



Dr. Paul BAURET

Occlusion colique : traitement chirurgical
et/ou prothèse ?



Conflits d'intérêts

- Le Dr. Paul BAURET n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

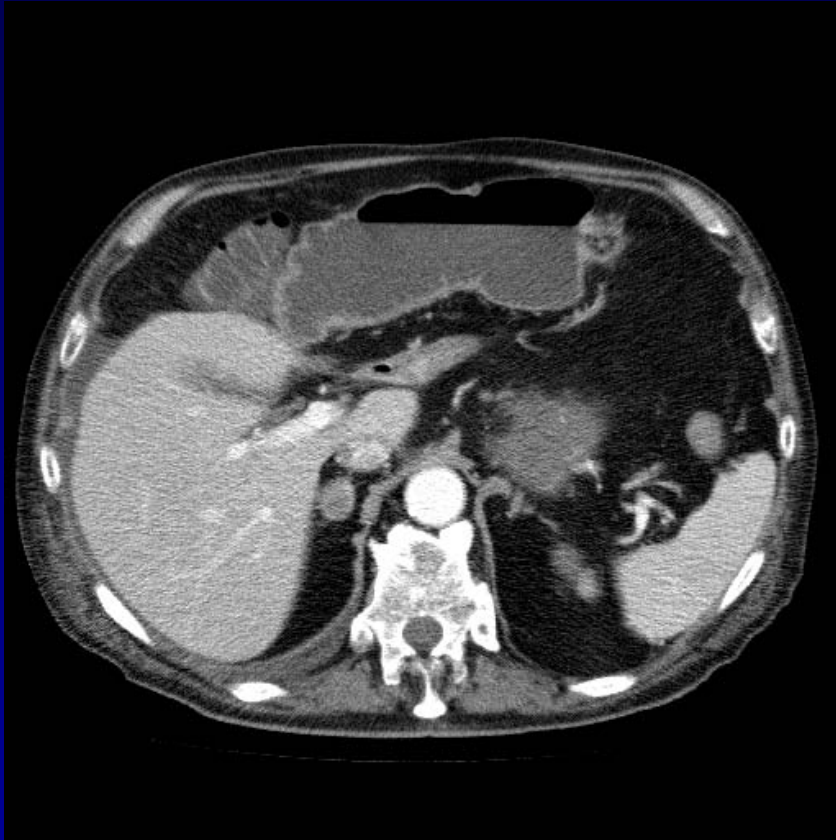
Occlusion colique : traitement chirurgical et / ou prothèse ?

BAURET Paul

Montpellier

Occlusion colique

➔ Scanner thoraco abdomino pelvien



- confirme occlusion,siège et nature néoplasique
- bilan d'extension
- élimine (pré) perforation cæcale → chirurgie



JEA--- Pierre 86 ans

Occlusion colique tumorale

Ce qui est habituellement proposé



la chirurgie en urgence

- obstacle colique droit

colectomie droite + anastomose iléo-colique

- obstacle colon gauche ou rectum (+++)

- stomie

sans (ou avec) exérèse tumorale

résection et anastomose dans 2° ou 3° temps

- chirurgie en 1 temps

Occlusion colique tumorale

La stomie

- succès : 100 %
- réalisable par tout chirurgien dans tout bloc opératoire
- mortalité : 0 – 39 % (+ 3 à 10 % si chirurgie ultérieure)
- stomie définitive : 40 %

- variante Hartmann

morbidity : 9 – 39,5 % mortalité : 7,5 – 20,4 %

survivants sans stomie définitive : 72 % vs 91 %*

* Étude randomisée Hartmann vs stomie seule (Kronborg)

Occlusion colique tumorale

La chirurgie en 1 temps *

	Colectomie subtotale + anast ileo-rectale	Colectomie segment + lavage + anastomose
n	47	44
fistule	9 %	5 %
sepsis	11 %	5 %
mortalité	13 %	11 %
stomie	15 %	2 %
selles >3, nuit	+++	+

