

DILATATION DES STENOSES DIGESTIVES

ENDOSCOPY MASTERCLASS -MINDAR-
BLIDA 11-12-13 MAI 2023

Dr NAILI Oussama

A decorative graphic element consisting of several horizontal lines of varying lengths and colors (teal, white, and light blue) extending from the right side of the slide towards the center.

Plan

- Introduction
- Bilan clinique et endoscopique
- Equipement
- Techniques endoscopiques
- Indications
- Complications

Introduction

- Sténoses= situation fréquente
- Complications potentiellement grave peuvent survenir
- Localisation des sténoses = tout le TD (œsophage +++)
- Dilatation des sténoses bénignes = TRT définitif
- Sténoses malignes = étape pour une procédure endoscopie (écho-endoscopie ou duodénoscopie ou pose de prothèse)

Bilan clinique et endoscopique

- Sténoses œsophagiennes
- Sténoses gastriques et de l'intestin grêle
- Sténoses iléo-coliques et coliques

Sténoses œsophagiennes

- Dysphagie +++, odynophagie, perte du poids, anémie
- Causes
 - Reflux acide
 - Anneau de Schatzki
 - Diaphragmes et anneaux œsophagiens
 - Kc de l'œsophage
 - Lésions corrosives (caustiques)
 - Radiothérapie
 - Chirurgie
 - Œsophagite à éosinophiles (EE)
 - Sclérothérapie
 - Photothérapie dynamique
 - Résection endoscopique de la muqueuse (EMR)
 - Dissection sous muqueuse (ESD)
 - Radiofréquence
 - Cryothérapie
 - Œsophagite infectieuse
 - Œsophagite induite par une pile

Sténoses œsophagiennes

- Arrêter les anticoagulants
- Risque de bactériémie pour les bougies → brossage des dents
- Sténoses complexes (asymétrie, non franchissables, > 2 cm, tortueuses) → radioscopie
- Examiner la muqueuse (EE +++) → injection de CTC
- Dysphagie sans sténose → pas de dilatation
- Dysphagie rapide -perte du poids-sténose refractaire → biopsies de la sténose (Kc +++)

Sténoses œsophagiennes

- Sténose réfractaire = incapacité de maintenir le calibre œsophagien à 14 mm malgré 5 séances de dilatations a intervalle de 2 semaines
- Sténose récidivante = incapacité de maintenir le calibre œsophagien pendant 4 semaines une fois que le calibre de 14mm a été atteint

Sténoses gastrique-pyloriques et gréliques

- Localisation= pylore +++
- Vomissements +++
- Obstructions prolongées → atonie gastrique → pas de réponse immédiate au traitement endoscopique
- Causes
 - MUGD
 - Caustiques
 - Crohn
 - Radiothérapie
 - Chirurgie

Sténoses iléo-coliques et coliques

- Dilatation si symptômes seulement
- Causes
 - Chirurgie
 - Crohn
 - Radiothérapie
 - Prise des AINS (colon droit +++, diaphragmes)
 - Diverticuloses
 - Ischémie
 - Néoplasie

