

# Dilatation des sténoses digestives

**DR ABID Ahmed**

drabid81@live.fr

Journées de formation Mindar

le 8,9,10 février 2024

# ETIOLOGIES ET CARACTERISTIQUES

## STÉNOSES SIMPLES

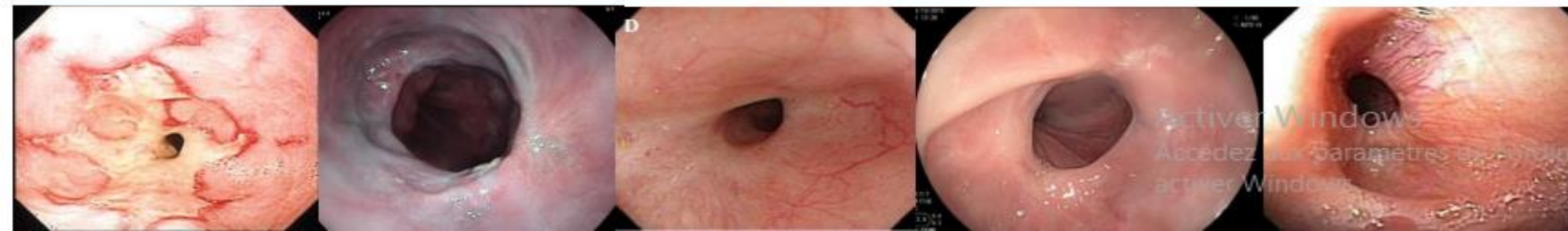
peu serrées  
courtes et droites

Sténoses anastomotiques  
Sténoses peptiques  
Anneaux de Schatzki  
Œsophagites à éosinophiles