* Étude randomisée SCOTTIA 1995

Occlusion colique tumorale

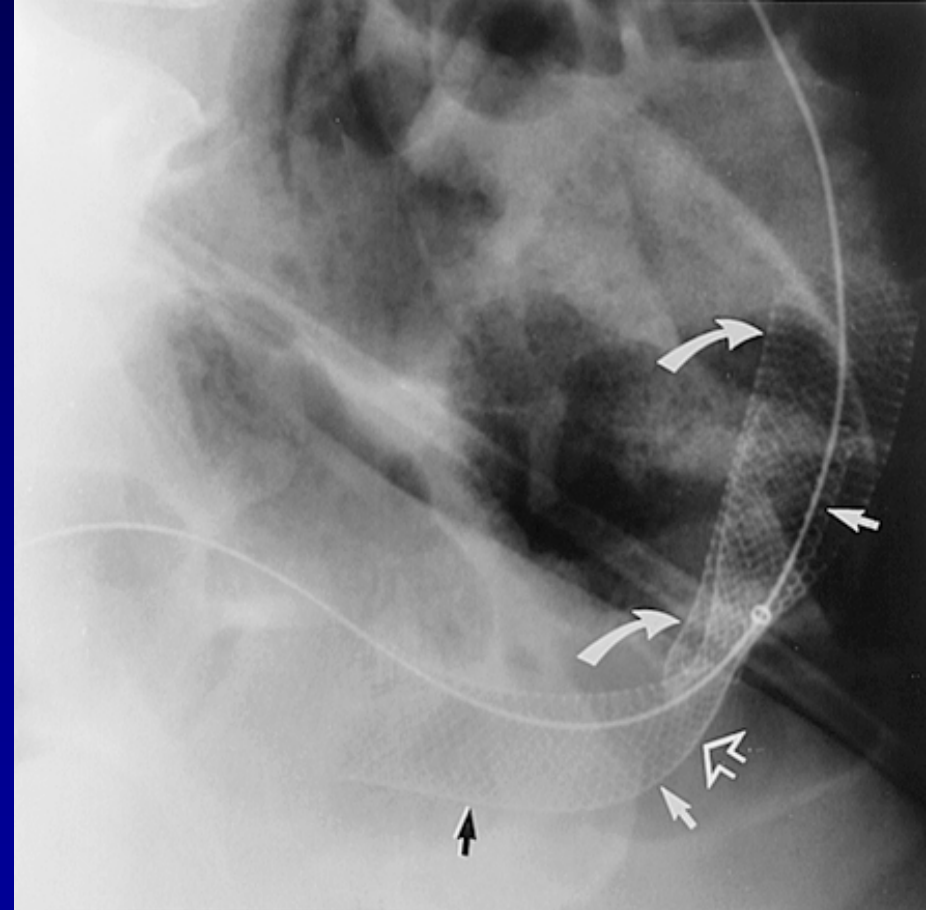
L'alternative



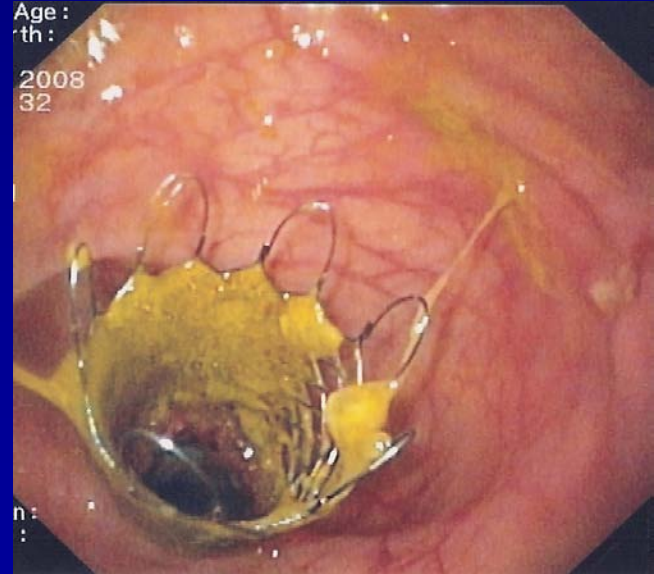
