

# JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie  
& d'Oncologie Digestive



# 2015

## **INDICATIONS DE LA PROTHÈSE COLIQUE DANS LE CANCER COLO-RECTAL : RECOMMANDATIONS SFED ET ESGE**

**Docteur Geoffroy Vanbiervliet**

Endoscopie digestive, CHU de Nice

## LIENS D'INTÉRÊTS

*Intervenant en tant qu'expert pour formation médicale continue :*

MSD France, Boston Scientific Corporation, M.I.Tech, Cook Medical, Ferring

*Soutien logistique dans le cadre de congrès (transport, hébergement) :*

Pentax France, Covidien, Given, Olympus France et Europe, Mauna Kea Technologies, Life Partner Europe, Boston Scientific, Cook Medical

## LE CANCER COLORECTAL OCCLUSIF RESTE FREQUENT ET GRAVE

Jusqu'à **29%** des cancers colo rectaux ont une présentation inaugurale avec occlusion

*Jullumstro.E, et al. Colorectal Dis 2011*

Le **pronostic** de ces malades est significativement **moins bon** à stade égal

*Chin CC, et al. Int J Colorectal Dis 2010*

La chirurgie en urgence présente des résultats décevants

**Mortalité** péri opératoire de **12%**      **Morbidité** péri opératoire de **77%**

Facteurs de risque = âge (> 70 ans) et le score ASA ( $\geq 3$ )

*Tan KK, et al. J Gastrointest Surg 2010*

# LA PROTHÈSE COLIQUE ... UNE BONNE IDÉE !!

## AVANTAGES THÉORIQUES DE LA PROTHÈSE

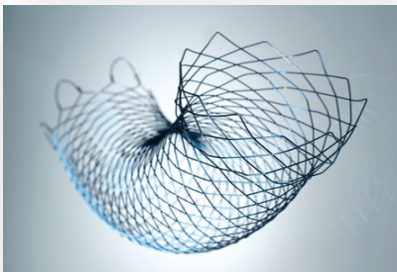
Procédure mini invasive

Levée de l'obstacle

Réduction de la distension, de la translocation bactérienne

Réduction du sepsis, de la réponse inflammatoire

Meilleure préparation du malade à la chirurgie



## MAIS ...

### **UNE PROCÉDURE ENDOSCOPIQUE INTERVENTIONNELLE PARMIS LES PLUS DIFFICILES**

Technicité, expertise et disponibilité d'une équipe, condition de l'urgence, précarité du malade et des conditions de procédure

### **RISQUE PERFORATIF**

Implication dans le pronostic oncologique à moyen et long terme ?

**MASSE DE DONNÉES** dans la littérature, de qualité variable



**Nécessité de recommandations en 2014**

SFED, SNFGE, FFCD, SFCD, ESGE

## TROIS SITUATIONS EN PRATIQUE COURANTE

**Patients opérables** atteints d'un cancer colique en occlusion non métastatique ou avec des métastases synchrones résécables (d'emblée ou potentiellement résécables)

« BRIDGE TO SURGERY »

OBJECTIF = CURATIF  
CRITÈRE DE  
JUGEMENT = SURVIE

Patients porteurs d'un cancer colique en occlusion avec des métastases synchrones **non résécables**

SITUATION « PALLIATIVE »

OBJECTIFS = QUALITÉ DE VIE  
ET SURVIE

occlusion colique par  
**COMPRESSION  
TUMORALE  
EXTRINSÈQUE**

OBJECTIFS = QUALITÉ DE VIE  
ET SURVIE

# PRE-REQUIS OBLIGATOIRE ET REGLES DE BASE (1)

## Bilan pré thérapeutique obligatoire

Evaluation pré anesthésique  
(clinique et biologie)

+

**TDM thoraco abdomino pelvien -/+**  
Diagnostic d'obstruction et son niveau  
Sensibilité et Spécificité > 90%  
*Reco. forte, niveau de preuve faible*

*Van Hooft JE, et al. Endoscopy 2014*

### Eliminer les contre indications

Péritonite / Pneumopéritoine  
Occlusion grêlique par incarceration  
Pneumatose / souffrance pariétale colique

**Réunion de concertation** médico  
chirurgicale aménagée

## PRE-REQUIS OBLIGATOIRE ET REGLES DE BASE (2)

### PERSONNEL ET ENVIRONNEMENT ADAPTES

Une équipe et un opérateur entraînés  
(courbe d'apprentissage au moins 20 procédures)  
Expérience en cathétérisme rétrograde  
Matériel adapté en salle de fluoroscopie

*Recommandation forte,  
faible niveau de preuve*

→ Renoncer en l'absence de ces éléments !!!

