

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019-32

**Efficacité et tolérance de la dilatation
endoscopique des sténoses coliques et
rectales de maladies inflammatoires
chroniques de l'intestin**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALISE EN HEPATOASTROENTEROLOGIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE VENDREDI 5 AVRIL 2019

PAR

Marion TILMANT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Monsieur le Docteur Sami HAKIM

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019-32

**Efficacité et tolérance de la dilatation
endoscopique des sténoses coliques et
rectales de maladies inflammatoires
chroniques de l'intestin**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALISE EN HEPATOASTROENTEROLOGIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE VENDREDI 5 AVRIL 2019

PAR

Marion TILMANT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Monsieur le Docteur Sami HAKIM

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Hépatogastroentérologue)

Chef du Service d'Hépatogastroentérologie

Pôle "Médecine chirurgicale digestive, rénale, infectieuse, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, je vous en remercie.

Votre savoir et votre rigueur sont un modèle à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude sincère.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Charles SABBAGH
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Chirurgie digestive)

Merci de participer à ce jury et de juger mon travail.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

Mathurin, un immense MERCI pour m'avoir confié ce projet.

Ta disponibilité et ton enthousiasme pendant la réalisation de ce travail m'ont été d'une aide précieuse et sont à l'image de ce que tu nous apportes quotidiennement dans le service.

Merci pour ton enseignement depuis le début de mon internat, c'est un plaisir de travailler avec toi, ta motivation et ta rigueur sont un exemple.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Sami HAKIM

Patricien hospitalier

(Gastro-entérologie)

Sami, Merci beaucoup d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'être présent aujourd'hui. Tu as toujours été disponible et j'ai beaucoup appris grâce à toi ces quatre dernières années. Ton enthousiasme à discuter de l'endoscopie est contagieux et j'espère sincèrement que notre projet initial n'est que partie remise.

A mes parents,

Merci de nous avoir procuré autant d'amour et de nous avoir toujours soutenu dans nos projets respectifs. Aujourd'hui est un moment unique (enfin si tout se passe bien !) et c'est grâce à vous. Croyez-moi je réalise le sacrifice que vous avez fait en annulant votre weekend à Cordebugle afin d'être présents aujourd'hui, j'ai une dette envers vous !

A Godefroy,

Merci pour ton amour, ton soutien et ton humour au quotidien dont je ne saurai me passer ! Et surtout merci de partager avec moi cette aventure unique d'élever un chat autiste.

A mes frères et sœurs, et à Arnaud et Louise

Celia, Yoann et Cyril, Merci pour votre présence aujourd'hui comme au quotidien, j'estime la chance qu'on a de si bien s'entendre et de toujours savoir se réunir quand il s'agit de boire des bulles. Et Sis, spéciale dédicace pour ton aide dans la réalisation de ce travail, MERCI !

Arnaud, je n'ai qu'une chose à dire : merci d'aimer le Margaux.

Louise, Merci d'animer le groupe whatsapp avec tes déguisements, si tu acceptes de ne pas m'appeler tata crotte je t'aiderai à te venger !

A mes grands-parents

Merci de nous avoir toujours si bien entourés, aimés et transmis les valeurs de la famille.

A Josette,

Merci pour tout ce que tu nous as transmis et ces merveilleux souvenirs, j'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui.

A ma belle famille

Merci pour ce bel accueil, les culs secs de bières, et m'aider à rompre le régime de grossesse d'Agnès... je profite de ces moments on n'est jamais sûr que ça dure (#parolesdunrigide) !

A mes co-internes +/- devenus chefs

Valérie, Justine, Ruxandra, Marion, Julien, Constance, Aline, Clémentine, Clara, Julie, Neila, Carole, Anouck, Clément, Xixi, Marie, Joséphine, Lucien, Oumaima, Albane, Aurélien, Marc-Antoine, Merci pour ces belles années passées ensemble et cette ambiance si importante au sein d'une équipe, je compte sur vous pour que ce soir ressemble à nos soirées DES.

A mes premiers chefs, Jean-Philippe et Henri

Merci pour votre accueil et votre encadrement, je n'aurai pas autant apprécié mes 6 premiers moins d'interne sans les pointes d'humour cynique et les CV musicales.

A mes chefs,

Franck, Mathurin, Sami, Vincent, Pierre, vous avez toujours été disponible et grâce à vous j'ai adoré mon internat, merci pour votre enthousiasme, pour cet enseignement de qualité et surtout de contribuer à ce que l'ambiance générale soit si conviviale.

A Richard Delcenserie,

J'estime la chance que j'ai eu de pouvoir débiter l'endoscopie interventionnelle à vos côtés, merci de m'avoir donné cette occasion unique et de m'avoir guidé en ce début d'apprentissage, vos connaissances sont précieuses.

A Jean-Louis Dupas, à Jean-Paul Joly

Merci pour votre disponibilité et votre enthousiasme à nous transmettre vos connaissances.

A Quentin et l'équipe de Compiègne

Merci pour ces 6 mois, travailler avec vous a été un plaisir au quotidien.

Quentin tu m'as appris et transmis ta passion de l'endoscopie (et dieu sait qu'on en a passé du temps à regarder la bouche œsophagienne), merci pour ton encadrement si précieux ! Et merci au nordiste en toi qui aime autant la bière que moi !

A l'équipe d'endoscopie du CHU d'Amiens

Bonne humeur et convivialité, c'est un vrai plaisir de travailler avec vous et je ne pourrai pas me passer de vos conseils avisés, j'attends la suite avec impatience.

A Catherine et son équipe de secrétaires,

Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse, c'est très agréable de travailler avec vous.

A l'équipe médicale et para médicale de gastro-entérologie

Merci pour ces années passées ensemble et je l'espère d'autres à venir.

A l'équipe de Marseille et mes co-internes

J'ai adoré ces 6 mois passés dans le sud, merci pour votre accueil et l'ambiance.

A ma meilleure amie, Julie

On se connaît depuis toujours et on a tout vécu ensemble, Merci d'être toujours présente pour moi, Merci pour ton amitié sans faille.

A Sarah, Louise, Margaux

On a récemment refait le tour des souvenirs avec Louise à Marseille, avec vous on ne s'ennuie jamais, merci pour ces merveilleux moments les filles, on se voit bientôt !

Aux copains de Lille éparpillés en France

Camille, Chloé, Charvette, Lise, Nenette, Alix, Paquita, Amandine, Lindsay, Barthélemy, Nicolas, Justin, Luc, Maxime, Antonin, Kevin, Thibaut, Simon, Merci pour votre présence aujourd'hui à l'image de ces 10 dernières années et de tous ces moments passés avec vous.