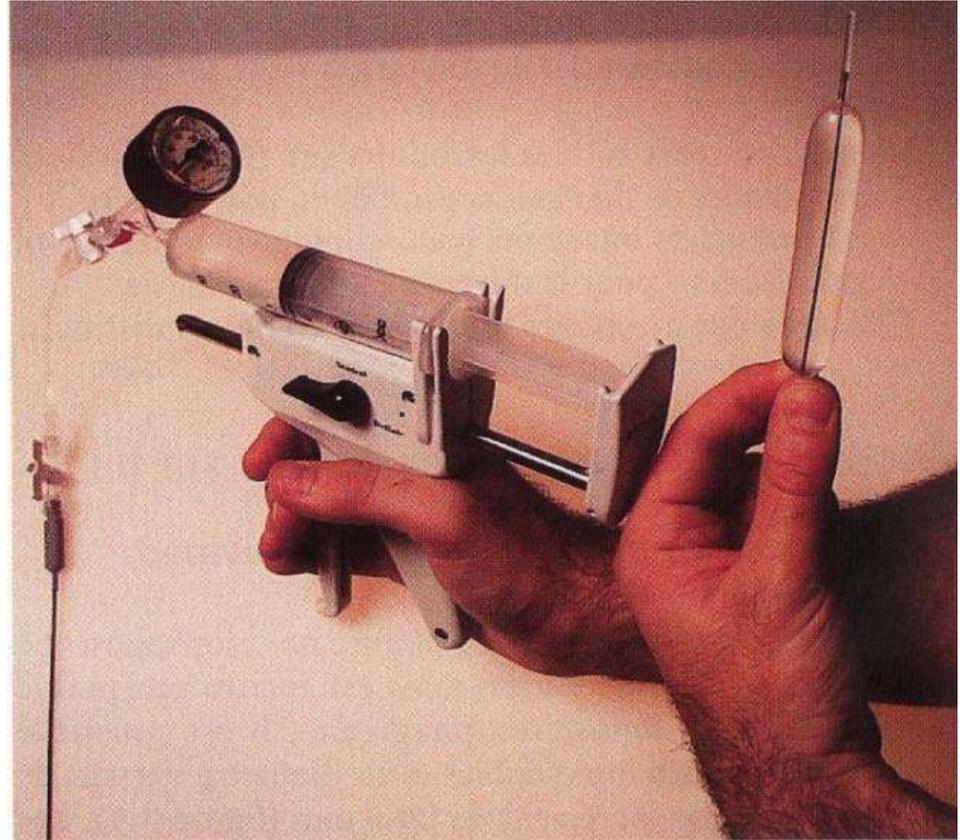
Equipement

- Gastroscope ou coloscope pédiatrique
- Dilatateurs (voir tableau)
- Fils-guides
- Fluoroscopie
- Dilatateur à ballonnet pour Achalasia

Equipement

Dilatateurs			
	Bougies au mercure ou tungstène	Bougies en polyvinyl	Ballons de dilatation
Type	Maloney / Hurst	Savary / Celestin	TTS (through the scope) CRE (controlled radial expansion)
Caractéristiques	Extrémité éffilée/mousse	Passe sur guide Diamètre=5-20 mm	OTW Longueur = 3-8 cm Diamètre= 6-20 mm
Avantages	Auto-bougiennage	Largement diffusées dans le monde Sécurité	Accès facile TTS sécurisant
Inconvénients	Perforation +++ (passage à l'aveugle)	L'endoscope doit être enlevé	Prix cher

Equipement



Techniques endoscopiques

- Dilatation aux bougies de Savary-Gilliard
- Dilatation aux ballons

Dilatation aux bougies

- Forces tangentielles et radiales (en chasse-neige)
- Progressive du pôle proximale au pôle distal
- Diamètre initial = diamètre de la sténose
- Règle de trois = pas plus de trois calibres successifs
- Il faut retirer l'endoscope
- Plusieurs séances à 7 et 15 jours d'intervalle
- Ne pas trop dilater en une seule séance

Dilatation aux ballons

- Forces radiales simultanées à toute la longueur
- TTS Avec ou sans fil guide sous contrôle visuel
- Gonfler pendant 30 à 60 secondes (durée optimale inconnue)
- Sur fil-guide et sous scopie si sténose infranchissable
- Insufflation lente et maintenir le cathéter par le petit doigt gauche (risque de glissement)
- Gonfler avec de l'eau ou PC (liquide moins compressible que le gaz)

Indications

- Sténoses œsophagiennes
- Achalasie
- Sténoses pyloriques
- Sténoses de l'intestin grêle et du côlon