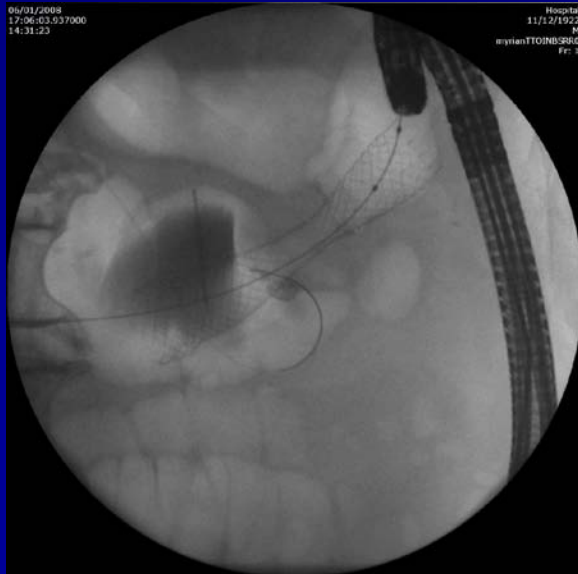
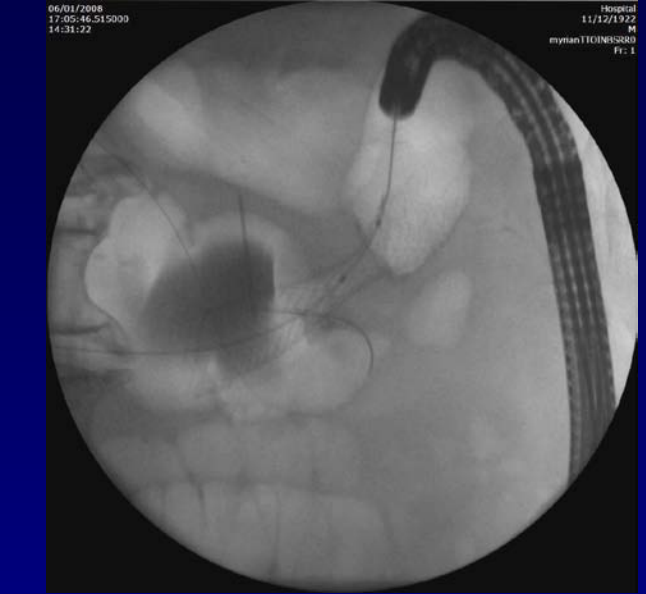
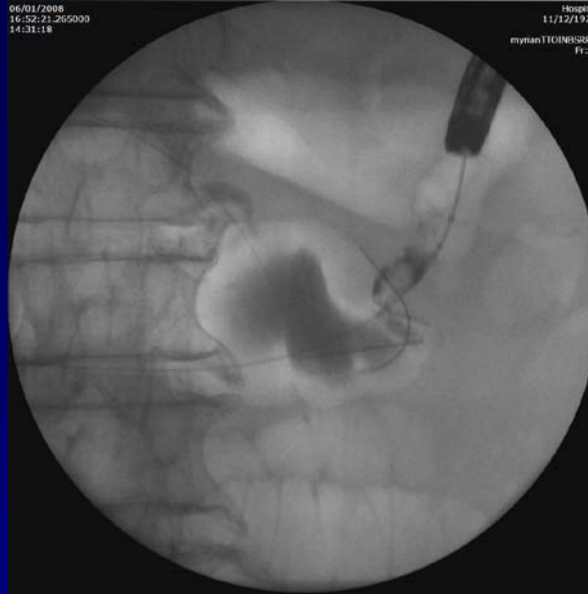
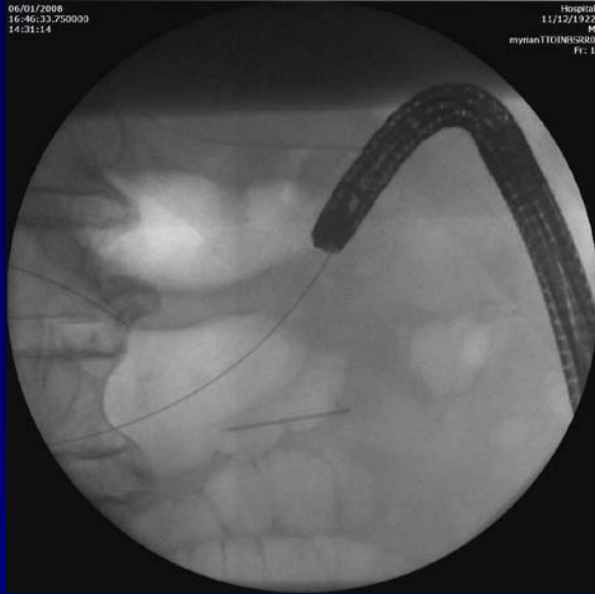
la prothèse colique

