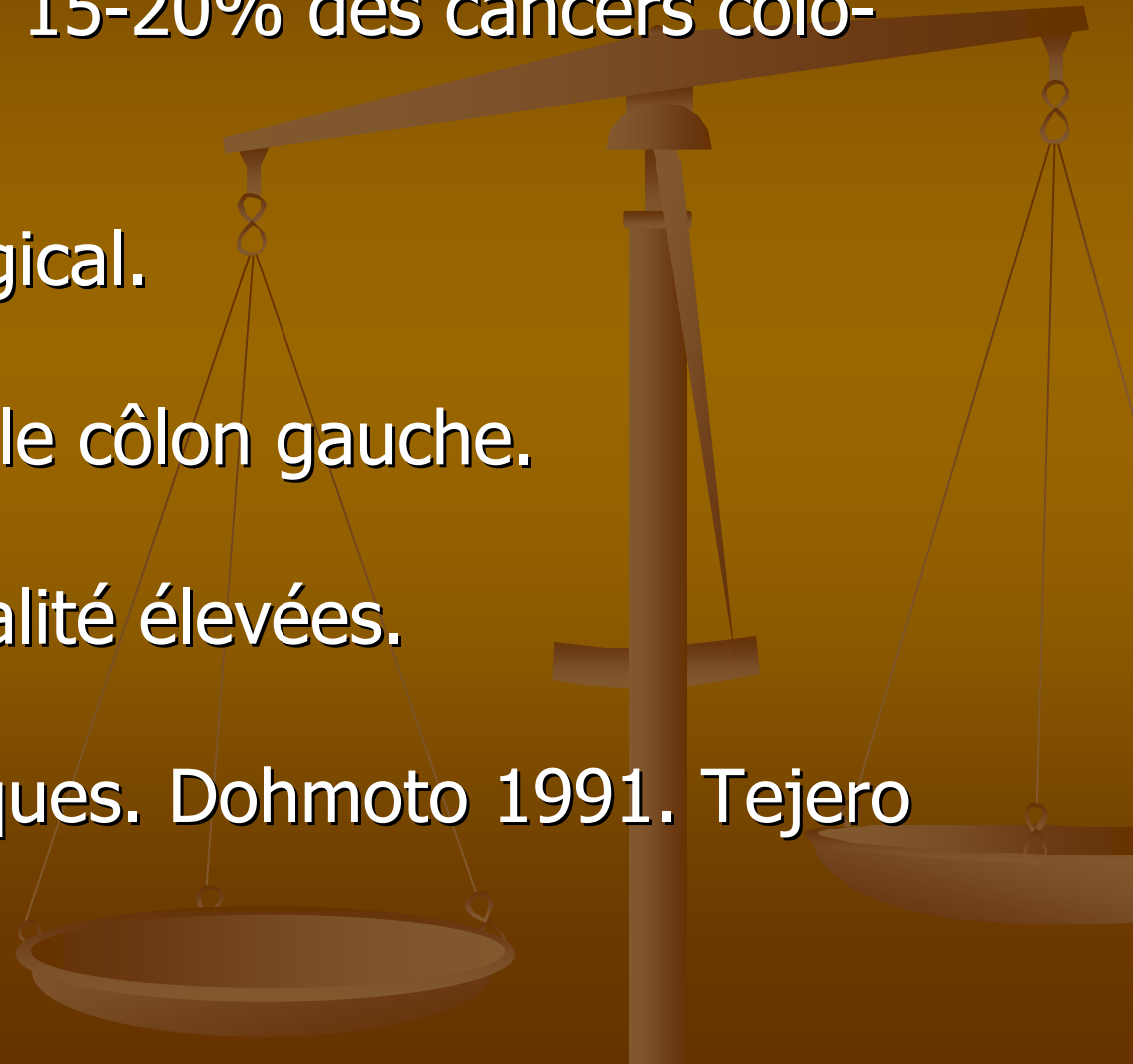


Place des stents dans le traitement des occlusions coliques d'origine cancéreuse

S. Mucci- JP. Arnaud
CHU- Angers
SCVO Juin 2006- TOURS

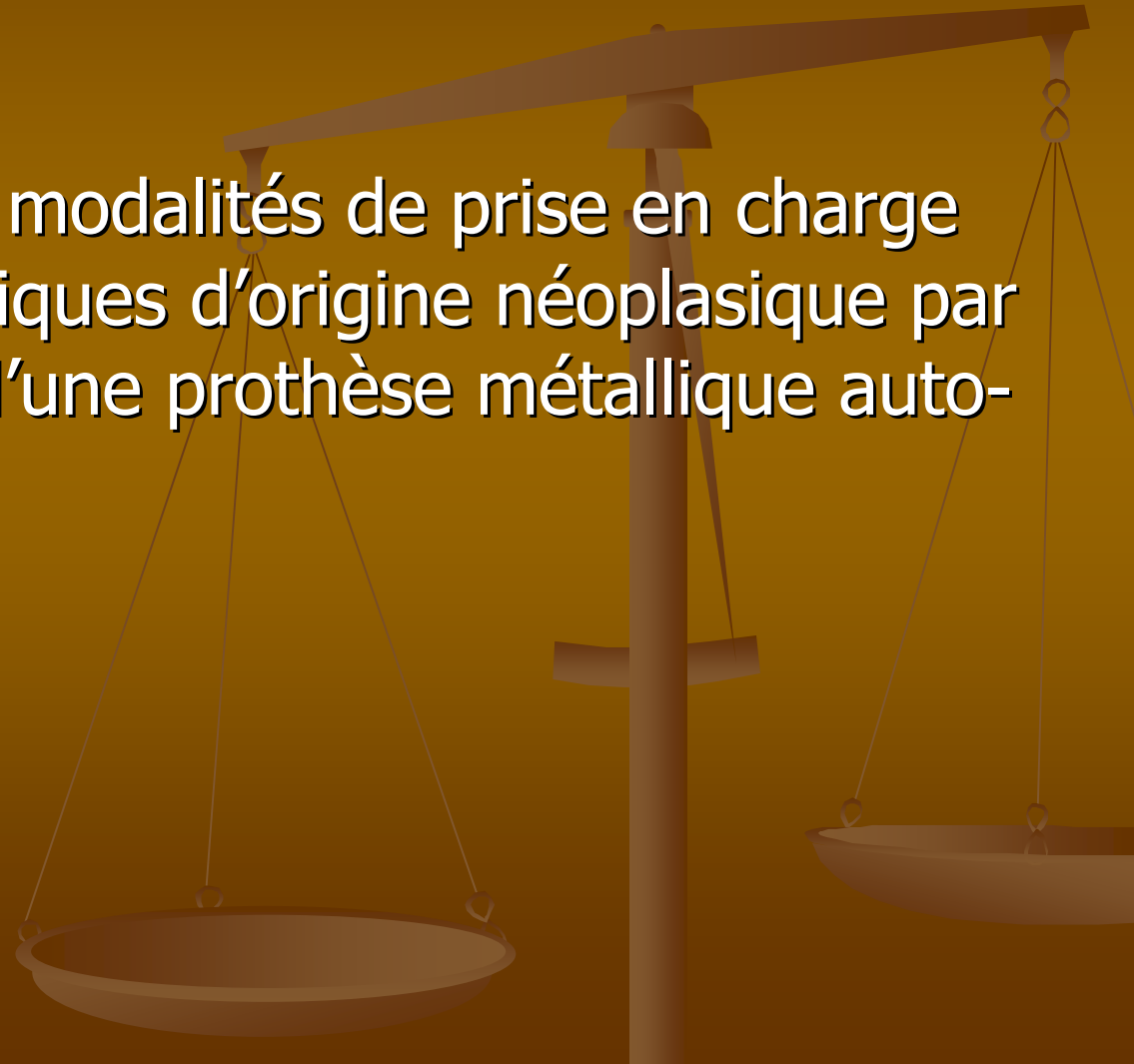
Introduction 1

- Occlusion colique: 15-20% des cancers colorectaux.
- Traitement chirurgical.
- Controversé pour le côlon gauche.
- Morbidité et mortalité élevées.
- Prothèses métalliques. Dohmoto 1991. Tejero 1994.



