

Dilatation des sténoses digestives

DR ABID Ahmed

drabid81@live.fr

Journées de formation Mindar

le 8,9,10 février 2024

ETIOLOGIES ET CARATERISTIQUES

STÉNOSES SIMPLES

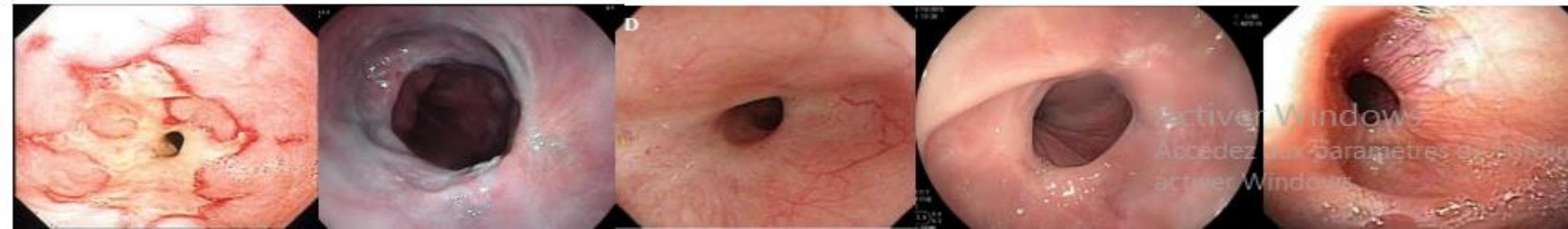
peu serrées
courtes et droites

Sténoses anastomotiques
Sténoses peptiques
Anneaux de Schatzki
Œsophagites à éosinophiles

STÉNOSES COMPLEXES

serrées
souvent non franchissables
longues (> 2cm)
tortueuses

Sténoses radiques,
Sténoses caustiques
Sténoses post ESD



BOUGIES DE SAVARY



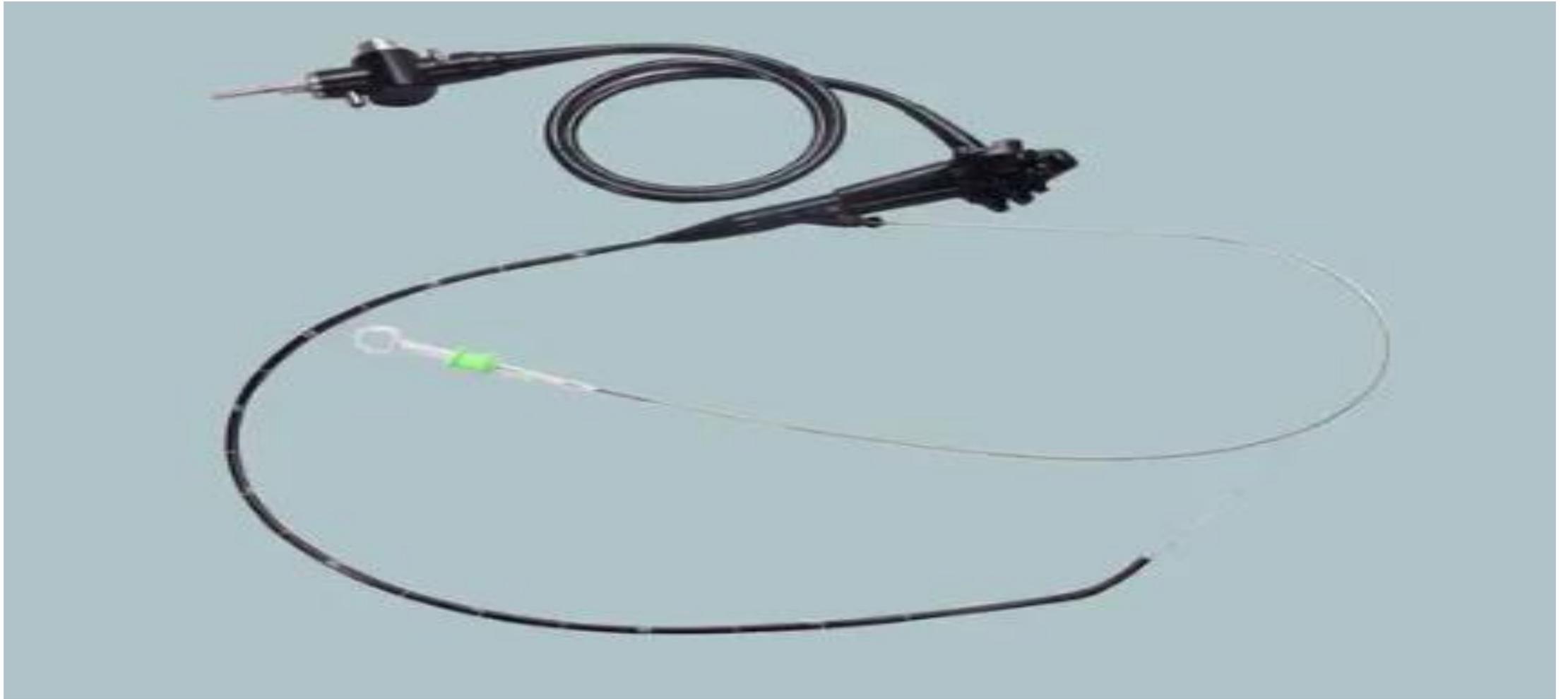


- En polyvynyle, elles associent sécurité et facilité d'emploi
- . Leur extrémité est effilée et leur diamètre varie de 5 à 20 mm. Elles sont glissées sur un fil guide après retrait de l'endoscope et sont utilisées pour le traitement des sténoses œsophagiennes