Aux copains de la débauche amiénoise

Aurélié, Khaoula, Leslie, Jessica, Estelle, Alex, Alex, Benji, Guillaume, Yohan, Barnabé, Ryan, Fichon, Merci pour ces bons moments depuis J1 en Picardie, Merci de m'avoir ouvert les yeux sur l'intérêt de l'extincteur, merci pour le baptême de ma 206 et merci d'étayer mes connaissances pharmaceutiques au quotidien (AVK en préventif au top !).

A Ninon, Elsa et Lisa

Merci de m'avoir accueilli chez vous comme à la maison, la colloc a rendu ces 6 mois à Marseille inoubliable. Merci Elsa pour avoir partagé notre passion commune Barilla, merci Lisa pour avoir élargi ma culture cinématographique (miss FBI) et Merci Ninon pour m'avoir initié à l'alphabet phonétique international (permis bateau).

Aux copains Amiénois

Mathilde, Anne-Sophie, Caroline, Mathilde, Chloé, Simon, Clément, Quentin, Antoine, Arnaud, Merci pour ces bons moments passés ensemble et les prochains à venir.

Aux CHU de Amiens (Dr Vanelslander), Lille (Dr Parent), Rouen (Dr Savoye et Dr Basile), Montpellier (Dr Altwegg), Nice (Dr Filippi), Rennes (Dr Bouguen), Bordeaux (Dr poullenot), Marseille (Dr Serrero), Clermont-Ferrand (Dr Buisson)

Merci de votre aide pour ce travail de thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

CCR : cancer colorectal

ECCO : European Crohn's and Colitis organization

IC95% : Intervalle de confiance à 95 %

IQR : Interquartile range

IS : Immunosuppresseur

MC : Maladie de Crohn

MICI : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Mm : Millimètres

OR : Odds ratio

Q1 : Premier quartile

Q3 : Troisième quartile

RCH : Rectocolite hémorragique

SFED : Société française d'endoscopie digestive

Table des matières

1.Introduction	22
2.Matériel et Méthodes.....	24
2.1 Population d'étude	24
2.2 Recueil de données	24
2.3 Critères d'évaluation et définitions	25
2.4 Analyse statistique.....	26
3.Résultats	27
3.1 Population	27
3.2 Caractéristiques des sténoses au diagnostic.....	28
3.3 Dilatation endoscopique	29
3.4 Efficacité immédiate	30
3.5 Efficacité à long terme	31
3.6 Tolérance	33
4.Discussion	34
5.Bibliographie	37
6.Annexes	40
7.Résumé de la thèse	41
8.Abstract	42

1. INTRODUCTION

La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) évoluant par poussée et pouvant toucher l'ensemble du tube digestif. L'inflammation chronique est responsable d'une destruction pariétale avec l'apparition de fistules ou de sténoses(1). Les sténoses colo-rectales peuvent s'observer dans la MC et la RCH. Une littérature ancienne rapporte une prévalence de ces sténoses de 1.5% à 11%(2,3) dans la RCH et de 10 à 14% dans la MC(4).

L'histoire naturelle de ces sténoses est peu connue et leur prise en charge mal codifiée. La majorité des patients (70%) avec une sténose colique sont symptomatiques et présentent des signes obstructifs. Mais la principale crainte devant ce type de lésion est la présence d'une dysplasie ou d'un cancer colorectal, qui peuvent être présents, même en cas de biopsies endoscopiques négatives, dans 3.5% des cas(5). Aussi, ces sténoses ne laissant pas passer un endoscope, empêchent l'exploration endoscopique du colon d'amont, et donc la surveillance de l'activité de la MICI et le dépistage de la dysplasie et du cancer colorectal.

La résection chirurgicale est aujourd'hui le traitement de référence des sténoses coliques en cas de MICI. Cependant les résections coliques partielles au cours de la MC sont associées à un risque non négligeable de complications post opératoires (6). Dans la RCH, ces sténoses justifient une résection étendue avec coloproctectomie totale et anastomose iléo-anale.

Les dilatations endoscopiques peuvent être utilisées comme alternative thérapeutique. Dans un objectif d'épargne intestinale la dilatation est devenue le traitement de référence des sténoses notamment iléales, qu'elles soient natives ou anastomotiques. De nombreuses études ont évalué l'efficacité et la tolérance de ces dilatations sur les sténoses de l'intestin grêle. (7). Une revue systématique de la littérature récente rapportait une efficacité technique de 90%, une efficacité clinique de 80% et un taux de complication (perforation, hémorragie) de 3%. Ces dilatations doivent être répétées chez près de deux tiers d'entre eux mais la moitié évite une résection grêlique (8).

La longueur de la sténose (< 4 cm) est le principal facteur influençant l'efficacité de la dilatation. Le consensus européen ECCO propose la réalisation d'une dilatation endoscopique en cas de sténose courte (< 4 cm), plutôt anastomotique, accessible à l'iléo-coloscopie sans fistule, abcès ou complications néoplasiques (9). La société française d'endoscopie (SFED) ne recommande la réalisation d'une dilatation qu'en cas de sténose symptomatique bénigne, anastomotique ou non(10). Le récent consensus commun ECCO-Société européenne de colo-proctologie (ESCP) propose, en cas de sténose colique au cours

de la MC, soit une résection segmentaire soit une dilatation endoscopique(11). Cependant, alors qu'une riche littérature est disponible pour les sténoses grêliques, aucune étude n'a spécifiquement évalué l'efficacité et la tolérance des dilatations endoscopiques des sténoses coliques au cours des MICI.

L'objectif de notre étude était donc d'évaluer l'efficacité et la tolérance des dilatations endoscopiques des sténoses recto-coliques natives ou anastomotiques compliquant une MC ou une RCH et d'identifier des facteurs prédictifs d'efficacité à long terme.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Population d'étude

Tous les patients atteints de MICI ayant bénéficié d'au moins une dilatation endoscopique d'une sténose colique ou rectale, native ou anastomotique, entre 1999 et 2018 aux CHU de Amiens, Marseille, Bordeaux, Lille, Rouen, Montpellier, Clermont-Ferrand, Nice ou Rennes ont été identifiés, inclus consécutivement et analysés rétrospectivement. Seuls les centres ayant une base de données pouvant identifier de façon exhaustive et consécutive ces patients pouvaient participer à cette étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients adultes (> 18 ans) suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MC, RCH ou colite indéterminée), dilatation endoscopique d'une sténose rectale ou colique, native ou anastomotique.

2.2 Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé de façon rétrospective et standardisée.