## STÉNOSES COMPLEXES

serrées  
souvent non franchissables  
longues (> 2cm)  
tortueuses

Sténoses radiales,  
Sténoses caustiques  
Sténoses post ESD



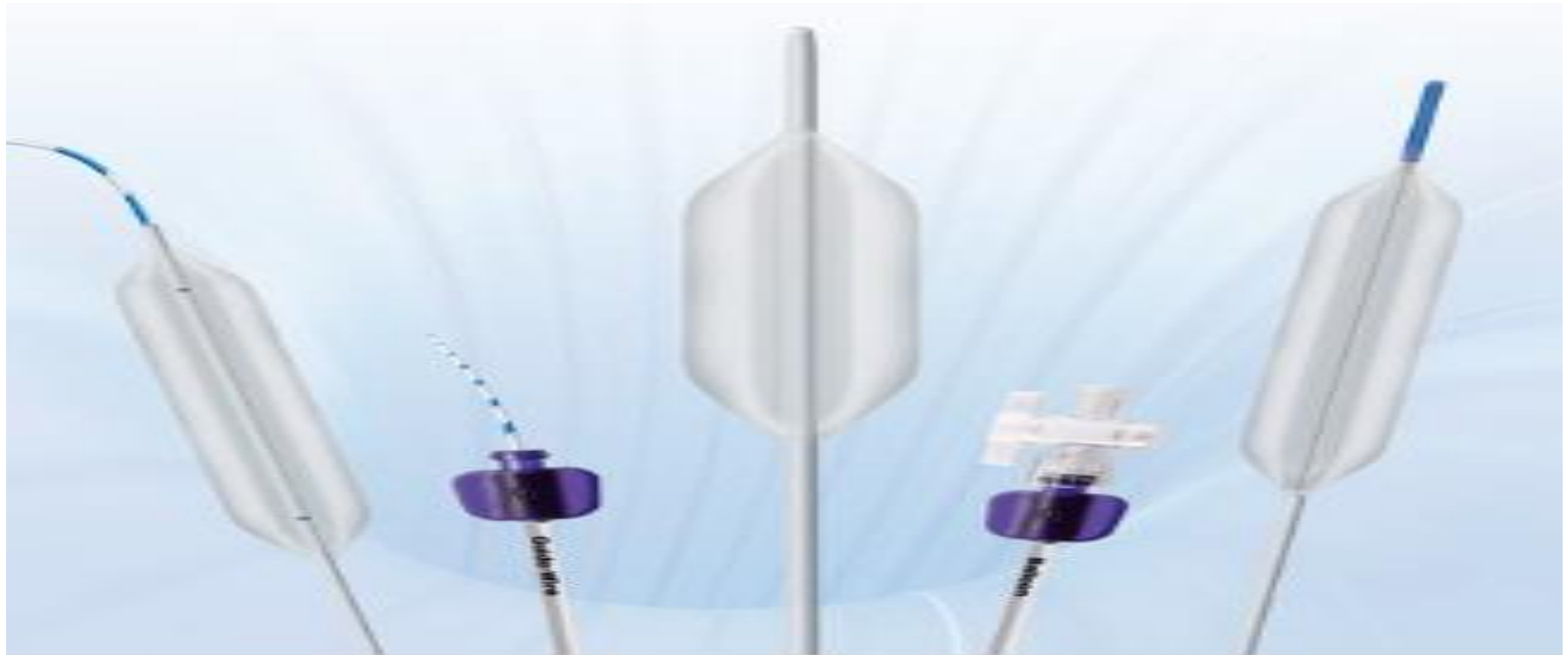
# BOUGIES DE SAVARY



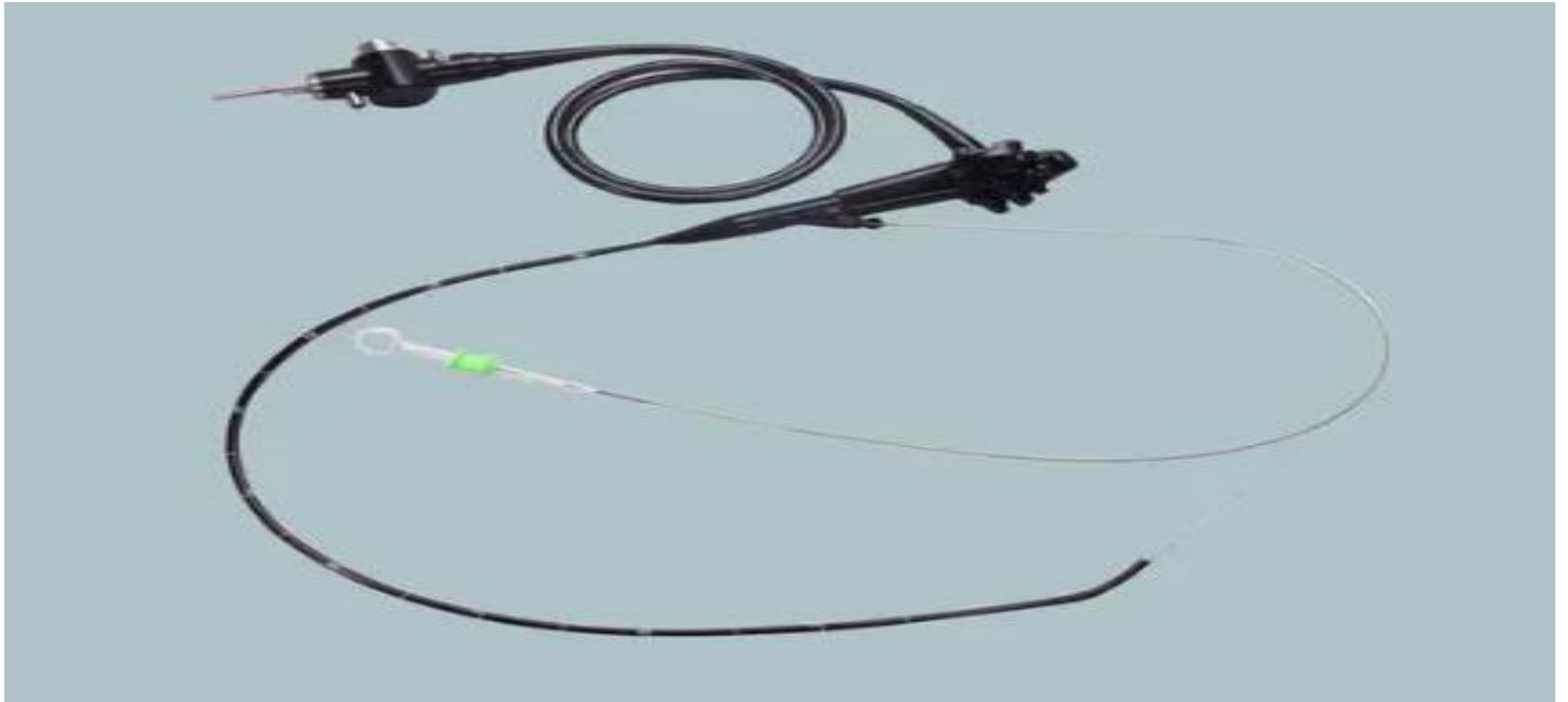


- En polyvynyle, elles associent sécurité et facilité d'emploi
- . Leur extrémité est effilée et leur diamètre varie de 5 à 20 mm. Elles sont glissées sur un fil guide après retrait de l'endoscope et sont utilisées pour le traitement des sténoses œsophagiennes

# Ballon de dilatation



# Gastroscope pédiatrique



	type	diamètre externe (mm)	canal opérateur (mm)
<b>OLYMPUS</b>			
GIF-N30	fibroscope	5,3	2
GIF-XP20	fibroscope	7,9	2
GIF-P30	fibroscope	9	2,2
GIF-XP160	vidéogastroscope	5,9	2
GIF-160	vidéogastroscope	8,6	2,8
GIF-Q160	vidéogastroscope	9,5	2,8
<b>PENTAX</b>			
FG-16V	fibroscope	5,3	2
FG-24W	fibroscope	7,9	2,2
FG-29W	fibroscope	9,8	2,8
EG-1580K	vidéogastroscope	5,1	2
EG-1870K	vidéogastroscope	6	2
EG-2470K	vidéogastroscope	8	2,4
EG-2970K	vidéogastroscope	9,8	3,2
EG-2980K	vidéogastroscope	9,8	2,8
<b>FUJINON</b>			
FG-100PE	fibroscope	7,8	2,8
EG-450PE5	vidéogastroscope	8,1	2,2
EG-250PE5	vidéogastroscope	8,1	2,2

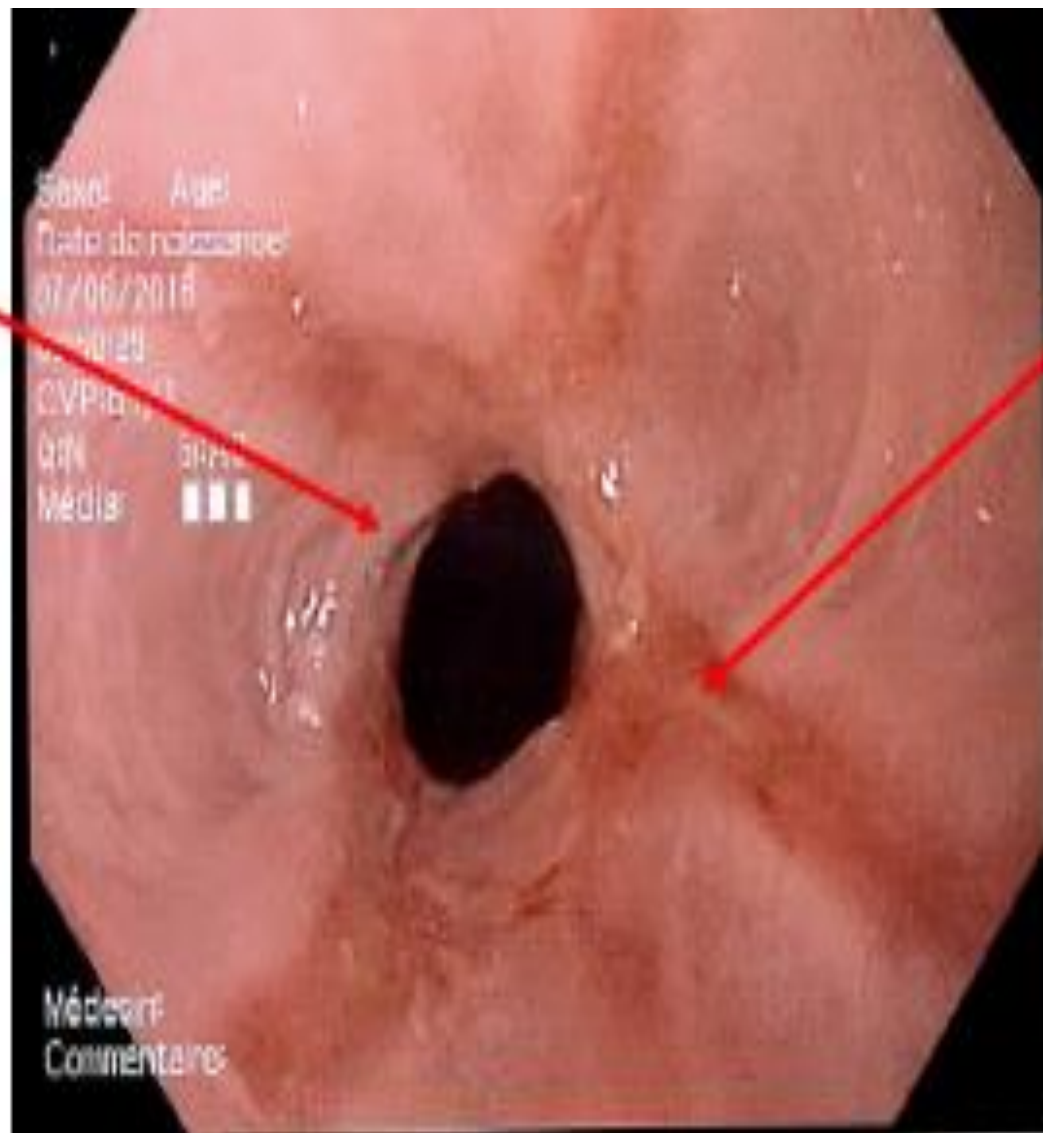


# Amplificateur de brillance



# EVALUER LA STENOSE

Sténose peptique  
(rétrécissement du  
calibre de l'œsophage)

