

RECOMMANDATIONS DE LA



TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES RECTITES RADIQUES

**Bruno VÉDRENNE, Jean-Marc CANARD,
Bernard DENIS, Gérard GAY,**
Denis SAUTEREAU,
Jean-Christophe LETARD,
Thierry PONCHON, Jean LAPUELLE,
Pierre-Adrien DALBIÈS,
Jean-Pierre ARPURT, Christian BOUSTIÈRE,
Jean BOYER, Jean ESCOURROU,
Michel GREFF, René LAUGIER,
Bernard MARCHETTI, Bertrand NAPOLÉON,
Laurent PALAZZO, Denis HERESBACH.

I. INDICATIONS

Le but du traitement est la quasi-disparition des rectorragies.

Il n'y a pas de preuve que le traitement endoscopique soit efficace sur l'émission de glaires ou l'incontinence.

II. MODALITÉS

Le traitement fait appel à la coagulation au plasma d'Argon (CPA). Le traitement par sonde d'électrocoagulation bipolaire (Bicap) est insuffisamment évalué pour être proposé. Le laser semble moins efficace, et a été moins bien étudié que la CPA, celle-ci doit donc être préférée.

a. Précautions préalables

- Une coloscopie totale préalable est nécessaire pour éliminer toute autre cause de saignement.
- L'existence de troubles de l'hémostase n'est pas une contre-indication.
- En cas de traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, les recommandations de la fiche correspondante de la SFED devront être suivies.
- Une préparation haute par PEG est nécessaire.
- Le patient doit être averti des éventuelles complications (*cf. infra*), particulièrement des douleurs étant donné leur fréquence, et des hémorragies secondaires à une chute d'escarre.

b. Technique

La réalisation est possible en ambulatoire.

Une anesthésie n'est pas indispensable. Elle peut être utile en cas de lésions situées près de la jonction anorectale où les phénomènes douloureux sont les plus importants. Cette localisation basse des lésions est surtout le fait des irradiations pour le cancer de la prostate.

La puissance de tir doit être la plus faible permettant la création d'un arc électrique sans contact avec la paroi. A cet effet, elle doit être supérieure à 40 watts pour permettre un bon déclenchement du tir. Elle doit rester inférieure à 50 watts pour éviter les complications. Le choix précis entre ces deux valeurs extrêmes se fait en fonction des constatations lors de chaque examen.

De nouveaux générateurs vont autoriser la délivrance d'une énergie modulable. Le choix sera possible entre 3 modes opératoires : précis, pulsé ou forcé. Le traitement des rectites radiques fait appel au mode précis. Le niveau de puissance dans ce mode doit être le plus faible permettant le déclenchement du tir, si possible, le niveau 1 parmi les 8 niveaux proposés. Les 8 niveaux correspondent à des tensions croissantes induisant des profondeurs de coagulation croissantes, figurées par un pictogramme sur le générateur.

Le débit de gaz est compris entre 0.8 et 1.2 l/mn. Il peut être augmenté au-delà si l'on constate que cela aide au déclenchement de l'arc vers des zones d'accès difficile. Toutefois, au-delà de 1.5 l/mn, il se crée des turbulences à la sortie de la sonde qui limitent le plus souvent l'intérêt de l'augmentation de débit pour le déclenchement du tir. Dans ce cas de figure (difficulté de déclenchement dans certaines zones peu accessibles malgré un fort débit de gaz), sur les nouveaux générateurs, le mode pulsé peut être choisi plutôt que le mode précis. Il faut alors choisir le niveau 1 de tension parmi les 2 niveaux proposés dans ce mode, avec une puissance la plus faible possible, *a priori* de 40 watts.

Deux modalités d'application sont possibles : par « spots » sur des lésions bien séparées les unes des autres ou par balayage en cas de lésions diffuses.

c. Précautions

Dans la mesure où il s'agit d'une paroi fragilisée, il faut éviter :

- le contact de la sonde avec la paroi (*cf. supra* pour les conseils techniques permettant de l'éviter avec l'un ou l'autre générateur) ;
- la coagulation à plusieurs reprises sur le même point. Celle-ci restera toutefois nécessaire lorsqu'un saignement apparaîtra au sein d'une zone déjà traitée ;
- le traitement circonférentiel, surtout à la partie basse du rectum. Ceci est à mettre en balance avec l'abondance et l'étendue du saignement constatées en cours d'examen.

Des exsufflations régulières sont nécessaires pour éviter la distension rectocolique par le gaz argon libéré et améliorer la tolérance.

d. Rythme

Les séances sont à réaliser environ toutes les 4 semaines. Le délai minimum entre 2 séances est de 3 semaines pour laisser un temps de cicatrisation suffisant.

III. EN POST-PROCÉDURE

La prescription d'antalgiques de 2^e palier est recommandée. Des morphiniques sont parfois nécessaires.

IV. COMPLICATIONS

- Perforations : exceptionnelles, un traitement non chirurgical est possible.
- Nécrose extensive : rare, traitement par antibiothérapie et antalgiques.
- Hémorragie par chute d'escarre : traitement par injection sclérosante en cas d'hémorragie prolongée.
- Microrectie.
- Sténose.

RÉFÉRENCES

1. Canard J.-M., Védrenne B. Clinical application of Argon Plasma Coagulation in gastrointestinal endoscopy : has the time come to replace the Laser ? *Endoscopy* 2001 ; 33 : 353-57.
2. Canard J.-M., Védrenne B., Bors G., Claudé P., Bader R., Sondag D. Résultats à long terme du traitement des rectites radiques hémorragiques par la coagulation au plasma d'argon. *Gastroentérol Clin Biol* 2003 ; 27 : 455-59.
3. Rolachon A., Papillon E., Fournet J. L'électrocoagulation au plasma d'argon est-elle un traitement efficace des malformations vasculaires digestives et des rectites radiques ? *Gastroentérol Clin Biol* 2000 ; 24 : 1205-10.
4. Kaasis M., Oberti F., Burtin P., Boyer J. Argon plasma coagulation for the treatment of hemorrhagic radiation proctitis. *Endoscopy* 2000 ; 673-76.

ISBN 2-914703-11-2
EAN 9782914703116

Editée avec le soutien de



24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13