- métallique (nitinol le plus souvent)
- non couverte ++++ / couverte t.t.s / o.t.w
- pose endoscopique à privilégier (biopsie, contrôle fil guide)
- fil guide hydrophile sous contrôle vue et scopie
- zones à problèmes : cæcum et angles coliques
- contre-indiqué : dilatation de la sténose
distance tumeur-anus < 5 cm
incontinence anale

Voie radiologique exclusive



Voie endoscopique (aide scopique)



La prothèse colique

Résultats *

- succès technique 96,2 % (66,6 – 100 %)
- clinique 92 % (46 – 100 %)
- 78 % si carcinose
- 72 % si « pont vers chirurgie »
- endoscopistes spécialisés dans structures adaptées
- mortalité opératoire < 1 %
- globale < 5,7 %

* Sebastian S, Am J Gastroenterol 2004

Watt AM, Ann Surg 2007

Coloscopie après pose de prothèse

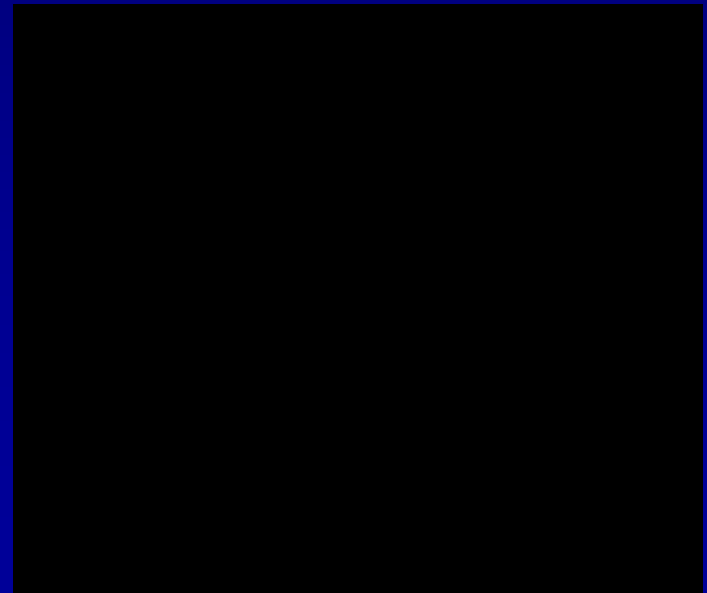
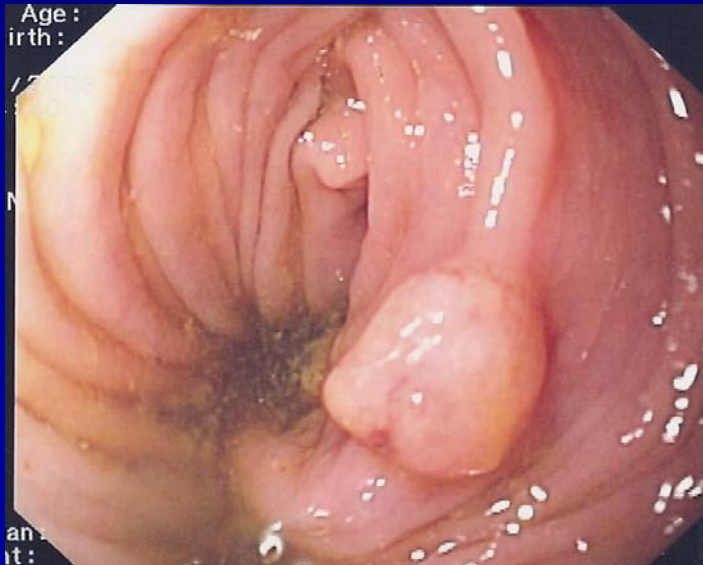
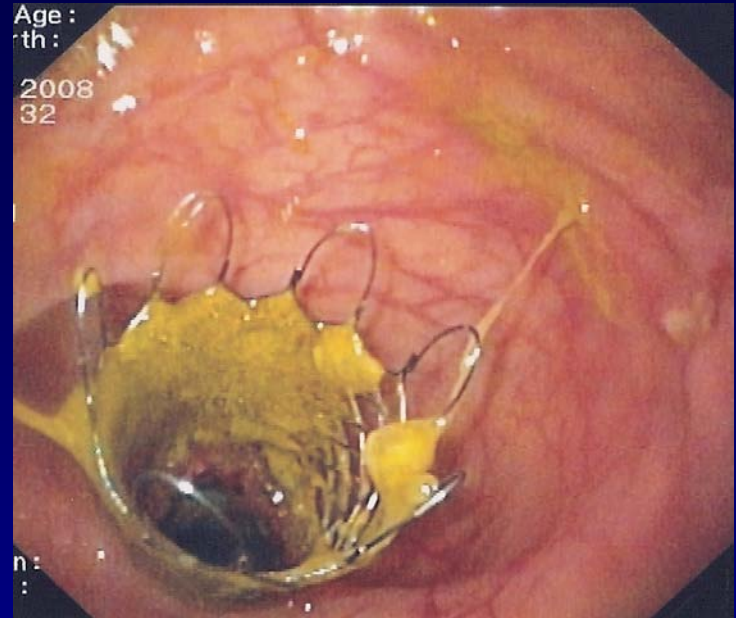
Succes : 93 %

