

Une complication fréquente d'une nouvelle technique

Appendicite suite à une résection de pleine épaisseur de la paroi dans le pôle cæcal au moyen du FTRD®

Dr méd. Martin Wilhelmi^{a,b}, PD Dr méd. Peter Netzer^a

^a GastroZentrum Netzer AG, Lindenhofspital, Bern

^b Central-Praxis Gastroenterologie, Zürich

Contexte

L'ablation endoscopique des polypes dans la région de l'abouchement de l'appendice représente un défi. Notamment la résection dans des segments intestinaux qui présentent un risque élevé de perforation et l'ablation complète de tissus de couches profondes de la paroi intestinale (résection de pleine épaisseur) étaient jusqu'à présent quasiment impossibles à réaliser par voie endoscopique et nécessitaient la plupart du temps une intervention chirurgicale. Peter Bauerfeind [1] a montré qu'il existe désormais une méthode de résection de pleine épaisseur de la paroi par voie endoscopique qui, dans des mains expérimentées, peut également être utilisée de façon sûre et efficace dans la région de l'abouchement de l'appendice: il s'agit du «full-thickness resection device» (FTRD®, Ovesco Endoscopy, Tübingen). Le dispositif est composé d'un capuchon d'application sur lequel le clip FTRD® préchargé est positionné, d'une anse intégrée et d'un fil, d'un attrape-fil, d'une housse d'endoscope avec un ruban adhésif pour la fixation et d'une manivelle FTRD®. Pour l'application, le capuchon d'application est monté sur la pointe de l'endoscope, l'anse étant à l'extérieur de l'endoscope et protégée par la housse d'endoscope. Tourner la manivelle permet de tendre le fil et de déployer le clip. Le tissu est ensuite séparé au-dessus du clip sous l'action de l'anse utilisant la radiofréquence (RF) intégrée. De cette façon, une résection de pleine épaisseur de la paroi peut être réalisée par voie endoscopique. Dans les mains de l'examineur expérimenté, cet instrument est utilisé en tant que dispositif endoscopique flexible pour la résection de pleine épaisseur de la paroi et le prélèvement diagnostique de tissus par résection des lésions appropriées dans le côlon et le rectum, et ce avec une sécurité élevée [1]. L'instrument a été développé en continu.



Martin Wilhelmi

Présentation du cas

Anamnèse

Un patient âgé de 71 ans s'est présenté dans notre cabinet pour une coloscopie de suivi en raison de polypes coliques récidivants. Trois années auparavant, onze petits polypes coliques avaient été résectés. Sur le plan histologique, ils correspondaient à des hyperplasies et à des adénomes tubulaires. Des polypes coliques avaient également déjà été retirés avant cela. L'anamnèse familiale pour les carcinomes colorectaux était toutefois négative.

Les antécédents comprenaient en outre deux thromboses veineuses profondes (TVP) gauches et une embolie pulmonaire survenue il y a deux ans. Le traitement anticoagulant de longue durée par rivaroxaban a été interrompu pour l'examen. Trois ans auparavant, le patient avait en outre été victime d'un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (non-ST elevated myocardial infarction, NSTEMI) et il avait fait l'objet

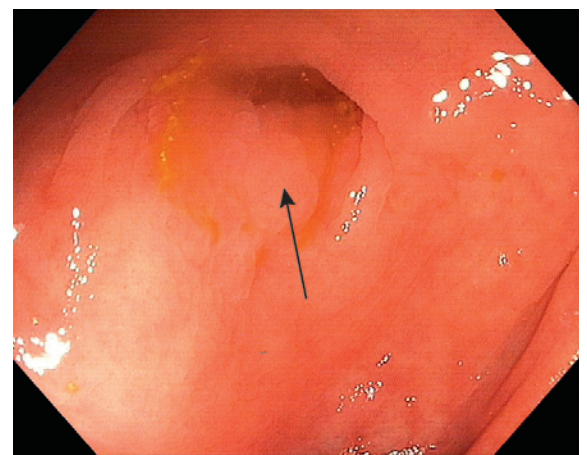


Figure 1: L'endoscopie montre, au niveau de l'abouchement de l'appendice, une masse polypoïde s'enchevêtrant dans l'appendice (flèche).