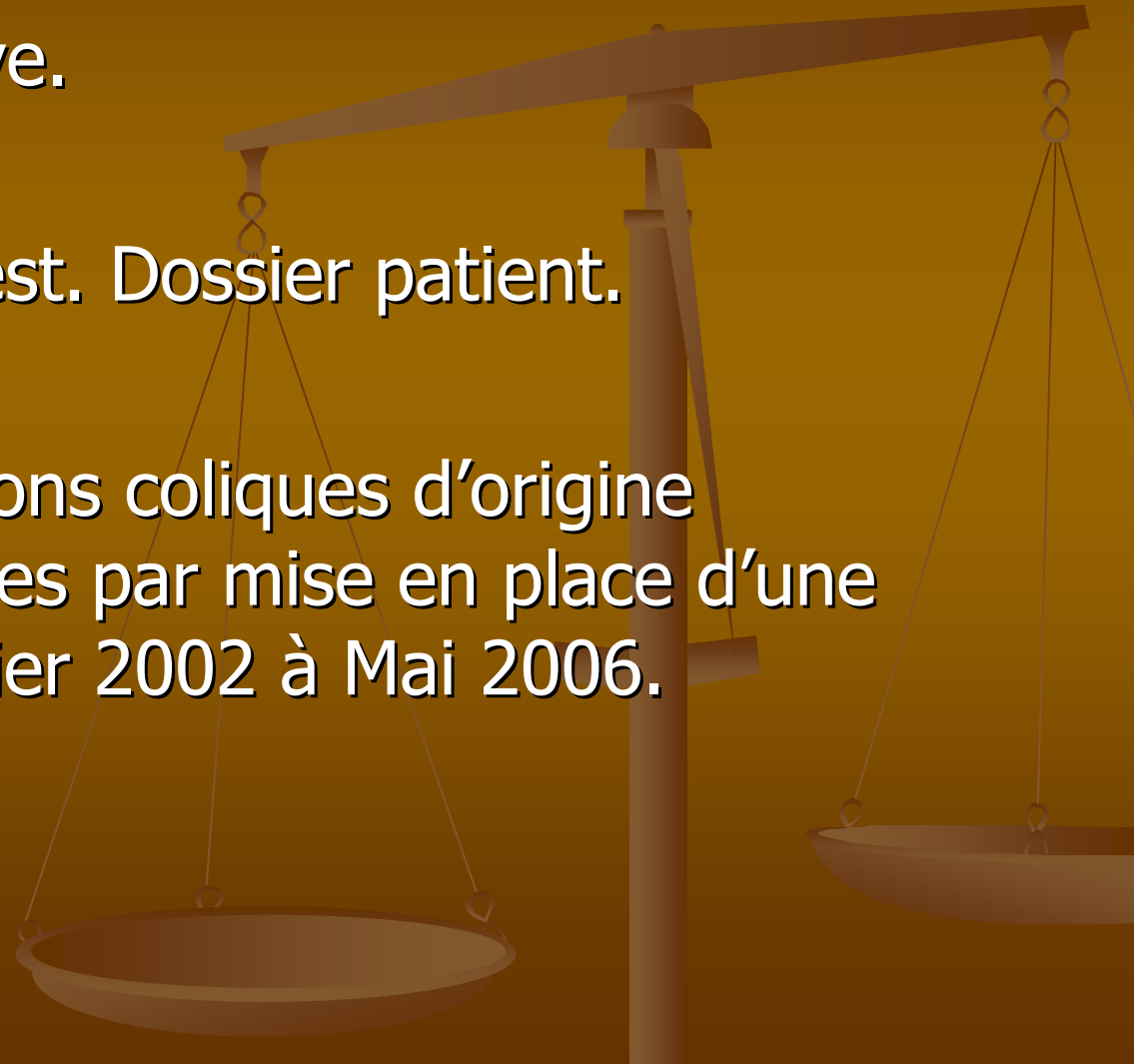
Introduction 2

- But: Analyser les modalités de prise en charge des occlusions coliques d'origine néoplasique par la mise en place d'une prothèse métallique auto-expansive.



Matériel et méthodes

- Etude rétrospective.
- Multicentrique.
- 5 centres de l'Ouest. Dossier patient.
- Toutes les occlusions coliques d'origine néoplasique traitées par mise en place d'une prothèse, de Février 2002 à Mai 2006.