Les variables suivantes étaient recueillies :

Les caractéristiques démographiques tel que le sexe, la date de naissance et l'âge au diagnostic et au moment de la dilatation.

Les variables liées à la maladie inflammatoire étaient le type (MC, RCH, colite indéterminée), la date du diagnostic, la classification de Montréal (12), les traitements antérieurs à la dilatation, les antécédents de résection intestinale.

Les variables concernant la sténose étaient la localisation, le nombre, le type (native ou anastomotique), la longueur (courte si <5cm), la présence ou non d'ulcérations, la réalisation de biopsies à la recherche de dysplasie et les résultats anatomopathologiques si celles-ci étaient réalisées, le caractère franchissable par le coloscope de la sténose, la présence de signes radiologiques dans les 3 mois précédant la dilatation d'une sténose avec dilatation d'amont et enfin la présence de symptômes obstructifs et la nécessité d'une hospitalisation.

Les données concernant les dilatations endoscopiques comprenaient le nombre de gestes réalisés, le délai entre le diagnostic de la sténose et la 1^{ère} dilatation, le traitement au moment de la dilatation, le diamètre du ballon utilisé, le caractère franchissable ou non de la sténose après le geste, l'efficacité clinique, les complications associées et les modifications du traitement médicamenteux (poursuite du traitement, optimisation du traitement).

Les patients étaient suivis jusqu'à la date de dernière nouvelle. Au cours du suivi étaient collectées les données suivantes : la réalisation d'une résection colique pour sténose colique, le type et la date de chirurgie, une nouvelle hospitalisation pour symptômes obstructifs, le diagnostic d'un cancer colorectal, la date et le résultat de la dernière endoscopie et notamment la présence ou non d'une sténose ainsi que de son caractère franchissable et symptomatique.

2.3 Critères d'évaluation et définitions

L'objectif principal était le taux d'échec de dilatation endoscopique, défini par la nécessité de réaliser une chirurgie de résection colique au cours du suivi.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier :

- l'efficacité technique, évaluée de manière immédiate et définie par le franchissement de la sténose par l'endoscope après la dilatation
- l'efficacité clinique définie par une amélioration et/ou résolution des symptômes obstructifs.
- le taux de complications (complications sévères liées à la procédure nécessitant une hospitalisation, transfusion, intervention endoscopique ou chirurgicale en urgence)
- la survenue d'un cancer au cours du suivi.

Une sténose était définie par la présence d'un rétrécissement de la lumière intestinale découvert à l'occasion d'une iléo-coloscopie ou d'une imagerie en coupes. Une sténose était considérée courte quand sa longueur était inférieure ou égale à 5cm.

2.4 Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été calculées sous forme de médianes avec interquartiles (IQR, Q1 – Q3). Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages. La distribution du délai jusqu'à la chirurgie depuis la 1^{ère} dilatation est estimée avec la méthode non paramétrique de Kaplan Meier. Les facteurs de risque liés à la chirurgie et à l'efficacité de la dilatation ont été évalués à l'aide d'un modèle univarié de régression logistique en calculant l'odds ratio et un intervalle de confiance à 95%. Ensuite, les variables dont la valeur $p < 10\%$ ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivariée avec méthode de sélection descendant au seuil alpha de 5%. L'analyse a été réalisée avec le logiciel SAS® version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC). Les courbes de survies sont construites avec le logiciel R 3.2.%.

3. RESULTATS

3.1 Population

Cinquante-sept patients ayant bénéficié de 161 dilatations endoscopiques de 60 sténoses colorectales ont été inclus. Les caractéristiques de notre population sont détaillées dans le **Tableau 1**. Vingt-cinq patients (43,9%) étaient des femmes et l'âge médian était de 36 ans [IQR, 31-48] . La totalité des patients était atteint de MC et 52,6% des patients avait une atteinte iléo-colique (N=30). Vingt-deux (38,6%) patients avaient bénéficié d'une résection digestive antérieure à la dilatation dont 41% était une résection colique partielle. Au diagnostic de la sténose, trente patients (52,6%) avaient des signes biologiques d'inflammation (CRP ou calprotectine) et quarante-quatre (77,2%) présentaient des signes d'activités endoscopiques (ulcérations).

	n=57
Sexe féminin (n, %)	25 (43,9 %)
Age médian à la 1^{ère} dilatation (médiane, IQR)	36 ans[31-48]
Type de maladie (MC, RCH, colite indéterminée)	57 : 0 : 0
Localisation (L1 : L2 : L3)	1 : 26 : 30
Phénotype (B1 : B2 : B3)	0 : 27 : 29
L4 (n, %)	4 (7 %)
Localisation ano-périnéale (n, %)	23 (40,3%)
Signes d'activité endoscopique au diagnostic de la sténose	44 (77,2%)
Signes d'activité biologique au diagnostic de la sténose	30 (52,6%)
Nombre total de sténoses (1 : 2 : 3)	44 : 10 : 3
Résections antérieures (n, %)	22 (38,6%)
- Résection iléo-caecale (n)	13
- Résection grêlique partielle (n)	4
- Résection colique partielle (n)	9
Traitements antérieurs	
- Amino-salicylés (n, %)	39 (68,4%)
- Azathioprine (n, %)	42(73,7%)
- Methotrexate (n,%)	12 (21%)
- Infliximab (n, %)	35 (61,4%)
- Adalimumab (n,%)	22 (38,6%)
- Vedolizumab (n, %)	4 (7 %)
- Ustekinumab (n, %)	3 (5,3 %)
Durée d'évolution de la MICI au diagnostic de la sténose (médiane, IQR)	13 ans [5-20]

Tableau 1. Caractéristiques de la population. MC, maladie de Crohn ; RCH, rectocolite hémorragique ; IQR, interquartile range.

3.2 Caractéristiques des sténoses au diagnostic

Les caractéristiques sont détaillées dans le **Tableau 2**. Treize (22,8%) patients présentaient plus d'une sténose au diagnostic. Cinquante-deux (86,7%) sténoses étaient natives. La localisation la plus fréquente était colique gauche (n=16/60, 26,7%). Au total quarante-deux patients (73,7%) étaient symptomatiques et vingt-huit (49,1%) présentaient des symptômes obstructifs. Concernant les 42 patients symptomatiques 9 (21,4%) ont dû bénéficier d'une hospitalisation.

Au moins trente-neuf sténoses (65%) étaient courtes (<5cm) et trente-cinq (58,3%) étaient ulcérées lors de l'endoscopie initiale. Seules 3 sténoses sur 60 (5%) étaient franchissables avant dilatation. Des biopsies ont été réalisées sur trente-sept (61,7%) des sténoses. Une seule (2,7%) de ces sténoses était maligne avec un diagnostic de lymphome, aucune biopsie n'a révélé la présence de dysplasie.