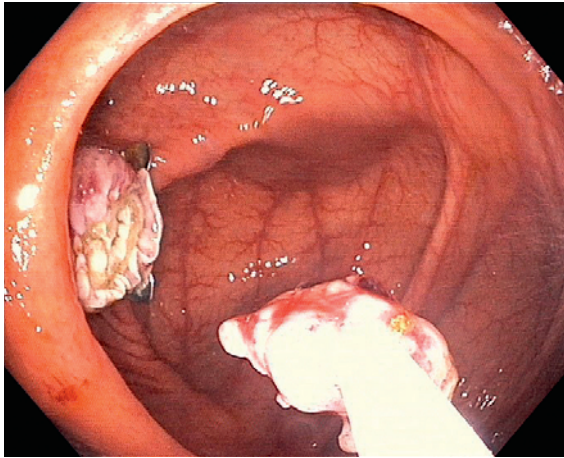


Figure 2: Ablation endoscopique de la masse au niveau de l'abouchement de l'appendice.

d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP). Le patient était totalement asymptomatique. Outre le rivaroxaban, il prenait également de l'énalapril à la dose de 20 mg/j et du nébivolol à la dose de 7,5 mg/j.

Diagnostic et traitement

La coloscopie actuelle a mis en évidence des hémorroïdes du premier degré, une pandiverticulose non inflammatoire et à nouveau deux polypes dans le côlon transverse et le côlon ascendant, qui ont tous deux été complètement réséqués à la pince. L'histologie a montré des adénomes tubulaires. Au niveau de l'abouche-

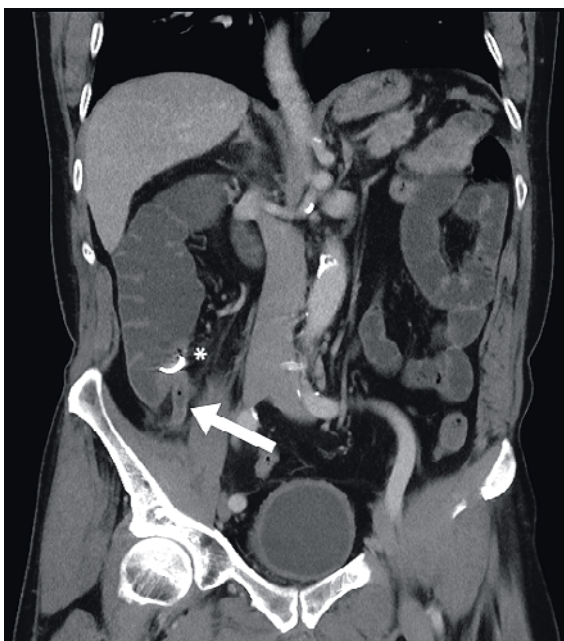


Figure 3: La tomodensitométrie montre une appendicite aiguë (flèche). * = Clip après la résection de pleine épaisseur de la paroi avec FTRD®.

ment de l'appendice, nous avons constaté une masse polypôïde enchevêtrée dans l'appendice, qui n'a pas pu être réséquée du fait de sa localisation (fig. 1).

Suite à la décision de procéder à une résection de pleine épaisseur de la paroi, il a été renoncé à une biopsie afin d'éviter une adhérence du tissu.

Deux jours plus tard, une nouvelle coloscopie a été réalisée dans le cadre d'une courte hospitalisation. Le polype dans le cæcum a tout d'abord été marqué avec la sonde. Lors du deuxième passage, l'endoscope avec l'applicateur FTR a été poussé jusque dans le cæcum. L'abouchement de l'appendice a alors été tiré dans le capuchon au moyen du «Twingrasper®», puis réséqué avec l'anse diathermique (fig. 2).

Aucune complication péri-interventionnelle n'est survenue. L'endoscopie de contrôle réalisée deux jours plus tard a montré un moignon de résection dans le cæcum sans anomalies. L'histologie a révélé un adéno-dentelé sessile sans dysplasies épithéliales, qui a été complètement réséqué (RO).

Evolution

Des douleurs abdominales, une légère défense dans la partie inférieure droite de l'abdomen et une fièvre de jusqu'à 39,2°C sont toutefois survenues le soir même. Les analyses de laboratoire ont montré une élévation de la CRP jusqu'à 160 mg/dl. La tomographie abdominale a révélé une appendicite aiguë (fig. 3) avec un clip en place.

