

CHOLANGIOCARCINOMES
PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE
ET THERAPEUTIQUE

Laurent Sulpice, CHU Rennes

DESC Nantes Janvier 2003

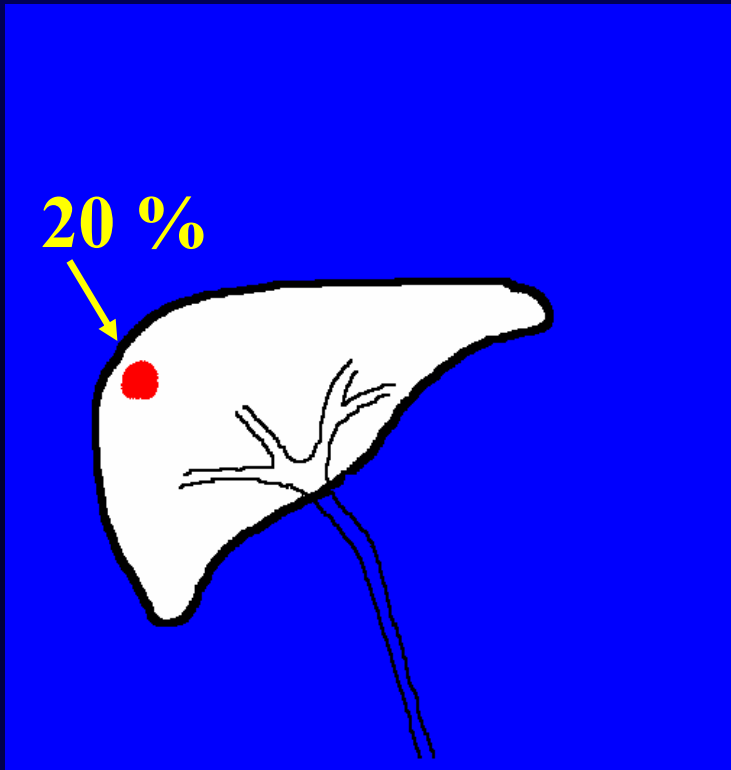
- Tumeurs rares : 2 à 5 % des cancers digestifs
- De type glandulaire : adénocarcinome
- Mauvais pronostic
- Adulte > 50 ans

EPIDEMIOLOGIE

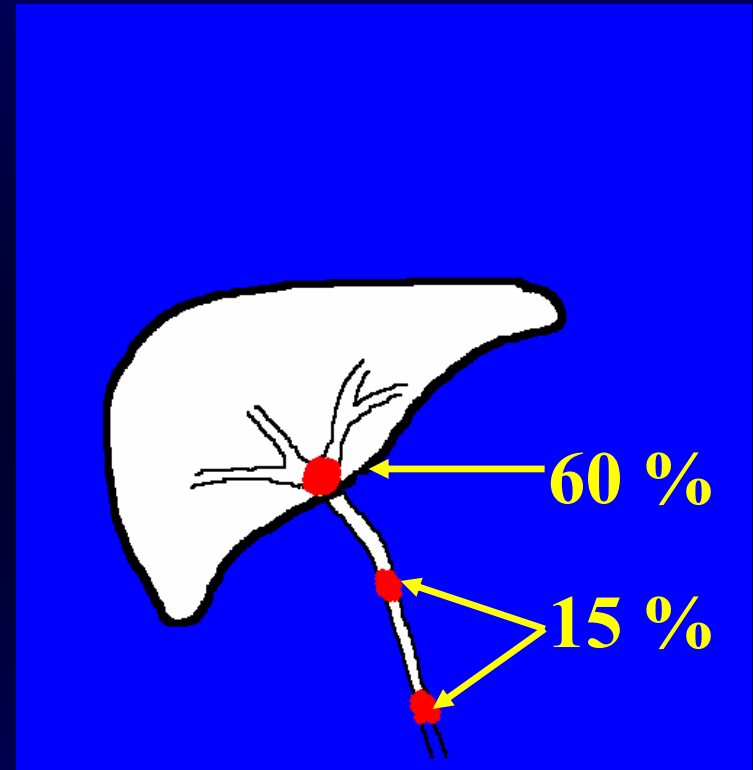
- **Facteurs de risque :**
 - **Cholangite sclérosante** +++
 - Colite inflammatoire : RCH
 - Maladie de Caroli
 - Malformations congénitales : Dilatation kystique
 - Papillomatoses
 - Toxiques : Thorotrast ou Dioxine
 - Parasitaires : Clonorchis sinensis, Opisthorchis viverrini
 - Virus hépatite C (*) ?

