

Journée SCVO Nantes , Janvier 2006

Cancers précoces de la vésicule biliaire

*Laurence CHICHE
CHU Caen*

QUESTIONS

- 1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire ?
- 2) Comment le diagnostique-t-on ?
- 3) Est-ce fréquent ?
- 4) Est-il pertinent de l'individualiser ?
- 5) Comment le traiter en cas de diagnostic préopératoire ?
- 6) Que faire en cas de diagnostic post opératoire sur pièce ?
- 7) Existe-t-il un réel bénéfice à réintervenir ?



1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire

 **Synonyme** : petit cancer, cancer de découverte fortuite, early cancer

 **Définition** :

→ Pragmatique : à la limite des examens iconographiques (évolutif avec l'imagerie)

→ Anatomopathologique

- *Taille ?*

- *Degré d'infiltration tumorale : Cancer limité à la paroi vésiculaire +++*

1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire

L'envahissement pariétal

→ Le cancer précoce :

Tis : intra-épithélial

T1 : muqueuse et musculuse

T1a : muqueuse vésiculaire

T1b : atteint la musculuse

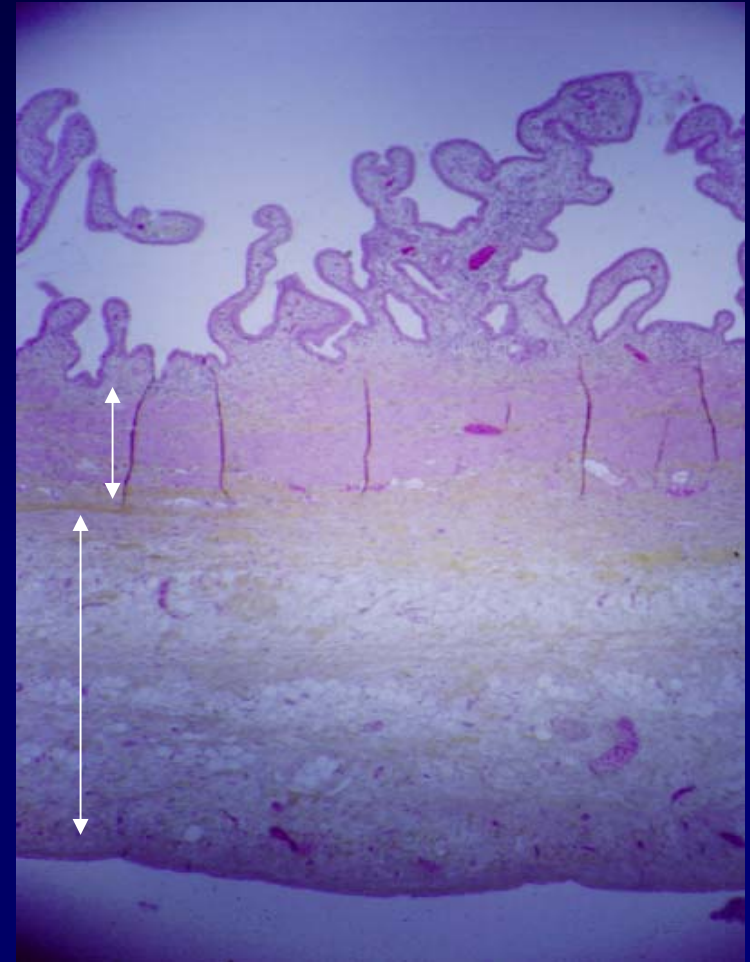
T2 : atteint la séreuse, sans la dépasser

→ Le cancer avancé

- Le foie
- Le duodénum
- La VBP

T3 : dépasse la séreuse et/ou atteint un organe, foie \leq 2 cm

T4 : $>$ 2 organes ou foie $>$ 2 cm



Cancer précoce = Tis, T1 ou T2 ?