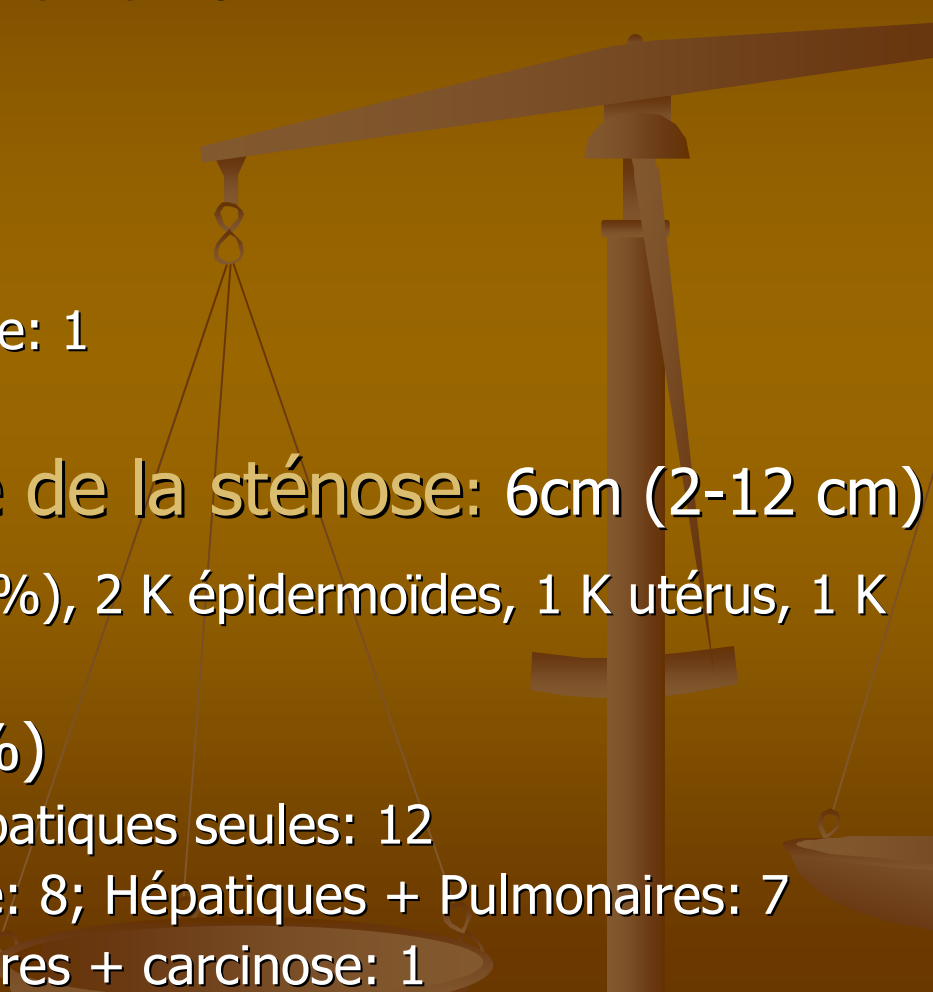


Résultats 1: Patients.

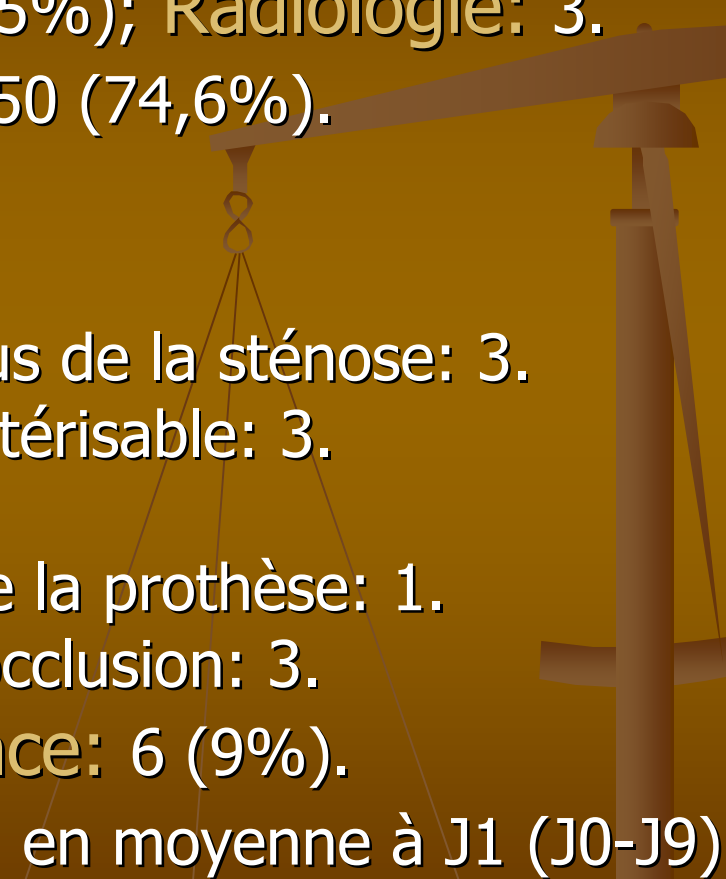
- 67 patients (42 hommes, 25 femmes).
- Age moyen de 73,5 ans (47-97 ans).
- ASA: 48% > 2.
- Altération majeure de l'état général: 37 (55%)
- Examens complémentaires

ASP	TDM	Lavement	Coloscopie
51/67	45/67	21/67	64/67
76%	67%	31%	95.5%

Résultats 2: Maladie.