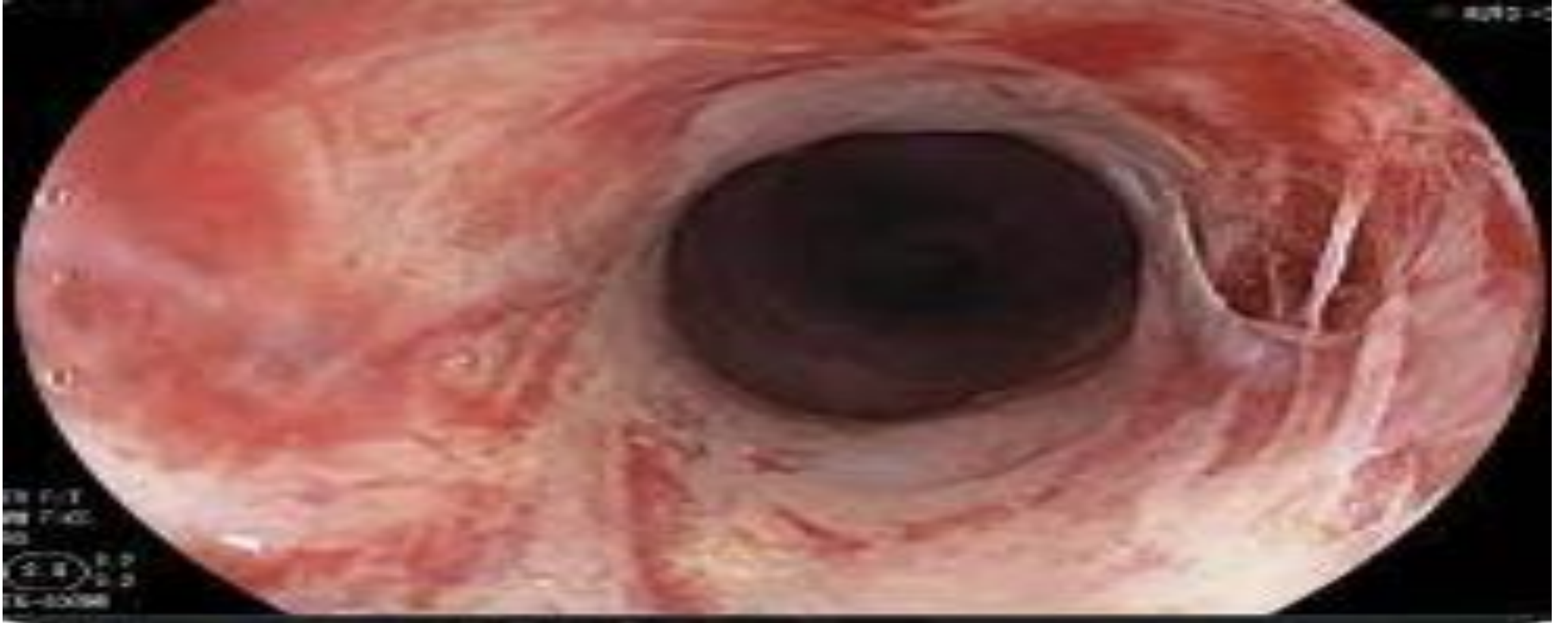


Œsophagite (ulcérations)