Type de sténose (n,%)		
	- Native	52 (86,7%)
	- Anastomotique	8 (13,3%)
Localisation de la sténose (n,%)		
	- Colon droit	5 (8,3%)
	- Colon transverse	13 (21,7%)
	- Colon gauche	16 (26,7%)
	- Sigmoidé	13 (21,7%)
	- Rectum	13 (21,7%)
Sténose ulcérée (n,%)		35 (58,3%)
Longueur de la sténose (n,%)		
	- Courte (< ou = 5cm)	39 (65%)
	- Longue (>5cm)	6 (10%)
Biopsies de la sténose (n,%)		37 (61,7%)
Diagnostic radiologique associé avant dilatation		21 (35%)
Patients symptomatiques (n,%)		42 (73,7%)
Patients présentant des symptômes obstructifs (n,%)		28 (49,1%)
Sténose infranchissable avant dilatation (n,%)		57(95%)

Tableau 2. Caractéristiques des sténoses

3.3 Dilatation endoscopique

La durée médiane entre le diagnostic de la maladie et la première dilatation était de 15 ans [IQR, 9-20]. Un nombre médian de 2[IQR,1-3] dilatations était réalisé par patient. La taille médiane du ballon le plus fin et le plus large utilisé était respectivement 15mm [IQR, 12-15] et 18 mm[IQR, 16-18]. Une modification du traitement médicamenteux de la MICI était réalisée dans 22,4% des cas après la dilatation (n=36/161). Les données sont détaillées dans le **tableau 3**.

Nombre médian de dilatation par patient (n,IQR)	2 [1-3]
Taille médiane du ballon le plus petit utilisé (n,IQR).	15 mm[12-15].
Taille médiane du ballon le plus large utilisé (n,IQR)	18 mm[16-18].
Traitement à la 1^{ère} dilatation	
Amino-salicylés (n, %)	6 (10,5%)
- Azathioprine (n, %)	16 (28%)
- Methotrexate (n,%)	3 (5,3%)
- Infliximab (n, %)	16 (28%)
- Adalimumab (n,%)	16 (28%)
- Vedolizumab (n, %)	2 (3,5%)
- Ustekinumab (n, %)	2 (3,5%)
-Autres (n,%)	8 (14%)
Modification thérapeutique (optimisation, changement) après la dilatation (n,%)	36 (22,4%)
- Initiation immunosuppresseur	3 (8,3%)
- Initiation anti TNF	5 (13,9%)
- Initiation immunosuppresseur et anti TNF	1 (2,8%)
- Optimisation anti TNF	11 (30,5%)
- Switch d'anti TNF	3 (8,3%)
- Poursuite immunosuppresseur + ajout anti TNF	2 (5,5%)
- Initiation Vedolizumab	2 (5,5%)
- Autres	9 (25%)
Efficacité technique immédiate	123 (76,4%)
Efficacité clinique	88 (54,6%)
Chirurgie de résection colique pour sténose (n, %)	24 (42,1%)
Hospitalisation pendant le suivi (n, %)	3 (5,3%)
Complications (n, %)	1 (0,6%)
Résultat au terme du suivi	
- Chirurgie	24 (42,1%)
- Sténose infranchissable symptomatique	9 (15,8%)
- Sténose infranchissable asymptomatique	11 (19,3%)
- Sténose franchissable	8 (14%)
- Absence de sténose	5 (8,8%)

Tableau 3. Caractéristiques de la dilatation et résultats. IQR, interquartile range

3.4 Efficacité immédiate

L'efficacité technique a été observée pour 123 des 161 dilatations réalisées (76,4%). L'efficacité clinique était observée dans 54,6% des cas (n= 88/161). En analyse univariée, aucune variable n'a été identifiée comme associée au succès technique (**table supplémentaire 1**).

Le **tableau 4** témoigne de la répartition de l'indication chirurgicale selon les centres, 37,5% des patients opérés sont issus du centre de Marseille. Aucune association ne peut être mise en évidence en raison d'un effectif faible voire nul dans certains centres.

Centre	Pas de chirurgie	Chirurgie	Total
Amiens	12 (33,3%)	3 (12,5%)	15
Amiens 2	2 (5,6%)	0 (0%)	2
Bordeaux	10 (27,8%)	0 (0%)	10
Clermont-Ferrand	1 (2,8%)	0 (0%)	1
Lille	1 (2,8%)	3 (12,5%)	4
Marseille	2 (5,6%)	9 (37,5%)	11
Nice	0 (0%)	2 (8,3%)	2
Rennes	4 (11,1%)	6 (25%)	10
Rouen	2 (5,6%)	0 (0%)	2
Montpellier	2 (5,6%)	1 (4,2%)	3
Total	36	24	60

Tableau 4 : Répartition de l'indication chirurgicale selon les centres

3.5 Suivi et efficacité à long terme

Après un suivi médian de 4,3 ans [IQR, 2- 8,4] après la première dilatation, 24 patients (42,1%) ont bénéficié d'une résection colique pour la sténose. La durée médiane entre le diagnostic de la sténose et la chirurgie était de 2,2 ans [IQR, 0,7-4,9] . Le délai jusqu'à la chirurgie depuis la 1^{ère} dilatation a été estimé avec la méthode non paramétrique de Kaplan Meier (**Figure 1**).