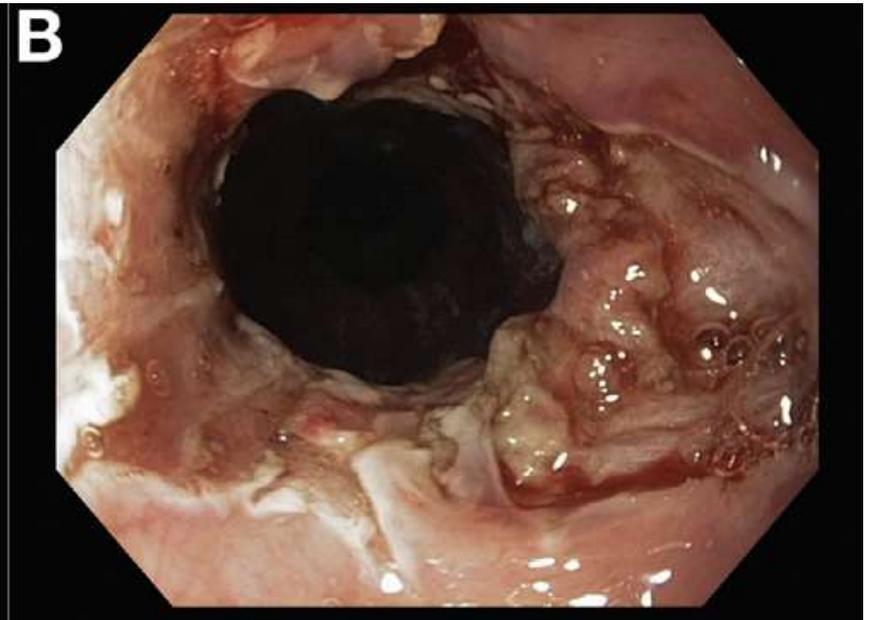
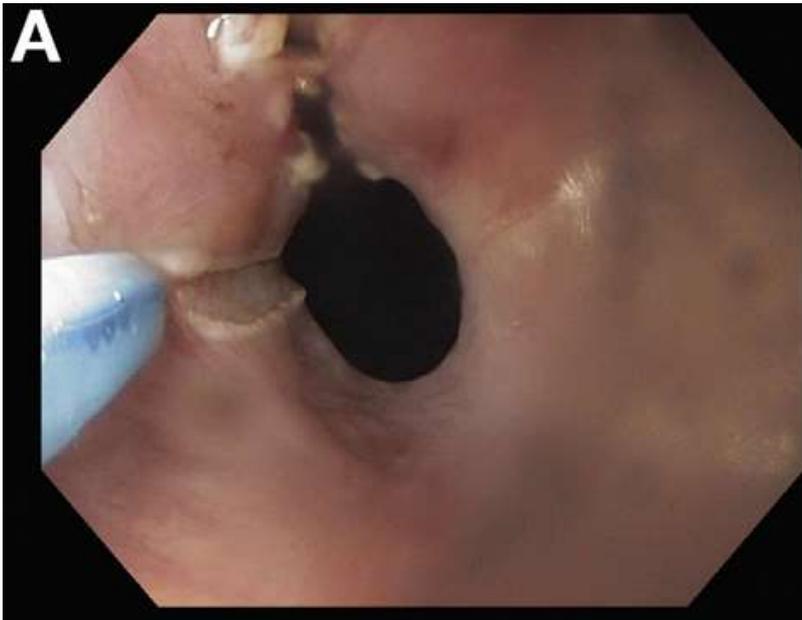
Sténoses œsophagiennes

- Résultats: ballons = bougies
- Anneaux de Schatski= 1 seul passage par bougie de gros calibre (renouveler si nécessaire)
- Anneaux et diaphragmes → bougies +++
- Sténoses peptiques = bougies/ballons + IPP +++
- Sténoses caustiques = bougies ++ / +ieurs séances
- Sténoses anastomotiques = ballons +++
- Radiothérapie = bougies +++
- Injections des stéroïdes (200 mg de Triamcinolone (40 mg/ml) 1 ml/quadrant x 4 dans le bord distal) = sténoses inflammatoires (peptiques +++)

Sténoses œsophagiennes (directives de l'ASGE)

- Fluoroscopie si dilatateurs non-guidés ou sténoses complexes
- Bougies = ballons (efficacité)
- Règle des trois (bougies)
- Injection des stéroïdes dans les rétrécissements bénins récurrents ou réfractaires peut améliorer le résultats
- IPP → prévention des récives