- Localisation de la sténose:
 - Charnière recto-sigmoïdienne: 18
 - Sigmoïde: 22
 - Côlon gauche: 12
 - Angle gauche: 2
 - Rectum: 10
 - Anastomose colo-rectale: 1
 - Angle droit: 2
 - Longueur moyenne de la sténose: 6cm (2-12 cm)
 - Biopsies: 54 ADK (80.5%), 2 K épidermoïdes, 1 K utérus, 1 K ovaire, 9 NC.
 - Métastases: 33 (49%)
 - Carcinose seule: 5; Hépatiques seules: 12
 - Hépatiques + carcinose: 8; Hépatiques + Pulmonaires: 7
 - Hépatiques + pulmonaires + carcinose: 1
- 

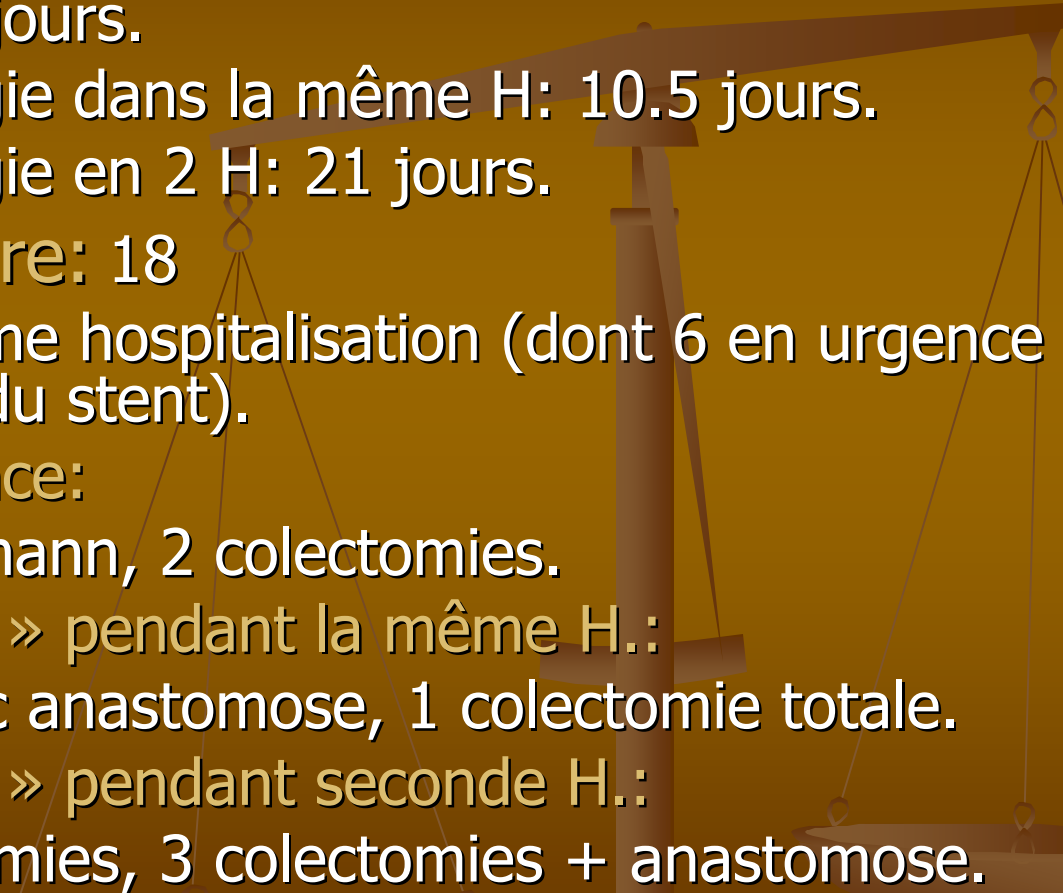
Résultats 3: Pose du stent

- Coloscopie: 64 (95,5%); Radiologie: 3.
 - A visée palliative: 50 (74,6%).
 - Echec: 12 (18%).
 - Cause de l'échec:
 - Migration au-dessus de la sténose: 3.
 - Sténose non cathétérisable: 3.
 - Perforation: 2.
 - Pas d'expansion de la prothèse: 1.
 - Pas de levée de l'occlusion: 3.
 - Chirurgie en urgence: 6 (9%).
 - Reprise du transit: en moyenne à J1 (J0-J9)
- 