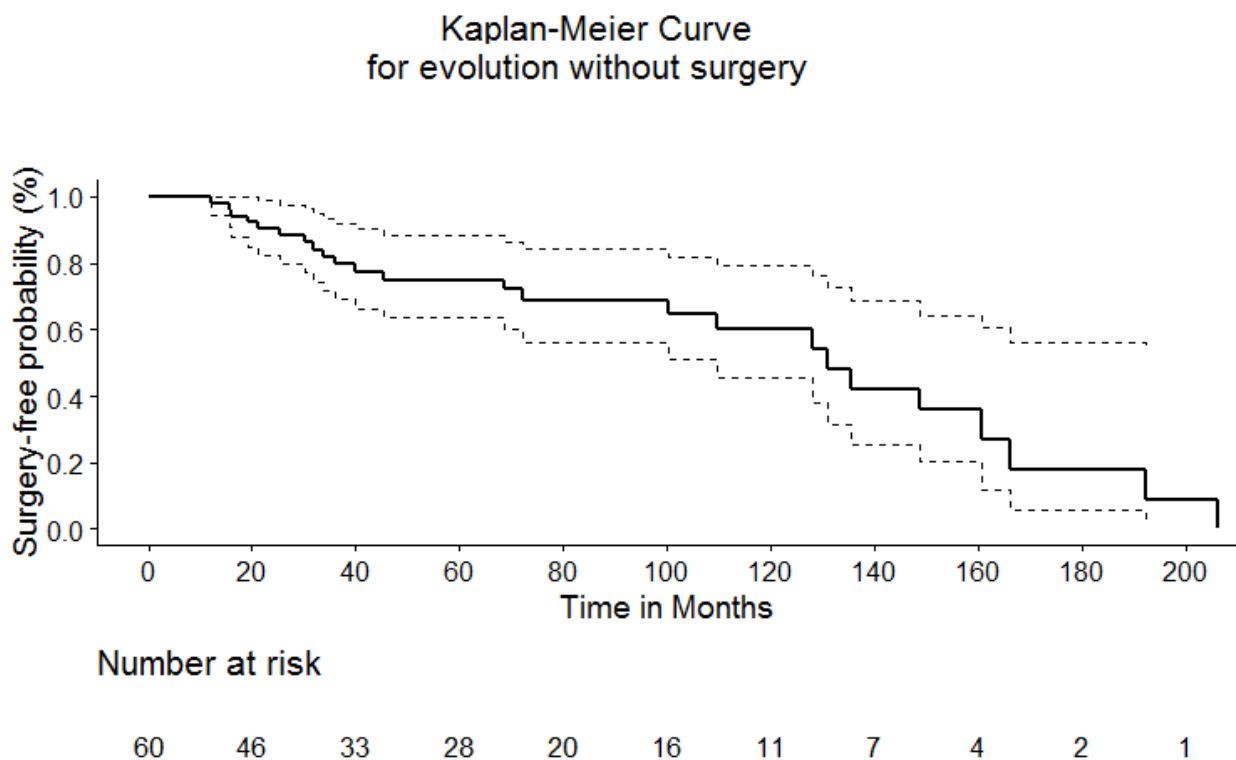


Figure 1 : courbe de survie sans chirurgie

En analyse univariée, au risque de 5%, aucune variable n'a été identifiée comme associée à la chirurgie (**Tableau 5**).

Facteurs étudiés	OR [IC95%]	p value
Age	1.01 [0.97; 1.06]	p=0.5003
Présence de symptômes	1.67 [0.5; 5.63]	p=0.4066
Durée d'évolution de la maladie depuis le diagnostic	0.999 [0.995; 1.002]	(p=0.4319)
Longueur de la sténose	4 [0.69; 23.29]	(p=0.1232)
Maladie active endoscopiquement (ulcérations)	2.22 [0.53; 9.28]	(p=0.2734)
Nombre de sténoses	0.65 [0.22; 1.9]	(p=0.4312)
Sténoses ulcérées	0.57 [0.2; 1.62]	(p=0.2869)
Localisation de la sténose	1.35 [0.88; 2.08]	(p=0.1688)
Type de sténose	1.13 [0.24; 5.24]	(p=0.8768)
Utilisation d'un ballon plus large	1.17 [0.95; 1.44]	(p=0.1494)
Nombre de dilatation	0.88 [0.7; 1.12]	(p=0.3055)
Optimisation ou changement thérapeutique	1 [0.33; 2.99]	(p=1)

Tableau 5 : Facteurs associés au risque de chirurgie

Au terme du suivi, neuf patients (15,8%) avaient une sténose infranchissable et symptomatique ; onze patients (19,3%) avaient une sténose infranchissable asymptomatique ; huit patients (14%) avaient une sténose franchissable et cinq patients (8,8%) n'avaient plus de sténose sans chirurgie.

Au cours du suivi, il a été retrouvé de la dysplasie ou un cancer colo rectal chez 1 des 57 patients (1,7%). Ce diagnostic a été réalisé sur la pièce opératoire. Trois patients (5,3%) ont dû bénéficier d'une hospitalisation au cours du suivi pour la prise en charge de symptômes obstructifs liés à la sténose.

3.6 Tolérance

Sur les 161 dilatations réalisées, une complication à type de perforation est survenue soit un taux de complications de 0,6% par procédure. Ce patient a été pris en charge chirurgicalement avec la réalisation d'une colectomie partielle. Aucune autre complication lors du suivi n'a été rapportée.

4. DISCUSSION

L'apparition de sténoses colorectales au cours de l'évolution des MICI est fréquente et pose le problème de la prise en charge thérapeutique et notamment de la place de la dilatation endoscopique. La littérature actuelle portant uniquement sur des sténoses iléales ou des analyses poolées mêlant des sténoses grêliques et coliques, de nouvelles études étaient nécessaires afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la dilatation endoscopique pour les sténoses colo-rectales. Identifier des facteurs associés au succès de cette technique est également nécessaire afin de mieux sélectionner les patients éligibles. Dans cette étude rétrospective multicentrique ayant inclus 57 patients, nous avons mis en évidence que la dilatation endoscopique des sténoses coliques de MC est une technique efficace et bien tolérée. Après un suivi médian de 52 mois, seule la moitié des patients ont dû être opéré pour la sténose colique et 23% des patients présentait une sténose asymptomatique et franchissable en endoscopie.

Une méta-analyse (13) ayant inclus 24 études et 1163 patients atteints d'une MC et ayant bénéficié de dilatation de sténoses essentiellement iléales ou iléocoliques rapportait un taux de recours à la chirurgie de 27%, plus important pour les sténoses natives qu'anastomotiques (29% vs 18%). Cette différence peut être expliquée par un taux de succès technique qui semble plus faible dans les sténoses coliques, de 76% dans notre étude contre 83-100% dans la littérature (7,8,13–27). Elle peut être aussi liée à une plus faible proportion de sténose anastomotique dans notre étude et surtout à la crainte importante de cancer colorectal sous-jacent. En effet, l'inquiétude principale devant une sténose colique au cours des MICI est la présence d'une dysplasie de haut grade ou d'un cancer colorectal. Il est rapporté que même en cas de biopsies endoscopiques négatives, une dysplasie de haut grade ou un cancer colorectal sont observés chez 1.2% des patients atteints de MC et 7% des patients atteints de RCH. Le caractère infranchissable de la sténose, l'impossibilité d'explorer correctement celle-ci et de dépister la dysplasie ou le CCR sur le colon d'amont sont des facteurs qui peuvent influencer les cliniciens vers la chirurgie. Tous ces éléments font qu'il est finalement difficile de comparer notre taux de chirurgie avec les sténoses iléales. La crainte plus élevée d'un CCR en cas de sténoses coliques au cours d'une RCH explique probablement l'absence de patients atteints de RCH dans notre étude, ces patients bénéficiant en première intention d'une résection colique.