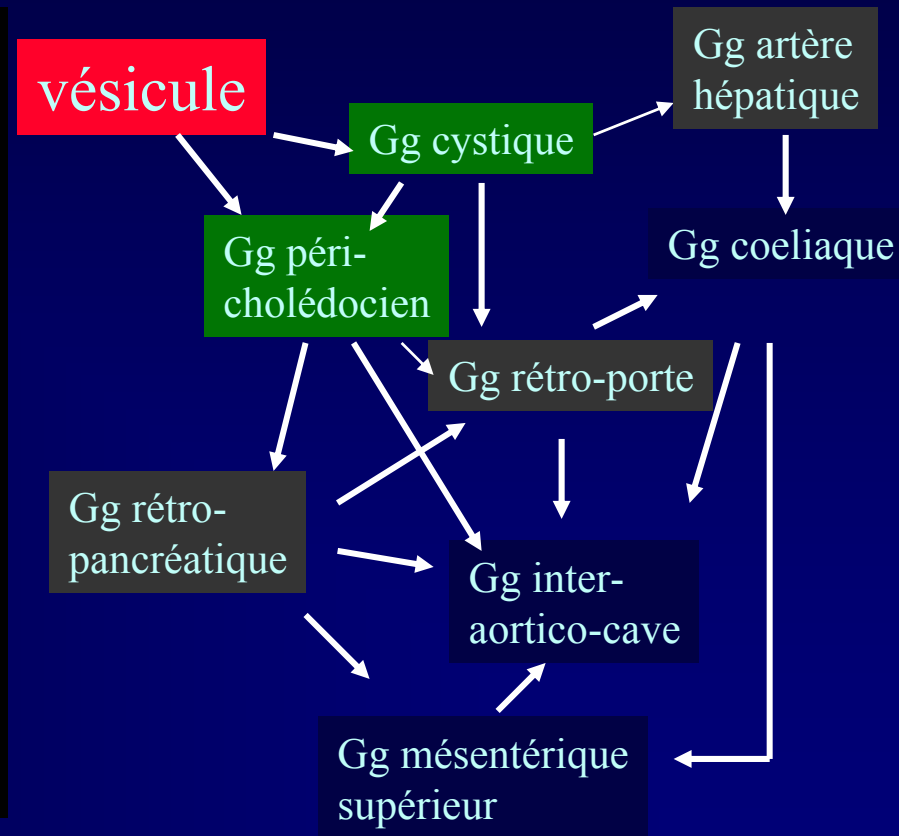
Oui , MAIS

1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire

Ne pas oublier le caractère lymphophile de ce cancer

relais lymphatiques

- Gg pédiculaire (N1a)
 - Gg rétro-duodéno-pancréatique
 - Gg coeliaque
 - Gg aortico-cave
 - Classification TNM (N1a-N1b)
 - Classification AJCC N1-N2
 - Classification JSBS n1-n4
- Chijiwa K World J Surg 2000



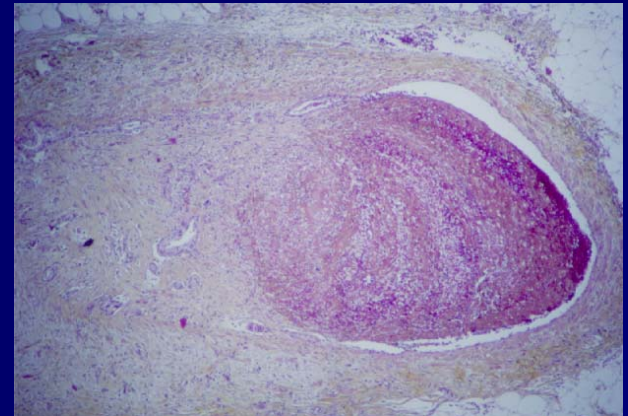
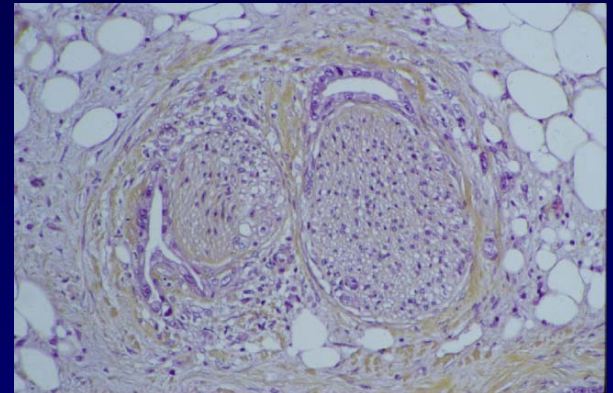
1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire

Ne pas oublier les autres caractéristiques de ce cancer

☞ Extension péri-nerveuse

☞ Extension vasculaire (par réseau sus hépatique du lit)

☞ Tropisme péritonéal des cellules biliaires



1) Qu'appelle-t-on un cancer précoce de la vésicule biliaire

**Un cancer précoce n'est pas toujours un
« gentil cancer »**

Classification de BEAHERS & MYERS

T1 : muqueuse et musculuse

T1a : muqueuse vésiculaire

T1b : atteint la musculuse

T2 : atteint la séreuse, sans la dépasser

T3 : dépasse la séreuse et/ou atteint un organe, foie \leq 2 cm

T4 : > 2 organes ou foie > 2 cm

N1a : pédiculaire

N1b : autre région

Classification TNM

Stade I : T1 N0 M0

Stade II : T2 N0 M0

**Stade III : T1-2 N1
M0 / T3**

**Stade IV : T4 / Tx Nx
M1**

2) Comment le diagnostique-t-on ?

 **Le plus souvent , on ne le diagnostique pas:**

→ Découverte anatomopathologique fortuite sur pièce de cholécystectomie (95% des cas)

- *Car il est en général lié aux calculs*

Symptomatologie de colique hépatique

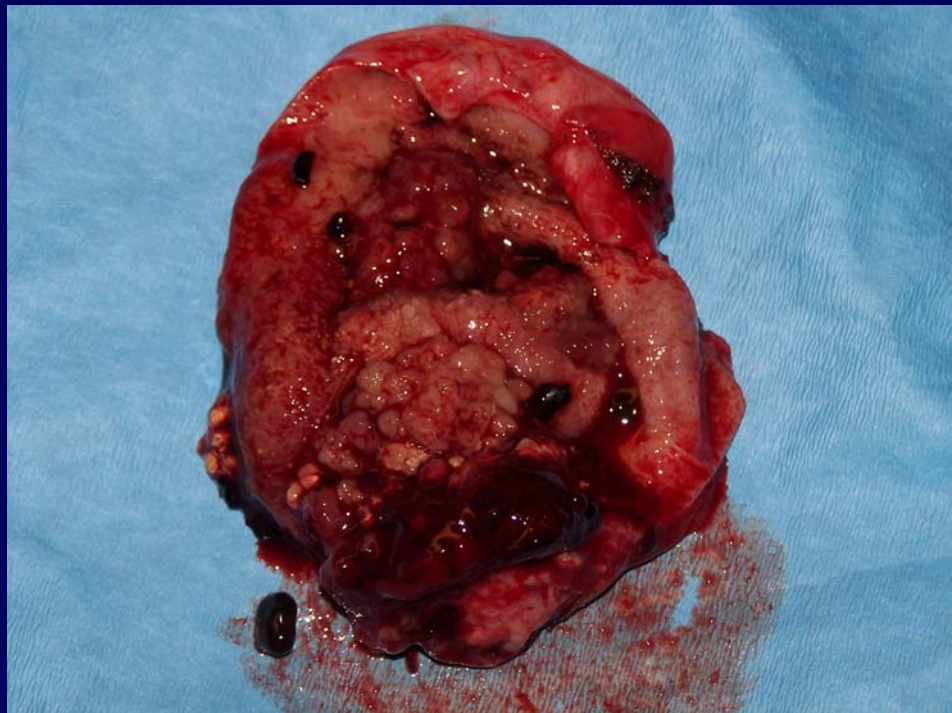
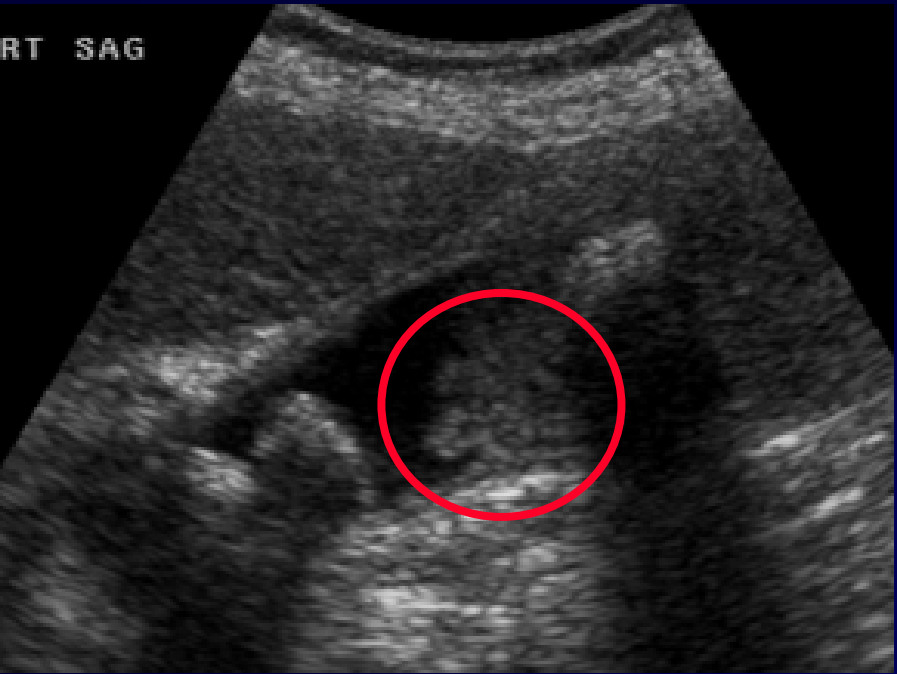
Cholécystite aigue (pas facile..)