**Pas de sténose = pas de prothèse « prophylactique »**

*Recommandation forte,  
faible niveau de preuve*

**Préparation par voie basse (lavement)**

*Recommandation légère,  
faible niveau de preuve*

**Pas d'antibioprophylaxie**

*Recommandation forte,  
niveau de preuve modéré*



## TECHNIQUE

**Pose combinée ENDOSCOPIQUE ET FLUOROSCOPIQUE**

*Recommandation légère,  
faible niveau de preuve*

**PAS DE DILATATION** (avant ou après)  
Majoration du risque de perforation !!

*Recommandation forte,  
faible niveau de preuve*

**INSUFFLATION AU CO<sub>2</sub>**

*Recommandation légère,  
faible niveau de preuve*

**STENT COUVERT OU NON COUVERT AU CHOIX !!**

*Recommandation forte,  
haut niveau de preuve*

**MAIS D'AU MOINS 24 MM DE DIAMÈTRE ...**

*Recommandation forte,  
faible niveau de preuve*

**ET DE LONGUEUR DÉPASSANT LA LÉSION DE 2 CM  
EN PROXIMAL ET EN DISTAL**

*Recommandation forte,  
faible niveau de preuve*



## DEUX LOCALISATIONS SUJETTES À CONTROVERSE

### OBSTRUCTION TUMORALE PROXIMALE

Pose du stent réalisable

Mais résultats divergents ...  
(vs. colon distal)