Ballon de dilatation



Gastroscope pédiatrique



	type	diamètre externe (mm)	canal opérateur (mm)
OLYMPUS			
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
PENTAX			
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
FUJINON			
FG-100PE	fibroscope	7,8	2,8
EG-450PE5	vidéogastroscope	8,1	2,2
EG-250PE5	vidéogastroscope	8,1	2,2

Amplificateur de brillance



Dilatation



Contrôle



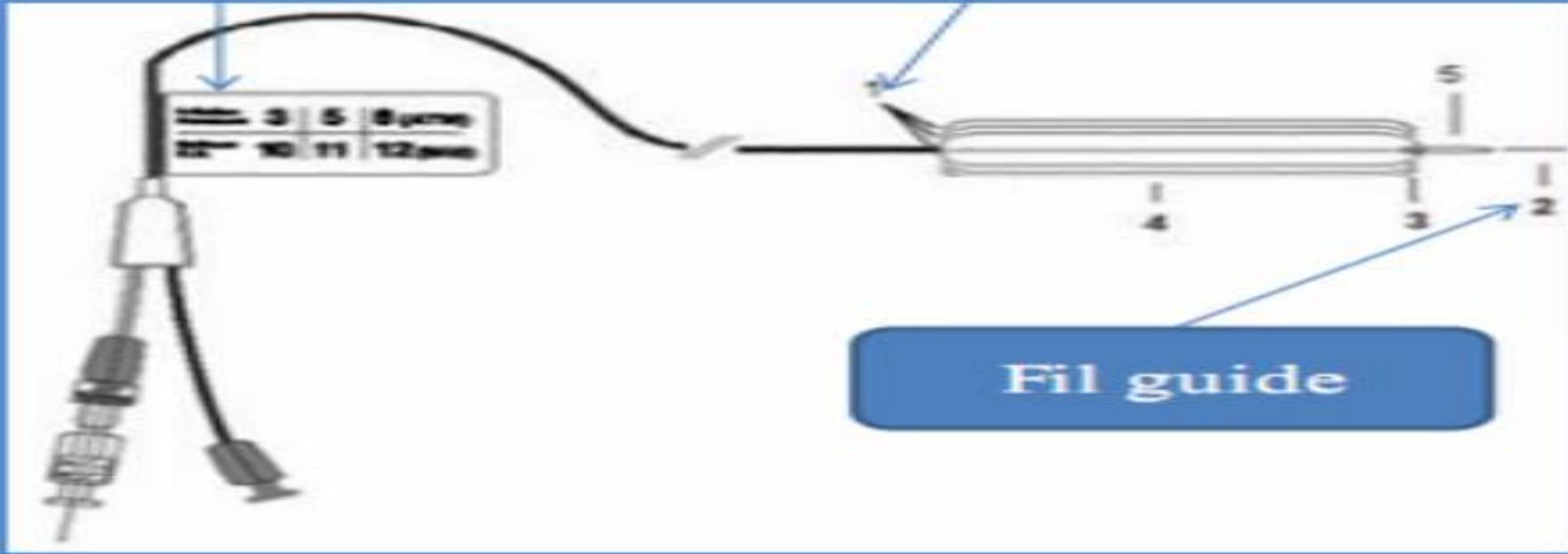
Piège dilatation aux bougies



Dilatation au ballon

Etiquetage
indicatif des
pressions de
gonflement

Diamètres
progressifs



Fil guide

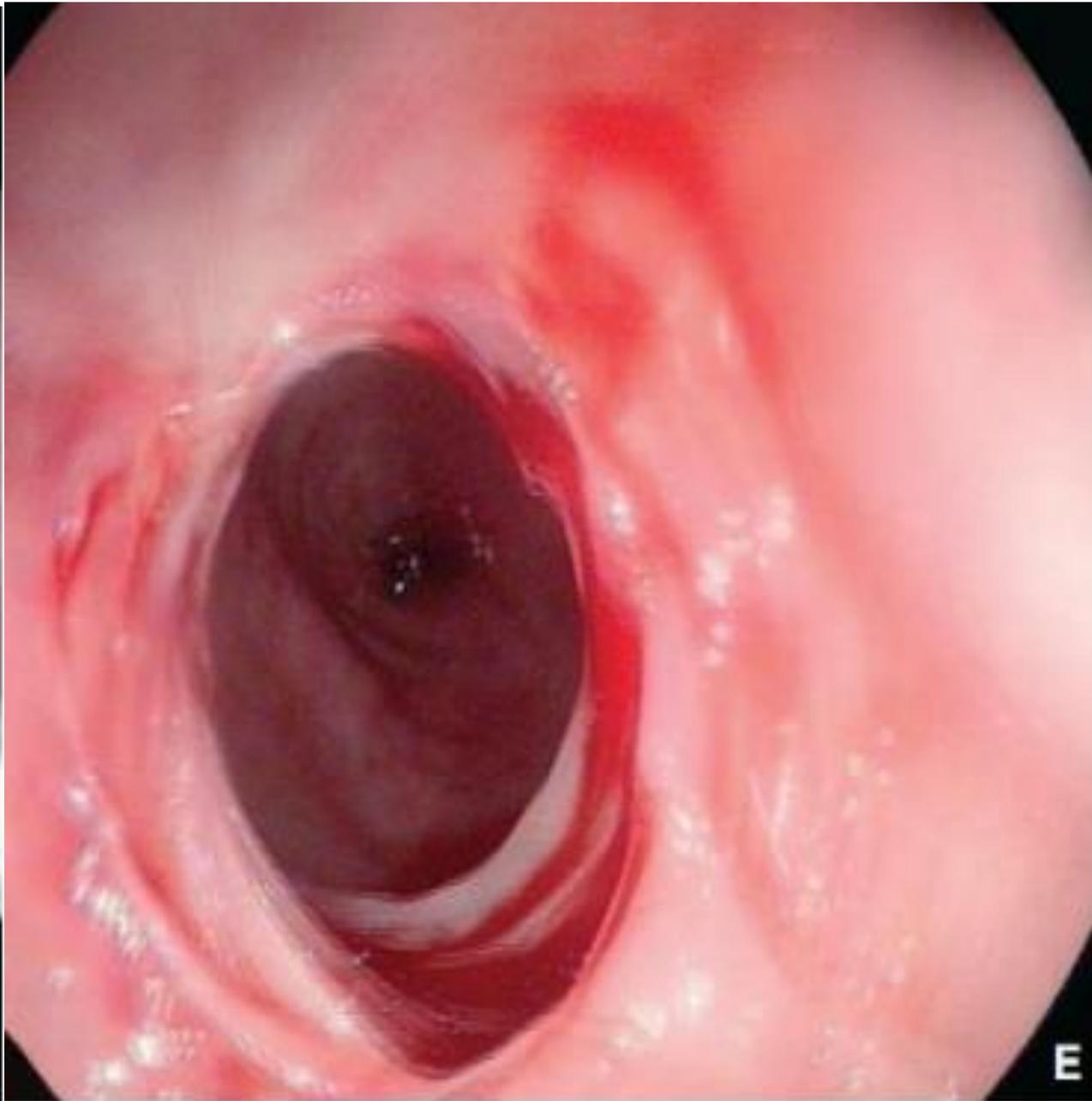
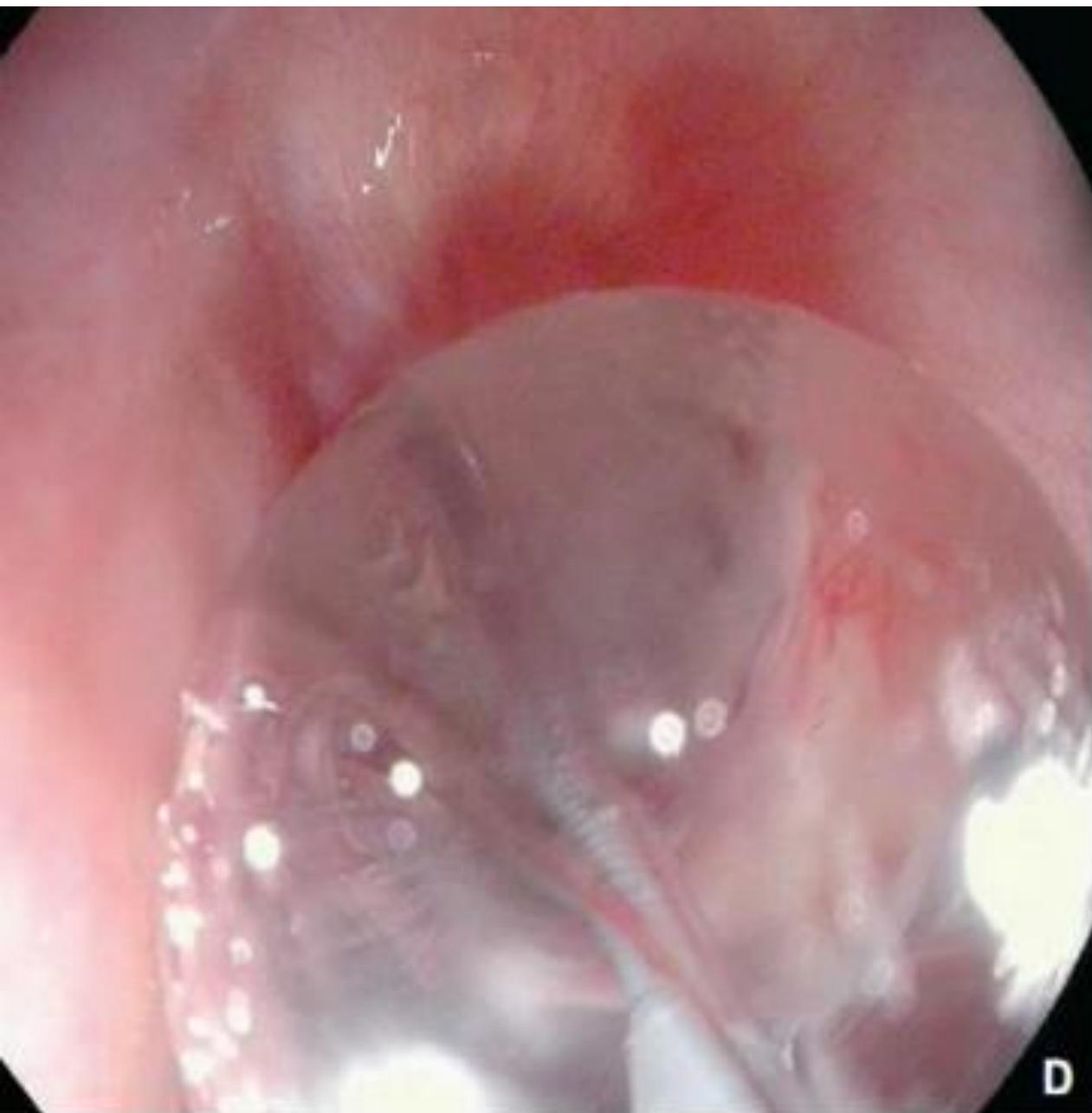
Dilatation au ballon



