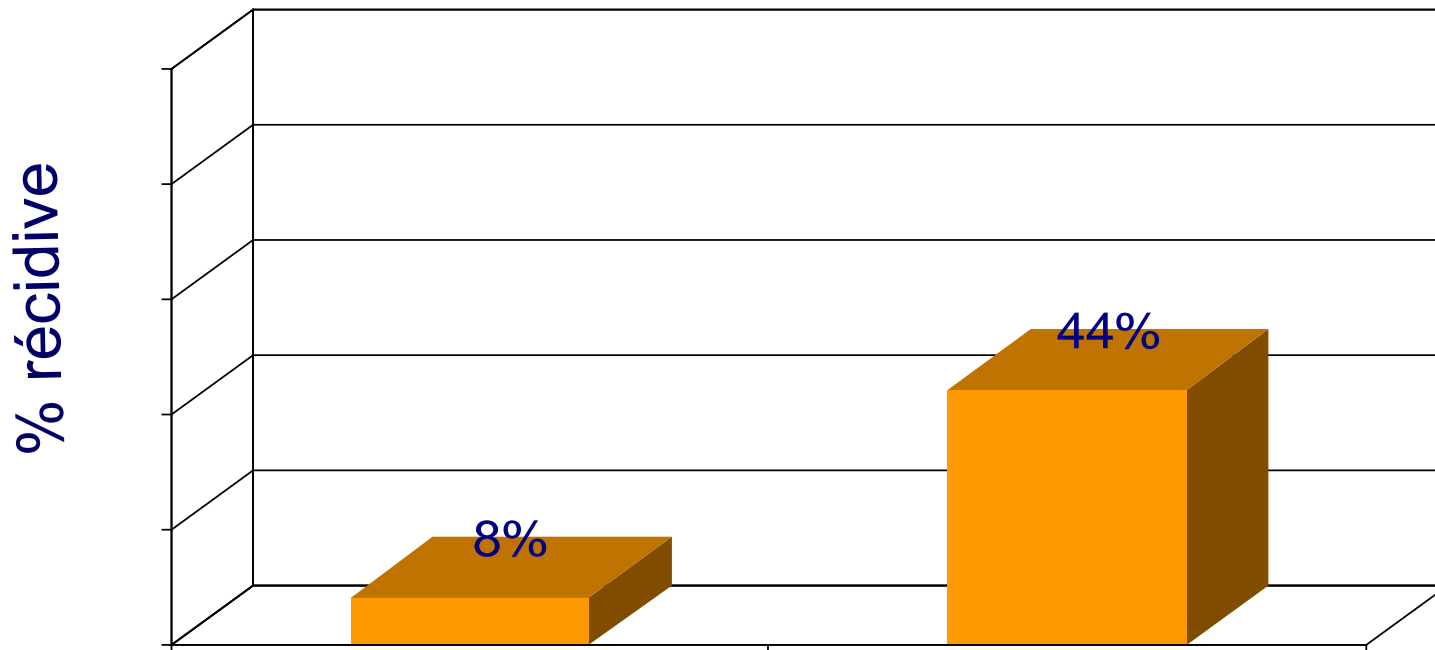
Étude rétrospective, Crohn, n=38
Probabilité d'éviter la chirurgie



Prévention de la re-sténose

Injection locale de corticoïdes

Série de cas, n=18, Suivi 20 (4 –45) mois
Traitement par DH seule ou DH+corticoïdes



Prothèses endoscopiques extractibles et sténoses de MC



- 7 patients, sténose anastomotique symptomatique, longueur 31 (10 – 60) mm
- Prothèse introduite par le canal opérateur, sous contrôle scopique (n=6)

■ Résultats

▶ Succès technique : 6/7

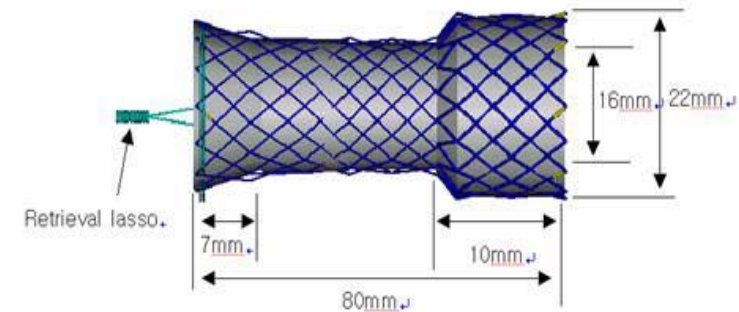
▶ Extraction :