TECHNIQUE D'INCISIONS RADIAIRES TIREE DE SIERSEMA

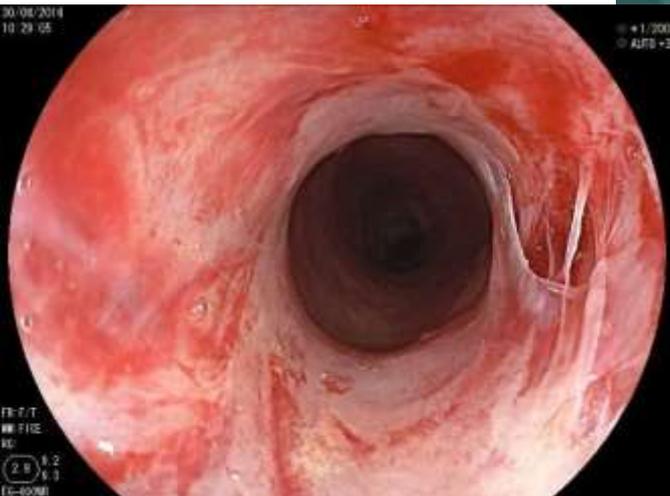


Etapes

1-Evaluer

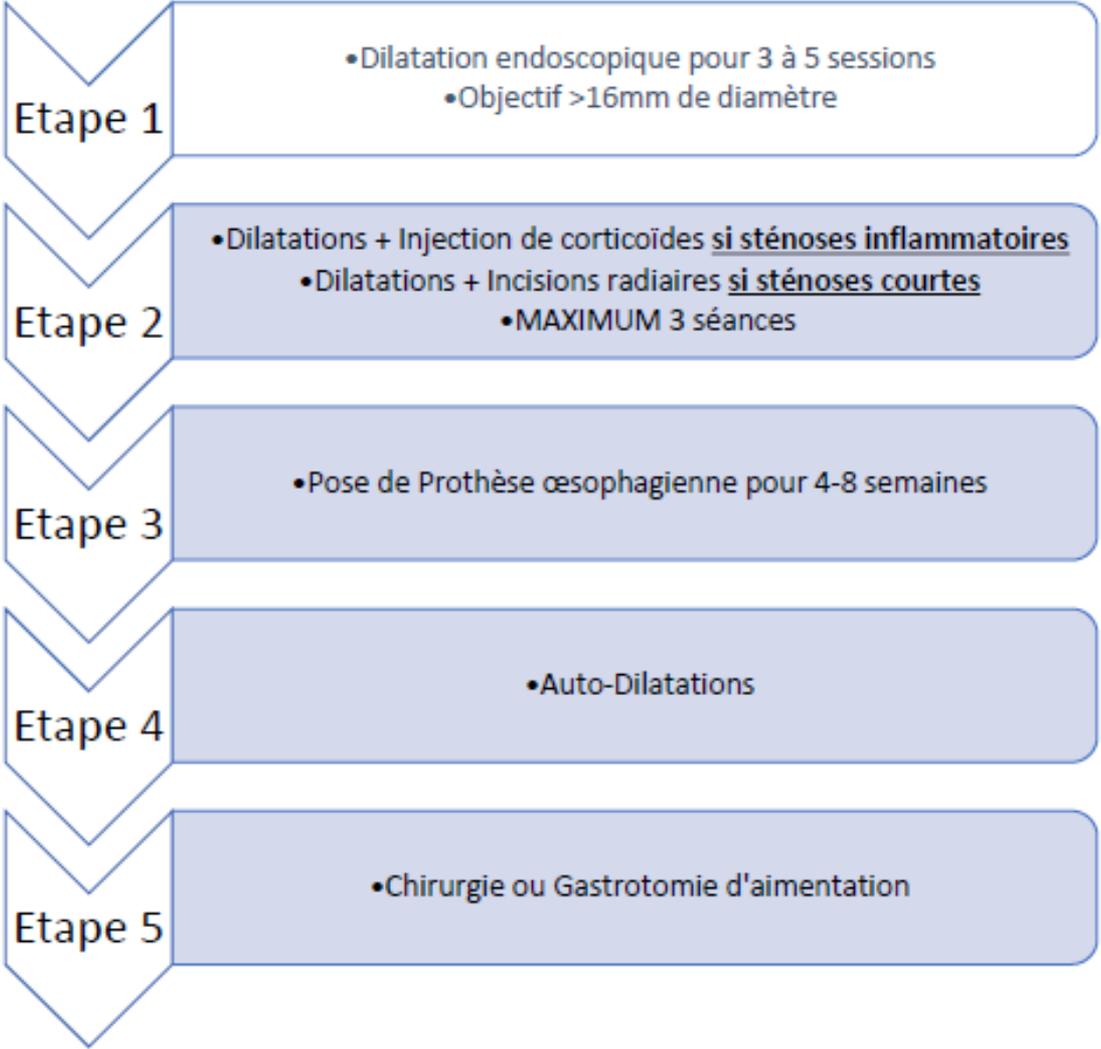


2-Dilater



3-Vérifier

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES STENOSES REFRACTAIRES SELON SIERSEMA



