

STÉNOSES DE L'ŒSOPHAGE

Comment les traiter : dilatation et/ou prothèse

Histoire clinique du patient

- RGO chronique/hernie hiatale
- Antécédent de sclérothérapie ou PDT
- Antécédent de radiothérapie de la tête, le cou ou poumon
- Ingestion de substances caustiques
- Antécédent de chirurgie œsogastrique pour tumeur
- Traitement d'un œsophage de Barrett ou de dysplasie
- Lésion secondaire a traumatisme par SNG
- Œsophagite à éosinophiles

Score de dysphagie

- 0 Capable de manger un régime normal
- 1 Dysphagie avec certains aliments solides
- 2 Capable d'avaler des aliments mous semi-solides
- 3 Capable d'avaler des liquides seulement
- 4 Incapable d'avaler la salive

Classification des sténoses

- Simples
 - *< 2 cm*
 - *Droites*
 - *Facilement franchissables par l'endoscope, diamètre > 12mm*

- Complexes
 - *2 cm*
 - *Angulées*
 - *Multiplés*
 - *Infranchissable par un endoscope classique diamètre < 12 mm*
 - *Associé à une hernie hiatale, diverticule œsophagien, ou fistule trachéo-œsophagienne*

Stratégie thérapeutique

- Echo-endoscopie (staging)
- Manométrie (troubles moteurs de l'œsophage, achalasie...)
- Utilisation d'une imagerie complémentaire (TDM/ TOGD)
- Type d'endoscope (pédiatrique, nasogastroscope)
- Dilatation ou prothèse

Planification de la procédure

- Anticoagulation
- Gérer l'anticoagulation d'une endoscopie à haut risque
 - *Risque thromboembolique faible*
 - Arrêt du clopidogrel 5 jours avant, poursuite de l'aspirine
 - Arrêt des anti vitamine K 5 jours avant (INR inférieur à 1,5)
 - *Risque thromboembolique élevé*
 - Poursuivre aspirine et discuter avec le cardiologue l'arrêt du clopidogrel
 - Arrêt temporaire des AVK et relais par HBPM
- Antibioprophylaxie
- Intubation oro-trachéale