Et taux de complications parfois plus élevés



**Chirurgie en un temps = GOLD  
STANDARD**

Stent possible en situation palliative

*(reco. légère – Niveau de preuve faible)*

### CANCER DU BAS RECTUM

Mauvaise tolérance si < à 5 cm

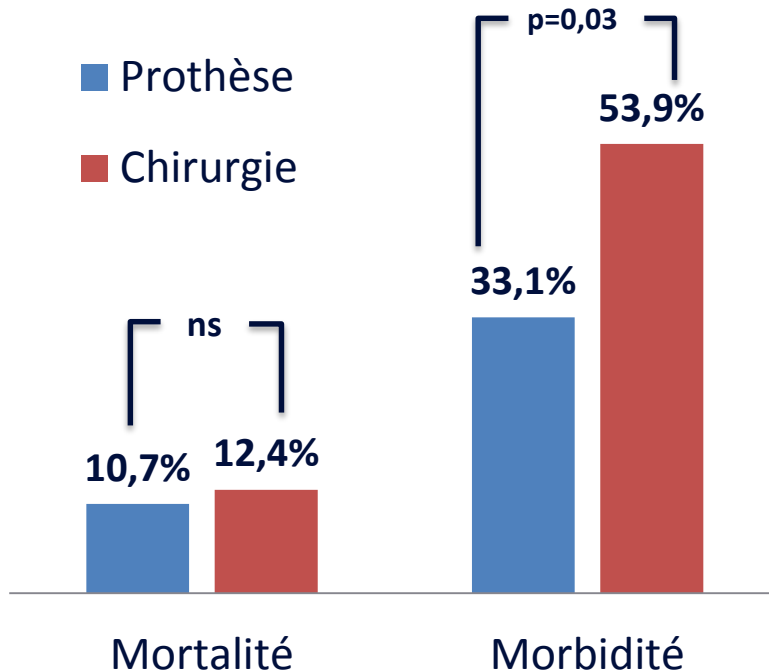
Syndrome rectal et douleur



**A EVITER**

Sinon matériel couvert  
extirpable et information du  
malade

## EFFICACE EN SITUATION CURATIVE



Huang X, et al. *J Gastrointest Surg* 2014

**Taux de succès clinique global de 76,9%**

**Résolution plus rapide de l'occlusion**  
(0,7 versus 3,6 jours)

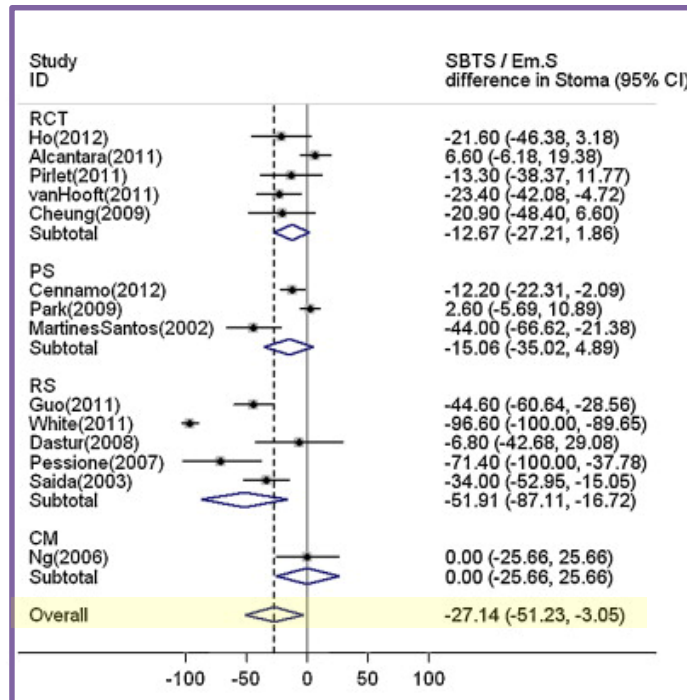
**Raccourcissement du séjour**  
**hospitalier de 7,8 jours en moyenne**

**Baisse de 56% des passages en USI**

*Tilney HS, et al. Surg Endosc* 2007

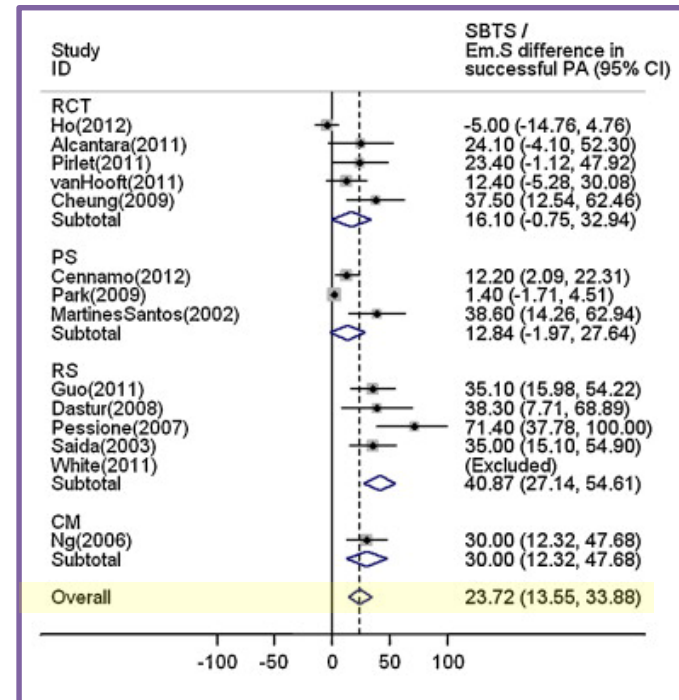
*Sagar J, et al. Cochrane* 2011

## FACILITE LA CHIRURGIE SECONDE



*De Geglie A et al. Crit Rev Oncol Hematol. 2013*

**Réduction du risque de stomie définitive**



**Augmente le taux de succès d'anastomose en un temps**

# PRONOSTIC ONCOLOGIQUE EN QUESTION

## Risque théorique de dissémination tumorale

Présence d'études histopathologiques troublantes

**Perforation = augmente le risque de récurrence**

Suivi du RCT hollandais à 5 ans - Maladie « curable »