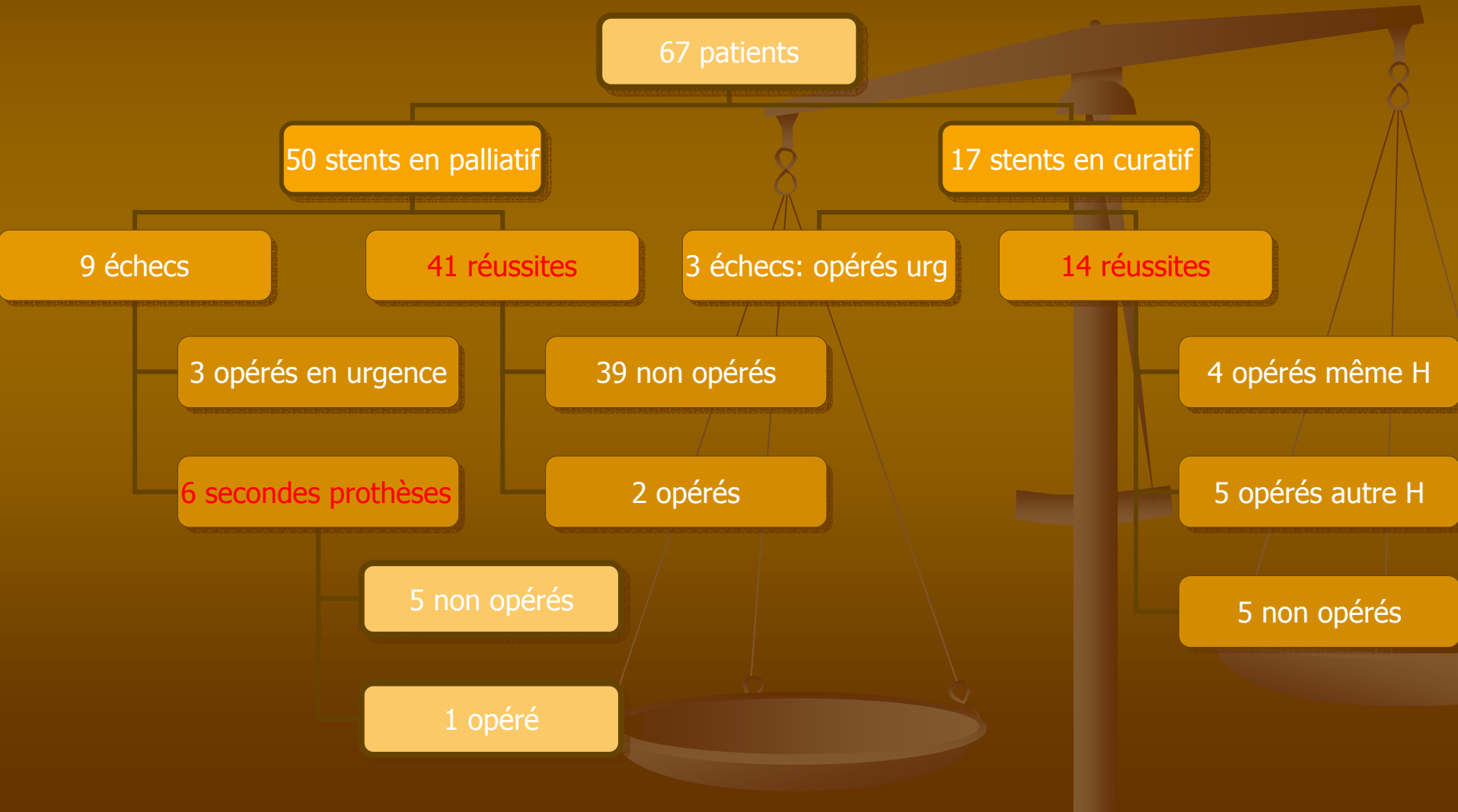
Résultats 4: Echeecs

Type d'échec	Procédure	ASA/ palliatif	Traitement de l'échec	Localisation sténose	Suivi
Inefficace	Colo	3/oui	Colostomie J1	Colon G	DCD J2
Non franchie	Colo	4/oui	Colostomie urgence	Sigmoïde	1 mois
Perforation	Colo	2/oui	Hartmann en urg	Sigmoïde	2,5mois
Migration	Colo	3/oui	2ème prothèse	Sigmoïde	6jours
Non franchie	Radio	3/non	Colectomie G urgence	Sigmoïde	DCD postop
Migration	Colo	3/oui	2ème prothèse	Rectum	2 mois
Pas d'expansion	Colo	NC/oui	2ème prothèse	Colon G	2 ans
Perforation	Colo	3/non	Colostomie puis chir 2nd	Colon G	DCD postop
Non franchie	Radio	2/non	Colectomie G urgence	Colon G	NC
Migration	Colo	2/oui	2ème prothèse J7	Angle G	4 mois
Inefficace	Colo	3/oui	2ème prothèse J1	Charnière	1 mois
Inefficace	Colo	2/oui	2ème prothèse puis chir	Charnière	DCD J45

Résultats 5: Suites

- Durée d'hospitalisation:
 - Prothèse seule: 6 jours.
 - Prothèse + chirurgie dans la même H: 10.5 jours.
 - Prothèse + chirurgie en 2 H: 21 jours.
 - Chirurgie secondaire: 18
 - 10 pendant la même hospitalisation (dont 6 en urgence du fait de l'échec du stent).
 - Chirurgie en urgence:
3 stomies, 1 Hartmann, 2 colectomies.
 - Chirurgie « à froid » pendant la même H.:
4 colectomies avec anastomose, 1 colectomie totale.
 - Chirurgie « à froid » pendant seconde H.:
3 Hartmann, 2 stomies, 3 colectomies + anastomose.
- 