La complication principale de la dilatation endoscopique est le risque de survenue d'une perforation ou d'une hémorragie digestive. Dans la littérature le taux de complications liées à la procédure varie entre 0 et 4% (16–18,20,21,23–26,28,29). Les différentes méta-analyses retrouvaient un taux de complications entre 2 et 4% (7,8,13,14). La seule étude ayant rapporté un taux plus élevé a été réalisée par Singh et *al* avec 10,3% de perforations, survenues exclusivement sur des sténoses coliques (15). Dans notre cohorte une seule complication majeure est rapportée (0,6%). Ce résultat concorde avec les données rapportées dans la littérature pour les sténoses iléales et rassure quant à la réalisation du geste au niveau du colon.

Aucun facteur associé pour la chirurgie et l'efficacité technique n'a été mis en évidence. Ding et *al* ont récemment montré que le seul facteur associé à la diminution du besoin de nouvelles dilatations était l'optimisation thérapeutique par l'utilisation d'une combothérapie associant un anti TNF et un immunosuppresseur (22). Concernant les facteurs associés à la chirurgie, les données de la littérature sont conflictuelles. Le seul facteur qui a été mis en évidence de façon récurrente dans de nombreuses études (7,13,16,17,22,30) est la longueur de la sténose avec un seuil à 4 ou 5 cm selon les études. Une récente méta-analyse incluant 98% de sténoses iléales confirmait que la dilatation réalisée sur des sténoses <5cm nécessitait moins de chirurgie (8) et que chaque augmentation de 1cm était associée à une augmentation du risque de chirurgie de 8%. Stienecker et *al* suggéraient que les sténoses >5cm devraient être traitées chirurgicalement(16). Dans notre cohorte la longueur de la sténose n'était pas associée au risque de chirurgie ou à l'efficacité technique immédiate, cela peut être expliqué par notre faible effectif et un défaut de recueil systématique de cette variable dans les comptes rendus. Nous n'avons pas montré de différence en ce qui concerne le type de sténose ou encore le diamètre optimal du ballon de dilatation qui sont deux facteurs souvent associés à l'efficacité immédiate et à long terme dans les données de la littérature. Bettenworth et *al* (8) ont mis en évidence que le succès technique immédiat était meilleur pour les ballons de diamètres plus élevés et pour les sténoses de novo sans impact sur le succès à long terme. Le diamètre optimal du ballon de dilatation nécessaire afin d'obtenir le maximum de succès technique, clinique et à long terme, reste incertain ; néanmoins une approche avec augmentation progressive du ballon de dilatation est recommandée afin de minimiser le risque de complications.

Très peu d'études relatent de la réalisation de biopsies avant dilatation, Atreja et al décrivent la réalisation d'une histologie pour 58% des sténoses (20). Dans notre cohorte seules 61,7% des sténoses ont été biopsiées. Les biopsies doivent être systématiques dans cette situation. Mais il faut savoir que des biopsies négatives n'éliminent pas la présence d'une dysplasie ou d'un cancer, notre étude le confirme puisqu'un patient s'est vu découvrir un cancer colorectal sur la pièce opératoire malgré des biopsies négatives au diagnostic de la sténose.

Nous sommes conscients que notre étude comporte quelques limites. En raison du recueil rétrospectif, certaines variables n'ont pas pu être recueillies. Le caractère multicentrique est associé à un biais de mesure, néanmoins ce biais est limité car un seul investigateur a recueilli les données pour 6 des 9 centres. Enfin l'absence de standardisation dans la réalisation de la dilatation peut influencer nos résultats. Notre étude a aussi quelques forces, elle a inclus de façon consécutive des patients provenant de 9 centres français. Le caractère multicentrique a permis la construction de la plus large cohorte de dilatation de sténose colique rapportée à ce jour. Enfin le délai médian de suivi de 52 mois nous a permis d'évaluer l'efficacité à long terme de ces dilatations.

En conclusion la dilatation endoscopique des sténoses colorectales de MC est bien tolérée, efficace et permet d'éviter à plus d'un patient sur 2 la chirurgie. Près d'un quart des patients présentait une sténose franchissable et asymptomatique au terme du suivi. Ces résultats devront être confirmés par une étude prospective mais la dilatation endoscopique semble avoir sa place dans les algorithmes de prise en charge des sténoses coliques compliquant la MC.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Pariente B, Mary J-Y, Danese S, Chowers Y, De Cruz P, D'Haens G, et al. Development of the Lémann index to assess digestive tract damage in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2015;148:52-63.e3.
2. Lashner BA, Turner BC, Bostwick DG, Frank PH, Hanauer SB. Dysplasia and cancer complicating strictures in ulcerative colitis. *Dig Dis Sci*. 1990;35:349-52.
3. Gumaste V, Sachar DB, Greenstein AJ. Benign and malignant colorectal strictures in ulcerative colitis. *Gut*. 1992;33:938-41.
4. Yamazaki Y, Ribeiro MB, Sachar DB, Aufses AH, Greenstein AJ. Malignant colorectal strictures in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1991;86:882-5.
5. Fumery M, Pineton de Chambrun G, Stefanescu C, Buisson A, Bressenot A, Beaugier L, et al. Detection of Dysplasia or Cancer in 3.5% of Patients With Inflammatory Bowel Disease and Colonic Strictures. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2015;13:1770-5.
6. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohn's disease. *Ann Surg*. 2000;231:38-45.
7. Hassan C, Zullo A, De Francesco V, Ierardi E, Giustini M, Pitidis A, et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26:1457-64.
8. Bettenworth D, Gustavsson A, Atreja A, Lopez R, Tysk C, van Assche G, et al. A Pooled Analysis of Efficacy, Safety, and Long-term Outcome of Endoscopic Balloon Dilation Therapy for Patients with Stricture Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23:133-42.
9. Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013;7:982-1018.
10. Peyrin-Biroulet L, Bonnaud G, Bourreille A, Chevaux J-B, Faure P, Filippi J, et al. Endoscopy in inflammatory bowel disease: recommendations from the IBD Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED). *Endoscopy*. 2013;45:936-43.
11. Bemelman WA, Warusavitarne J, Sampietro GM, Serclova Z, Zmora O, Luglio G, et al. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease. *J Crohns Colitis*. 2018;12:1-16.
12. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al. 3rd

European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*. 2017;11:3-25.

13. Navaneethan U, Lourdasamy V, Njei B, Shen B. Endoscopic balloon dilation in the management of strictures in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of non-randomized trials. *Surg Endosc*. 2016;30:5434-43.