STENOSES REFRACTAIRES

Achalasie

- FOGD 1° +++ (vider l'œsophage-rechercher Kc œsophage ou estomac (achalasia II)
- Ballons= RIGIFLEX° (30-35-40 mm)
- Sur fil-guide sous contrôle fluoroscopique ou endoscopique (mains expertes +++)
- Gonfler à 3 PSI (aspect en sablier) puis lentement jusqu'à 10 PSI (disparition de la taille en guêpe)
- TOGD aux HS après geste ou TDM si doute
- TLT avant et après (pneumo-médiastin)
- Nombre de séances = 2 à 3 / 5 ans
- RGO post-dilatation → IPP
- Botox si patients fragiles et non opérables
- Actuellement POEM = meilleur choix

Sténoses pyloriques

- Ballons +++
- Echec et récives +++
- Sténoses longues et fibreuses (Crohn +++)
→ chirurgie
- Sténoses infranchissable ou étendues → fil-guide sous fluoroscopie
- Sténoses anastomotiques (RYGB) → ballons ou bougies (pas plus de 15 mm pour éviter la reprise du poids)

Sténoses du grêle et du côlon

- Dilatation si symptômes
- Gastroscope ou coloscope pédiatrique si non entéroscope
- Ballons +++ / bougies (sténoses proximales)
- Dilatation > 17 mm → résultat meilleur
- Sténoses anastomotique colo-colique = dilatation à 15-18 mm
- Sténoses anastomotique iléo-coliques = dilatation à 10-12 mm si tjrs symptomatique → 2° séance à 15 mm
- Crohn/diverticulite/ischémie/radiothérapie = 10-12 mm à la 1° séance
- Sténose difficulté de passer le fil-guide → fil-guide biliaire +/- KT et opacification

Complications

- Perforation +++
- Symptômes = F^o, tachycardie, douleurs persistantes, dyspnée, emphysème sous-cutané
- Diagnostic= TDM
- TRT= conservateur (SNG+ATB)/clips ou Stent/chirurgie
- Œsophage = 0.1 à 0.4% (post-radiques +++)
- Achalasie = 3 à 4% (mortalité<1%)
- Pylore = 4-7%
- Colon = 5%

Points clés

- Appliquer la règle des trois pour la dilatation par les bougies de Savary-Gilliard
- Ne pas dilater les achalاسies chez les patients non opérables (risque de perforation) → Botox +++
- Si œsophagite à éosinophiles (EE) le risque de déchirure et perforation élevé → corticoïdes topiques +++
- Utiliser le gastroscopie pour les sténoses coliques gauches et le coloscope pédiatrique pour celles du colon droit

Bibliographie

- Borotto E, Gaudic M, Danel B, et al: Facteurs de risque de perforation œsophagienne en cours de dilatation pneumatique pour achalasia, *Gut* 39: 9-12, 1996.
- Hernandez LV, Jacobson JW, Harris MS: Comparaison entre les taux de perforation de Maloney, dilatation au ballon et Savary des sténoses œsophagiennes, *Gastrointest Endosc* 51: 460 à 462, 2000.
- Kochhar R, Makharia GK: Utilité de triamcinolone intralésionnelle en traitement des sténoses œsophagiennes bénignes, *Gastrointest Endosc* 56: 829 à 834, 2002.
- Kuwada SK, Alexander GL: Résultat à long terme de la dilatation endoscopique de sténose pylorique non maligne, *Gastrointest Endosc* 41: 15-17, 1995.
- Lemberg B, Vargo JJ: Dilatation au ballon de sténoses du côlon, *Am J Gastroenterol* 102: 2123-2125, 2007
- Pereira-Lima JC, Ramires RP, Zamin I Jr, et al: Dilatation endoscopique des sténoses bénignes de l'œsophage: rapport sur les procédures 1043, *Am J Gastroenterol* 94: 1497-1501, 2007.
- Sgouros SN, Bergèle C, Mantides A: Œsophagite et éosinophiles chez l'adulte: quelle est la signification clinique? *Endoscopy* 38: 515-520, 2006