Bollonnet dilatation progressive 10-11-12mm

Dilatation au ballon





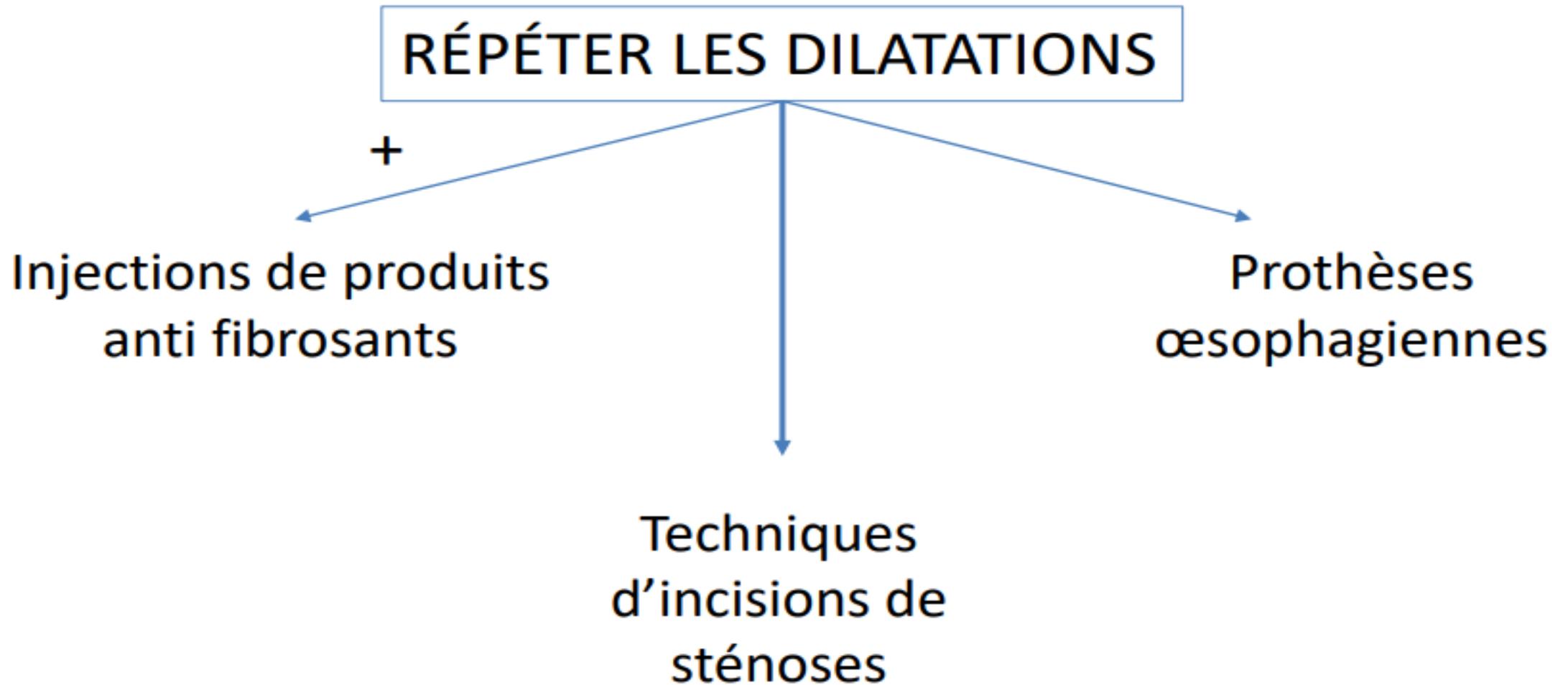
Dilatation

- 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

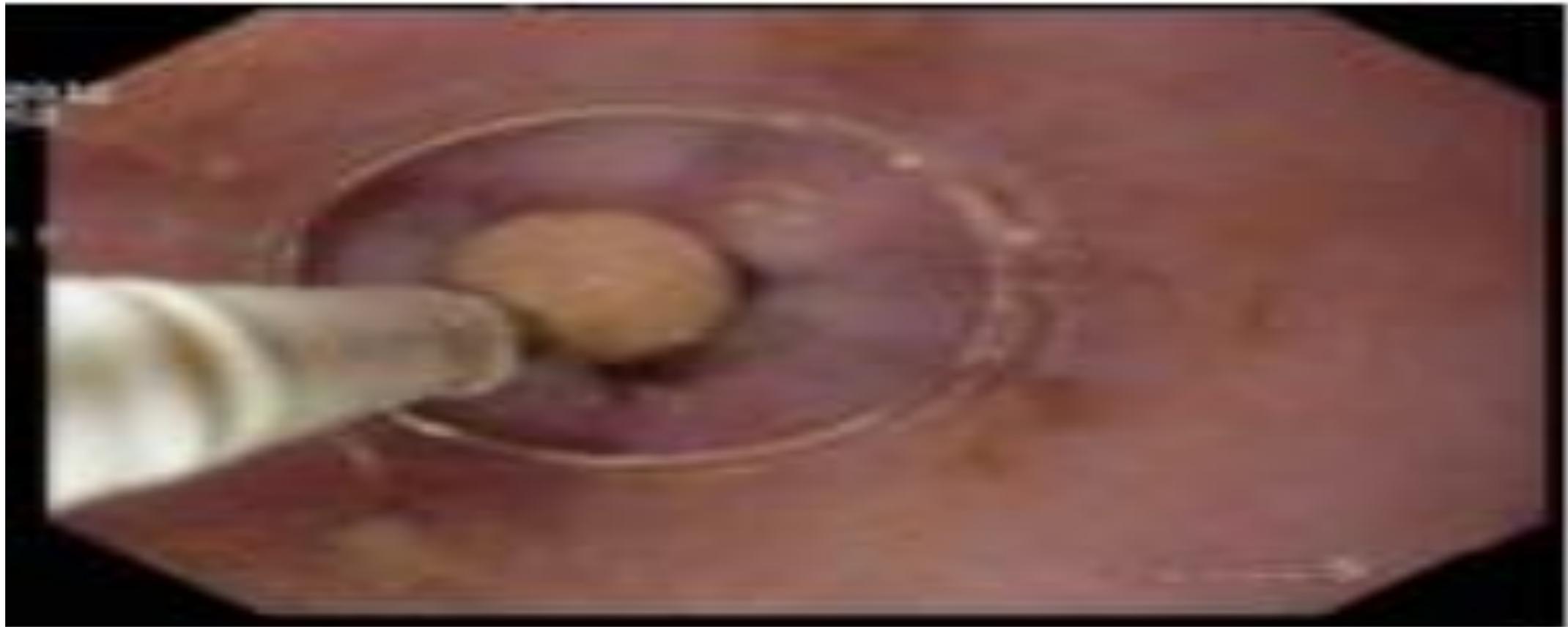
- KENACORT CORTICOIDE INJECTABLE RETARD 40 mg
- Après la dilatation on injecte en sous muqueuse au quatre quadrants de la sténose
- Diminution des séances de dilatations
- Augmentation du temps sans dysphagie