14. Morar PS, Faiz O, Warusavitarne J, Brown S, Cohen R, Hind D, et al. Systematic review with meta-analysis: endoscopic balloon dilatation for Crohn's disease strictures. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;42:1137-48.

15. Singh VV, Draganov P, Valentine J. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilation of symptomatic upper and lower gastrointestinal Crohn's disease strictures. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:284-90.

16. Stienecker K, Gleichmann D, Neumayer U, Glaser HJ, Tonus C. Long-term results of endoscopic balloon dilatation of lower gastrointestinal tract strictures in Crohn's disease: a prospective study. *World J Gastroenterol*. 2009;15:2623-7.

17. Mueller T, Rieder B, Bechtner G, Pfeiffer A. The response of Crohn's strictures to endoscopic balloon dilation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31:634-9.

18. Thienpont C, D'Hoore A, Vermeire S, Demedts I, Bisschops R, Coremans G, et al. Long-term outcome of endoscopic dilatation in patients with Crohn's disease is not affected by disease activity or medical therapy. *Gut*. 2010;59:320-4.

19. Bhalme M, Sarkar S, Lal S, Bodger K, Baker R, Willert RP. Endoscopic balloon dilatation of Crohn's disease strictures: results from a large United kingdom series. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20:265-70.

20. Atreja A, Aggarwal A, Dwivedi S, Rieder F, Lopez R, Lashner BA, et al. Safety and efficacy of endoscopic dilation for primary and anastomotic Crohn's disease strictures. *J Crohns Colitis*. 2014;8:392-400.

21. Rueda Guzmán A, Wehkamp J, Kirschniak A, Naumann A, Malek NP, Goetz M. Endoscopic balloon dilatation of Crohn's-associated intestinal strictures: High patient satisfaction and long-term efficacy. *United Eur Gastroenterol J*. 2016;4:794-9.

22. Ding NS, Yip WM, Choi CH, Saunders B, Thomas-Gibson S, Arebi N, et al. Endoscopic Dilatation of Crohn's Anastomotic Strictures is Effective in the Long Term, and Escalation of Medical Therapy Improves Outcomes in the Biologic Era. *J Crohns Colitis*. 2016;10:1172-8.

23. Kanamori A, Sugaya T, Tominaga K, Takahashi F, Takenaka K, Hoshino A, et al. Endoscopic balloon dilation for stenotic lesions in Crohn's disease. *Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol*. 2017;28:117-24.
24. Shivashankar R, Edakkanambeth Varayil J, Scott Harmsen W, Faubion WA, Wong Kee Song LM, Bruining DH, et al. Outcomes of Endoscopic Therapy for Luminal Strictures in Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24:1575-81.
25. Taida T, Nakagawa T, Ohta Y, Hamanaka S, Okimoto K, Saito K, et al. Long-Term Outcome of Endoscopic Balloon Dilatation for Strictures in Patients with Crohn's Disease. *Digestion*. 2018;98:26-32.
26. de'Angelis N, Carra MC, Borrelli O, Bizzarri B, Vincenzi F, Fornaroli F, et al. Short- and long-term efficacy of endoscopic balloon dilation in Crohn's disease strictures. *World J Gastroenterol*. 2013;19:2660-7.
27. Lopes S, Rodrigues-Pinto E, Andrade P, Afonso J, Baron TH, Magro F, et al. Endoscopic balloon dilation of Crohn's disease strictures-safety, efficacy and clinical impact. *World J Gastroenterol*. 2017;23:7397-406.
28. Hagel AF, Hahn A, Dauth W, Matzel K, Konturek PC, Neurath MF, et al. Outcome and complications of endoscopic balloon dilatations in various types of ileocaecal and colonic stenosis in patients with Crohn's disease. *Surg Endosc*. 2014;28:2966-72.
29. Reutemann BA, Turkeltaub JA, Al-Hawary M, Waljee AK, Higgins PDR, Stidham RW. Endoscopic Balloon Dilation Size and Avoidance of Surgery in Stricturing Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23:1803-9.
30. Couckuyt H, Gevers AM, Coremans G, Hiele M, Rutgeerts P. Efficacy and safety of hydrostatic balloon dilatation of ileocolonic Crohn's strictures: a prospective longterm analysis. *Gut*. 1995;36:577-80.

6. ANNEXES

Facteurs étudiés	OR [IC95%]	p value
Age	1,01 [0,96; 1,06]	p=0.63
Présence de symptômes	0,79 [0,19; 3,31]	p=0.7413
Durée d'évolution de la maladie depuis le diagnostic	1,003 [0.998; 1,01]	p=0,2589
Durée d'évolution depuis la 1 ^{ère} dilatation	1,01 [1; 1,03]	p=0.1047
Longueur de la sténose	0,75 [0,12; 4,54]	p=0,7542
Nombre de sténoses	1,01 [0,32; 3,25]	p=0.9843
Sténoses ulcérées	0,34 [0,08; 1,4]	p=0.1352
Localisation de la sténose	0,97 [0,59; 1,58]	p=0.8936
Type de sténose	1,24 [0,22; 7,03]	p=0.8061
Utilisation d'un ballon plus large	1,17 [0,93; 1,48]	p=0.1836
Nombre de dilatation	1,03 [0,83; 1,28]	p=0.803
Optimisation ou changement thérapeutique	5.70 [0,92; 35.54]	p=0,0623
Maladie active endoscopiquement (ulcérations)	0,66 [0,12; 3,45]	P= 0,6174

Table 1 : Facteurs associés à l'efficacité technique

7. RESUME DE LA THESE

Efficacité et tolérance de la dilatation endoscopique des sténoses coliques et rectales de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Introduction : L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance des dilatations endoscopiques des sténoses recto-coliques natives ou anastomotiques compliquant une MICI.

Matériel et méthodes : Tous les patients atteints de MICI ayant bénéficié d'une dilatation endoscopique d'une sténose colorectale entre 1999 et 2018 dans 9 centres universitaires français ont été inclus consécutivement. L'échec de la dilatation endoscopique était défini par la nécessité de réaliser une résection colique au cours du suivi.