**LA DILATATION
ŒSOPHAGIENNE**

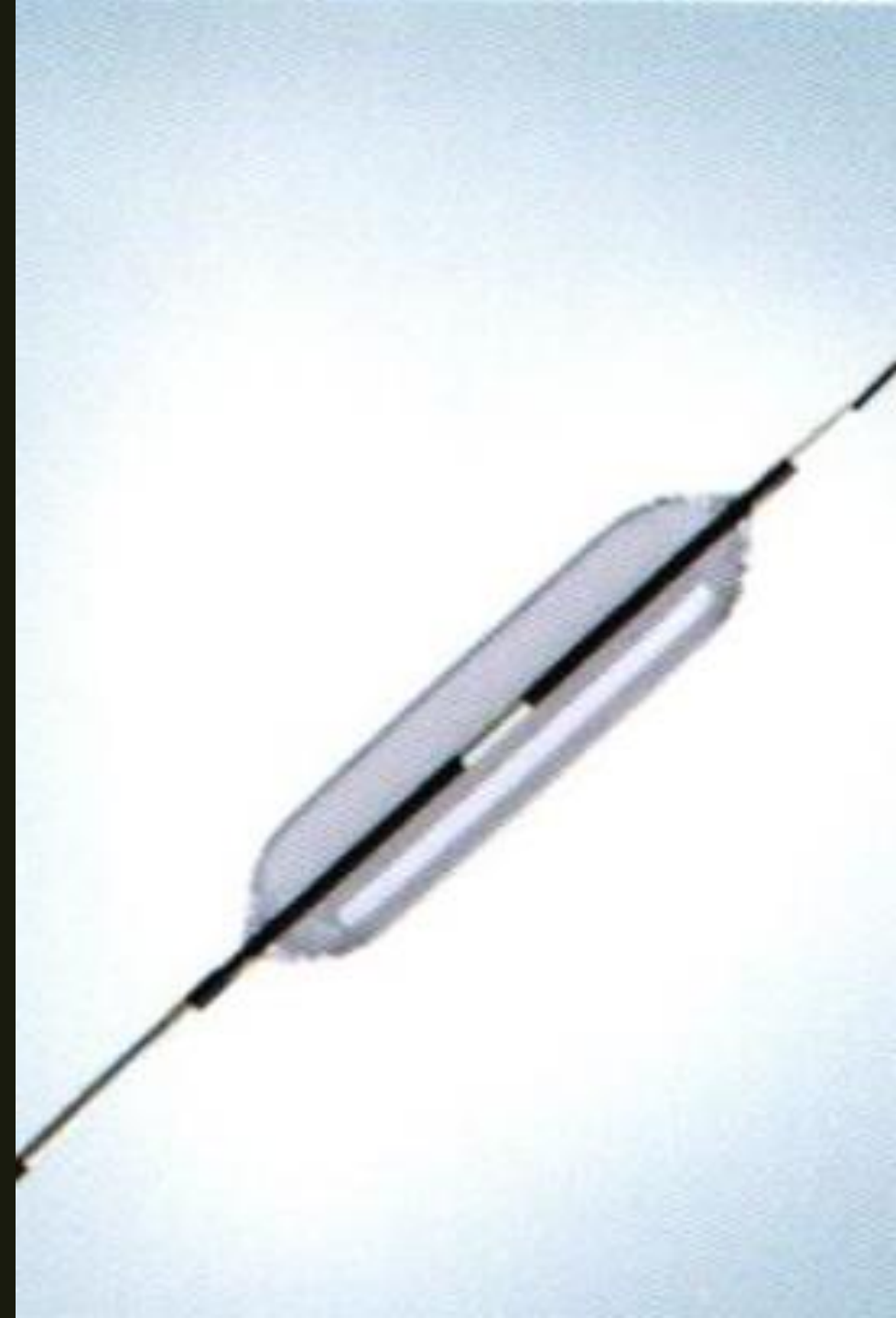
Techniques de dilatation

- Bougies
 - *Force radiale et axiale tout le long de la sténose*
- Ballons
 - *Force radiale*
 - *Possibilité d'avoir une visualisation directe*

Remplies de mercure ou de tungstène	Bougies Maloney (à pointe conique) Hurst (pointe émoussée)
Bougies polyvinyliques filoguidées	Savary-Gilliard (augmentation progressive du diamètre)
Ballons	à travers le scope (TTS) Expansion radiale contrôlée (CRE) Contrôle fluoroscopique sur fil guide

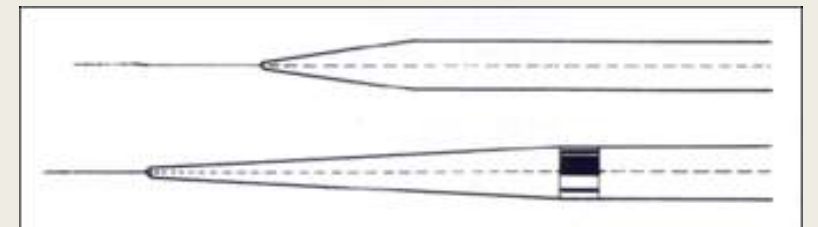
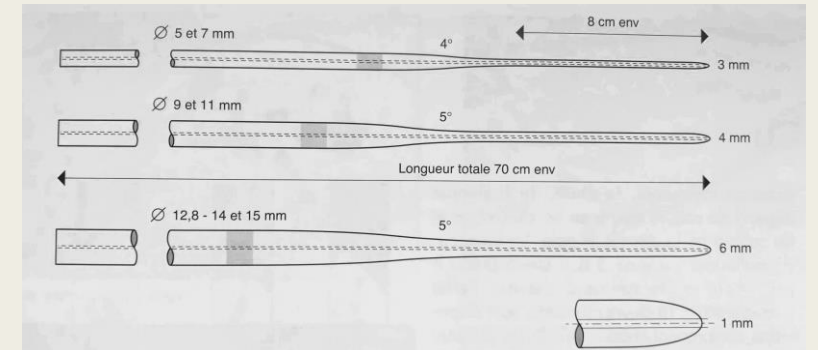
Ballon