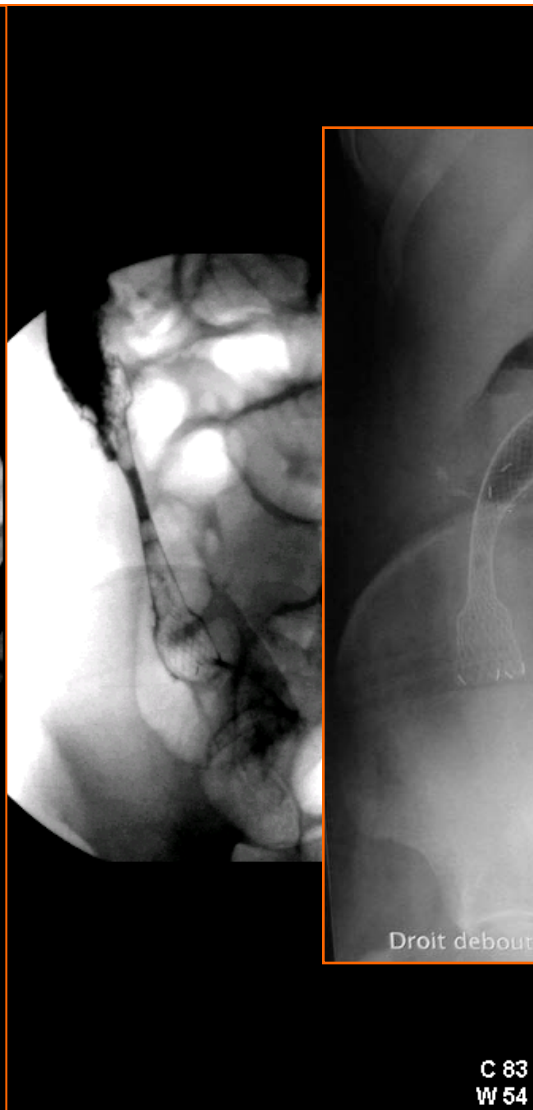
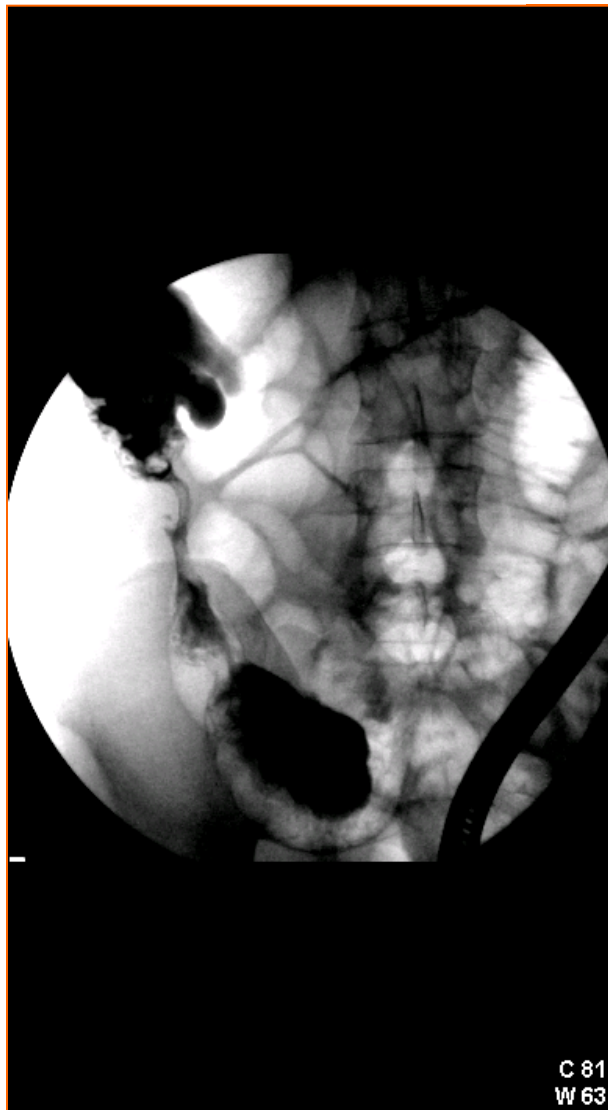
- ◆ Migration < J4 4/6
- ◆ Incarcération S5 1/6
- ◆ Retrait endoscopique S3 1/6

▶ Amélioration fonctionnelle immédiate: 5/6

▶ Suivi :

- ◆ 2 rechutes : S2, M12
- ◆ 3 asymptomatique : 14 – 23 mois





Contrôle radiologique avant, immédiatement et 3 jours après pose de prothèse

Traitement endoscopique des sténoses

Quid des sténoses coliques (RCH++) ?