*Sloothaak et al. Br J Surg 2014*

**Diminution de la survie globale dans le groupe traité par stent**

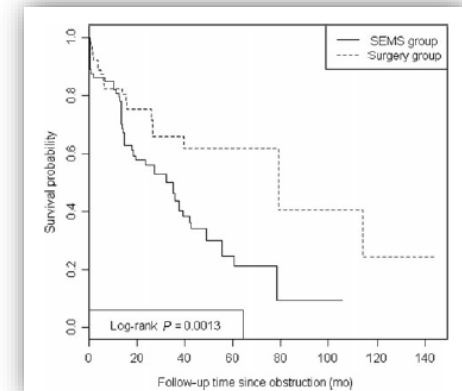
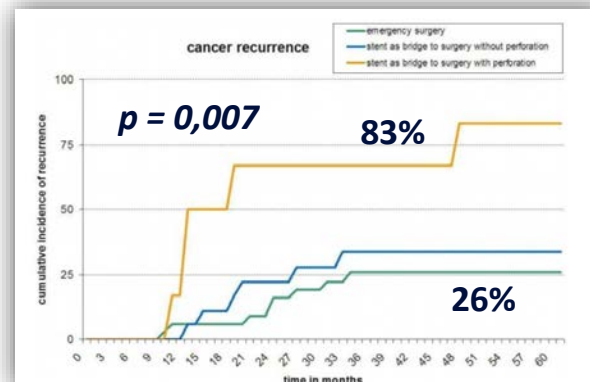
Un essai rétrospectif *Sabbagh et al. Ann Surg 2013*

Majoration infiltration périneurale ...

Ulcération péri prothétique,

Micro perforation ....

*Sabbagh et al. Surg Endosc 2013*



# CANCER OCCLUSIF PATIENT EN SITUATION CURATIVE



**CHIRURGIE EN PREMIERE INTENTION**  
(recommandation forte – niveau de preuve élevé)

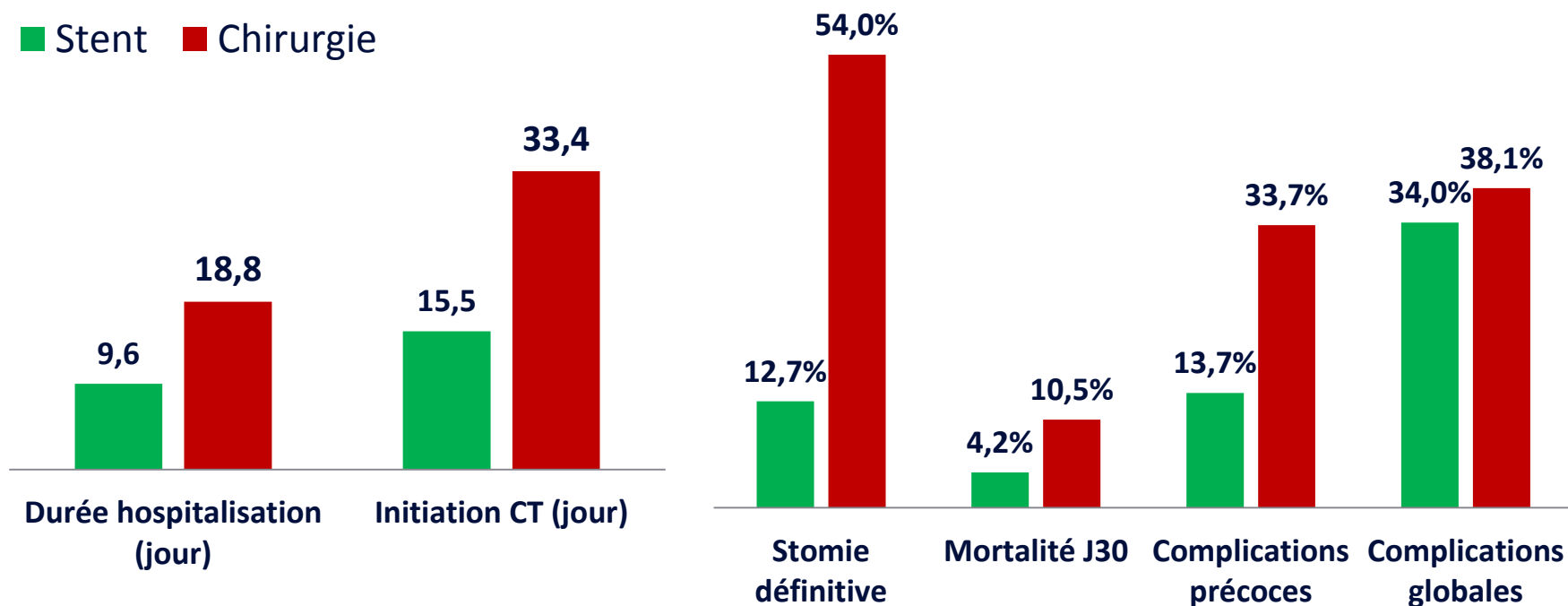
*Colostomie de proche amont par courte laparotomie = probable meilleure option*