- Sténoses post opératoire (précoce)
- Sténoses caustiques
- Sténoses radiques



Bougies

- Sténoses chroniques
- Sténoses proximales



Technique

- Nombre de dilatations
- Diamètre

- **Sténose réfractaire** : sténose qui ne peut pas être dilatée à un diamètre supérieur à 14 mm après 5 séances à 2 semaines d'intervalle
- **Sténose récurrente** : sténose qui ne se maintient pas à 14 mm au bout de 4 semaines


- ***Thérapies associées***
 - Injection intra lésionnelle de corticoïdes

 - Incision de la sténose
 - *Réalisation de 8 à 12 incisions radiales de la sténose*


Complications de la dilation

- 0,1 – 0,4 %
 - *Perforation, saignement*
 - *Douleur, infection*

- Facteur de risque
 - *Sténose complexe*
 - *Radiothérapie*
 - *Sténose caustique*
 - *Diverticule œsophagien*



**LA POSE DE
PROTHÈSES
ŒSOPHAGIENNE :
QUAND ?**



Dans les sténoses bénignes

- Prothèse métallique auto expansible totalement couverte
- Prothèse plastique
- Prothèse biodégradable
- Il est contraindiqué l'utilisation de prothèses non couvertes

- Évènements indésirables
 - *Migration 28,6%*
 - *Douleur médiastinal*
 - *Nausée*
 - *Vomissements*
 - *Sensation de corps étrangers*
 - *Apparition d'un tissu de granulation sur les extrémités de la prothèse (incarcération)*
 - *Fistule*

■ Repici, AJ Small, A Mendelson, et al.: Natural history and management of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointest Endosc.* 84 (2):222-228 2016

■ Fuccio, C Hassan, L Frazzoni, et al.: Clinical outcomes following stent placement in refractory benign esophageal stricture: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy.* 48 (2):141-148 2016

Dans les sténoses malignes

- Incidence du cancer de l'œsophage et de la jonction est estimé à 450000 par an dans le monde.
- Il s'agit du 8^{ème} cancer le plus fréquent, et c'est le 6^{ème} plus mortel.
- La survie dans les pays développés est de 20% à 5 ans.
- 60 % adénocarcinomes (dû au RGO, Barrett, tabagisme, obésité, hernie hiatale et age)
- Le cancer épidermoïde s'associe plutôt à l'étylo-tabagisme.

Les prothèses

Type	Couverture	Longueur (cm)	Diamètre (mm)	Largage	% de rétraction	Flexibilité	Matériel	Producteur
Alimaxx-ES	Total	7, 10, 12	12, 14, 16, 18, 22	Distal	0%	Modérée à haute	Nitinol/polyuréthane	Merit, South Jordan, UT
SX-Ella	Total	8.5, 11, 13.5, 15	20, 25	Distal	10%–20%	Faible	Nitinol/polyuréthane	Ella, Hradec Kralove, Czech Republic
Evolution	Partielle/total	8, 10, 12, 12.5, 15	23, 25	Distal	10%–20%	Modérée	Nitinol/Silicone	Cook Medical, Limerick, Ireland
Niti-S	Partielle/total	6, 8, 10, 12, 14, 15	16, 18, 20, 22, 24, 28	Proximal/distal	10%	Haute	Nitinol/polyuréthane	Taewoong, Pusan, South Korea
Wallflex	Partielle/total	10, 12, 15	18, 23	Distal	30%–40%	Modérée	Nitinol/silicone	Boston Scientific, Marlborough, MA
Ultraflex	Partielle/non couverte	10, 12, 15	18, 23	Proximal/distal	30%–40%	Haute	Nitinol/polyuréthane	Boston Scientific, Marlborough, MA
Polyflex	Total (plastique)	9, 12, 15	16, 18, 21	Distal	0%	Faible	Polyester/silicone	Boston Scientific, Marlborough, MA

Les recommandations de la ESGE et de la SFED

- la mise en place de PCSEMS ou FCSEMS pour le traitement palliatif de la dysphagie (recommandation forte, évidence de haute qualité)

