

RECOMMANDATIONS DE LA



PROTHÈSES GASTRODUODÉNALES

R. DUMAS (Nice)

Avec la collaboration de :

G. GAY (Nancy), B. NAPOLEON (Lyon),
T. PONCHON (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),
D. SAUTEREAU (Limoges)

I. DÉFINITION

Méthode endoscopique palliative visant à restaurer la perméabilité du tractus digestif par l'insertion d'une prothèse, afin de permettre la vidange gastrique, et de stabiliser ou d'améliorer l'état nutritionnel. Elle s'adresse à des patients pour qui une chirurgie n'a pas été retenue (cancers non-résécables, patient inopérable)...

II. INDICATION

Occlusion digestive haute ou intolérance alimentaire avec vomissements :

a. Le plus souvent, due à une **sténose maligne** :

- sténose duodénale par un cancer pancréatique évolué (plus fréquemment situé au niveau du *genu superius* ou de la portion sus-vatérienne du 2^{ème} duodénum) ;
- sténose duodénale par extension locorégionale de cancers de voisinage : cancers vésiculaires, carcinomes péritonéaux... ;
- cancers gastriques sténosants.

b. Exceptionnellement due à une sténose bénigne en cas de contre-indication opératoire et/ou de refus d'une intervention de dérivation gastro-jéjunale. La pose de prothèse sera envisagée si le sujet présente une sténose récidivante après dilatation, ou une sténose dangereuse à dilater (antécédents de radiothérapie).

III. CONTRE-INDICATION

Carcinome péritonéal avec sténoses multiples étagées.

IV. AVANTAGE

Méthode thérapeutique peu invasive réalisée le plus souvent en ambulatoire lors d'une séance unique.

V. INCONVÉNIENTS

a. En cas de sténose duodénale isolée, la couverture de la région vatrienne par une prothèse de gros calibre (22 mm) est susceptible de générer des phénomènes (en général transitoires et régressifs) d'obstruction biliaire, éventuellement, pancréatique. La couverture de la région vatrienne risque également d'empêcher l'insertion endoscopique ultérieure d'une prothèse biliaire.

b. En cas de sténose mixte duodénale et biliaire, le recouvrement de la région papillaire peut rendre difficile le changement ou la désobstruction d'une prothèse biliaire. La stratégie de désobstruction biliaire doit donc être systématiquement envisagée avant la pose (cf. infra).

VI. INFRASTRUCTURE

a. Radiologie : un double contrôle endoscopique et radioscopique est recommandé pour sécuriser l'insertion du guide et le positionnement de la prothèse.

b. Anesthésie : quelle que soit la position choisie, l'intubation trachéale est fortement recommandée du fait du risque d'inhalation dans ce contexte d'obstruction digestive. Une aspiration gastrique préalable par sonde est parfois utile.

c. Ambulatoire ou hospitalisation ? : en l'absence de procédure biliaire associée, la procédure peut se concevoir en ambulatoire. Une surveillance de la reprise alimentaire peut rendre souhaitable une courte hospitalisation. Celle-ci est fortement conseillée en cas de procédure biliaire associée.

VII. PROCÉDURE PROPREMENT DITE, LES POINTS-CLÉS

a. Objectifs :

- la prothèse doit dépasser les deux pôles de la sténose d'au moins 1,5 à 2 cm en évitant, si possible, de couvrir la papille ou le pôle inférieur d'une prothèse biliaire métallique en place ;
- les extrémités doivent s'ouvrir dans l'axe de la lumière digestive pour une bonne fonctionnalité. Cet impératif peut, dans certains cas, conduire à insérer une deuxième prothèse, notamment au pôle supérieur, pour éviter des phénomènes de clapet du toit du bulbe. Il faut, *a contrario*, éviter de laisser une trop grande longueur dépasser dans l'estomac, du fait du risque d'intussusception des plis gastriques dans la prothèse.

b. Le bilan lésionnel de la sténose :