# Dilatation



# Contrôle



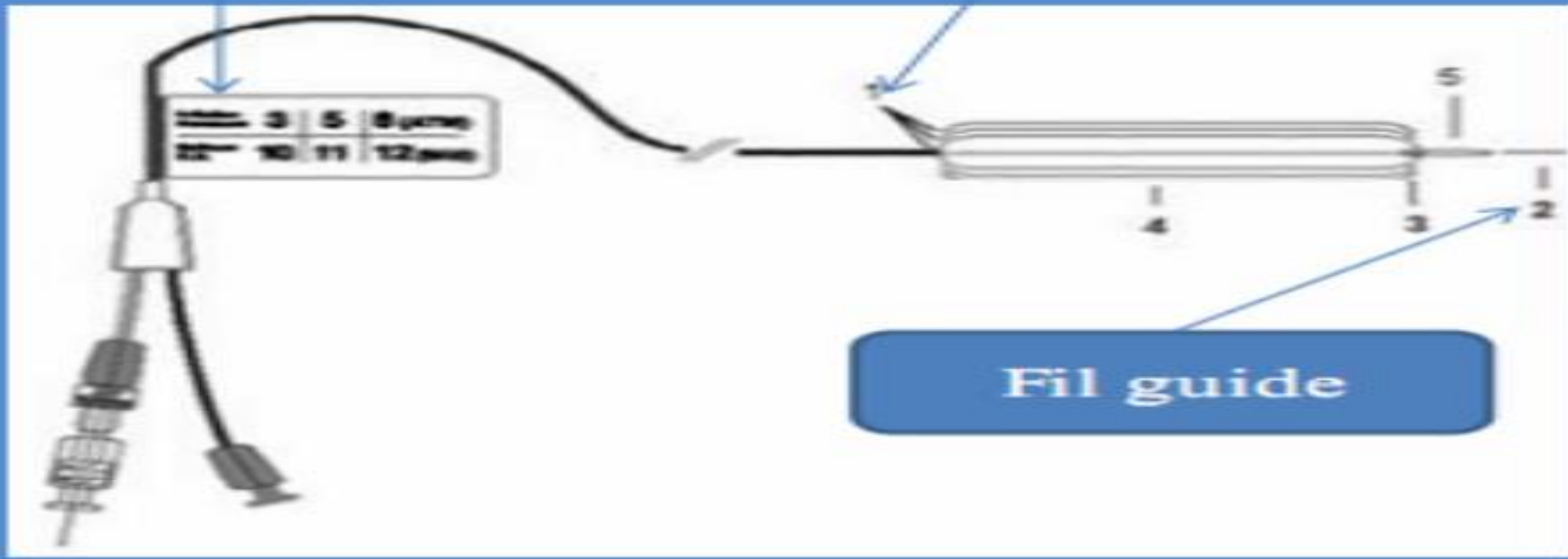
# Piège dilatation aux bougies



# Dilatation au ballon

Etiquetage  
indicatif des  
pressions de  
gonflement

Diamètres  
progressifs



Fil guide

# Dilatation au ballon

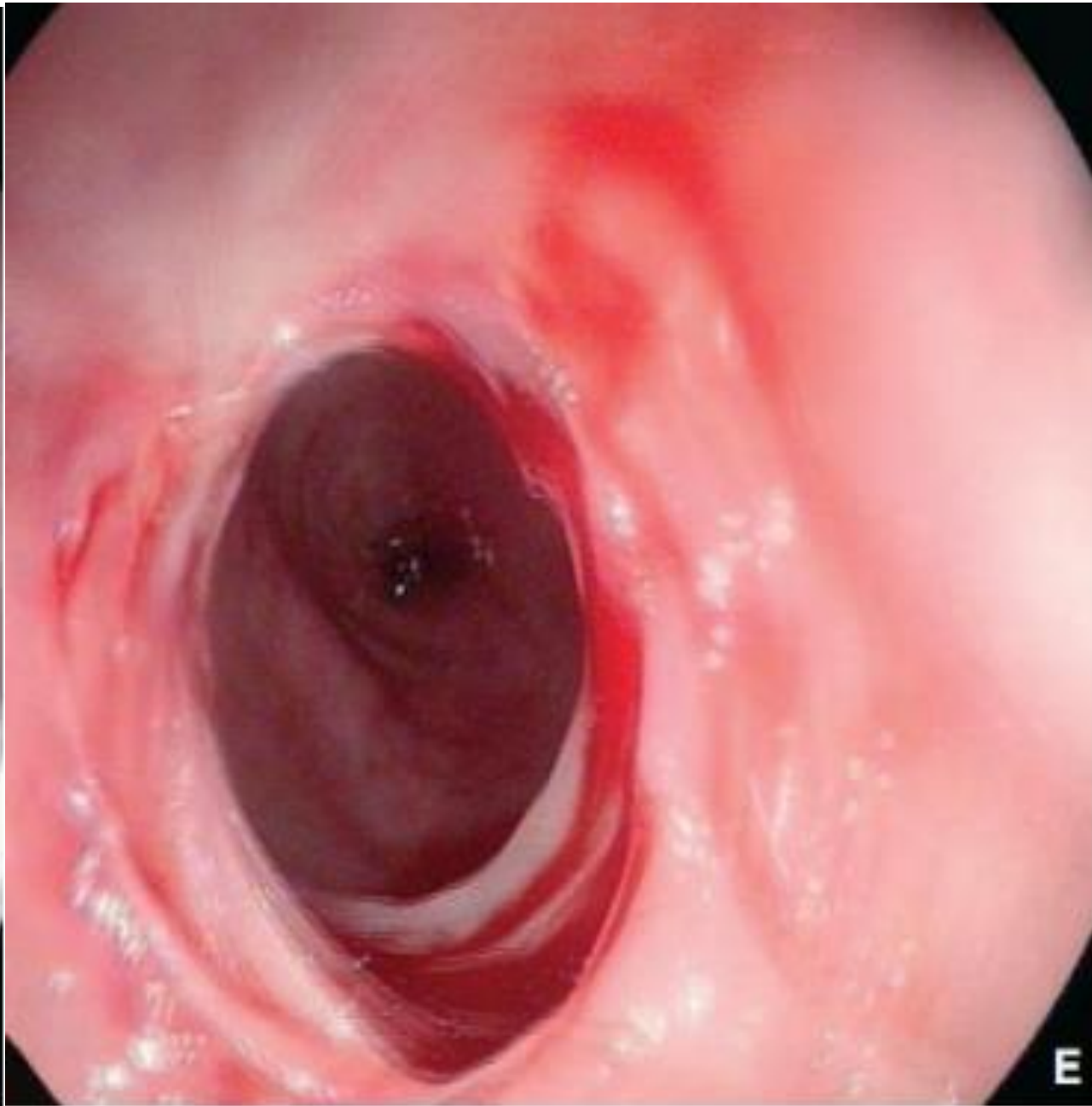


Bollonnet dilatation progressive 10-11-12mm

# Dilatation au ballon







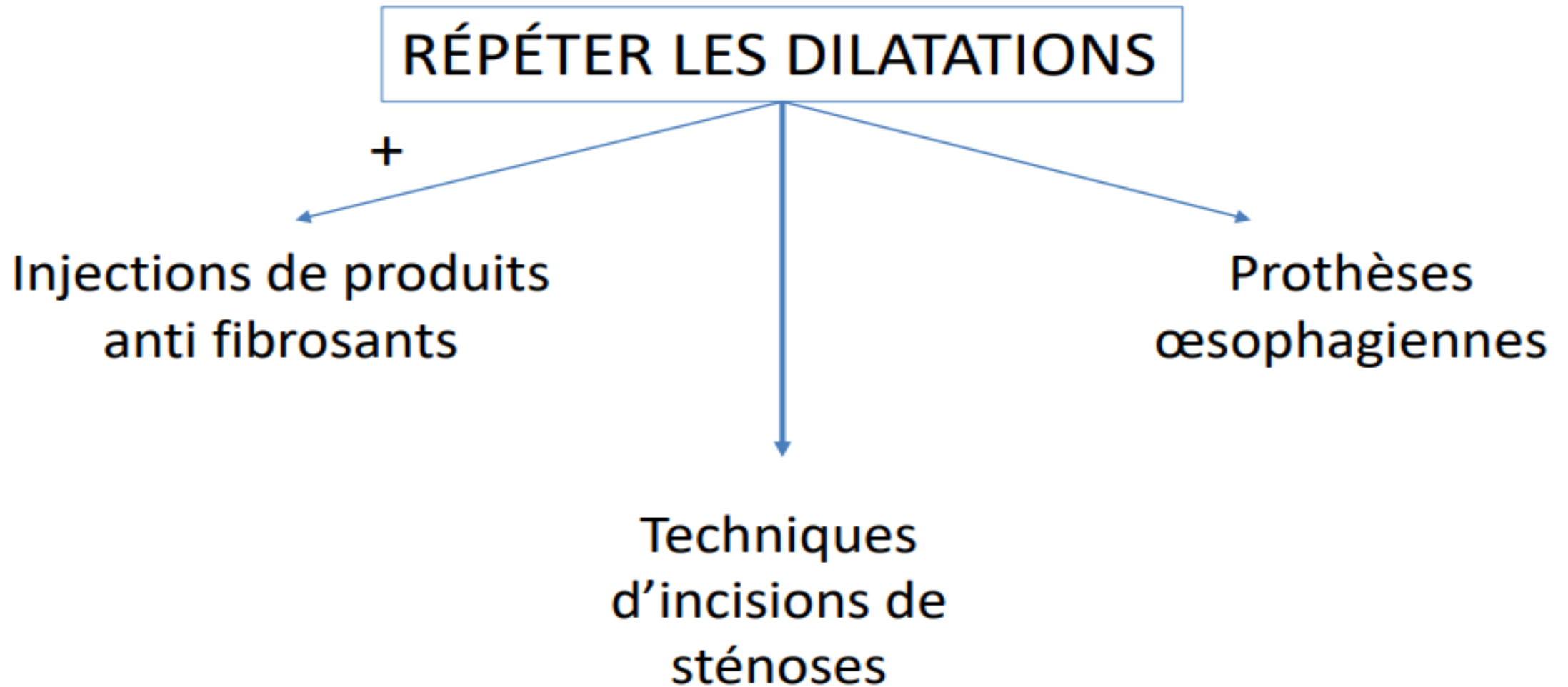
# Dilatation

- Objectif: diamètre de 13-15mm
- Pas plus de 3 diamètres successifs de dilateurs par séance
- Intervalles de deux à quatre semaines

