

Place des prothèses coliques dans la stratégie thérapeutique du cancer colorectal

Recommandations françaises, sous l'égide de la commission Endoscopie et Cancer de la Société française d'endoscopie digestive (SFED) et de la Fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD)

Place of colorectal stents in therapeutic management of malignant large bowel obstructions

S. Manfredi¹, C. Sabbagh², G. Vanbiervliet³, T. Lecomte⁴, R. Laugier⁵, M. Karoui⁶



S. Manfredi

Rellecteurs

- Pour la FFCD : T. Aparicio, P. Rougier, P. Michel, J.L. Legoux, O. Bouché, C. Lepage, R. Faroux, J. Taieb, E. Mitry.
- Pour le TNCD : L. Bedenne.
- Pour la SFED : P. Pienkowski, C. Cellier, B.R. Mollard.

© La Lettre du Cancérologue 2015; XXIV(6):313-14.

¹ Service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive, CHU de Dijon.

² Département de chirurgie digestive et métabolique, CHU d'Amiens.

³ Pôle digestif, endoscopie digestive, hôpital L'Archet 2, Nice.

⁴ Service d'hépatogastroentérologie et de cancérologie digestive, hôpital Trousseau, CHRU de Tours.

⁵ Service d'hépatogastroentérologie, hôpital de la Timone, Marseille.

⁶ Service de chirurgie digestive et hépato-biliopancréatique, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

➤ Quelle que soit la situation, une discussion médicochirurgicale doit avoir lieu avant toute décision thérapeutique. La pose d'une prothèse colique n'est pas recommandée en l'absence de signes cliniques et radiologiques d'occlusion, même lorsque la tumeur n'est pas franchissable par un endoscope.

➤ La pose d'une prothèse colique dans le cancer colorectal compliqué d'occlusion doit s'envisager dans les 12 à 24 heures suivant l'admission (*avis d'experts*). Ce délai est conditionné par : la présence de signes de souffrance colique (clinique et/ou radiologique) ; le diamètre du cæcum ; l'ancienneté et l'intensité des symptômes occlusifs (occlusion franche), et la nécessaire obtention des meilleures conditions d'examen (anesthésiques et techniques).

➤ La prothèse colique est contre-indiquée en cas de perforation, de souffrance colique d'amont clinique et/ou radiologique, de cancer du bas et du moyen rectum, d'occlusion du grêle par incarceration associée.

➤ La pose de prothèse colique doit être réalisée par voie endoscopique et sous contrôle radiologique (*accord d'experts*).

➤ L'absence d'opérateur entraîné et de structure adaptée est une contre-indication à la mise en place d'une prothèse colique. Il est indispensable d'obtenir

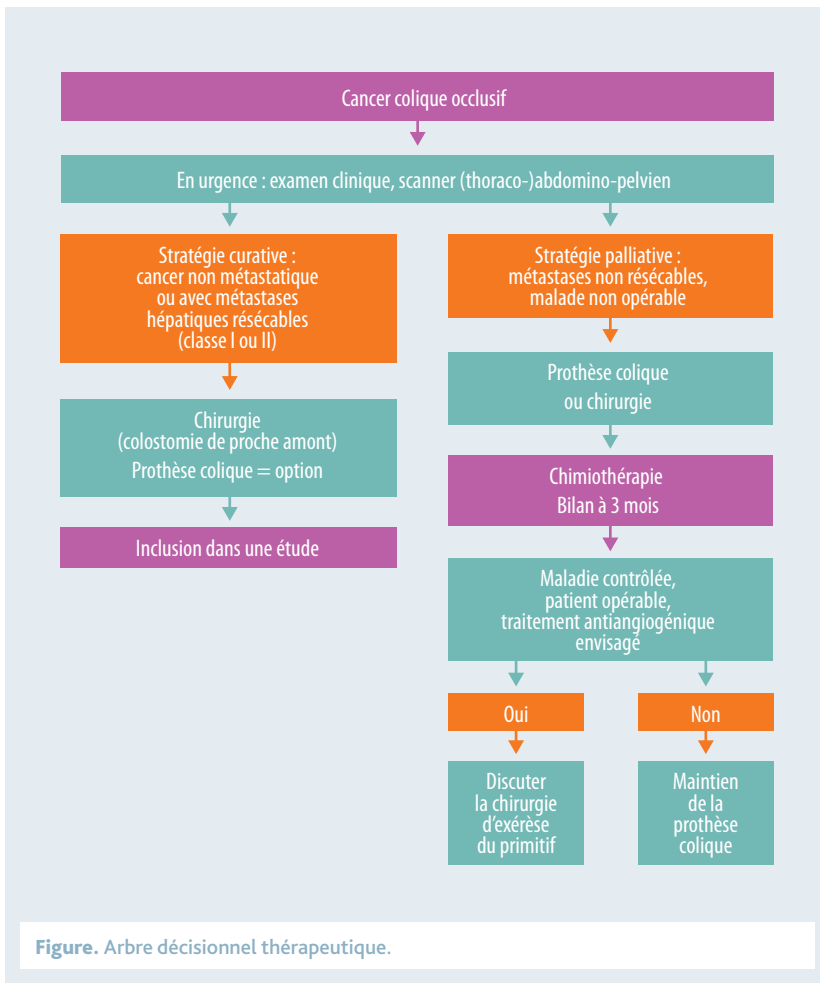
les meilleures conditions d'examen. La préparation du malade doit se faire par voie rectale. La réalisation du geste sous anesthésie générale avec intubation et en décubitus dorsal doit être privilégiée (*accord d'experts*).