Résultats : Ont été inclus 57 patients chez lesquels 161 dilatations ont été réalisées pour 60 sténoses différentes (nombre médian d'une dilatation par sténose [IQR 1-3]). 44% des patients (n=25/57) étaient des femmes et tous étaient atteints de MC. 74% des patients (n=42/57) étaient symptomatiques. 87% (n=52/60) des sténoses étaient natives et 65% (n=39/60) courtes. La localisation la plus fréquente était colique gauche (27%, n=16/60). Des biopsies ont été réalisées pour 62% (n=37/60) des sténoses. Une modification thérapeutique était réalisée dans 22% (n=36/161) des cas après la dilatation. L'efficacité technique a été observée pour 76% (n=123/161) des dilatations réalisées et une seule complication majeure est survenue (0,6% par procédure). Après un suivi médian de 4,3 ans [IQR, 2- 8,4] 24 patients (42%) ont bénéficié d'une chirurgie de résection colique et 13 (23%) présentaient une sténose franchissable non symptomatique. Un lymphome colique et un cancer colorectal étaient diagnostiqués (3,5% des patients). Aucune variable n'a été associée au succès technique ou clinique.

Conclusion : La dilatation endoscopique des sténoses colorectales de MC est bien tolérée, efficace à long terme et permet d'éviter à plus d'un patient sur 2 la chirurgie

Mots clés : Maladie inflammatoire chronique intestinale, sténoses coliques ou rectales, dilatation endoscopique

8. ABSTRACT

Effectiveness and safety of endoscopic balloon dilatation of colonic and rectal strictures in patients with inflammatory bowel disease (IBD)

Introduction : We aimed to evaluate the effectiveness and safety of endoscopic balloon dilatation of native or anastomotic colonic and rectal strictures in patients with inflammatory bowel disease (IBD).

Material and Methods : All consecutive patients with IBD who underwent endoscopic balloon dilation for colorectal stricture between 1999 and 2018 in nine french university hospital were included. Endoscopic balloon dilatation failure was defined by the need to perform colonic resection during follow-up.

Results : Fifty-seven patients were included and one hundred and sixty-one dilatations were performed on sixty strictures with a median number of one dilatation per strictures [IQR 1-3]. 44% of patients (n = 25/57) were women and all patients had Crohn's disease. 74% of patients (n = 42/57) were symptomatic. 87% (n = 52/60) strictures were native and 65% (n = 39/60) were short. The most frequent location was left colon (27%, n = 16/60). Biopsies were performed for 62% (n = 37/60) of strictures. Therapeutic modification was achieved in 22% (n = 36/161) of the cases after dilatation. Technical efficacy was observed for 76% (n = 123/161) of dilatations performed and only one major complication (perforation) occurred (risk of 0.6% per procedure). After a median follow-up of 4.3 years [IQR 2-8.4], 24 patients (42%) underwent colonic resection surgery and 13 (23%) had asymptomatic strictures passable through the scope. One colon lymphoma and one colorectal cancer were diagnosed (3.5% of patients). No variables were associated with technical or clinical success.

Conclusion : Endoscopic balloon dilatation of colorectal strictures in Crohn's disease is efficient and safe, more than 50% of patients avoid surgery with this technic.

Keywords : Inflammatory bowel disease, colonic strictures, endoscopic balloon dilation

Efficacité et tolérance de la dilatation endoscopique des sténoses coliques et rectales de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Introduction : L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance des dilatations endoscopiques des sténoses recto-coliques natives ou anastomotiques compliquant une MICI.

Matériel et méthodes : Tous les patients atteints de MICI ayant bénéficié d'une dilatation endoscopique d'une sténose colorectale entre 1999 et 2018 dans 9 centres universitaires français ont été inclus consécutivement. L'échec de la dilatation endoscopique était défini par la nécessité de réaliser une résection colique au cours du suivi.

Résultats : Ont été inclus 57 patients chez lesquels 161 dilatations ont été réalisées pour 60 sténoses différentes (nombre médian d'une dilatation par sténose [IQR 1-3]). 44% des patients (n=25/57) étaient des femmes et tous étaient atteints de MC. 74% des patients (n=42/57) étaient symptomatiques. 87% (n=52/60) des sténoses étaient natives et 65% (n=39/60) courtes. La localisation la plus fréquente était colique gauche (27%, n=16/60). Des biopsies ont été réalisées pour 62% (n=37/60) des sténoses. Une modification thérapeutique était réalisée dans 22% (n=36/161) des cas après la dilatation. L'efficacité technique a été observée pour 76% (n=123/161) des dilatations réalisées et une seule complication majeure est survenue (0,6% par procédure). Après un suivi médian de 4,3 ans [IQR, 2-8,4] 24 patients (42%) ont bénéficié d'une chirurgie de résection colique et 13 (23%) présentaient une sténose franchissable non symptomatique. Un lymphome colique et un cancer colorectal étaient diagnostiqués (3,5% des patients). Aucune variable n'a été associée au succès technique ou clinique.

Conclusion : La dilatation endoscopique des sténoses colorectales de MC est bien tolérée, efficace à long terme et permet d'éviter à plus d'un patient sur 2 la chirurgie

Mots clés : Maladie inflammatoire chronique intestinale, sténoses coliques ou rectales, dilatation endoscopique.

Effectiveness and safety of endoscopic balloon dilatation of colonic and rectal strictures in patients with inflammatory bowel disease (IBD)

Introduction : We aimed to evaluate the effectiveness and safety of endoscopic balloon dilatation of native or anastomotic colonic and rectal strictures in patients with inflammatory bowel disease (IBD).

Material and Methods : All consecutive patients with IBD who underwent endoscopic balloon dilation for colorectal stricture between 1999 and 2018 in nine french university hospital were included. Endoscopic balloon dilatation failure was defined by the need to perform colonic resection during follow-up.

Results : Fifty-seven patients were included and one hundred and sixty-one dilatations were performed on sixty strictures with a median number of one dilatation per strictures [IQR 1-3]. 44% of patients (n = 25/57) were women and all patients had Crohn's disease. 74% of patients (n = 42/57) were symptomatic. 87% (n = 52/60) strictures were native and 65% (n = 39/60) were short. The most frequent location was left colon (27%, n = 16/60). Biopsies were performed for 62% (n = 37/60) of strictures. Therapeutic modification was achieved in 22% (n = 36/161) of the cases after dilatation. Technical efficacy was observed for 76% (n = 123/161) of dilatations performed and only one major complication (perforation) occurred (risk of 0.6% per procedure). After a median follow-up of 4.3 years [IQR 2-8.4], 24 patients (42%) underwent colonic resection surgery and 13 (23%) had asymptomatic strictures passable through the scope. One colon lymphoma and one colorectal cancer were diagnosed (3.5% of patients). No variables were associated with technical or clinical success.

Conclusion : Endoscopic balloon dilatation of colorectal strictures in Crohn's disease is efficient and safe, more than 50% of patients avoid surgery with this technic.

Keywords : Inflammatory bowel disease, colonic strictures, endoscopic balloon dilation