# Risque

- La principale complication est la perforation. Sa fréquence globale est estimée à 0,7 % pour les ballonnets, 0,8 % pour les bougies

# Non réponse à la dilatation



# CTC RETARD

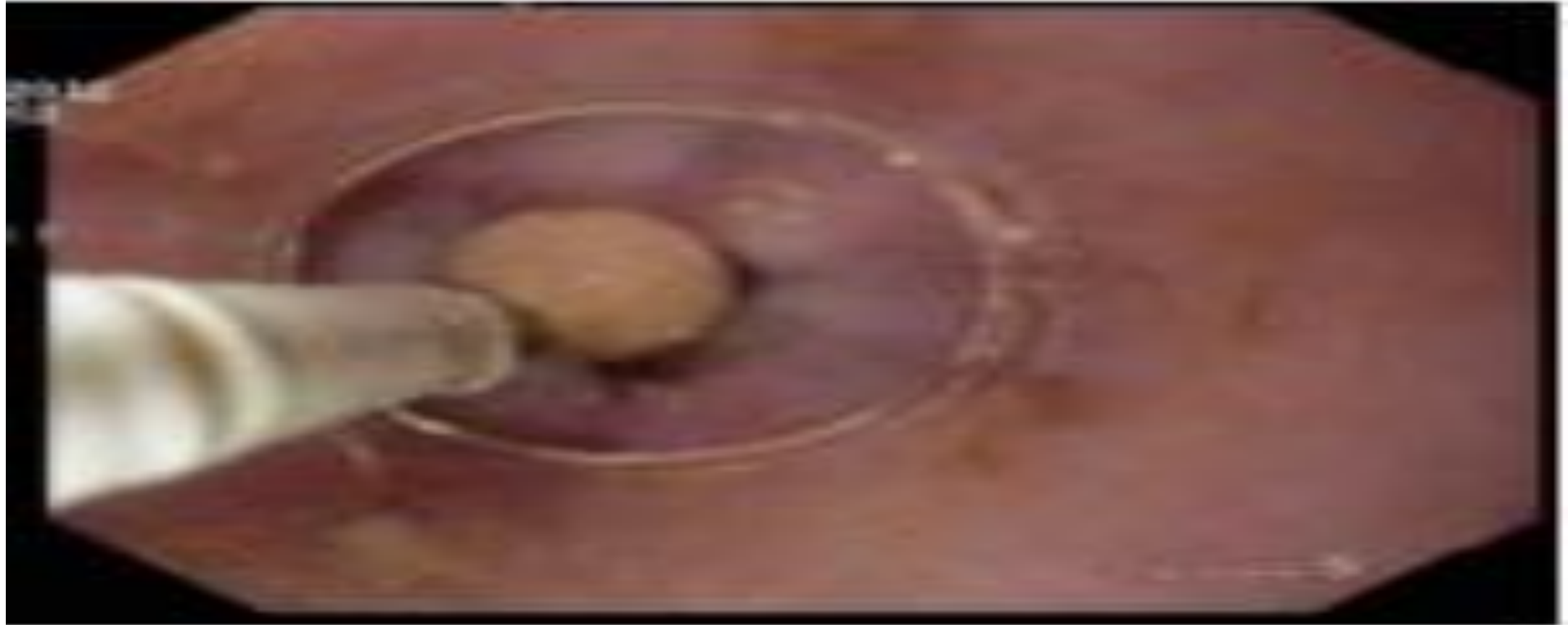
- KENACORT CORTICOIDE INJECTABLE RETARD 40 mg
- Après la dilatation on injecte en sous muqueuse au quatre quadrants de la sténose
- Diminution des séances de dilatations
- Augmentation du temps sans dysphagie

# MITOMYCINE C

- **Anti mitotique**

- • Sténoses caustique réfractaires (enfant)
- • Application d'une compresse imbibée de MMC
- • Eviter tout contact avec muqueuse saine (cap++)