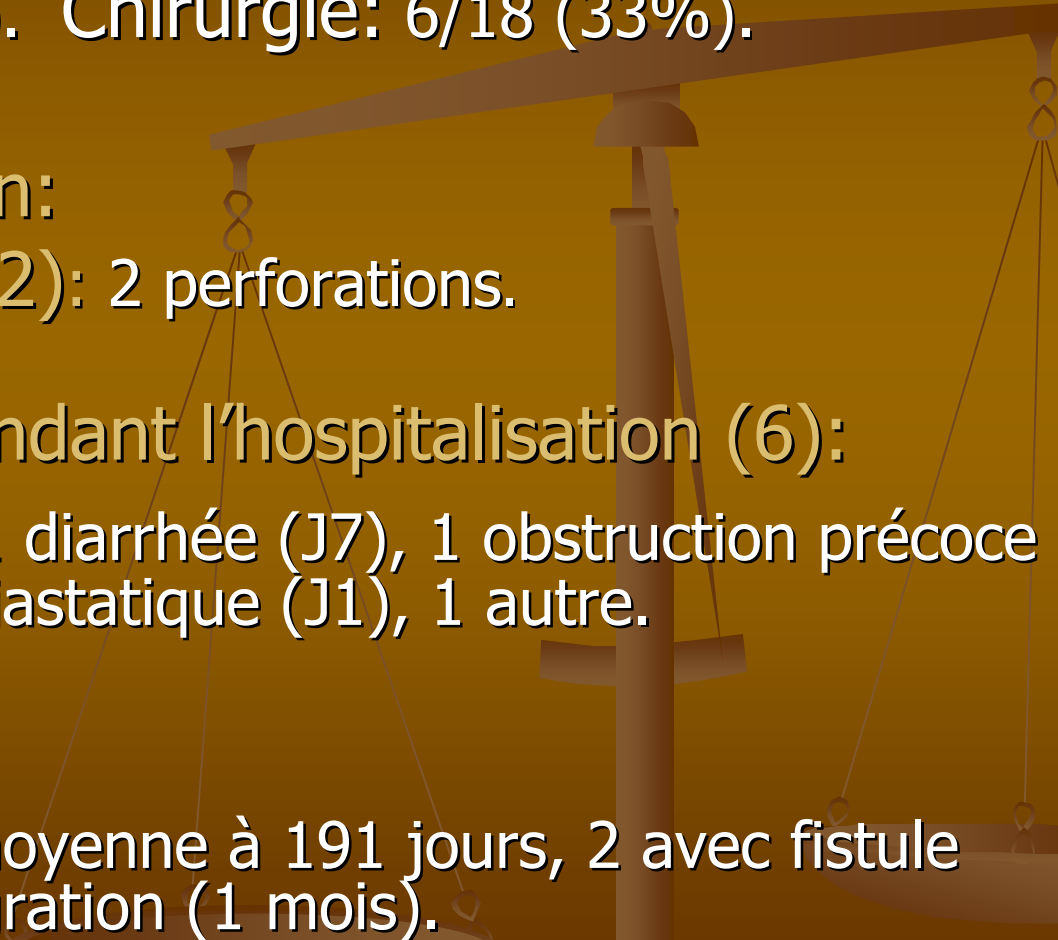
Synthèse



Résultats 6: Mortalité

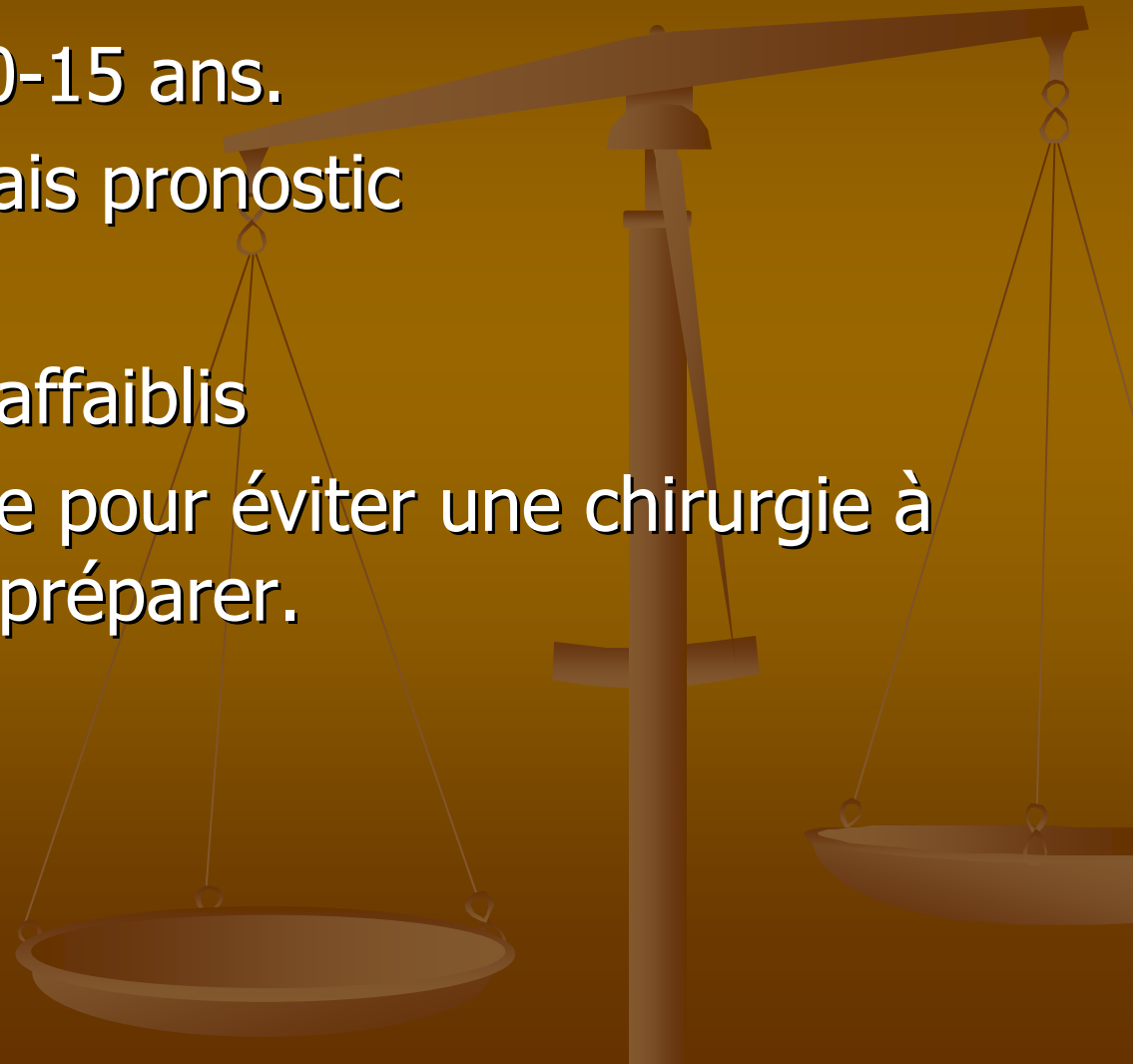
- Suivi moyen de 3 mois (1 jour- 33 mois)
- Mortalité au cours de la prise en charge: 7,5% (5)
 - 3: chirurgie en urgence car échec de la pose du stent.
 - 1: changement de prothèse car échec puis chirurgie pendant la même hospitalisation.
 - 1: d'insuffisance rénale aigüe (K utérus).
- Mortalité en l'absence d'échec de la prothèse:
1.8 % (1/55).
- Mortalité si échec de la prothèse:
33% (4/12).
- Mortalité chez les patients opérés en urgence:
50% (3/6).

