

Cancer de la vésicule

Diagnostic , Pronostic , traitement

Céline Bourbao-Tournois - Tours

Épidémiologie

- Le plus fréquent des cancers biliaires
- 6ème cancer digestif
- Incidence : 0,8 et 1,5 pour 100 000
- Prédominance féminine
- Forte disparité géographique
- Septième et huitième décade

Étiologie

- La lithiase vésiculaire (> 30 mm)
- La vésicule porcelaine
- L'adénome vésiculaire (> 10mm)
- Les anomalies de la jonction bilio-pancréatique et la dilatation kystique du cholédoque
- Autres : portage chronique de bacilles thyphiques , carcinogènes

Anatomopathologie

- Aspect macroscopique : forme polypoïde ou infiltrante
- Aspect microscopique
 - Adénocarcinomes bien différenciés (85%)
 - Adénocarcinomes papillaires , mucineux , à cellules indépendantes , à cellules claires
 - Carcinomes indifférenciés ou anaplasiques , épidermoïdes , endocrines , lymphomes , sarcome de Kaposi , métastases (sein, poumon, œsophage, mélanome)

Histoire naturelle

- Extension locale : parenchyme hépatique
- Extension régionale : VBP , pédicule hépatique, duodénum , angle colique droit
- Extension lymphatique précoce : gg du cystique -> gg pédicule hépatique -> gg pré et rétro-duodénaux pancréatiques -> inter-aorto-caves
- Métastases : foie et poumon

Diagnostic

- Clinique : asymptomatique ou mimant cholécystite , ictère ou AEG
- Biologie : cholestase si envahissement VBP, augmentation des marqueurs tumoraux (ACE, CA19-9 et α -foeto-protéine)
- Imagerie : diagnostic et bilan d'extension

Imagerie

- Échographie abdominale (diagnostic)
- Tomodensitométrie (résécabilité ?)
- Échoendoscopie haute
- Cholangio-pancréato-IRM
- Opacification biliaire (drainage biliaire externe et prothèse)
- Artériographie mésentérique

Diagnostic différentiel

- Des formes limitées
 - Polypes cholestéroliques
 - Adénomyomatose
 - Cholécystite chronique lithiasique
- Des formes évoluées
 - Tumeurs hépatiques des segments IV et V envahissant la vésicule

Classification TNM

- **T is** : carcinome in situ
- **T 1 a** : atteinte limitée à la muqueuse
- **T 1 b** : atteinte de la musculature
- **T 2** : atteinte tissu conjonctif périmusculaire
- **T 3** : envahissement du tissu adipeux périvésiculaire ou d'un ou deux organes adjacents (extension dans foie < 2 cm)
- **T 4** : atteinte hépatique > 2 cm ou plusieurs organes adjacents

Classification TNM

- **N 0** : pas d'atteinte ganglionnaire
- **N 1 a** : gg du pédicule hépatique (cystiques, cholédociens ou hilaires)
- **N 1 b** : gg pancréatiques, duodénaux , portaux , coeliaques ou mésentériques
- **M 1** : présence de métastases a distance

Classification de Beahrs et Myers

- Stade 0 : T is , N 0 , M 0
- Stade 1 : T 1 , N 0 , M 0
- Stade 2 : T 2 , N 0 , M 0
- Stade 3 : T 1 ou 2 , N 1 , M 0 ou T 3
- Stade 4 : T 4 , N 0 , M 0 ou tous T , N 2 , M 0 ou tous T , tous N , M 1

Cas particulier

découverte fortuite sur pièce de cholécystectomie

- 1 % des pièces de cholécystectomies et 7% des cancers de la vésicule opérés
- Découverte sur pièce d'anapath
- Stade ganglionnaire ?
- Pb liés à la laparoscopie : tropisme péritonéal , manipulation instrumentale de la vésicule , orifices trocars , effraction bile vésiculaire
- Dissémination peut survenir pour stade précoce

Traitement chirurgical

- Exérèse complète réalisable pour 20% des patients
- Cholécystectomie + curage ganglionnaire du pédicule hépatique
- A partir stade T 1 -> exérèse hépatique (résection lit vésiculaire ou bi-segmentectomie IV-V ou lobectomie droite)
- Résection VBP si envahie ou de principe

Traitement chirurgical

- Rétablissement de la continuité : anse jéjunale montée en Y sur la convergence biliaire
- Contre-indications à l'exérèse :
envahissement artériel ou portal ,
envahissement gg à distance , envahissement
organes de voisinage ou diffusion
métastatique hépatique ou péritonéale

Découverte fortuite

- Découverte per-opératoire : conversion
- Ouverture de la pièce systématique +/- examen extemporané
- T is : exérèse orifices de trocars
- T 1 ou plus : réintervention rapide pour curage ganglionnaire , résection hépatique et orifices de trocars
- Pronostic non altéré par la première intervention sauf effraction bile vésiculaire et non utilisation sac

Résultats du ttt chirurgical

- Mortalité : 0 à 4 %
- Morbidité : 30 %
- Complications : celles de hépatectomie , de l'anastomose bilio-digestive et du curage pédiculaire
- Survie globale à 5 ans : 5 à 20% corrélée au stade tumoral , envahissement ganglionnaire et caractère complet de l'exérèse
- Survie T is > 85%

Traitements adjuvants

- Cancer peu radio ou chimio-sensible
- Rareté de ces tumeurs rend difficile la réalisation d'études
- Actuellement aucun bénéfice montré
- Intérêt de la surveillance carcinologique non démontré, le pronostic des récurrences est très péjoratif à court terme

Traitements palliatifs

- Dérivations
 - Chirurgicales (canal du segment III) mais très forte mortalité péri-opératoire
 - Endoprothèse biliaire voie percutanée transhépatique ou voie rétrograde endoscopique
- Chimiothérapie par 5 FU et cisplatine : 10 à 20% de réponse objective sans augmentation de la survie

Conclusion

- Le plus fréquent des cancers biliaires
- Traitement repose sur l'exérèse chirurgicale qui est réalisable pour moins de 20% des malades
- Pronostic sombre en dehors des formes superficielles de découverte fortuite
- Les progrès des traitements endoscopiques et radiologiques ont amélioré la prise en charge palliative de ces patients