# FIBROSCOPE THERAPEUTIQUE

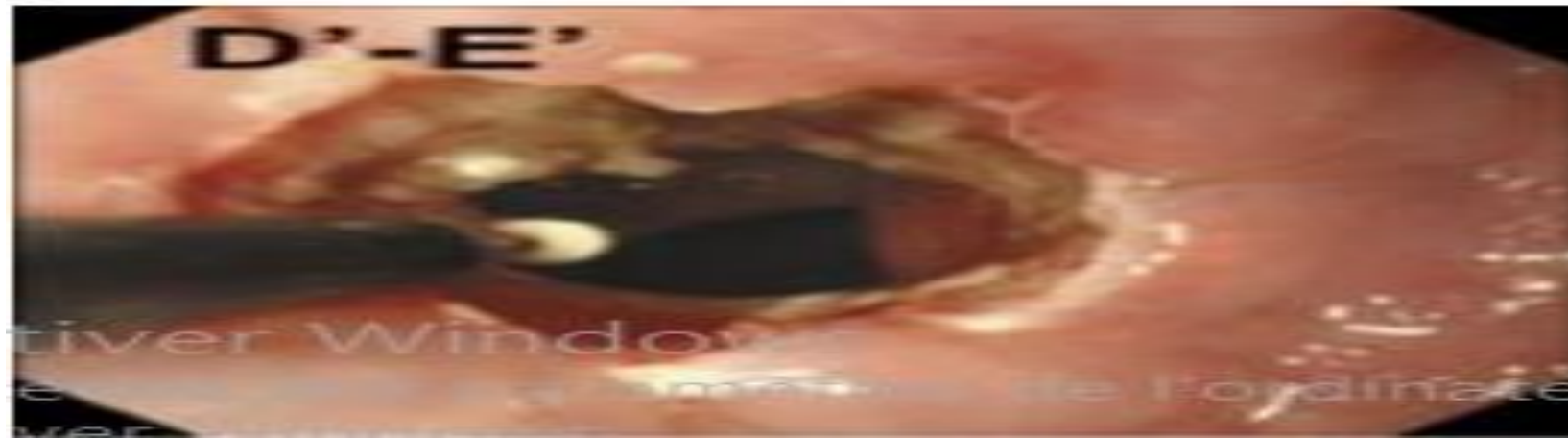


**Incision** precoupe  
couteau ESD

**Incision radiaire**



**Incision  
circonférentielle**





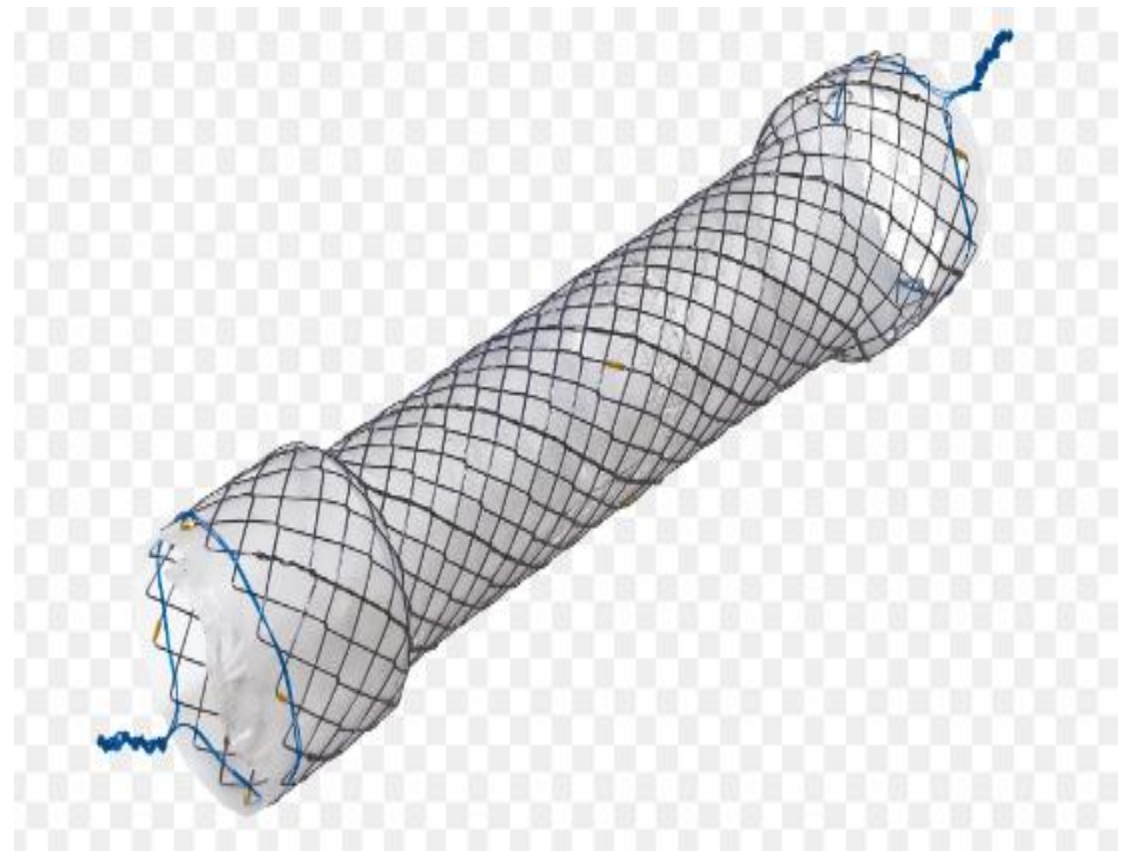
# Risque

- Perforation le risque peut aller jusqu'à 3.5%

## *En deuxième intention*

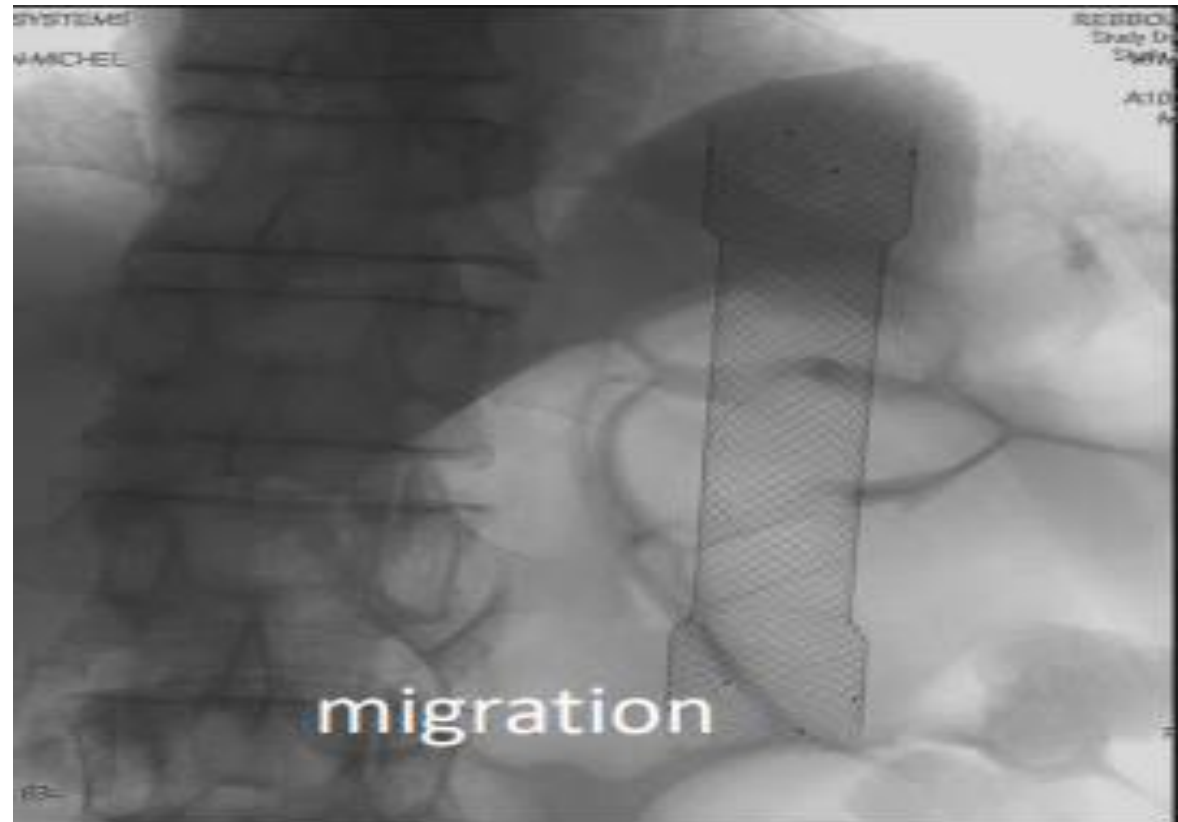
- Prothèses métalliques auto expansives totalement couvertes
- Prothèses bio dégradables
- Efficacité 40%

