
**INTERET DES PROTHESES COLIQUES ET
RECTALES PAR VOIE ENDOSCOPIQUE**

*Antoine CHARACHON
Hôpital Henri Mondor, Créteil*

Longtemps chirurgical, le traitement de l'obstruction colique d'origine tumorale s'est modifié ces dernières années grâce à l'apport des prothèses métalliques auto-expansibles (PMAE).

Révélé par une occlusion digestive dans 8 à 29 % des cas (1), le cancer du colon s'accompagne alors d'un envahissement ganglionnaire et / ou de métastases dans respectivement 60 % et 40 % des cas (2). Trois fois sur quatre, la lésion à l'origine de l'obstruction se situe dans le colon gauche ou le sigmoïde.

A ce stade, le traitement chirurgical consiste en une colostomie de décharge temporaire avant un deuxième (voire un troisième) temps opératoire plutôt qu'une chirurgie en un temps. Néanmoins, ce traitement est risqué en raison de l'absence de préparation colique (risque infectieux et de lâchage de suture) et de l'état général des patients souvent altéré (3). La morbidité et la mortalité de ce traitement d'urgence varient respectivement de 4 à 60 % et de 3 à 11 % (1,4,5).

Les PMAE constituent une alternative thérapeutique reconnue au traitement chirurgical dans 2 indications:

- La levée en urgence de l'occlusion colique aiguë avant une chirurgie curatrice (si elle est possible) en un temps dans de meilleures conditions environ 10 jours après (4-6).
- Le traitement palliatif de l'obstruction colique chez les patients ayant une maladie localement avancée ou métastasée, chez ceux dont l'état général est trop altéré pour une intervention chirurgicale, et enfin, chez ceux ayant une obstruction colique secondaire à un cancer d'une autre origine que colique (par extension locale ou métastatique) (6,7).

Habituellement, un lavement aux hydrosolubles est pratiqué avant la mise en place de la prothèse, permettant la localisation de la tumeur et sa mesure (8).

Initialement, les PMAE étaient posées par les radiologues sous contrôle radioscopique seul (9). Pour ce faire, un fil guide rigide devait être passé au travers de la tumeur, éventuellement avec l'aide de cathéters permettant une

opacification. La prothèse, dans sa gaine, était ensuite montée sur le fil guide puis larguée dans le colon au sein de la tumeur.

L'endoscopie a cependant très vite été impliquée dans la pose des PMAE. Elle permet en effet un contrôle visuel du geste, que ce soit pour la pose du fil guide ou de la prothèse. Elle facilite la pose du fil guide lorsque le colon d'aval est tortueux (7,8,10). Enfin, le développement de prothèses passant au travers du canal opérateur des endoscopes à gros canal a étendu les possibilités de pose de ces prothèses. En effet, l'endoscope par sa rigidité permet un passage plus facile des boucles coliques, et de ce fait permet la pose de prothèse impossible radiologiquement, y compris jusque dans le colon droit (7).

Néanmoins, le contrôle radiologique de la pose est très utile pour visualiser le pôle supérieur de la tumeur et l'expansion de la prothèse sur toute sa hauteur. Enfin, lui seul permet la pose de prothèse de gros calibre ne passant pas au travers de l'endoscope, peut-être utiles dans les tumeurs du rectosigmoïde (11).

Les différentes études montrent un taux de succès technique de pose variant de 86 à 100 % et un taux de succès clinique (levée de l'occlusion) de 83 à 100 % (8). L'échec de pose est le plus souvent lié à la longueur et l'étroitesse de la sténose. Les complications sont peu fréquentes: Migration: 8,5 %, Obstruction 6 % et perforation 6 % (10). La migration est d'autant moins fréquente que le diamètre (>20 mm) et la longueur de la prothèse sont suffisants et que la prothèse utilisée est non couverte (8,10). L'obstruction est le plus souvent liée soit à une impaction fécale cédant avec un lavement ou une desobstruction endoscopique et prévenue par un régime pauvre en fibre et un traitement laxatif, soit à une progression tumorale, nécessitant la pose d'une nouvelle prothèse (7,8,10). La perforation est la complication la plus grave, nécessitant un traitement chirurgical. Elle est néanmoins rare en l'absence de dilatation mécanique préalable à la pose de la prothèse, faisant déconseiller celle-ci (8,10).

Les PMAE ont été utilisées efficacement dans des sténoses bénignes (ischémiques, inflammatoires, diverticulaires) mais n'ont fait l'objet que de cas rapportés ou de courtes séries (12,13). Ces indications restent donc à évaluer.

En conclusion, les PMAE constituent une alternative de choix au traitement chirurgical des sténoses tumorales coliques symptomatiques, soit pour permettre un traitement curatif chirurgical "à froid", soit dans un but palliatif. L'apport de l'endoscopie permet un succès technique et clinique dans plus de 90 % des cas, y compris pour des tumeurs du colon proximal (ascendant et transverse).

Références:

- (1) Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. Br J Surg 1994; 81: 1270-76.
- (2) Gandrup P, Lund L, Baslev I. Surgical treatment of acute malignant large bowel obstruction. Eur J Surg 1992; 158: 427-30.
- (3) Leitman IM, Sullivan JD, Brams D, Decosse JJ. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 513-18.
- (4) Mainar A, Tejero E, Maynar M, Ferral H, Castaneda-Zuniga W. Colorectal obstruction: treatment with metallic stents. Radiology 1996; 198: 761-64.
- (5) Choo IW, Do YS, Suh SW, Chun HK, Choo SW, Park HS et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent. Radiology 1998; 206: 415-21.
- (6) Baron TH, Dean PA, Yates MR 3rd, Canon C, Koehler RE. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. Gastrointest Endosc 1998; 47: 277-86.
- (7) Baron TH. Expandable Metal Stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. N Engl J Med 2001; 344 (22): 1681-87.

- (8) Dusoleil A, Amaris J, Prat F, Fritsch J, Buffet C. Les prothèses du tube digestif. *Gastroenterol Clin Biol* 2000; 24: 211-20.
- (9) Karnel F, Jantsch, Niederle B. Implantation of a metal stent in a malignant stenosis in a colon interposition. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 1991; 154(1):120-2.
- (10) Mauro MA, Koehler RE, Baron TH. Advances in gastrointestinal intervention: the treatment of gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. *Radiology* 2000; 215(3): 659-69.
- (11) Clark JS, Buchanan GN, Khawaja AR, Rowe PH, Stoodley BJ, Saunders MP, Anderson HJ. Use of the Bard Memotherm self-expanding metal stent in the palliation of colonic obstruction. *Abdom Imaging*. 2003; 28(4): 518-24.
- (12) Suzuki N, Saunders BP, Thomas-Gibson S, Akle C, Marshall M, Halligan S. Colorectal stenting for malignant and benign disease: outcomes in colorectal stenting. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(7): 1201-7.
- (13) Paul L, Pinto I, Gomez H, Fernandez-Lobato R, Moyano E. Metallic stents in the treatment of benign diseases of the colon: preliminary experience in 10 cases. *Radiology*. 2002; 223(3): 715-22.