- Fréquence : 3-11%
- Risque de cancer : 7-49%
- Critères de malignité :
 - Survenue > 20 ans d'évolution
 - Siège en amont angle colique G
 - Présence de symptômes obstructifs
- → Biopsies +++



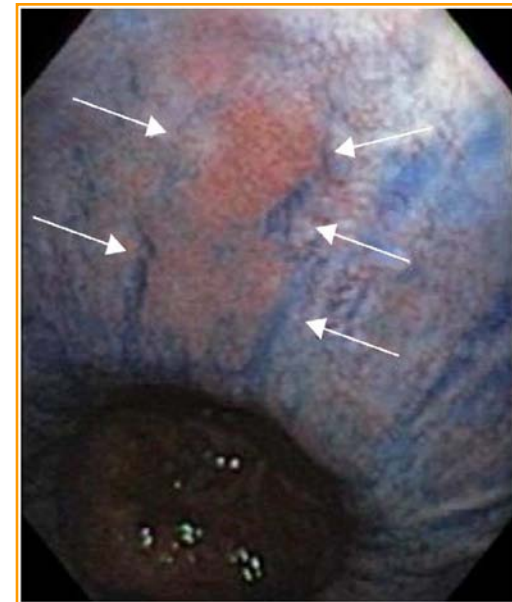
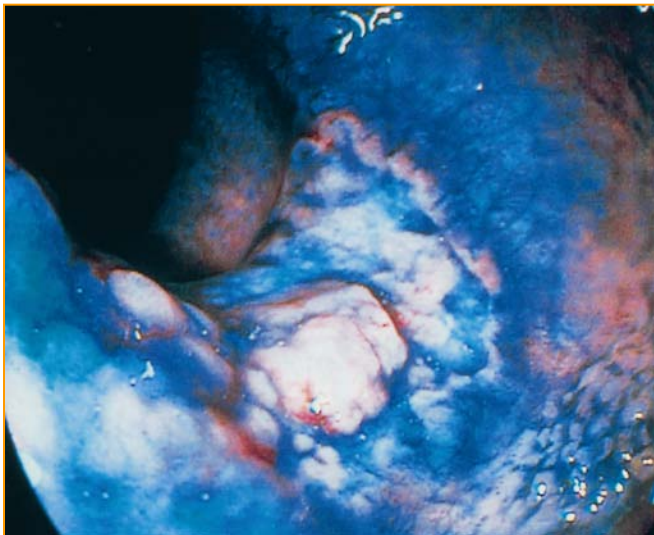
Traitement endoscopique des sténoses

Quid des sténoses coliques (RCH++) ?

