

Place des prothèses coliques dans la stratégie thérapeutique du cancer colorectal

Role of Colic Stents in the Treatment Strategy of Colorectal Cancer

M. Robaskiewicz · R Laugier

© Lavoisier SAS 2014

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)

- La pose d'une prothèse colique n'est pas recommandée en l'absence de signe clinique et radiologique d'occlusion, même lorsque la tumeur n'est pas franchissable par un endoscope ;
- quelle que soit la situation, une discussion médicochirurgicale doit avoir lieu avant toute décision thérapeutique ;
- si elle est indiquée, la pose de prothèse colique doit s'envisager dans les 12 à 24 heures suivant l'admission du patient ;
- la prothèse colique doit être mise en place par voie endoscopique et sous contrôle radiologique ;
- la mise en place d'une prothèse colique doit être réalisée par un opérateur entraîné et au sein d'une structure médicochirurgicale adaptée ;
- l'utilisation de polyéthylène glycol (PEG) et d'autres préparations par voie orale est contre-indiquée ;
- la dilatation préalable et le passage de la sténose tumorale par un endoscope de gros calibre sont à proscrire ;
- en situation curative (tumeur non métastatique ou métastatique résecable, patient opérable), la prothèse ne peut pas être recommandée en première intention. Elle reste une option thérapeutique dans les centres experts.

Nous nous sommes volontairement limités à la reprise des points forts de la version courte publiée dans un numéro récent d'*Acta Endoscopica*.

M. Robaskiewicz (✉)
Hôpital de la Cavale Blanche, boulevard Tanguy Prigent,
F-29609 Brest cedex
e-mail : michel.robaskiewicz@univ-brest.fr

R Laugier
APHM, hôpital La Timone, 264 rue Saint-Pierre,
F-13385 Marseille cedex 5

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

La pose de prothèse colique doit être réalisée par voie endoscopique sous contrôle radiologique.

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 dispositions d'examen. La préparation du patient doit se faire par voie basse. La réalisation du geste sous anesthésie générale et en décubitus dorsal avec intubation doit être privilégiée (avis d'experts).

Il est recommandé d'utiliser des prothèses métalliques auto-expansibles non couvertes, de longueur adaptée à la forme et à la longueur de l'obstacle et toujours d'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 « pont avant la chirurgie » n'est pas recommandée dans le cadre d'une stratégie thérapeutique carcinologique curative. Elle reste cependant une alternative thérapeutique.

Compte tenu du risque majoré de perforation colique, il est recommandé de ne pas administrer un traitement anti-angiogénique chez des patients porteurs d'une prothèse colique (accord d'experts). De même, il est recommandé de ne pas mettre en place une prothèse chez un patient traité par un anti-angiogénique.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

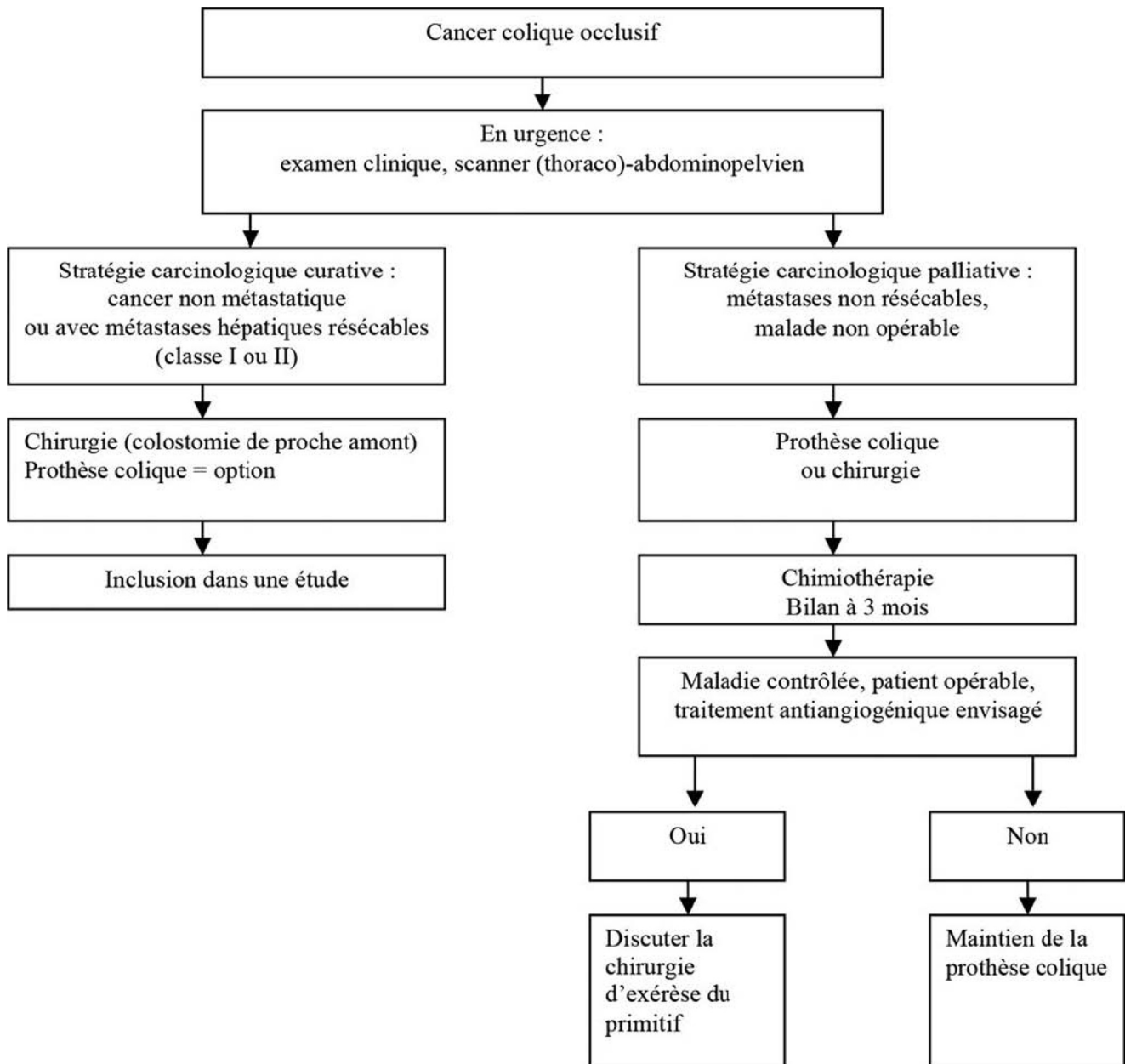


Fig. 1 Arbre décisionnel thérapeutique