

Evaluation des prothèses métalliques expansives couvertes pour le traitement des sténoses oesophagiennes bénignes: résultats d'une étude multicentrique de la Société Française d'Endoscopie Digestive

[A Chryssostalis](#) (1); [PN d'Halluin](#) (2); [D Heresbach](#) (2); [M Gaudric](#) (1); [P Bichard](#) (3); [G Vanbiervliet](#) (4); [F Fumex](#) (5); [D Coumaros](#) (6); [H Lamouliatte](#) (7); [F Prat](#) (1);

(1) Paris – France (2) Rennes – France (3) Grenoble – France (4) Nice - FRANCE

(5) Saint Priest en Jarrez – France (6) Strasbourg – France (7) Bordeaux - FRANCE

But

Evaluer la faisabilité de la mise en place et de l'ablation endoscopique de prothèses métalliques couvertes dans les sténoses bénignes de l'œsophage après une période de calibrage.

Patients et Méthodes

Étaient inclus les patients ayant une sténose bénigne de l'œsophage récidivant après au minimum 3 séances de dilatation d'un diamètre supérieur à 15 mm au cours des 12 derniers mois. Une prothèse oesophagienne de type HANARO-STENT™, Société Life Partners, était posée et laissée en place 21 à 28 jours. Au terme de cette période de calibrage, l'ablation de la prothèse était réalisée. Les patients étaient suivis jusqu'à M24. Le critère de jugement principal était la morbidité de la méthode. Le critère secondaire d'évaluation était le taux de récurrence de sténose oesophagienne après ablation de la prothèse.

Résultats

Dix-neuf patients (14 H, 5 F, âge moyen $62,3 \pm 17,3$ ans) étaient inclus. La cause de la sténose oesophagienne était : peptique (n = 10), anastomotique (n = 5), radique (n = 2) ou caustique (n = 2). Le nombre médian de dilatations antérieures était de 4 (2-17), le diamètre médian des dilatations était de 15 mm (15-18). Un patient avait eu auparavant une prothèse oesophagienne métallique partiellement couverte laissée en place avec récurrence de la sténose. La longueur médiane de la sténose était de 3 cm (0,5-10).

Aucun échec de pose de prothèse n'était observé. Une dilatation préalable de la sténose était réalisée chez 10 patients. La morbidité précoce était de 10,5 % (douleur, 1 cas, migration de la prothèse à J1, 1 cas). La durée moyenne de calibrage était de $26,7 \pm 4,5$ jours (médiane 27 jours, extrêmes 21-38). L'ablation de la prothèse était possible chez les 18 patients restants. Après ablation, on observait : pas de sténose (n = 16), sténose au pôle supérieur de la prothèse (n = 1), fistule borgne (n = 1). Le suivi moyen après ablation était de $7 \pm 7,4$ mois. Une récurrence de la sténose oesophagienne était observée chez 14 patients (74 %) après $3 \pm 4,5$ mois, traitée par la mise en place d'une prothèse définitive chez 2 patients, et d'une prothèse couverte à double face chez 7 patients. Deux patients décédaient à M5 et M7 de récurrence de cancer de l'œsophage, sans dysphagie. Chez 2 patients il n'y avait pas de récurrence de la sténose à M3 et M24.

Conclusion

La mise en place et l'ablation d'une prothèse oesophagienne entièrement couverte simple face pour traiter les sténoses oesophagiennes bénignes est faisable. Un mois de calibrage apparaît insuffisant au vu du taux élevé de récurrence. Les prothèses à double revêtement plastique désormais disponibles pourraient permettre d'augmenter la durée du calibrage.