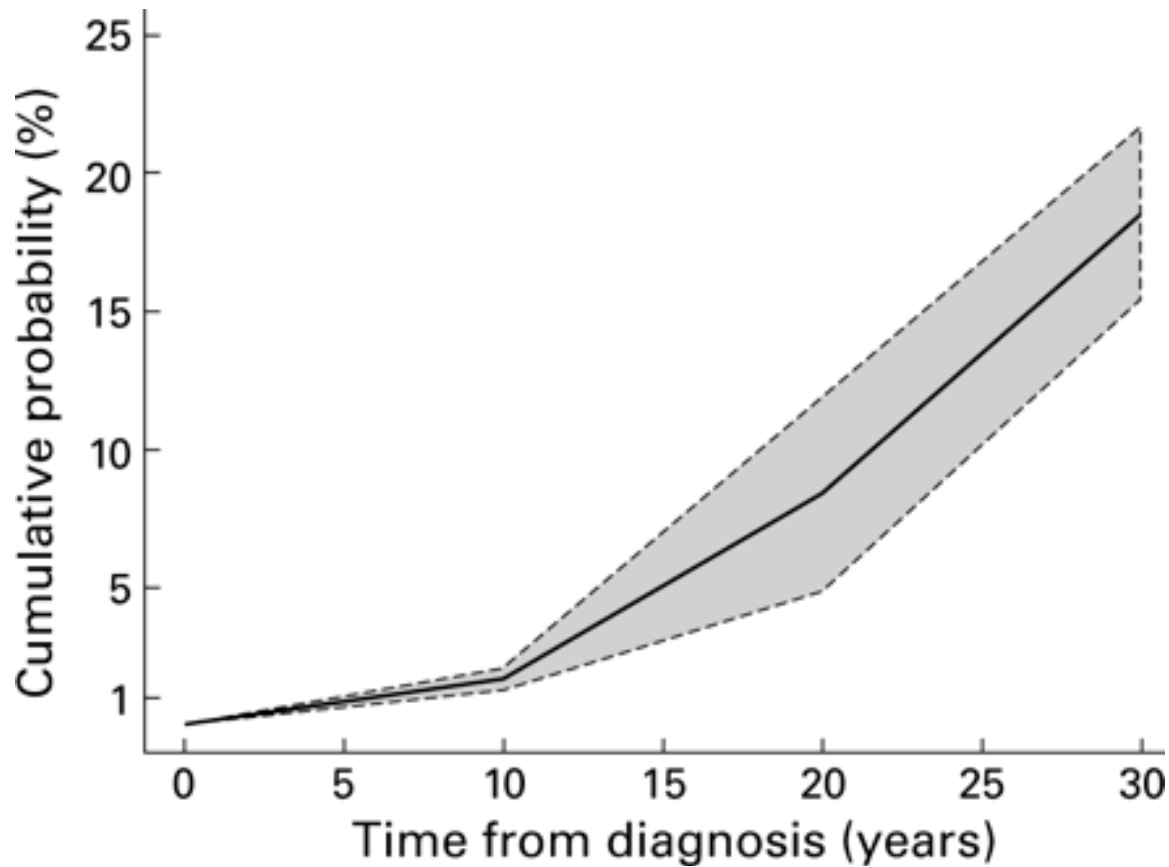
- Aspects endoscopiques suspects de malignité :
 - *berges rigides et tranchantes*
 - *lumière excentrée*
 - *limites brutales*
 - *nodules dans la sténose et sur les berges*
 - *caractère infranchissable*
- Recommandations :
 - *Biopsies sur les berges et dans la sténose*
 - *Si sténose infranchissable, ne pas forcer*
 - *Si aspect suspect et biopsies non contributives, proposer un traitement chirurgical*



Traitement endoscopique des lésions dysplasiques



Risque cumulé de CCR au cours de la RCH



Passé le cap de 7-10 ans d'évolution, le risque est supposé augmenter de 0,5 à 1 % chaque année

Dépistage endoscopique de la dysplasie

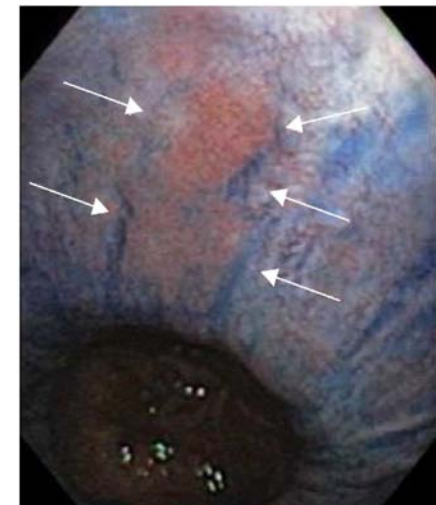
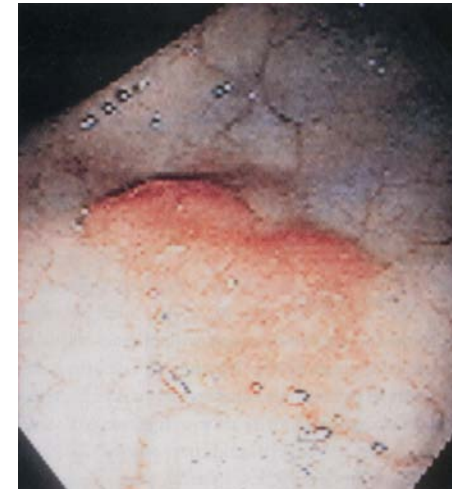
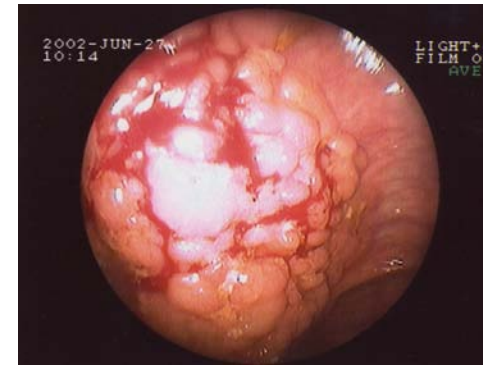
Conditions requises