- *On n'y pense pas*

 **Parfois , le diagnostic est évoqué**

→ En préopératoire : Sur l'imagerie (« gros polype, masse intravésiculaire vascularisée »)

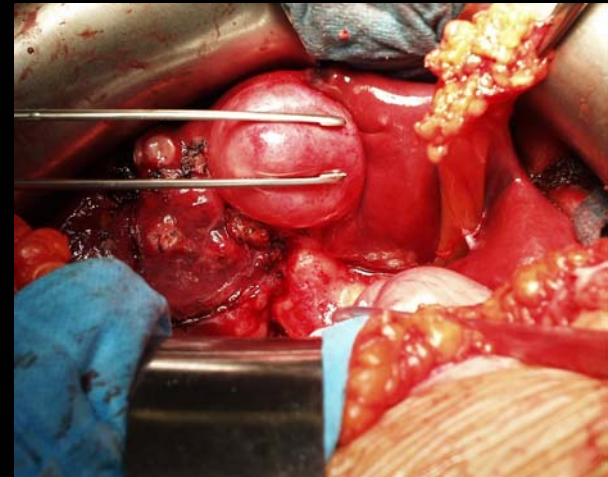
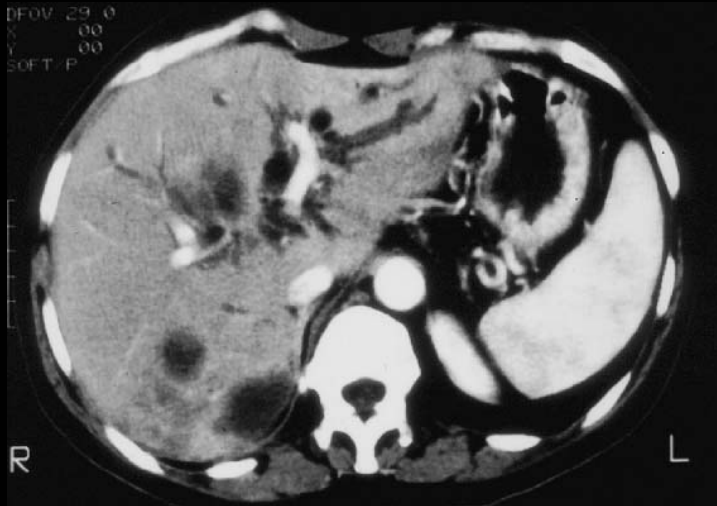
→ En per opératoire: Par le chirurgien qui ouvre systématiquement ses pièces de cholécystectomies, bien sûr



3) Est-ce fréquent

Non, malheureusement

→ NON plus de 80% des cancer de la vésicule sont diagnostiqués à un stade tardif



Sur pièce de cholécystectomie : Une circonstance

→ rare : 0,23 à 1,5% (*Braghetto I et al Int surg 99, Paolucci V et al World J Surg 99*)

→ en augmentation ? (*Manfredi, Cancer 2000*)

→ Peut-être pas tant que ça ...