**Toujours en deuxième intention 4-6 semaines (max 3 mois)**



# Complications

- Migration de la prothèse 28%



# Fixation de la prothèse par des clips



# Impaction de la prothèse



# ECHEC AUX DILATATIONS

- STÉNOSES RÉFRACTAIRES

- impossibilité d'obtenir un diamètre  $\geq 14$  mm

après 5 sessions de dilatations espacées de 2 semaines

- STÉNOSES RÉCIDIVANTES

- Impossibilité de maintenir un diamètre sténotique satisfaisant au moins 4 semaines après avoir atteint une cible de 14mm

# ACHALASIE

# DILATATION PNEUMATIQUE

- **Principe**
- dilatation de la jonction oeso-gastrique avec un ballon de 30 à 40 mm gonflé à l'air,
- mis en place sur fil guide rigide



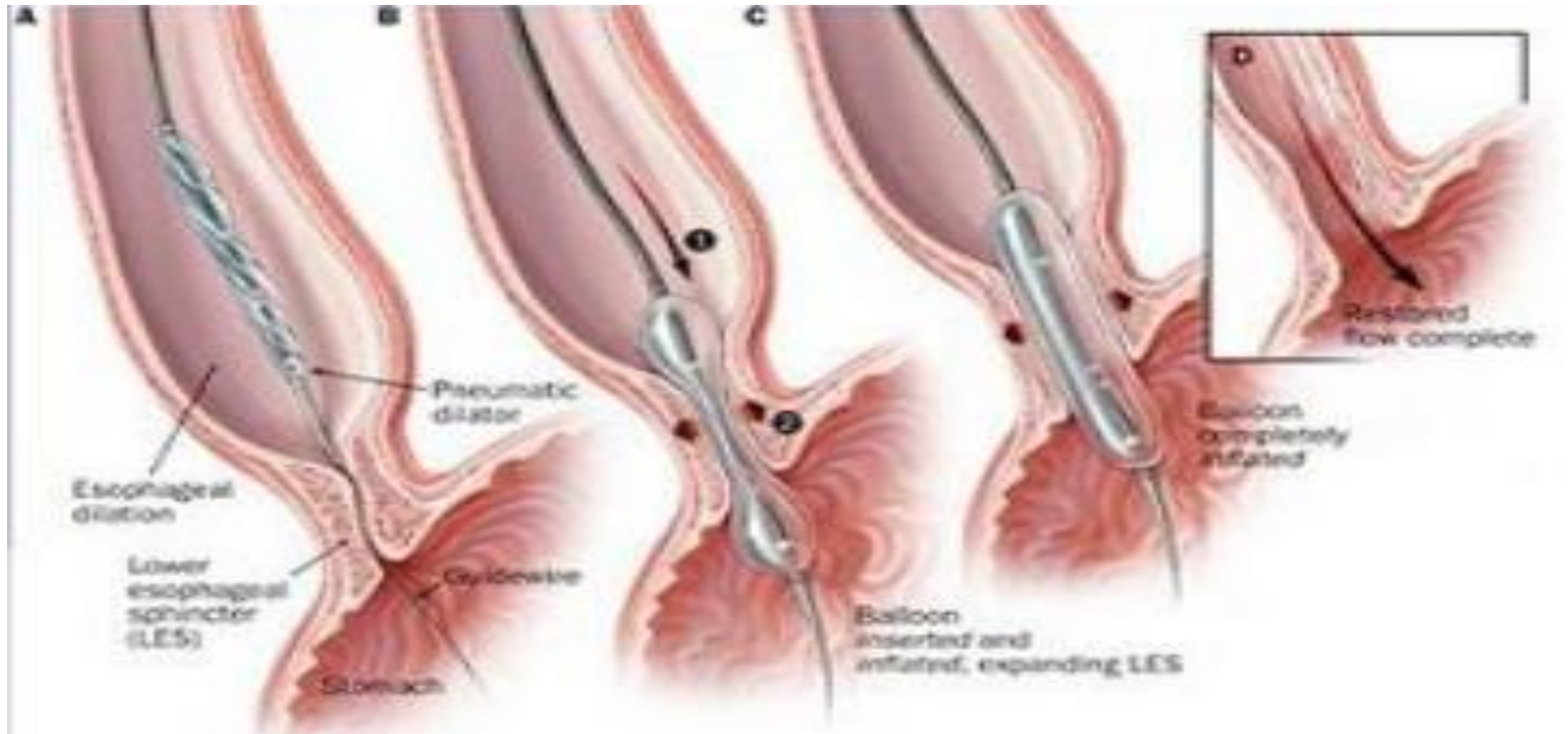
# Contre indication relatives

Œsophage dilaté, tortueux  
Diverticule épiphrénique  
Chirurgie antérieure de la JOC  
Achalasie vigoureuse

