

La dilatation des sténoses bénignes de l'œsophage

F. PRAT (Paris, Kremlin Bicêtre)

Avec la collaboration de :

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

Les sténoses de l'œsophage sont d'origine maligne (cancers de l'œsophage et compressions tumorales médiastinales extrinsèques) ou bénigne. On distingue actuellement 2 types principaux de dilateurs : les bougies de Savary-Gillard et les ballonnets hydrostatiques ; les autres techniques, plus anciennes et plus traumatiques (olives d'Eder-Puestow, dilateurs de Celestin ou de Maloney), ont été pratiquement abandonnées.

I. LES INDICATIONS

L'achalasie fait l'objet d'une fiche de recommandation spécifique.

Pratiquement, toutes les sténoses bénignes intrinsèques de l'œsophage peuvent bénéficier d'une dilatation endoscopique par bougies ou par ballonnet hydrostatique. Par ordre décroissant de fréquence, on peut citer :

- les sténoses peptiques, généralement situées au 1/3 inférieur de l'œsophage ;
- les sténoses post-traitement endoscopique (laser, sclérose de varices œsophagiennes...);
- les sténoses radiques ;
- les sténoses postopératoires : sténose d'anastomose œso-jéjunale après gastrectomie totale, sténose du cardia après montage antireflux trop serré ;
- les sténoses caustiques ;
- les sténoses congénitales à type d'anneau ou de diaphragme, ou dans le cadre du syndrome de Plummer-Vinson.

En revanche, les sténoses par compression extrinsèque ne peuvent pas être améliorées par la dilatation endoscopique.

Etant donné la bonne tolérance et la simplicité de la dilatation endoscopique, elle peut être proposée de première intention ; la cure chirurgicale (œsophagectomie) est, à l'opposé, une sanction lourde. Toutefois, en cas de sténose d'origine peptique, le traitement chirurgical du reflux est recommandé si le patient est jeune et sans risque chirurgical majeur. Dans le cas contraire, la dilatation peut et doit être associée au traitement antisécrétoire.

II. AVANTAGES – INCONVÉNIENTS

La dilatation endoscopique des sténoses bénignes de l'œsophage est de réalisation simple, peu coûteuse, rapidement disponible ; elle apporte une amélioration symptomatique immédiate, et peut être renouvelée à la demande.

Les 2 principaux inconvénients sont :

- une efficacité souvent transitoire, imposant alors la répétition des séances de dilatation, voire le choix d'un traitement plus lourd (chirurgie) ;
- et le risque de complication (perforation) qui est toutefois faible dans la plupart des indications (1 à 3 %).

III. INFRASTRUCTURE

La dilatation œsophagienne doit être faite, si possible, sous anesthésie générale, le geste pouvant être douloureux.

L'emploi d'une fluoroscopie pour contrôler la position du fil-guide et du matériel de dilatation est recommandé en cas de sténose complexe, tortueuse ou à forte angulation ou au moindre doute sur la bonne position du fil-guide.

La dilatation de l'œsophage peut souvent être faite en ambulatoire. Chaque cas doit cependant être évalué individuellement, et l'éventualité d'une hospitalisation pour surveillance postopératoire doit être exposée au malade.

IV. TECHNIQUE

Le choix de la technique (bougies ou dilateur hydrostatique) est affaire d'expérience personnelle, car aucune étude n'a démontré la supériorité d'une technique sur l'autre, et aucune ne semble plus particulièrement adaptée à une indication spécifique. Cependant, en cas d'échec d'une technique, la technique alternative peut être proposée.

a. Endoscopie d'évaluation

L'endoscopie permet le repérage du niveau de la sténose par rapport à la bouche œsophagienne,

apprécie le degré de sténose en mm, son angulation et son caractère franchissable ou non. Cette étape est essentielle pour définir le matériel à utiliser pour l'étape de dilatation.

b. Technique de dilatation à la bougie

1. Mise en place du fil-guide : on choisit généralement un fil-guide dit « de Savary », métallique, réutilisable (stérilisation à l'autoclave à 134 °C), muni d'une portion souple de 5 cm de longueur à son extrémité distale. En cas de sténose très serrée et tortueuse (rare en cas de sténose bénigne) ou dans des localisations anatomiques avec forte angulation, on peut utiliser un fil hydrophile à usage unique de 0,035 inches. Ces fils étant moins rigides, les manœuvres devront être d'autant plus attentives.

2. Après franchissement de la sténose, on retirera l'endoscope en repoussant le fil-guide qui ne doit pas être mobilisé durant cette manœuvre. On doit être particulièrement vigilant à l'absence de mobilisation du fil-guide si la fluoroscopie n'est pas employée.