Il a été jugé que l'inflammation correspondait à une potentielle petite ischémie dans le cadre de l'intervention. En concertation avec les collègues de chirurgie viscérale, il a été opté pour un traitement antibiotique par ceftriaxone et métronidazole sans intervention chirurgicale. Les symptômes cliniques ont rapidement cessé et les valeurs inflammatoires ont régressé. Les hémocultures sont restées négatives.

Le patient a pu quitter l'hôpital avec un traitement par ceftriaxone et métronidazole, l'option de l'appendicectomie restant ouverte.

Par la suite, le patient est resté asymptomatique tout en suivant un régime alimentaire normal. La coloscopie conduite un an après a montré un côlon non inflammé. Il n'y a pas eu d'appendicectomie.

Discussion

Dans des mains expérimentées, le traitement avec FTRD® représente une méthode sûre pour la résection de pleine épaisseur de la paroi. Une étude auprès de 60 patients a montré un succès de la résection de pleine épaisseur de la paroi dans 88% des cas, avec une résection RO sur le plan histologique dans 79% des cas.

Correspondance:
PD Dr. méd. Peter Netzer
GastroZentrum Netzer AG
Lindenhofspital
Bremgartenstrasse 115
CH-3012 Bern
admin.netzer[at]gzl.ch

Des complications, qui ont toutes pu être traitées par endoscopie, sont survenues dans seulement 7% des cas [1]. Dans une petite étude rétrospective, un patient sur un total de sept a présenté une appendicite suite à un traitement avec FTRD® au niveau de l'abouchement de l'appendice [2]. Une autre petite étude rétrospective relative à notre cas a analysé 32 patients ayant fait l'objet d'un traitement FTRD® au niveau de l'abouchement de l'appendice (les patients appendicectomisés avaient été exclus). Une appendicite est survenue chez sept patients (21,5%). Chez quatre patients, l'appendicite est survenue au cours des dix jours suivant la résection et

dans les autres cas, elle n'est survenue que plus d'un mois après. Une appendicectomie a été réalisée dans cinq cas et un traitement conservateur a été mis en œuvre dans deux cas.

Les données issues de notre pratique montrent également une survenue de cette complication chez au maximum 20% des patients. Etant donné qu'une appendicite peut donc survenir dans un cinquième de tous les cas, il est impératif d'informer explicitement le patient au sujet de cette complication. La chirurgie d'appendicectomie n'est pas toujours indispensable. Il convient en revanche d'initier une antibiothérapie par voie intraveineuse d'une durée d'une semaine.

Remerciements

Nous remercions le Dr Jean-Claude Ducommun, service de radiologie interventionnelle du Lindenhofspital, Berne, pour l'aimable mise à disposition des clichés radiologiques.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Valli PV, Mertens J, Bauerfeind P. Safe and successful resection of difficult GI lesions using a novel single-step full-thickness resection device (FTRD®). *Surg Endosc.* 2018;32(1):289–99.
- 2 Bronzwaer MES, Bastiaansen BAJ, Koens L, Dekker E, Fockens P. Endoscopic full-thickness resection of polyps involving the appendiceal orifice: a prospective observational case study. *Endosc Int Open.* 2018;6(9).
- 3 Kreutzer T, Walter B, Schmidt A, Meier B, Wannhoff A, Schmidbauer S, Meining A, Caca K. Untersuchung des Appendizitis-Risiko nach endoskopischer Vollwandresektion von Adenomen im Bereich der Appendix mit dem FTRD-System. *Z Gastroenterol* 2018; 56(08):e377.

L'essentiel pour la pratique

- Dans des mains expérimentées, la résection de pleine épaisseur de la paroi («full-thickness resection») constitue une méthode sûre et efficace pour l'ablation complète des polypes dans le tractus gastro-intestinal.
- Les polypes qui sont enchevêtrés en profondeur dans la paroi intestinale et les polypes avec une localisation difficile peuvent également être complètement réséqués. En règle générale, il est conseillé de toujours réaliser une biopsie au préalable.
- Une complication pouvant survenir suite à une polypectomie par résection de pleine épaisseur de la paroi dans la région de l'appendice est l'appendicite. Dès lors, le polype devant être réséqué doit être suffisamment important pour justifier le risque de cette complication. Néanmoins, une appendicectomie n'est pas toujours nécessaire.