4) Est ce vraiment pertinent ?

 **OUI : c'est à ce stade que l'on peut les guérir**

→ C'est le plus puissant facteur de pronostic (traités)

- *Tis survie 100%* *T1 40 à 90%*
- *T2 survie 20%*
- *T3-T4 survie <5%*

 **D'autant plus que la coelioscopie a changé la donne**

→ Risque de dissémination péritonéale et générale

- *En moy 5 mois (11j-4 ans)*
- *Pour tous stades (y compris Tis, T1)*
- *Non constant (17%)*
- *Surtout si effraction bile ou sortie non protégée*

5) Que faire en cas de doute ou de dg préopératoire

📄 La voie laparotomique est requise

→ Ceci ne comprend pas les stades « précancéreux » : polypes de 1cm, vésicules porcelaines ou avec microcalcifications)

• *Précautions+++ pendant la coelioscopie*

📄 Le geste , si le diagnostic se confirme (extemporané) impose un élargissement de la cholécystectomie (souvent T2) :

→ Hépatectomie (V-VI)

→ Curage ganglionnaire pédiculaire, retroduod, coeliaque

→ Résection voie biliaire à discuter selon la localisation / cystique , stade (TN)

6) Que faire en cas de découverte post opératoire (J5-10)

1) S'assurer que c'est bien un petit cancer:

→ Échographie-scanner

2) Exiger une lecture anapath précise

→ T, embolies vasculaires, perinerveuse, localisation (versant et proximité du collet)

3) Evaluer le risque opératoire

→ Age, facteurs de risque /T

4) Informer le patient ou appeler son avocat

6) Que faire en cas de découverte post opératoire (J5)

5) Réopérer

→ Quand

- *Le plus vite possible*

→ Quels cancers ?

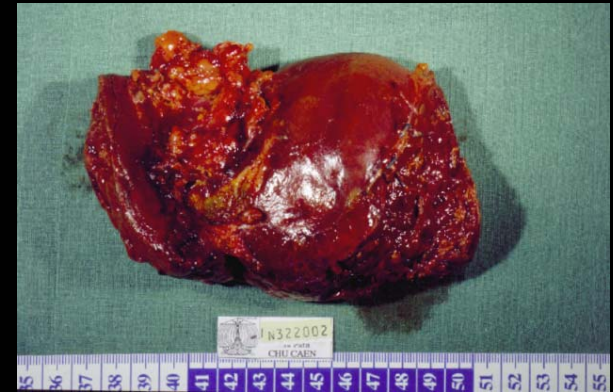
- *À partir de pT1b ou PT1a si embols*

→ Quels gestes ?

- *Cholécystectomie étendue*
- *Résection des orifices de trocards*
- *Toilette péritonéale (bétadine?)*

→ Quel traitement adjuvant ?

- *Aucun consensus*
- *Radio chimio en cas de N+?*



7) Pour quel bénéfice ?

Parfois aucun

→ Carcinose déjà installée

Parfois payant

→ Littérature

- *Mortalité < 5%*

- *Survie*

Shirai et al stade I II III N0 89%,

Stade III N1 40%

Fong et al 38%

→ Expérience personnelle

- *Tis réopérée à 10j Décès en 6 mois d'une carcinose péritonéale*

- *2 T1b N+ survie à 4 et 8 ans*

Conclusion

quelques messages

Pensez à chaque cholécystectomie au cancer (prévention +++)

→ Respect des règles (pas de perforation, sortie protégée, ouvrir vos vésicules et informer votre anatomopathologiste)

→ Pas d'acharnement coelioscopique en cas de cholécystite « bizarre »

Sensibilisez vos radiologues

En cas de diagnostic post cholécystectomie, n'hésitez pas à réintervenir dès que la musculature est envahie.