Résultats 7: Morbidité

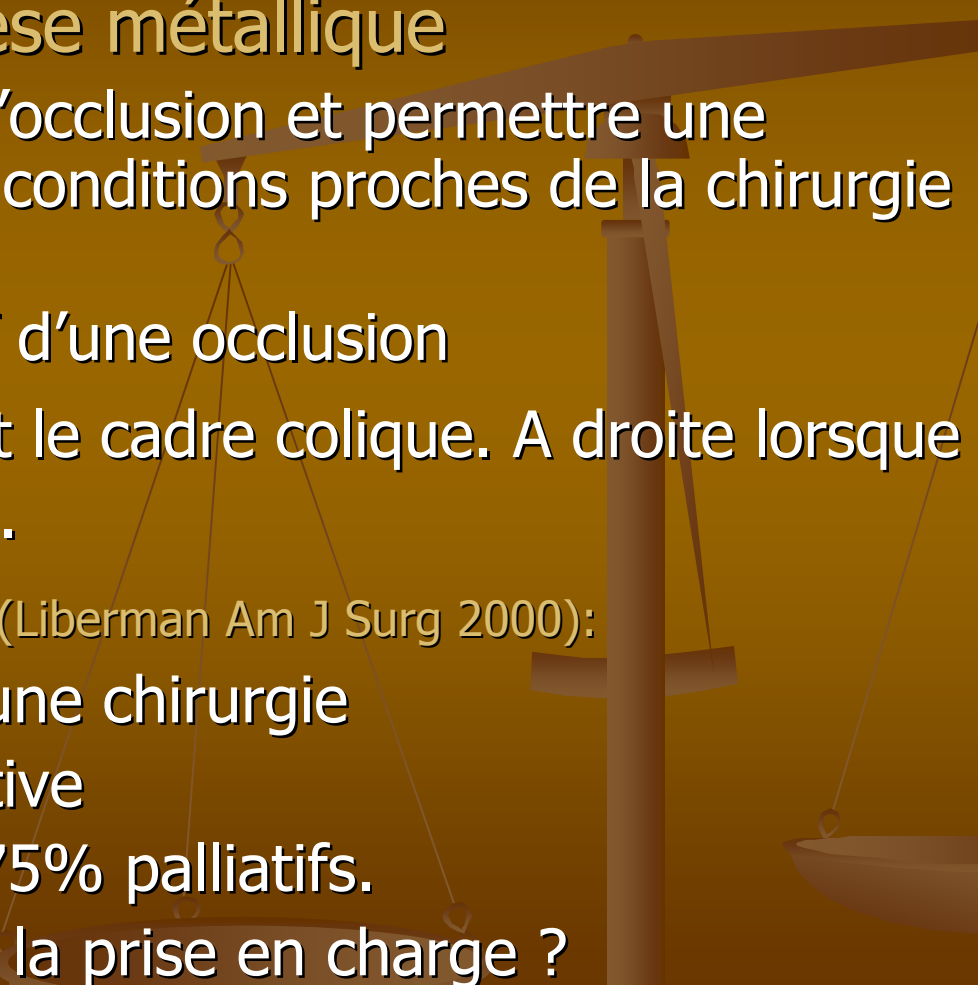
- Morbidité:
 - Stent: 16/67 (24%). Chirurgie: 6/18 (33%).
 - Type de complication:
 - Pendant la pose (2): 2 perforations.
 - Après la pose, pendant l'hospitalisation (6):
2 rectorragies (J3), 1 diarrhée (J7), 1 obstruction précoce (J6), 1 perforation diastatique (J1), 1 autre.
 - A distance (8):
7 obstructions (en moyenne à 191 jours, 2 avec fistule rectovésicale), 1 migration (1 mois).
- 

Discussion 1

- Stents coliques: 10-15 ans.
- Occlusion = mauvais pronostic
- Maladie avancée
- Malades dénutris, affaiblis
- Prothèse: outil utile pour éviter une chirurgie à risque, ou pour la préparer.



Discussion 2

- 2 buts de la prothèse métallique
 - Lever rapidement l'occlusion et permettre une chirurgie dans des conditions proches de la chirurgie élective.
 - Traitement palliatif d'une occlusion
 - Indications: sur tout le cadre colique. A droite lorsque chirurgie très à risque.
 - Dans la littérature (Liberman Am J Surg 2000):
 - 69% en attente d'une chirurgie
 - 31% à visée palliative
 - Dans notre série: 75% palliatifs.
 - Dû à l'évolution de la prise en charge ?
- 

Discussion 3



- Echecs de 2 types:
 - Lors de la pose, problème technique
 - Absence de levée de l'occlusion malgré bonne position de la prothèse.
- Taux de succès de la pose: 93% (63- 100%) dans la littérature (Lieberman, Am J Surg; 2000)
- Dans notre série: 87% (échec pose: 9 patients).
- Taux de succès sur la levée de l'obstacle: 88% (Millat, Ann Chir; 2003)
- Dans notre série: 82% (pas de levée de l'occlusion: 3 patients sur les 58 stents posés).

Discussion 4

- **Morbidité:**
 - Perforation colique: 0-15% (dilatation ++++) dans notre série 3%
 - Hémorragies. Dans notre série 3%.
 - Plus élevée quand but palliatif.
 - Migration: jusqu'à 50% dans les premières séries. Prothèses non couvertes ++++; en moyenne 10% (dans notre série: 2%).
 - Obstruction de la prothèse: 10% (dans notre série: 14%).
 - Douleurs, ténesmes, diarrhées, incontinence: quand lésions situées à moins de 5 cm de la MA (Harris, Am J Surg; 2001). (1 cas dans notre série).
- **Mortalité:** 2,3 à 50% selon les séries.
- Dans notre série: 7,5%.