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**



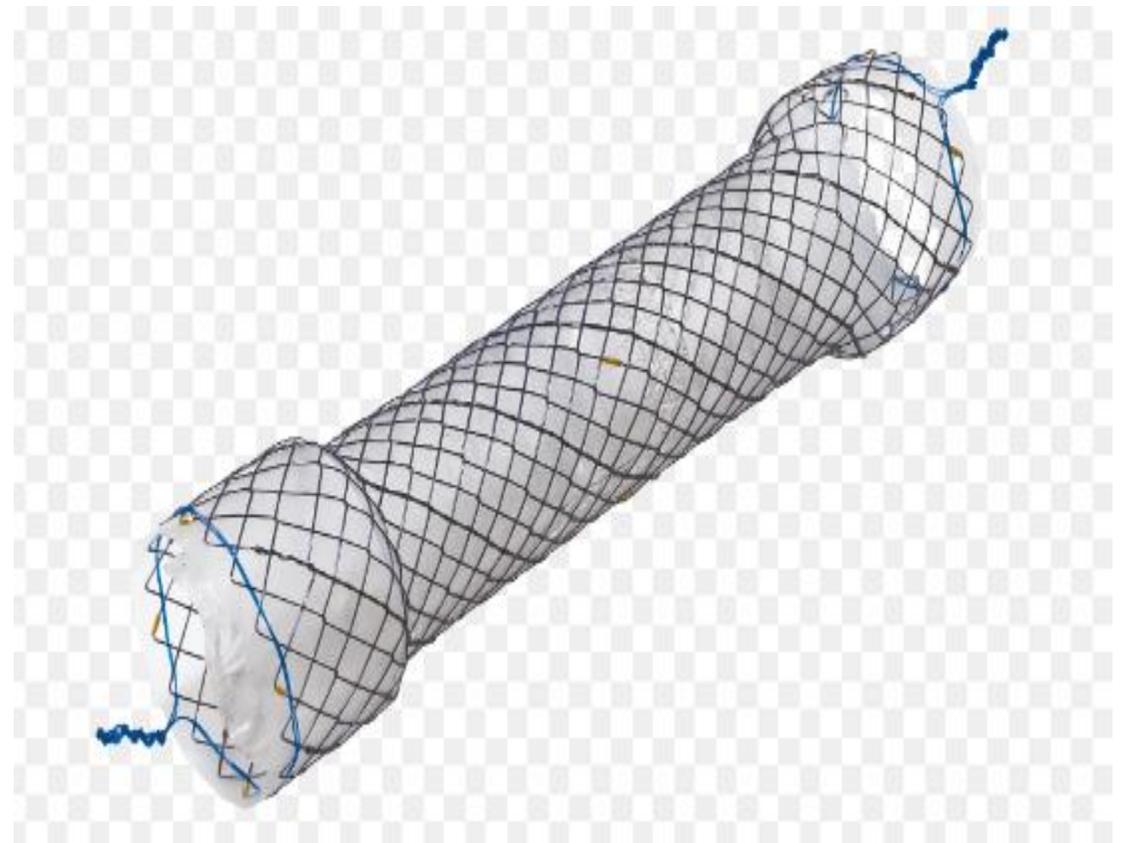
Risque

- Perforation le risque peut aller jusqu'à 3.5%

En deuxième intention

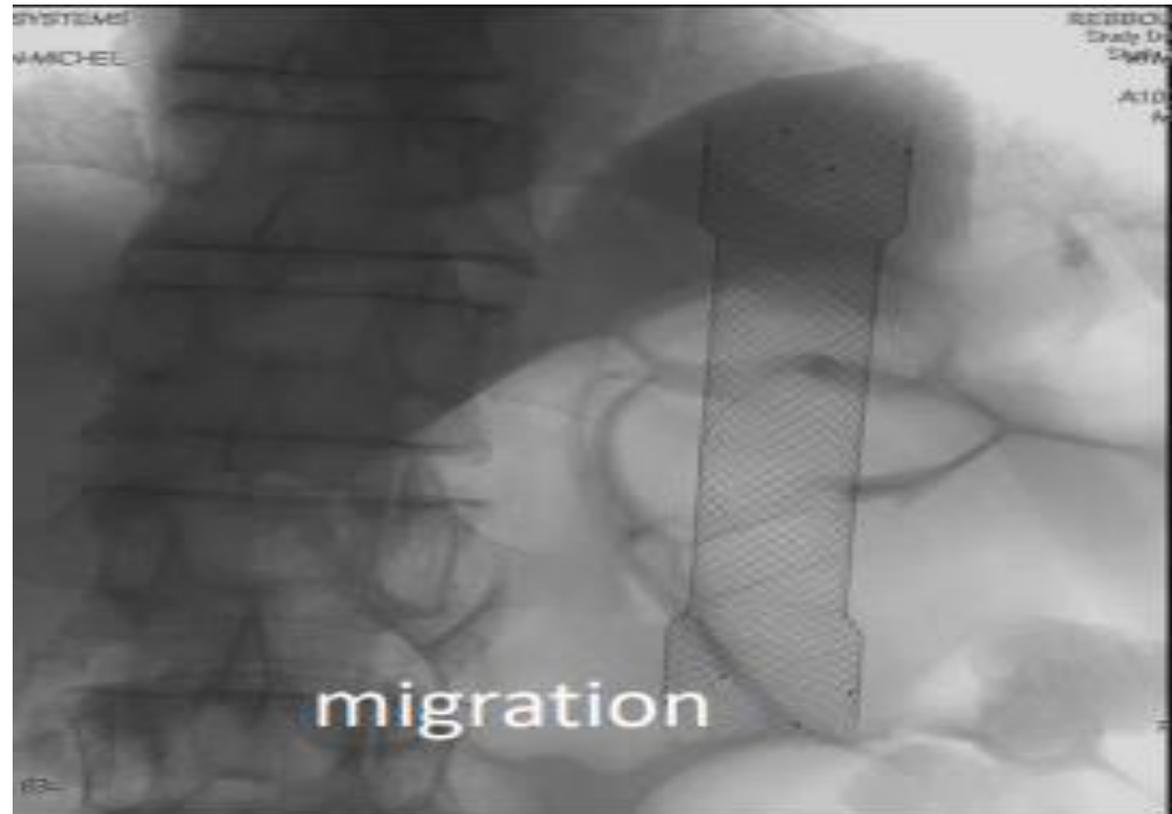
- Prothèses métalliques auto expansives totalement couvertes
- Prothèses bio dégradables
- Efficacité 40%