**PROTHÈSE = OPTION VALIDE en cas d'âge > 70 ans et score ASA  $\geq$  3**

Augmentation significative de la morbi mortalité post opératoire  
(recommandation légère – niveau de preuve faible)

## REDUCTION DE LA MORBI/MORTALITE PRECOCE EN SITUATION PALLIATIVE

■ Stent ■ Chirurgie



Cancer occlusif stade  
 IV / métastase(s)  
 non opérable(s)



Prothèse palliative (n=404)  
 Chirurgie palliative (n=433)

## RISQUE PERFORATIF ...

Méta analyse de van Halsema *et al.* (*Gastrointest Endosc* 2014)  
86 articles - 4086 malades

Taux de perforation global de 7,4%

**BEVACIZUMAB**

**12,5%**

IC 95% [6,4-22,8%]

**Chimiothérapie sans  
anti angiogénique**

**7.0%**

IC 95% [4.8%-10.0%]



# CANCER OCCLUSIF STADE IV / MÉTASTASE(S) NON OPÉRABLE(S)



## **PROTHESE EN PREMIERE INTENTION**

(recommandation forte – niveau de preuve élevé)

## **SAUF ... si traitement anti angiogénique en cours ou planifié**

(recommandation forte – niveau de preuve faible)

*En cas d'obstruction ou de migration prothétique, un nouveau traitement endoscopique peut être proposé*

*Si complications précoces ou réponse thérapeutique significative = chirurgie à considérer ?*

## PROTHESE ET CANCER EXTRA LUMINAL OCCLUSIF

Taux de SUCCÈS TECHNIQUE de **67 à 96%**



Résultats moins bons que  
pour le cancer colo rectal  
occlusif

Taux de SUCCÈS CLINIQUE de **20 à 96%**

Majoration du risque de complication inconstant dans la littérature

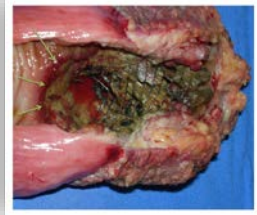
MAIS ... médiane de survie faible pour cette population de malade

**TECHNIQUES PEU INVASIVES RESTENT À PRIVILEGIER !**



**PRIVILEGIER LA PROTHESE A LA CHIRURGIE**

(recommandation légère niveau de preuve faible)



## SYNDROME OCCLUSIF COLIQUE SUR CANCER

***Bilan pré thérapeutique***  
 Scanner thoraco-abdomino-pelvien  
 Evaluation anesthésique

### CONCERTATION ONCOLOGIQUE MÉDICO CHIRURGICALE

Péritonite / Pneumopéritoine  
 Matériel et personnel non adapté en endoscopie  
 Occlusion grêlique par incarceration  
 Pneumatose / souffrance pariétale colique  
 Cancer proximal

**CHIRURGIE PREMIERE**

Malade jugé opérable non métastatique ou bien avec des métastases résécables  
**STRATÉGIE « CURATIVE »**

