

## RECOMMANDATIONS DE LA



## LA DILATATION DU PYLORE

**F. PRAT (Paris, Kremlin Bicêtre)**

Avec la collaboration de :

G. Gay (Nancy), T. PONCHON (Lyon),  
B. NAPOLEON (Lyon), J. Boyer (Angers),  
J.-M. CANARD (Paris), P. DALBIES (Béziers),  
J. ESCOURROU (Toulouse), M. GREFF (Nice),  
J. LAPUELLE (Toulouse),  
J.-C. LETARD (Poitiers),  
B. MARCHETTI (Marseille),  
L. PALAZZO (Paris),  
J.-F. REY (Saint-Laurent-du-Var),  
D. SAUTEREAU (Limoges)

Les sténoses antropyloriques sont, soit d'origine ulcéreuse, tumorale ou plus rarement caustique, soit associées à une maladie inflammatoire chronique telle que la maladie de Crohn. Elles sont responsables d'un syndrome d'obstruction digestive haute, associant nausées et vomissements, dilatation de l'estomac avec stase alimentaire et liquidienne, perte de poids et sensation d'inconfort digestif. Elles favorisent également un reflux gastro-œsophagien responsable de cas sévères d'œsophagite. Les sténoses bénignes, généralement ulcéreuses, limitées au canal pylorique, peuvent être efficacement traitées par dilatation endoscopique.

## LES INDICATIONS

Les sténoses tumorales, fréquemment observées en cas de linite plastique de l'antré, sont traitées chirurgicalement lorsqu'une gastrectomie est possible, ou bien, dans quelques cas de tumeur avancée, par la mise en place de prothèses expansives. La dilatation endoscopique simple n'a pas de place dans ce contexte en raison de la récurrence très rapide de la sténose, et donc d'une efficacité très brève sur les symptômes. Les sténoses bénignes inflammatoires du pylore sont favorisées par les ulcères chroniques ou récidivants dont la fréquence a considérablement diminué depuis la généralisation des traitements antisécrétoires puissants et l'éradication d'*Helicobacter pylori* dès les premières poussées ulcéreuses. Le traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse étant également devenu marginal par rapport aux traitements médicamenteux, la dilatation endoscopique du pylore reste utile dans les rares cas de sténose encore observés.

## MATÉRIEL ET TECHNIQUE

La dilatation du pylore est de type hydrostatique. On utilise classiquement un ballonnet de dilatation relativement court (3 cm) et de 12 à 18 mm de diamètre. Le diamètre habituel des ballonnets de dilatation pylorique est de 15 mm. Il s'agit de ballonnets montés sur des cathéters de 7 Fr de diamètre, passant dans le canal opérateur de 2,8 mm d'un gastroscope standard (ballonnets TTS pour « through the scope »). Les modèles réutilisables, décontaminables à froid sont maintenant remplacés par des instruments à usage unique. Les plus récents possèdent un fil-guide amovible, et leur diamètre maximal est variable en fonction de la pression appliquée.

On devra disposer d'un manomètre, destiné aux dilations hydrostatiques, pouvant atteindre environ 15 atmosphères (225 psi).

Après positionnement face au pylore sténosé, le ballonnet est introduit dans le canal opérateur de l'endoscope. Le franchissement de la sténose peut se faire sous contrôle visuel ou sur un fil-guide glissé en trans-sténotique. Un contrôle fluoroscopique peut être utilisé. Après connexion de la seringue reliée à un robinet à 3 voies et au manomètre, le ballonnet est rempli d'eau jusqu'à atteindre la

pression recommandée suivant le modèle de ballonnet (pour les ballonnets à diamètre variable, la pression s'échelonne entre 3 et 8 atm, soit 45 à 120 psi).

Après dilatation, le ballonnet peut être laissé en place 15 à 30 secondes, mais il n'y a aucun avantage à le laisser en place plusieurs minutes. Certains effectuent une deuxième dilatation immédiatement après vidange du ballonnet. Ce dernier est ensuite retiré et l'endoscope doit pouvoir progresser aisément dans le duodénum ; le bulbe et le duodénum sont inspectés afin de s'assurer de l'absence de lésion. Le malade est surveillé au moins 2 heures après le geste. En l'absence de symptôme, aucun examen complémentaire n'est utile et l'alimentation peut être reprise le jour même, de façon progressive. En cas de douleur, de dilatation difficile ou sur un tissu très pathologique, un examen morphologique abdominal sera demandé.

La dilatation pylorique peut être faite en ambulatoire.

## RÉSULTATS

Les résultats immédiats de la dilatation hydrostatique du pylore par voie endoscopique sont très satisfaisants, avec au moins 90 % d'amélioration immédiate des symptômes. Les séries publiées n'ont rapporté aucune morbidité majeure. Les résultats à distance sont moins bien connus, et peu d'études sont disponibles. Le taux de récurrence symptomatique est très variable, compris entre 20 % et plus de 80 % après 3 à 5 ans de suivi. Les récurrences peuvent être traitées par de nouvelles dilatations endoscopiques, ou par chirurgie, sans qu'on puisse définir une règle pour le choix du moment et de la méthode du traitement.

## BIBLIOGRAPHIE

KOZAREK R.A. Gastrointestinal dilation. In : *Textbook of Gastroenterology*, 2nd ed, Tadataka Yamada, ed, JB Lippincott Co, Philadelphia, 1995 ; 2954-63.

SCHILLING D., MARTIN W.R., BENZ C., KRESS S., RIEMANN J.F. Long-term results of endoscopic balloon dilatation of ulcer-induced pyloric stenoses—follow-up of 25 patients. *Z Gastroenterol* 1997 ; 35 : 105-8.

KUWADA S.K., ALEXANDER G.L. Long-term outcome of endoscopic dilation of nonmalignant pyloric stenosis. *Gastrointest Endosc* 1995 ; 41 : 15-7.

Editée avec le soutien du  
laboratoire

**BEAUFOUR IPSEN**

24, rue Erlanger  
75781 PARIS CEDEX 16  
Téléphone : 01 44 96 13 13  
[www.bipmed.com](http://www.bipmed.com)



Réalisation : Editions ALN