➤ L'utilisation de polyéthylène glycol (PEG) et d'autres préparations par voie orale est contre-indiquée.

➤ L'utilisation d'un insufflateur à CO₂ et d'une pompe de lavage est recommandée lors de la mise en place d'une prothèse colique (*avis d'experts*).

➤ La dilatation préalable et le passage de la sténose par l'endoscope de gros calibre sont à proscrire (*accord d'experts*). L'utilisation du matériel de cathétérisme biliopancréatique est préconisée, notamment des fils-guides longs à extrémité hydrophile non traumatique. Les biopsies en nombre suffisant pour un diagnostic anatomopathologique et d'éventuelles analyses de biologie moléculaire (RAS, statut MSI [*Microsatellite Instability*]) sont indispensables pour la prise en charge ultérieure. La pose de repères radio-opaques externes est à éviter.

➤ Il est recommandé d'utiliser des prothèses métalliques auto-expansibles non couvertes, de taille adaptée à la forme et à la longueur de l'obstacle et au moins 4 cm plus longues que la sténose.



➤ Il faut éviter la pose de prothèse colique au niveau du bas rectum (tumeurs situées à moins de 3 à 5 cm de la marge anale) [grade C].

➤ Dans l'attente de nouveaux résultats, la mise en place d'une prothèse colique en attente de chirurgie n'est pas recommandée dans le cadre d'une stratégie thérapeutique curative (tumeur non métastatique ou métastatique résécable, patient opérable) [grade C]. Elle n'est qu'une alternative si la chirurgie première n'est pas possible.

➤ La prothèse colique en situation palliative (métastases non résécables, patient non opérable) est une option (grade C) : elle réduit le recours à la stomie, la durée d'hospitalisation et la morbidité ; elle permet de commencer plus rapidement une chimiothérapie et pourrait ainsi réduire les coûts. Dans cette situation, la chirurgie est l'autre option, à privilégier chez les patients les plus jeunes ou sans comorbidité importante.

➤ Compte tenu du risque majoré de perforation colique, il est recommandé de ne pas administrer un traitement antiangiogénique chez des patients porteurs d'une prothèse colique (accord d'experts). De même, il est recommandé de ne pas mettre en place une prothèse colique chez un patient traité par un antiangiogénique. Ces recommandations permettent d'élaborer un arbre décisionnel (figure). ■

S. Manfredi déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus...

• Endoscopy and Cancer Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED) and the French Federation of Digestive Oncology (FFCD). Place of colorectal stents in therapeutic management of malignant large bowel obstructions. *Endoscopy* 2014;46(6):546-52.

• S. Manfredi, C. Sabbagh, G. Vanbiervliet, T. Lecomte, R. Laugier, M. Karoui. Place des prothèses coliques dans la stratégie thérapeutique du cancer colorectal. *Acta endoscopica* 2014;44:208-18.

• Recommandations accessibles en ligne sur le site de la SFED : SFED.org, rubrique "recommandations".