J 4 à J 8

sous contrôle scopie

Adenome : 26% CCR : 10%

Vitale Gastrointest Endosc 2006



La prothèse colique

Complications *

- perforation 4,5 % (0 – 83 %) la + grave
J0 à J3 tumeur T3 >>T4
favorisée par dilatation (CI)
- migration 11 % la + fréquente au delà de J4
- re-obstruction 7 – 9 % (→ 15 % si palliatif)
délai moyen 24 semaines
- autres hémorragie , douleurs , fièvre...
- colostomie Iliaire 18 – 33 %

Occlusion colique tumorale

Chirurgie et /ou prothèse : que choisir en 2008 ?

Levée d'obstacle dans l'urgence

A long terme

à visée curative : prothèse « pont vers la chirurgie »

à visée palliative : prothèse définitive

Levée d'obstacle : prothèse ou chirurgie?

Meta-analyse des études comparatives

451 patients

	OR	IC(95%)		p
hospitalisation	-7,72	-11,42	-4,02	<0,001
soins intensifs	0,07	0,01	0,31	<0,001
complications	0,18	0,08	0,40	<0,001
mortalité	0,45	0,22	0,91	0,03
stomie	0,02	0,01	0,08	<0,001

Succès chir : 100 % pth : 93 % (88 – 100)

Levée d'obstacle : prothèse ou chirurgie?

1er essai randomisé (interrompu)

	prothèse*	chirurgie
patients	30	31
nb analysés	24	23
échec techn/clinique	9/1	0/0
chirurgie 1 temps		13
stomie I ou IIaire	6(25%)	12(52%)
perforation	3	-

Millat B (communication personnelle)

* 2/3 pose endoscopique
prothèse Memotherm (o.t.w)

Occlusion par tumeur « curable » : prothèse « pont vers chir. » ou chirurgie d'emblée ?

A moyen et long terme

- prothèse → chir. 1 temps / laparoscopie ?
en dehors urgence
patient réanimé et préparé
bilan d'opérabilité et résécabilité
- chir. élective: 94-97 %
- délai → chirurgie réduit : 11-18,5 j
- absence d'études contrôlées

Occlusion par tumeur « curable » : prothèse « pont vers chir. » ou chirurgie d'emblée ?