3. Dilatation progressive par passage des bougies sur le fil-guide, avec l'aide d'un(e) assistant(e) qui maintient une tension fixe sur ce dernier, afin d'éviter la courbure de la bougie dans l'œsophage, source de déchirure pariétale. Les bougies sont rigides avec des diamètres de 7 à 20 mm. La dilatation s'effectuera sur fil-guide. Le contrôle fluoroscopique est fortement recommandé. La première bougie utilisée doit être de diamètre légèrement supérieur au calibre de la sténose dans sa partie la plus serrée (ex. : commencer par une bougie de 7 mm pour dilater une sténose évaluée à 4 ou 5 mm). Une alimentation correcte peut être obtenue pour un diamètre de 12 à 13 mm, une alimentation tout à fait normale nécessitant souvent un calibre de 15 mm. En cas de sténose serrée, on ne cherchera pas à dilater au-delà de 13 mm en une seule séance. On cite, mais sans qu'il s'agisse d'une recommandation, la « règle des 3 bougies » qui consiste à ne pas utiliser plus de 3 bougies de diamètre consécutif au cours d'une même séance (ex. : 7, 9, 11 mm). En cas de sténose initialement infranchissable, il est recommandé de réintroduire l'endoscope en parallèle du fil-guide ou sur le fil-guide, afin d'examiner l'aspect de la sténose et l'œsophage d'aval lorsque la dilatation est suffisante pour permettre le passage de l'endoscope (en général après passage de la bougie de 11 mm).

c. Technique de la dilatation au ballonnet

Les ballonnets œsophagiens ont un diamètre compris entre 12 et 20 mm. Le ballonnet est pourvu d'une extrémité souple d'environ 15 mm de longueur ou d'un fil-guide court facilitant le franchissement de la sténose. Les modèles les plus récents ont un diamètre variable suivant la pression appliquée. Un diamètre de 15 à 18 mm est généralement bien adapté à la dilatation hydrostatique de l'œsophage.

1. L'endoscope est positionné quelques centimètres au-dessus du pôle supérieur de la sténose et le

ballonnet de dilatation est introduit dans le canal opérateur de l'endoscope. Sous contrôle endoscopique, la partie médiane du ballonnet (qui mesure 5 à 8 cm de longueur) est placée à cheval sur la sténose. Si le franchissement se révèle difficile ou si la sténose est complexe ou tortueuse ou angulée, ou au moindre doute concernant le bon positionnement du ballonnet, un fil-guide doit être passé à travers la sténose sous contrôle fluoroscopique et le ballonnet est glissé sur le fil-guide.

2. Le ballonnet est raccordé à une seringue remplie d'eau ou de sérum physiologique et montée sur un manomètre.

3. L'assistant(e) gonfle le ballonnet jusqu'à son diamètre nominal, en respectant les recommandations de pression indiquées sur la notice ou le ballonnet lui-même (de 3 à 8 atm, soit 45 à 120 psi). Le ballonnet peut être laissé en place 15 à 30 secondes avant d'être retiré.

d. Après la dilatation

Une endoscopie œsogastrique permet d'apprécier le calibrage de l'œsophage, la facilité du passage de l'endoscope, l'absence de brèche pariétale ou de saignement anormaux (une légère effraction pariétale et un saignement modéré ne sont pas anormaux et témoignent de l'efficacité de la dilatation). En cas d'incertitude diagnostique, des biopsies doivent être faites et une échoendoscopie programmée.

e. Surveillance et soins postopératoires

Après une dilatation œsophagienne, le patient doit être examiné dès le réveil. En cas de douleur thoracique, ou lorsque l'examen endoscopique en fin de procédure a montré une dilacération franche de la paroi ou un saignement important, l'examen clinique recherchera un emphysème sous-cutané. Les examens morphologiques (radiographie thoracique transit aux hydrosolubles, tomographie) permettront de s'assurer de l'absence de brèche médiastinale.

En l'absence de signe d'alarme clinique ou radiologique, l'alimentation sera reprise progressivement, dès le soir même, ou le lendemain du geste (semi-liquide puis normale). En cas de perforation, le malade sera laissé à jeun et mis sous antibiotiques dans le cadre d'une prise en charge médicochirurgicale.

En cas de sténose peptique, un traitement antisécrétoire par IPP double dose doit être institué ou poursuivi.

f. Résultats

Une amélioration symptomatique est obtenue dans près de 100 % des cas à court terme. Les résultats à long terme semblent meilleurs pour les sténoses peptiques que pour les sténoses caustiques. Cependant, un bon résultat à long terme est obtenu dans plus de la moitié des cas au prix de dilatations successives.

RÉFÉRENCE

KOZAREK R.A. Gastrointestinal dilation. In *Textbook of Gastroenterology*, 3rd ed, Tadataka Yamada, ed, JB Lippincott Co, Philadelphia 1999; 2811-2822.