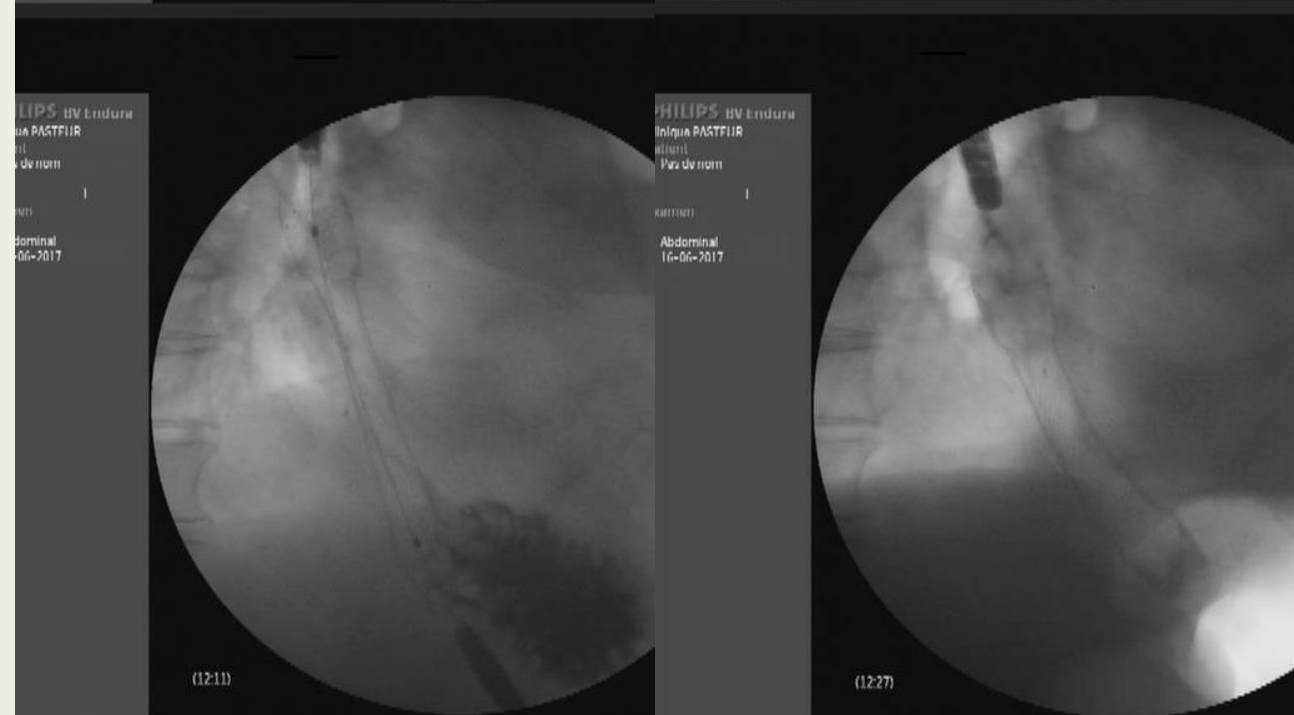
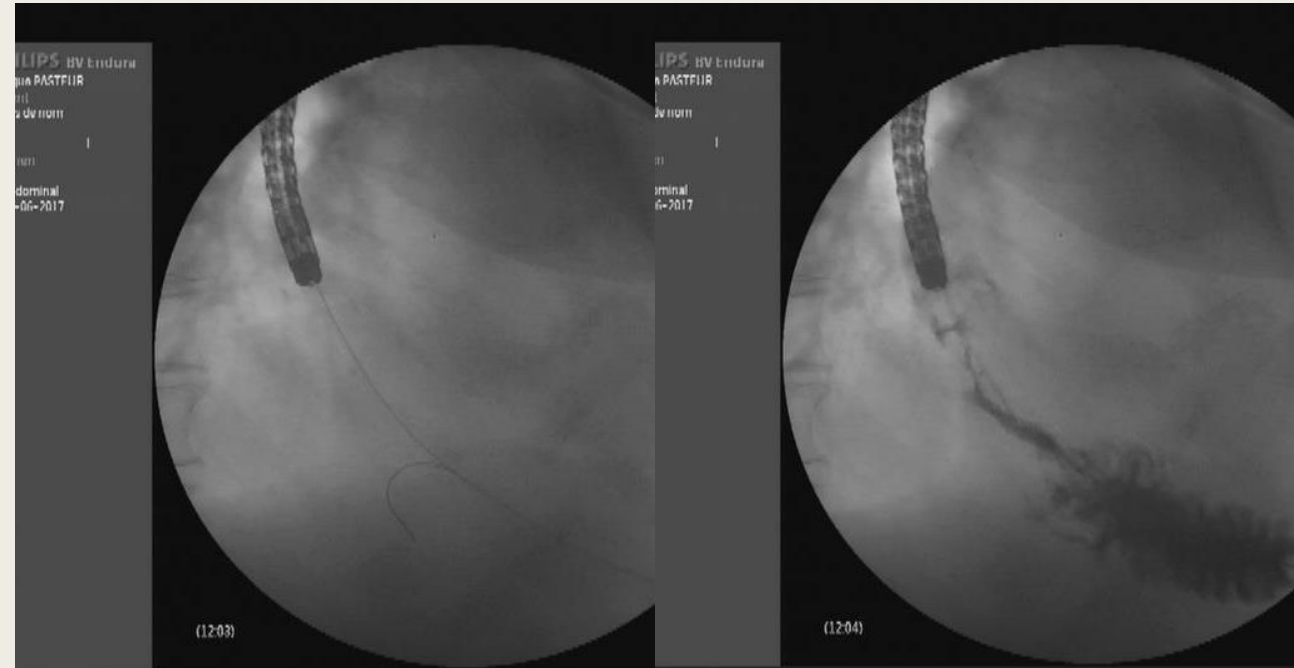
- La pose de SEMS œsophagien est le traitement de choix pour le scellement des fistules trachéo-œsophagiennes ou broncho-œsophagiennes (recommandation forte, évidence de qualité faible)