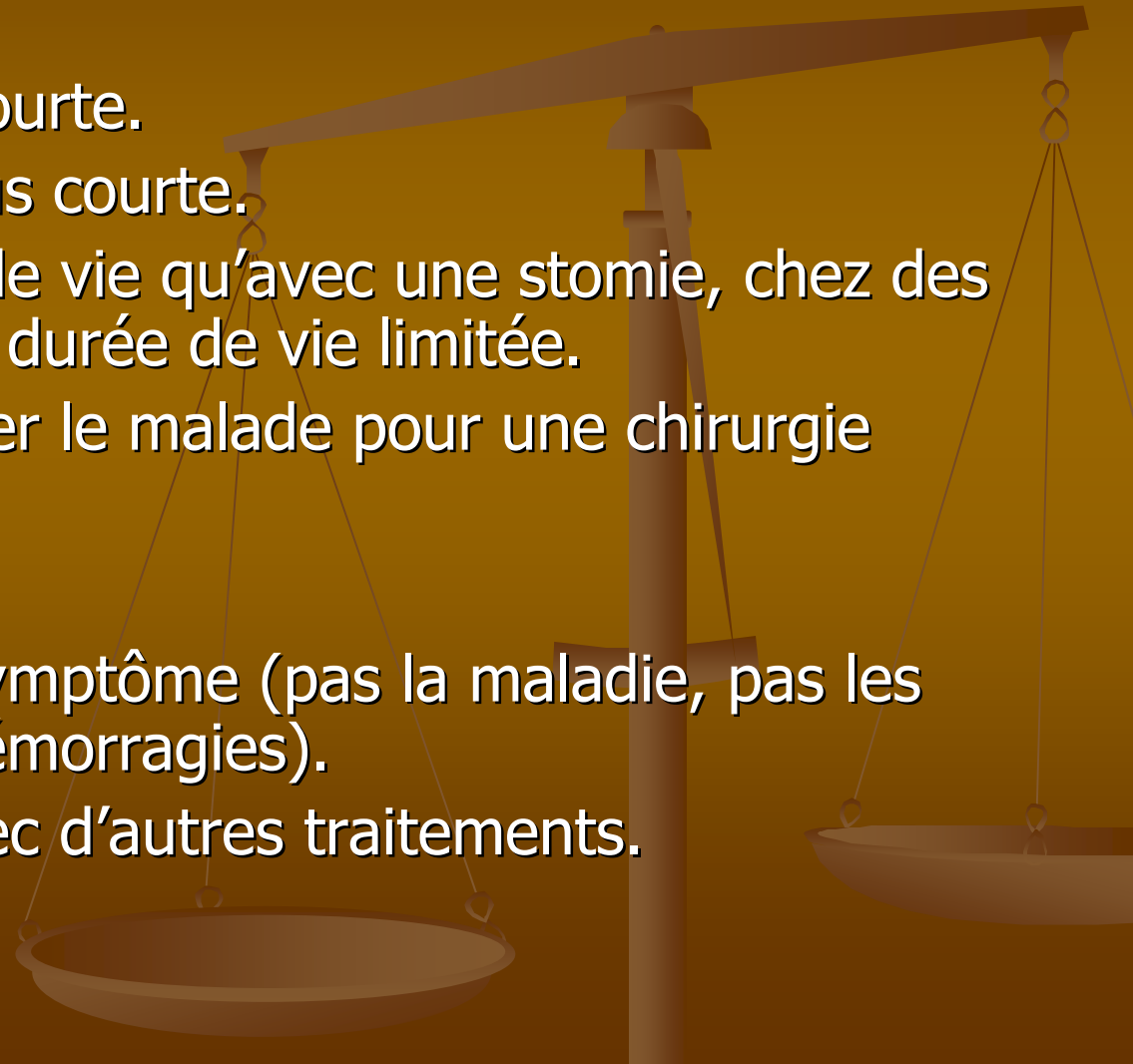
Discussion 5

■ Avantages:

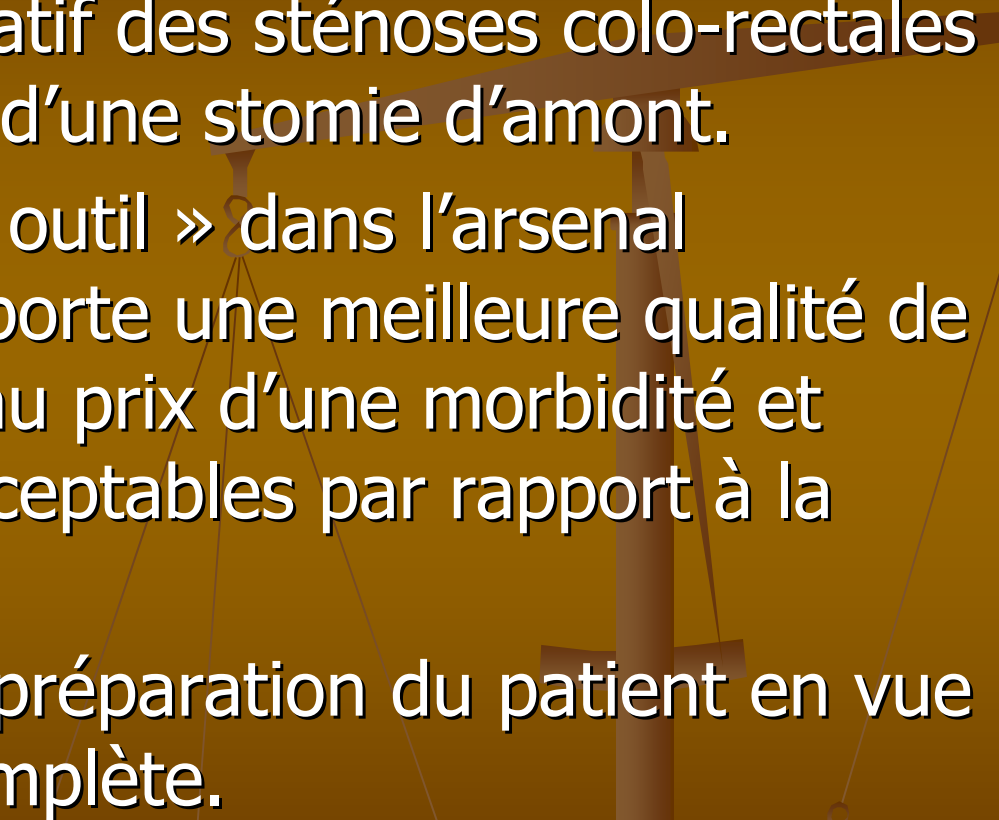
- Anesthésie plus courte.
- Hospitalisation plus courte.
- Meilleure qualité de vie qu'avec une stomie, chez des patients avec une durée de vie limitée.
- Permet de préparer le malade pour une chirurgie lourde.

■ Inconvénients:

- Ne traite que le symptôme (pas la maladie, pas les douleurs, ni les hémorragies).
- En association avec d'autres traitements.



Conclusion

- Le traitement palliatif des sténoses colo-rectales était la réalisation d'une stomie d'amont.
 - Le stent, « nouvel outil » dans l'arsenal thérapeutique, apporte une meilleure qualité de vie aux malades, au prix d'une morbidité et d'une mortalité acceptables par rapport à la chirurgie.
 - Séduisant pour la préparation du patient en vue d'une chirurgie complète.
- 

Bibliographie

- Harris GJ et al: the management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endoluminal stenting devices. *Am J Surg*, 2001. 181(6): 499-506.
- Liberman H. et al: clinical use of the self-expanding metallic stent in the management of colorectal cancer. *Am J Surg*, 2000. 180: 407-412.
- Morino M. et al: malignant colonic obstruction managed by endoscopic stent decompression followed by laparoscopic resections. *Surg Endosc*, 2002. 16(10): 1483-7.
- Millat B et al: traitement de l'occlusion colique maligne. *Ann Chir*, 2003.