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

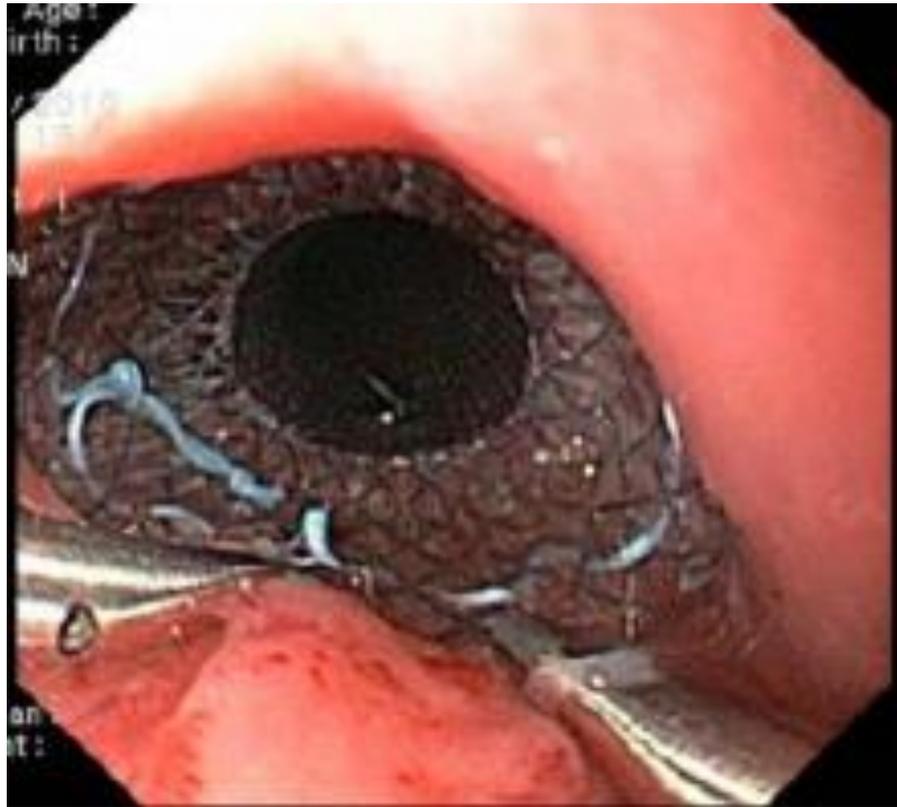


Complications

- 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 ≥ 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