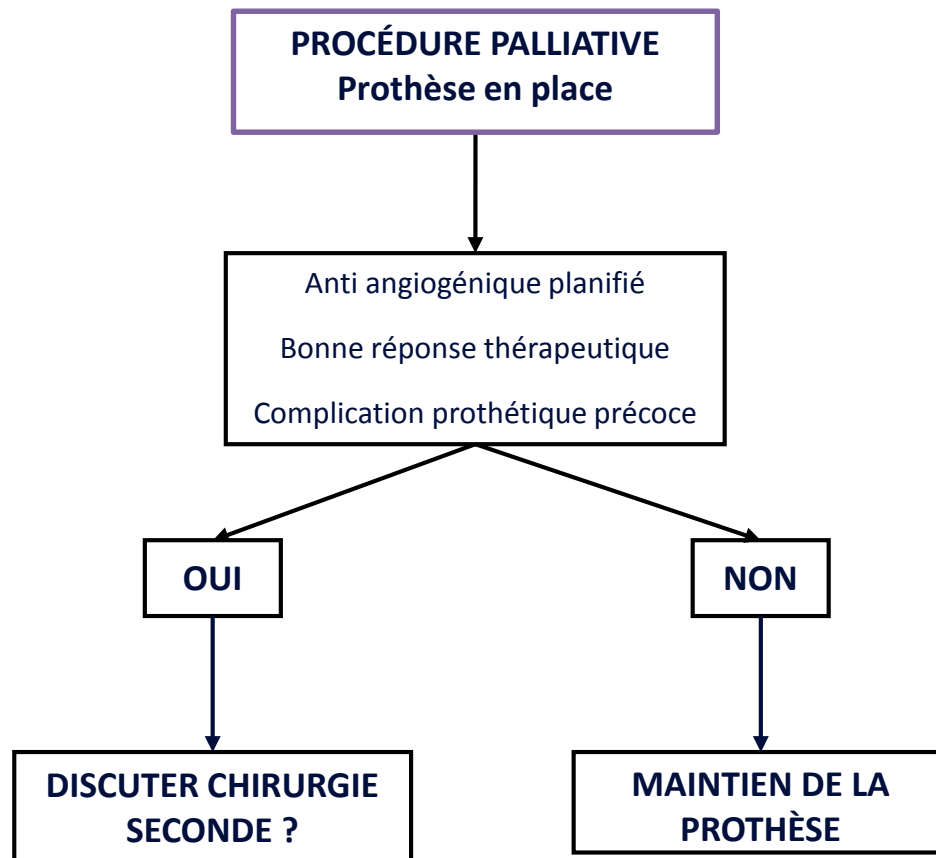
**CHIRURGIE PREMIERE**  
 Age ≥ 70 ans et/ou ASA ≥ 3  
 => Prothèse en alternative

Malade jugé non opérable (raisons carcinologiques ou anesthésiologiques)  
**PROCÉDURE PALLIATIVE**

**PROTHESE PREMIERE**  
 Sauf si anti angiogénique en cours

**CANCER EXTRA LUMINAL**

**PROTHESE PREMIERE**



## CONCLUSIONS

Consensus scientifique national et européen **FORT**

Beaucoup de littérature mais manque d'essai randomisé étudiant la survie

**Impératif de participer aux décisions de RCP** pour ces malades

Recommandations « raisonnées » mais non naïves ...

Militer pour la mise en place de nouvelles études et l'inclusion des patients dans des études cliniques de grande ampleur

## POINTS FORTS

L'insertion endoscopique d'une prothèse colo-rectale en cas de cancer obstructif ne peut s'envisager que dans **un centre disposant du matériel et d'une équipe expérimentée, après un bilan pré thérapeutique exhaustif, et une réunion de concertation pluri disciplinaire**, même aménagée dans l'urgence.

La levée de l'occlusion en situation curative doit faire appel à **la colostomie de proche amont** par courte laparotomie.

En cas de co morbidité, de **score ASA  $\geq 3$  ou d'âge  $> 70$  ans, la prothèse peut être proposée en première intention**, en « pont vers la chirurgie ».

**En situation palliative, le traitement endoscopique est recommandé en première intention.**

La prise de dérivés **anti angiogéniques** ou l'introduction planifiée de ces thérapeutiques **contre indiquent l'usage des prothèses colo-rectales.**