- il s'effectue au mieux avec un appareil axial. Il doit préciser le siège de la sténose, antropylorique ou duodénal, son caractère franchissable ou non ;
- le trajet sténotique peut être opacifié par injection de produit de contraste par le canal opérateur de l'endoscope placé au contact de la sténose. La longueur de la sténose sera appréciée par l'opacification seule, ou par la mesure d'un guide placé au pôle inférieur de la sténose puis retiré jusqu'au pôle supérieur ;
- le marquage radiologique du pôle supérieur, ou des deux pôles, par clip(s) ou injection(s) sous-muqueuse(s) de Lipiodol® constitue une aide utile pour le positionnement ultérieur de la prothèse ;
- il est important de préciser les rapports de la sténose avec la région vaticienne pour effectuer le temps biliaire de la procédure.

c. Le temps biliaire :

1. Cas d'un patient présentant de façon synchrone un ictère obstructif et une sténose duodénale : la procédure biliaire doit être réalisée en premier.

2. Cas d'un patient déjà porteur d'une prothèse plastique biliaire : son remplacement par une prothèse métallique est conseillé avant l'insertion de la prothèse duodénale. Ceci assurera une plus longue perméabilité, et facilitera d'éventuelles procédures ultérieures de désobstruction biliaire.

Dans ces deux cas 1 et 2, la procédure biliaire peut nécessiter, pour l'insertion du duodéno-sonde, une dilatation hydraulique au ballonnet de 18 mm de la sténose duodénale, puis le passage d'un coloscope adulte pour s'assurer du diamètre obtenu.

3. Cas d'un patient déjà porteur d'une prothèse métallique biliaire : sa perméabilité doit être attestée par des critères cliniques (absence d'ictère) et, si possible, morphologiques (aérobilie, cholangiographie directe ou indirecte par reflux duodéno-biliaire du contraste).

4. Cas d'un patient déjà porteur d'une anastomose cholédoco-duodénale simple : sa perméabilité doit être vérifiée après repérage de son positionnement par rapport à la sténose duodénale. Un modèle de prothèse duodénale non-couvert à maillage large est, dans ce cas, préférable pour limiter l'effet occlusif sur l'orifice anastomotique, si la prothèse le couvre.

Dans les deux cas 3 et 4, la dilatation de la sténose duodénale est inutile, sauf déploiement insatisfaisant (on peut alors dilater au ballonnet à l'intérieur de la prothèse).

5. Cas d'un patient présentant une sténose duodénale isolée : une vérification biologique de l'absence de cholestase, et échographique de l'absence de dilatation des voies biliaires, est conseillée avant l'insertion de la prothèse duodénale. Si les conditions anatomiques le permettent, on évitera de couvrir l'ampoule par la prothèse duodénale.

d. Le temps duodéal :

1. Le fil-guide : pour franchir une sténose duodénale serrée, un fil-guide hydrophile avec une extrémité souple, non-traumatique, est souhaitable. Il est conseillé, après le passage de la sténose, de monter un cathéter sur le fil-guide puis d'échanger le fil-guide hydrophile contre un fil-guide rigide.

2. Le mode d'insertion de la prothèse :

a. L'insertion par le canal opérateur d'un vidéoendoscope est la technique la plus fiable et la plus simple, surtout en aval du *genu superius*. L'endoscope fournit un appui supplémentaire au dispositif d'insertion, permet un contrôle visuel du pôle supérieur de la prothèse, et permet de corriger, de façon rapide, les variations positionnelles pendant la phase critique du largage. Un endoscope à large canal opérateur est nécessaire : œsogastroduodéno-sonde à large canal ou duodéno-sonde Jumbo, vidéocolonoscope standard. On utilisera, de préférence, un appareil à vision axiale.

b. Le choix de la prothèse :

– les modèles utilisables par le canal opérateur sont plus simples à poser ;

- les modèles couverts sont censés protéger de l'envahissement tumoral transprothétique (formes très bourgeonnantes, surtout antropyloriques) ; la couverture peut, cependant, favoriser la migration ;
 - la longueur est fonction des conditions anatomiques ;
 - le diamètre supérieur ou égal à 18 mm est fonction du caractère serré, ou non, de la sténose et des conditions anatomiques (éviter d'écraser la papille par un modèle de gros diamètre s'il n'y a pas de prothèse biliaire en place). En cas de montage comportant deux prothèses en série intubées l'une dans l'autre, la deuxième prothèse, proximale, doit idéalement avoir un diamètre supérieur à celui de la prothèse distale.
- c.** Le largage de la prothèse :
- il doit se faire sous double contrôle endoscopique et radiologique ;
 - l'opérateur corrige, à la fois, par le positionnement de l'endoscope et par celui du cathéter de pose, les variations positionnelles de la prothèse en train de s'ouvrir. La plupart des modèles ayant tendance à migrer vers l'aval au fur et à mesure de l'ouverture, il faut être vigilant pendant cette phase.