Études comparatives non randomisées

	chir (1-x temps)	pth + chir
Baqué (2004)		
exérèse tumeur	58,8 %	56,2 %
stomie définitive	37,5 %	6,6 %
Martinez Santos (2004)		
résect°-anastom laire	41,4 %	85 %
stomie définitive	58,6 %	15,4 %
Saida (2003)		
fistule/abcès	11/14 %	3/2 %
survie 3/5 ans	50/44	48/40

Occlusion par tumeur « curable » : prothèse « pont vers chir. » ou chirurgie d'emblée ?

Prothèse et risque de dissémination carcinologique ?

- perforation → T3 >> T4
- qq cas de perforation asymptomatique (découverte per-op)
- 1 cas de récurrence loco-régionale à 6 mois / Dukes B *
- augmentation mARN cytokératine 20 après pose prothèse**

* Baqué P, Ann Chir 2004

** Maruthachalam, Br J Surg 2007

PRUDENCE

Coût : prothèse ou chirurgie

A visée curative (prothèse « pont vers la chirurgie »)

		delta
Binkert 1998	pth < chir	29 % (n=13)
Targownik 2004 *	pth < chir	8 %
Singh 2006	pth = chir	0 %
Govindarajan 2007 *	pth < chir	15 %

* analyse décisionnelle

Si succès technique et patient à haut risque operat +++

Traitement palliatif : prothèse ou chirurgie?

A long terme

- prothèse → éviter stomie
- problème de la perméabilité

81 % à 6 mois

maintenue → décès chez 86 % patients*

prothèse couverte : aucun avantage démontré**

- absence d'études contrôlées

* Repici A, Gastrointest Endosc 2007

** Lee KM, Gastrointest Endosc 2007

Traitement palliatif : prothèse ou chirurgie?

Études comparatives non randomisées

		chirurgie	prothèse
Law	stomie	48 %	13,3 %
2003	survie (med / j)	119	107
Tomiki	stomie	100 %	27,7 %
2004	complic tardiv	0	23,5 %
	J → 2° hospit	188	129
	survie (moy / j)	191	134
Ptok	complicat°	32 % (post op)	33 % (tardives)
2006	intervent°/chir	0 / 0 %	18,4 / 5 %
	survie (med / m)	9,9	7,8

Coût : prothèse ou chirurgie

A visée palliative

		delta
Binkert 1998	pth < chir	29 % (n=3)
Osman 2000	pth < chir	12 %
Xinopoulos 2004 *	pth > chir	6,9 %
Siddiqui 2007 **	pth < chir	5,3 %

* étude randomisée

** analyse décisionnelle (sur 6 mois)

Conclusions

Dans les occlusions coliques aiguës tumorales (le plus souvent gauches) la pose d'une prothèse colique :

- ➔ est une méthode sûre et efficace pour lever l'occlusion
- ➔ évite une chirurgie en urgence
- ➔ permet en cas de tumeur résécable une chirurgie d'exérèse en 1 temps
- ➔ devrait devenir chez le sujet âgé avec comorbidité élevée le traitement palliatif définitif de référence

Points importants

Dans les occlusions coliques aiguës tumorales (le plus souvent gauches) la pose d'une prothèse colique :

- ❑ est une méthode sûre et efficace pour lever l'occlusion; elle évite une chirurgie en urgence avec une morbidité, une mortalité et une durée d'hospitalisation réduites
- ❑ facilite la réalisation du bilan d'opérabilité et de résecabilité
- ❑ permet en cas de tumeur résecable une chirurgie d'exérèse « à froid » en 1 temps
- ❑ est appelée à devenir, chez le sujet âgé avec comorbidité élevée, le traitement palliatif définitif de référence (évite une colostomie définitive source de mauvaise qualité de vie).



Les Points forts

- **Dans les occlusions coliques aiguës tumorales (le plus souvent gauches) la pose d'une prothèse colique :**
- est une méthode sûre et efficace pour lever l'occlusion; elle évite une chirurgie en urgence avec une morbidité, une mortalité et une durée d'hospitalisation réduites
- facilite la réalisation du bilan d'opérabilité et de résécabilité
- permet en cas de tumeur résécable une chirurgie d'exérèse « à froid » en 1 temps
- est appelée à devenir, chez le sujet âgé avec comorbidité élevée, le traitement palliatif définitif de référence (évite une colostomie définitive source de mauvaise qualité de vie).