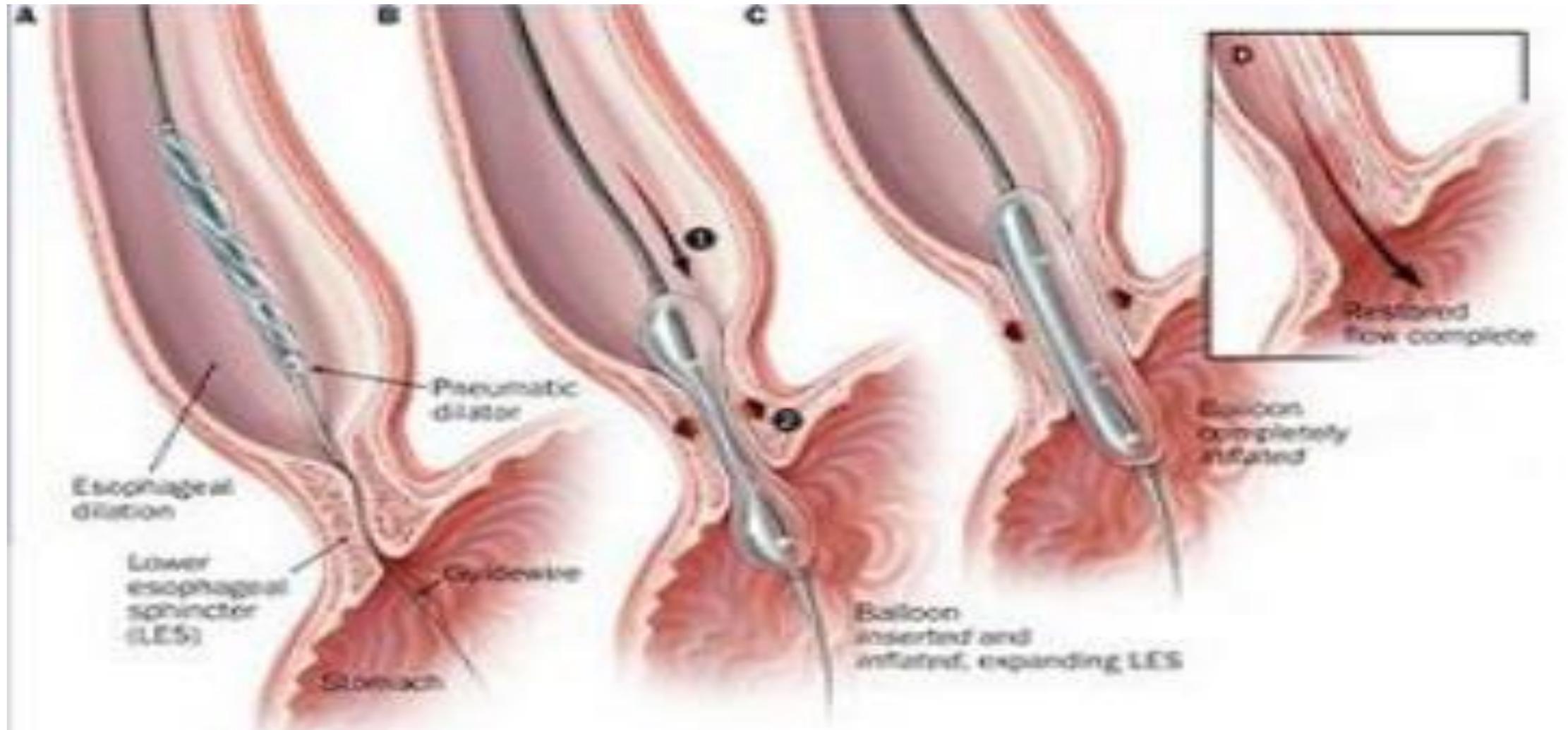
Contre indication relatives

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

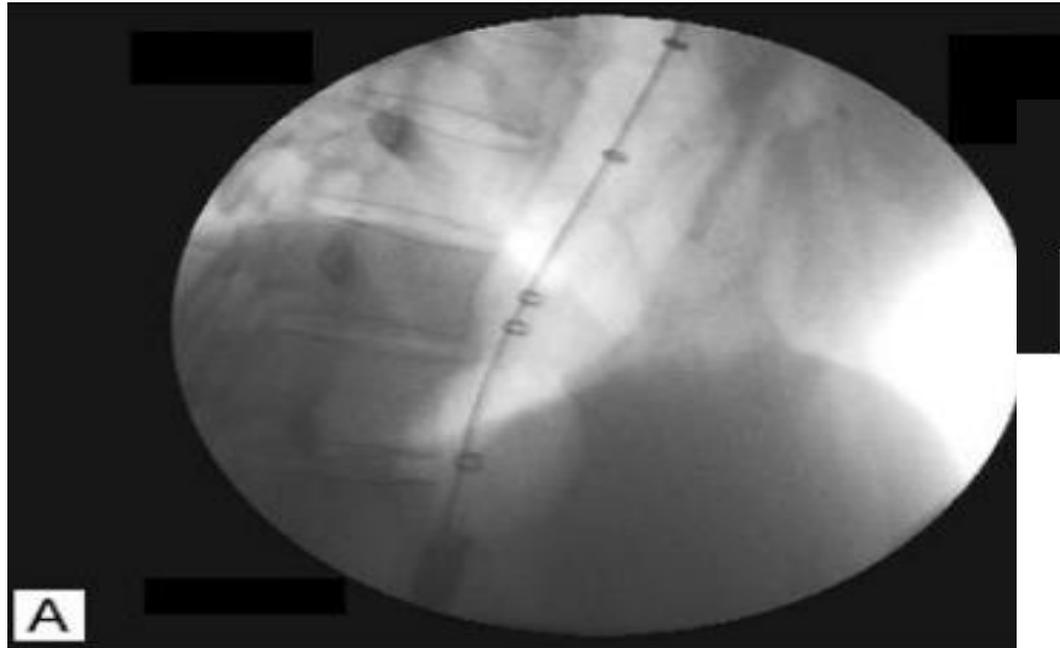


Risque élevé de perforation

Technique



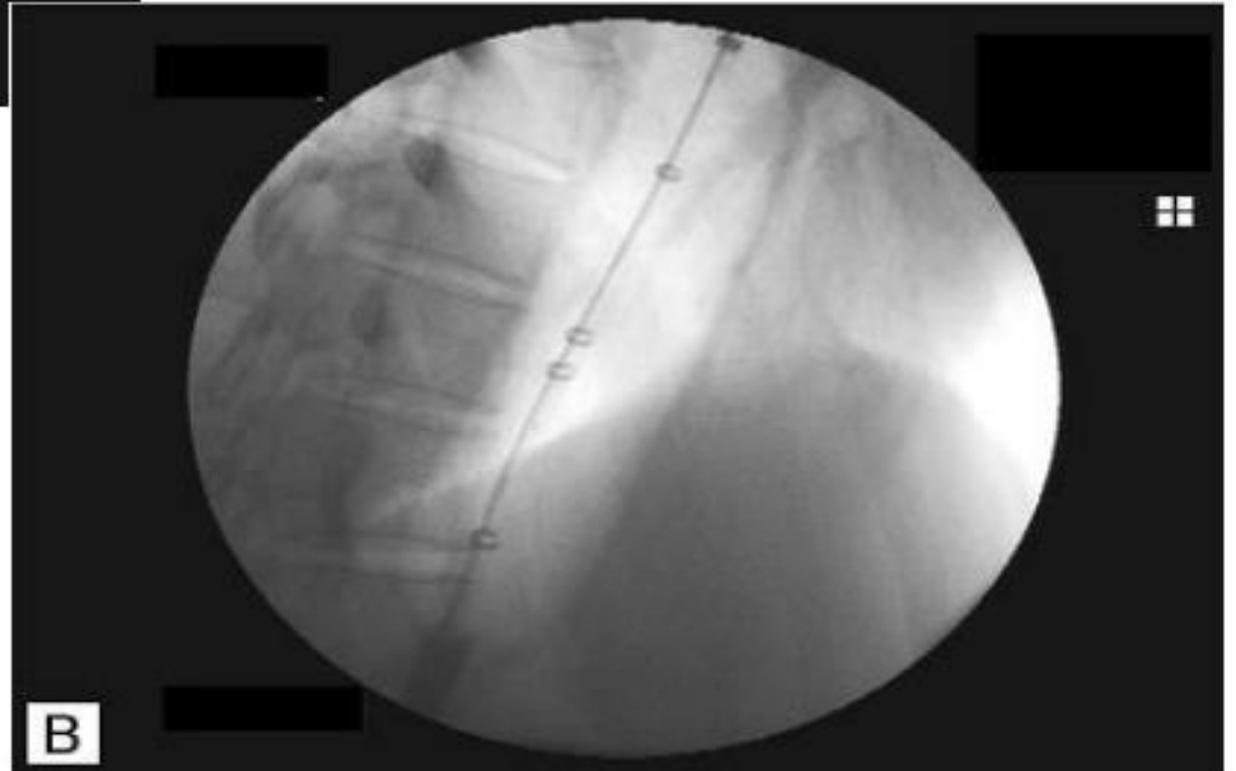
Trois repères radio opaque



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 ^a (%)	Suivi ^b	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

^a Récidives symptomatiques.

^b 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