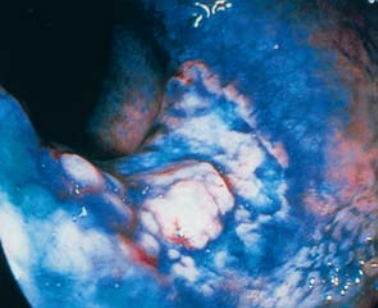
- a. malade en rémission clinique
- b. préparation colique impeccable
- c. Cathéter-spray pour panchromoendoscopie (IC 0.25%)
- d. Schéma précis d'étiquetage des prélèvements systématiques et ciblés
- e. Si possible, coloscope zoom pour reconnaître les lésions et les classer selon Kudo, s'assurer, après résection de la lésion, de la disparition de tout résidu dysplasique macroscopique
- f. Nécessaire pour tatouage (pour mieux repérer les risques de récurrence)
- g. Connaître les lésions susceptibles d'être retrouvées
- h. disposer du matériel requis pour le traitement endoscopique d'éventuelles lésions et complications

Classification endoscopique des lésions de dysplasie au cours des MICI

On distingue :

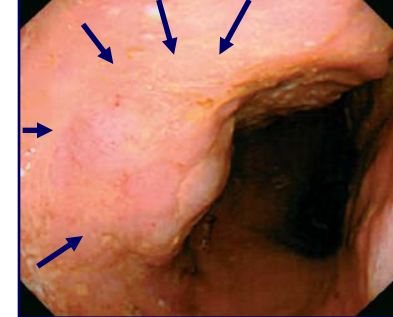
- ▶ les **DALM** (*dysplasia associated lesion or mass*) caractérisées par la présence de lésions dysplasiques au sein d'une muqueuse surélevée et inflammatoire
- ▶ les **ALM** = **polypes adénomateux** sur muqueuse normale ou inflammatoire
- ▶ les **Pseudopolypes** (absence de dysplasie mais muqueuse inflammatoire)
- ▶ les **dysplasies** sur muqueuse plane





ALM versus DALM

Mucosectomie ou Colectomie ?