La ESGE contre indique:

- L'utilisation simultanée d'une radiothérapie externe lorsqu'une prothèse œsophagienne est en place (recommandation forte, évidence de qualité faible)
- La pose d'une prothèse n'est pas recommandée en attente d'une chirurgie ou d'une radiochimiothérapie préopératoire (recommandation forte, évidence de qualité faible)

La pose de la prothèse

- Operateur expérimenté
- Salle d'endoscopie avec fluoroscopie
- La prothèse doit dépasser de 2 cm en amont et en aval de la sténose
- Pose d'un fil guide
- +/- opacification
- Introduction de la prothèse et largage sous control radiologique
- S'assurer en fin d'examen du bon positionnement de la prothèse et de l'absence de fuite



Complications

- Douleur
- Saignement
- Migration, jusqu'à 20% dans les lésions non circonférentielles
- Perforation 2 à 8%
- Obstruction par du tissu tumoral ou hyperplasique 30 à 40%
- Mortalité global 2.2%



En conclusion les sténoses bénignes

- La plupart peuvent être gérées efficacement et en toute sécurité grâce aux techniques de dilatation œsophagienne.
- Pour les rétrécissements qui se reproduisent à intervalles rapprochés, une dilatation répétée avec des traitements d'appoint tels que l'injection intra lésionnelle de stéroïdes et le traitement incisionnel peut être efficace.
- Si ces techniques ne permettent pas de maintenir la perméabilité, un placement endoprothétique peut être envisagé, mais un rétrécissement réfractaire risque de ne pas bien répondre au placement intermittent et peut nécessiter un traitement endoprothétique à demeure.
- Il est important de se rappeler que l'objectif de la thérapie est d'améliorer la qualité de vie du patient

En conclusion pour les sténoses malignes

- La pose de prothèses œsophagiennes est la méthode la plus fréquemment utilisée pour traiter la dysphagie causée par le cancer de l'œsophage.
- Le choix de la prothèse se fera en fonction de l'indication, de la dimension précise et des caractéristiques anatomiques de la sténose , ainsi que de l'expérience personnelle de l'opérateur.
- Même si les endoprothèses sont efficaces pour améliorer la dysphagie, le taux de complications et le nombre de réinterventions pour la dysphagie récurrente sont encore assez élevés. Heureusement, beaucoup de ces complications sont contrôlées par l'endoscopiste et peuvent être gérées avec succès.