VIII. SUITES

- Boissons autorisées après la pose ;
- il n'y a pas de preuve dans la littérature de l'intérêt d'un régime.

IX. COMPLICATIONS

- **La migration secondaire** paraît exceptionnelle avec les modèles non-couverts de diamètre supérieur ou égal à 18 mm, correctement placés. Si elle est constatée au décours immédiat de la pose, l'insertion immédiate d'un modèle de diamètre supérieur permettra de bloquer la migration ;
- **une perforation duodénale immédiate** peut résulter de fausses routes du fil-guide ou de la dilatation de la sténose duodénale ;
- **la perforation différée** liée à l'expansion de la prothèse duodénale paraît exceptionnelle avec des modèles de diamètre inférieur ou égal à 22 mm ;
- **l'obstruction tardive ou le recouvrement des extrémités** de la prothèse duodénale par colonisation des mailles (granulomateuse ou néoplasique) peut être traitée par laser Argon, ou par l'insertion d'une nouvelle prothèse (notamment couverte) à l'intérieur de la première ;
- **des phénomènes transitoires d'obstruction biliaire**, spontanément résolutive, ont été observés après insertion d'une prothèse duodénale de gros calibre couvrant la papille, en l'absence de prothèse en place et de problème biliaire associé ;
- **quinze pour cent environ des patients traités peuvent nécessiter secondairement des procédures de désobstruction** biliaire après pose d'une prothèse gastro-duodénale, soit du fait de l'obstruction d'une prothèse

biliaire en place, soit du fait de l'apparition tardive d'une sténose cholédocienne néoplasique.

Suivant les situations, différentes solutions peuvent être envisagées :

- a. Prothèse métallique biliaire en place dont le pôle inférieur n'est pas recouvert par la prothèse duodénale ou papille sans prothèse biliaire : l'accès endoscopique est assez facile après passage du duodénolescope dans la prothèse duodénale .
- b. Prothèse biliaire métallique en place dont le pôle inférieur est recouvert par une prothèse duodénale. L'accès endoscopique est plus difficile, mais quelquefois possible en passant le guide et les instruments au travers du treillis de la prothèse duodénale .
- c. Papille sans prothèse biliaire qui est recouverte par une prothèse duodénale (non-couverte). Il est possible d'y accéder, mais cela reste difficile à cause des difficultés de repérage de la papille au travers du treillis de la prothèse duodénale. La voie per-cutanée reste l'alternative en cas d'échec.

X. CONCLUSION

Les prothèses métalliques entérales permettent de traiter les sténoses antroduodénales de manière palliative. Elles sont le complément des prothèses métalliques biliaires, et une alternative à la dérivation chirurgicale.

RÉFÉRENCES

1. DUMAS R., DEMARQUAY J.-F., CAROLI-BOSC F.X., PAOLINI O., GUENENNA D., PETEN E.-P., DELMONT J.-P., RAMPAL P. Traitement endoscopique palliatif des sténoses malignes duodénales par prothèse métallique. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 714-8.
2. FERETIS C., BENAKIS P., DIMOPOULOS C., MANOURAS A., TSIMBLOULIS B., APOSTOLIDIS N. Duodenal obstruction caused by pancreatic head carcinoma: palliation with self-expandable endoprotheses. *Gastrointest Endosc* 1997 ; 46 : 161-5.
3. UNO Y., OBARA K., KANAZAWA.K., SASAKI Y., FUKUDA S., MUNATAKA A. Stent implantation for malignant pyloric stenosis. *Gastrointest Endosc* 1997 ; 46 : 552-5.

Éditée avec le soutien de

BEAUFOR IPSEN

24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.bipmed.com

ALN
éditions



Réalisation : Editions ALN