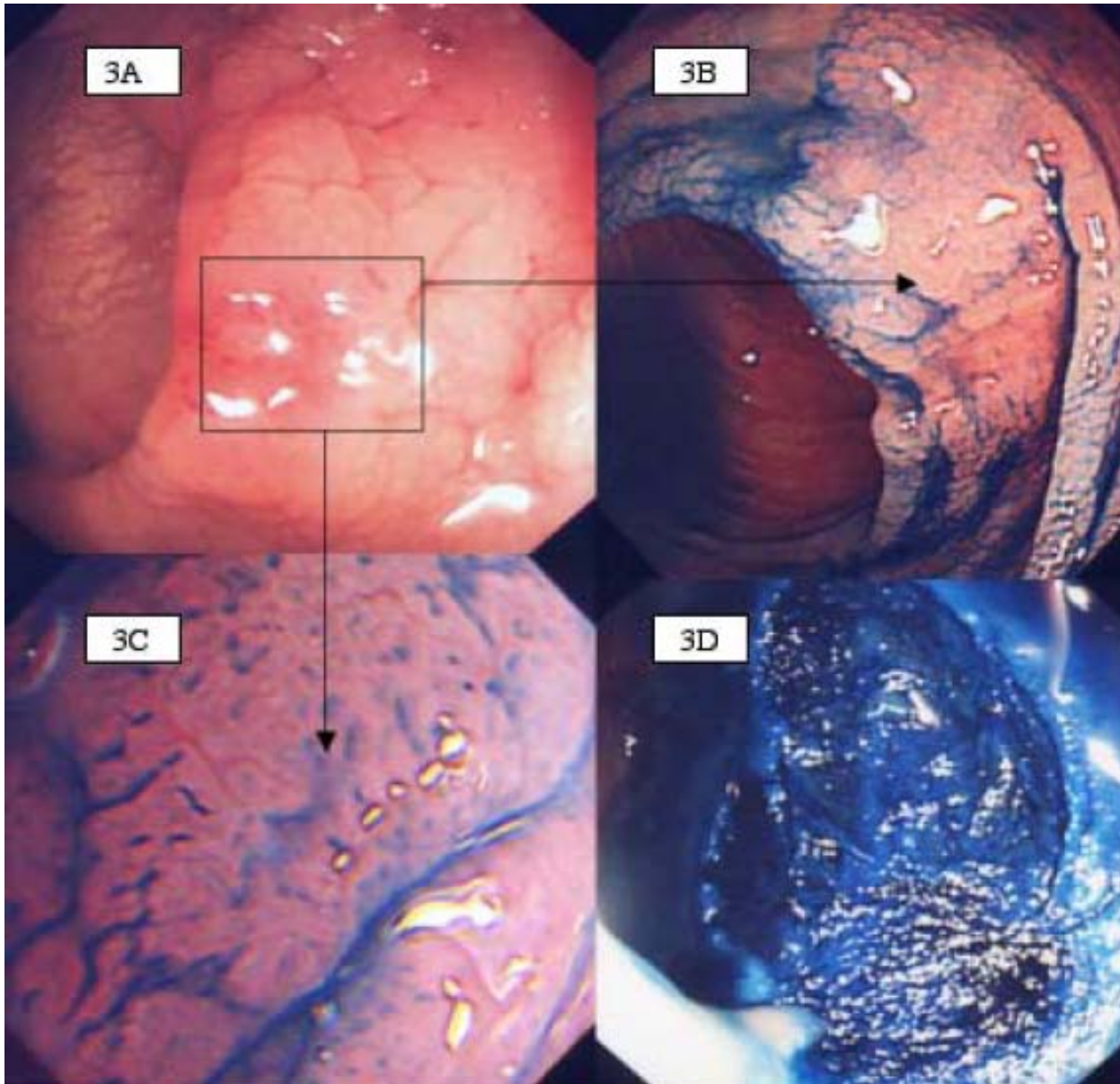
	Muqueuse	n	Suivi (ans) moyenne	Cancer/ DHG
Engelsgjerg	Infl.	24	3.5	0
	Nle	10	3.5	0
Rubin	Infl.	48	4.1 ans	0
	Nle	10	?	0

Engelsgjerd M et al. Gastroenterology 1999;117:1288-94
Rubin PH et al. Gastroenterology 1999;117:1295-1300

Mucosectomie endoscopique pour lésions planes au cours de la RCH ?

	RCH	Contrôles	P
Nombre de patients	736	1675	
Suivi médian (années)	4.1 (3.6-5.2)	4.8 (2.9-5.2)	NS
Nb colo/patient (médian)	6 (1-8)	4 (1-7)	NS
Nb lésions	155	801	NS
Lésions Inclusion/Suivi	82%/18%	66%/24%	NS
Lésions planes (0-II)			
– prévalence	82/155(61%)	285/801(35%)	<0.001
– diamètre (mm)	8 (2-24)	9.5 (2-22)	NS
– % récurrence	2.7%	2.6%	NS
Complications	2/170 (1.2%)	4/801 (0.5%)	NS

Mucosectomie endoscopique des lésions planes au cours de la RCH



Hurlstone DP et al.
Gut 2006; online

Traitement endoscopique des lésions dysplasiques

Messages à retenir

- Le dépistage endoscopique ne peut se concevoir qu'avec le respect d'une méthodologie rigoureuse (Chromoendoscopie...)
- DALM et DHG sur muqueuse plane sont une indication formelle à la colectomie
- Sous strictes conditions (pouvoir assurer un suivi+++), un traitement endoscopique peut se discuter pour les ALM et les DBG sur muqueuse plane

Traitements endoscopiques des MICI

Les points forts

Traitement endoscopique des sténoses (dilatation, prothèse)

- S'adresse surtout aux sténoses cicatricielles, unique, et de longueur < 6 cm
- La présence de complication, type fistule ou abcès doit contre indiquer ce geste
- Les complications observées sont principalement perforation et hémorragie.

Traitement endoscopique des lésions dysplasiques

- Le dépistage ne peut se concevoir qu'avec le respect d'une méthodologie rigoureuse (Chromoendoscopie+++)
- DALM et DHG sur muqueuse plane sont une indication à la colectomie
- ALM et DBG en muqueuse plane peuvent être traitées par endoscopie, mais seulement sous strictes conditions (pouvoir assurer un suivi+++)



FMC
HGE