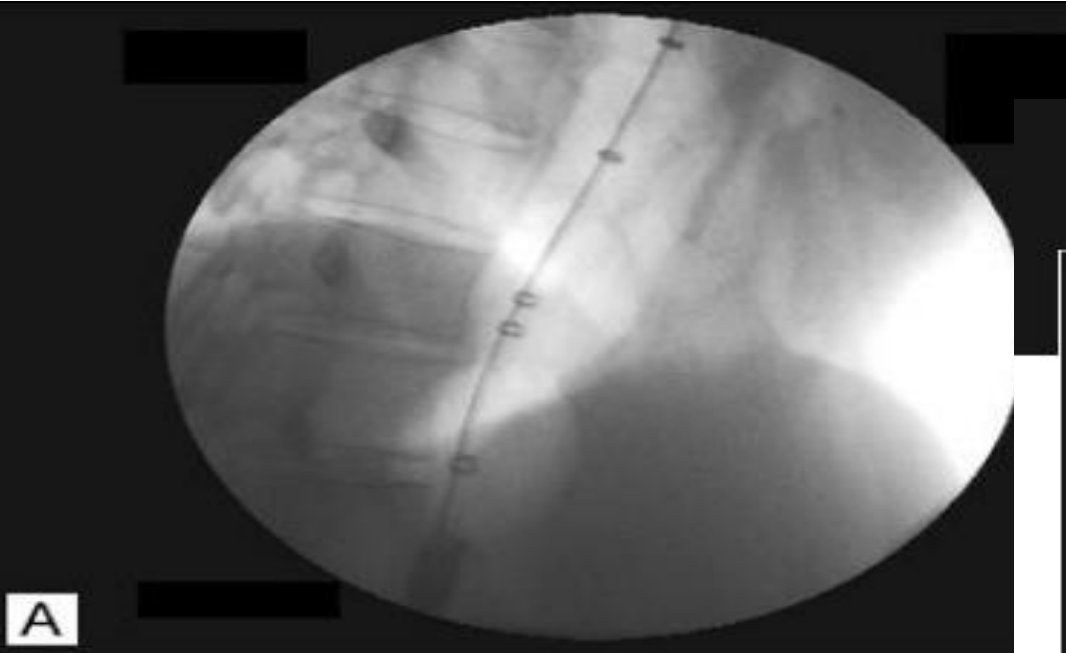


**Risque élevé de perforation**

# Technique



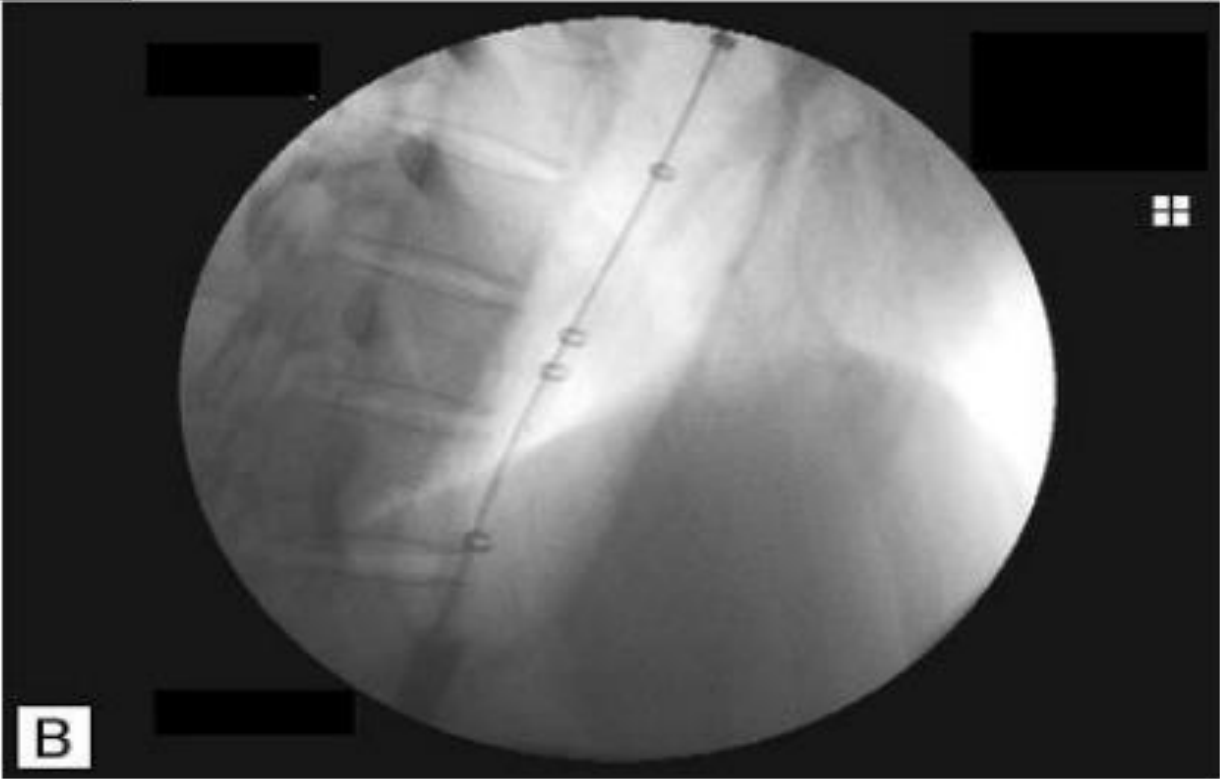
# Trois repères radio opaque



A

Empreinte du SIO

Disparition de l'empreinte



B

- **Résultats**

- Efficacité globale 1 séance = 70%
- Récidive à 6 mois = 20-30%
- Taux de perforation = 1% à 30mm ; 3% à 35mm ; 9% à 40mm

- **Stratégie :**

- 1ère dilatation à 30 mm, puis 35 mm et éventuellement à 40 mm,
- Séances séparées de 2 à 4 semaines.
- Nouvelle DP > 1an = pas considérée comme un échec

# Dilatations pyloro-duodénales post- ulcéreuse

- IPP au long cours
- éradication Hp
- Arrêt tabac
- Dilatation au ballon hydrostatique entre 12 et 18 mm
- Le risque c'est la perforation 2 à 6%



# Sténoses iléo-coliques MICI

- Plus la sténose est courte, meilleur est le résultat
- meilleur résultat quand la sténose ne dépasse pas 4cm de longueur
- Ulcérations ne CI pas dilatation

Résultats de la dilatation endoscopique hydrostatique dans les sténoses iléales ou anastomotiques de la maladie de Crohn.

Auteurs (année)	<i>n</i>	Sténoses postopératoires (%)	Succès techniques (%)	Récidive <sup>a</sup> (%)	Suivi <sup>b</sup>	Complication sévère (%)
Blomberg (1991)	27	100	85	33	19	15
Couckuyt (1995)	55	62	90	62	34	11
Sabate (2001)	38	68	84	63	60	9
Dear (2001)	22	95	99	73	46	0
Thomas (2003)	59	90	-	41	29	2
Morini (2003)	43	72	79	42	64	6
Singh (2005)	17	72	79	76	18	10
Blanchet (2005)	16	100	81	73	24	0

<sup>a</sup> Récidives symptomatiques.

<sup>b</sup> Suivi médian en semaines.



# Sténose anastomotique ou colique:

- – Dilatation
- – Courte
- – centrée
- Ballon hydrostatique dilatation progressive pour arriver à 18 20 MM)

## Méta-analyse: 23 études

- Succès technique immédiat..... 90%
- Chirurgie.....27,6%
- Suivi 21 mois

**Merci pour votre attention**