(*) Okuda et al. Cholangiocarcinoma: Recent progress. Part 1: Epidemiology and etiology. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17 (10):1049-55

Deux cadres nosologiques




**Cholangiocarcinome
intra-hépatique**



Cholangiocarcinome VBP

5 % formes multifocales

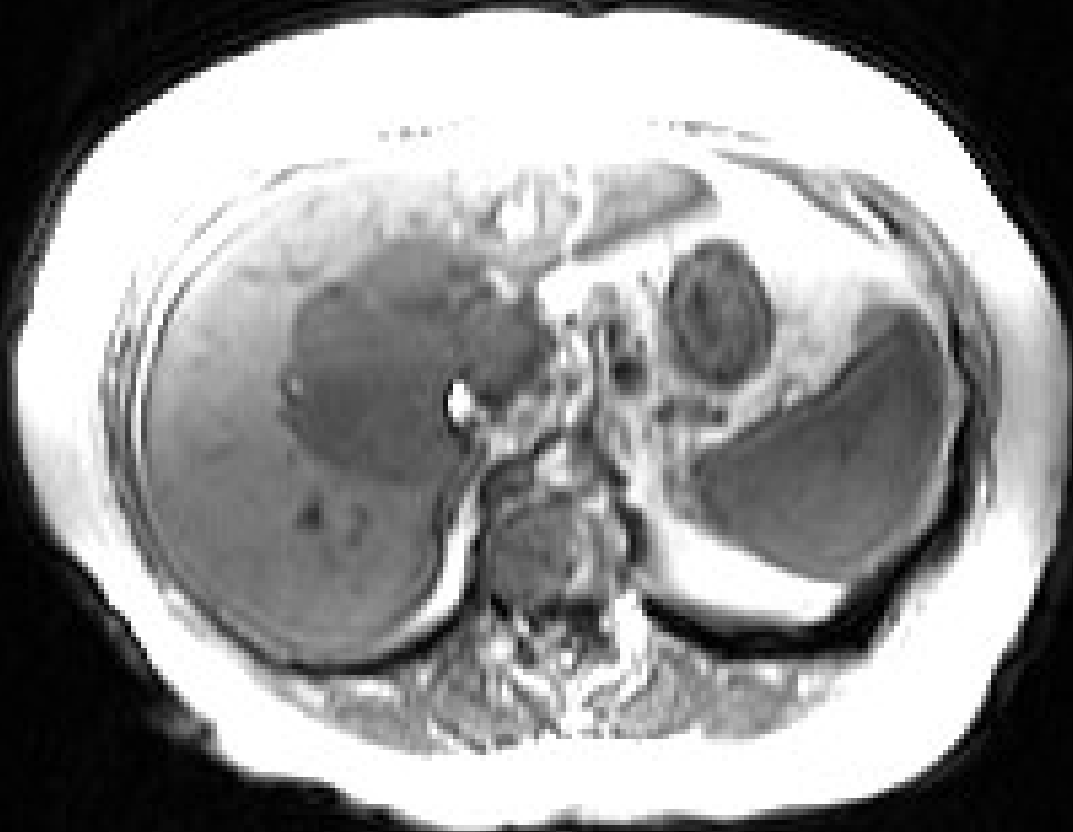
Cholangiocarcinome intra-hépatique

- Rare : 10 % des tumeurs malignes hépatiques
- Augmentation incidence et mortalité (*)
- Diagnostic tardif  mauvais pronostic

Rôle central de l'imagerie

- Tumeur fibreuse, dense
- Parfois une prise de contraste périphérique
- Dilatation segmentaire des VBIH : 50 %
- Examen de référence : IRM *

(*) CHOI et al. Peripheral cholangiocarcinoma : comparaison of MRI with CT.
Abdom Imaging 1995; 20 : 357-60





Cholangiocarcinome intra-hépatique

Traitement  **CHIRURGIE**

Hépatectomie et curage pédiculaire

- Aucune efficacité des traitements adjuvants

Les alternatives à la résection :

- Transplantation hépatique: 30% survie à 3 ans(*)
- Radiofréquence ?

(*) Shimoda et al. *Liver Transpl* 2001 ; 7(12) : 1023-33

Cholangiocarcinome intra-hépatique

Résultats après chirurgie :

- Survie à 5 ans : 13 à 42 %*
- Médiane : 18 ** à 37*** mois

Facteurs de mauvais pronostic :

- Invasion péri-canalaire et péri-neurale
- Invasion vasculaire
- Marge de résection
- La présence de « nodules filles »
- MUC 1

* Shirabe et al. *Surgery* 2002; 131(1) : 159-164

** Suzuki et al. *World J Surg* 2002; 26(6) : 687-693

*** Weber et al. *J Am Coll Surg* 2001; 193(4) :384-389

Cholangiocarcinome du hile


Clinique :

- Tardif
- Maître symptôme: ICTERE

Biologie :

- Cholestase ictérique
- Chute du TP à facteur V normal
- Marqueurs tumoraux : CA 19/9 , ACE

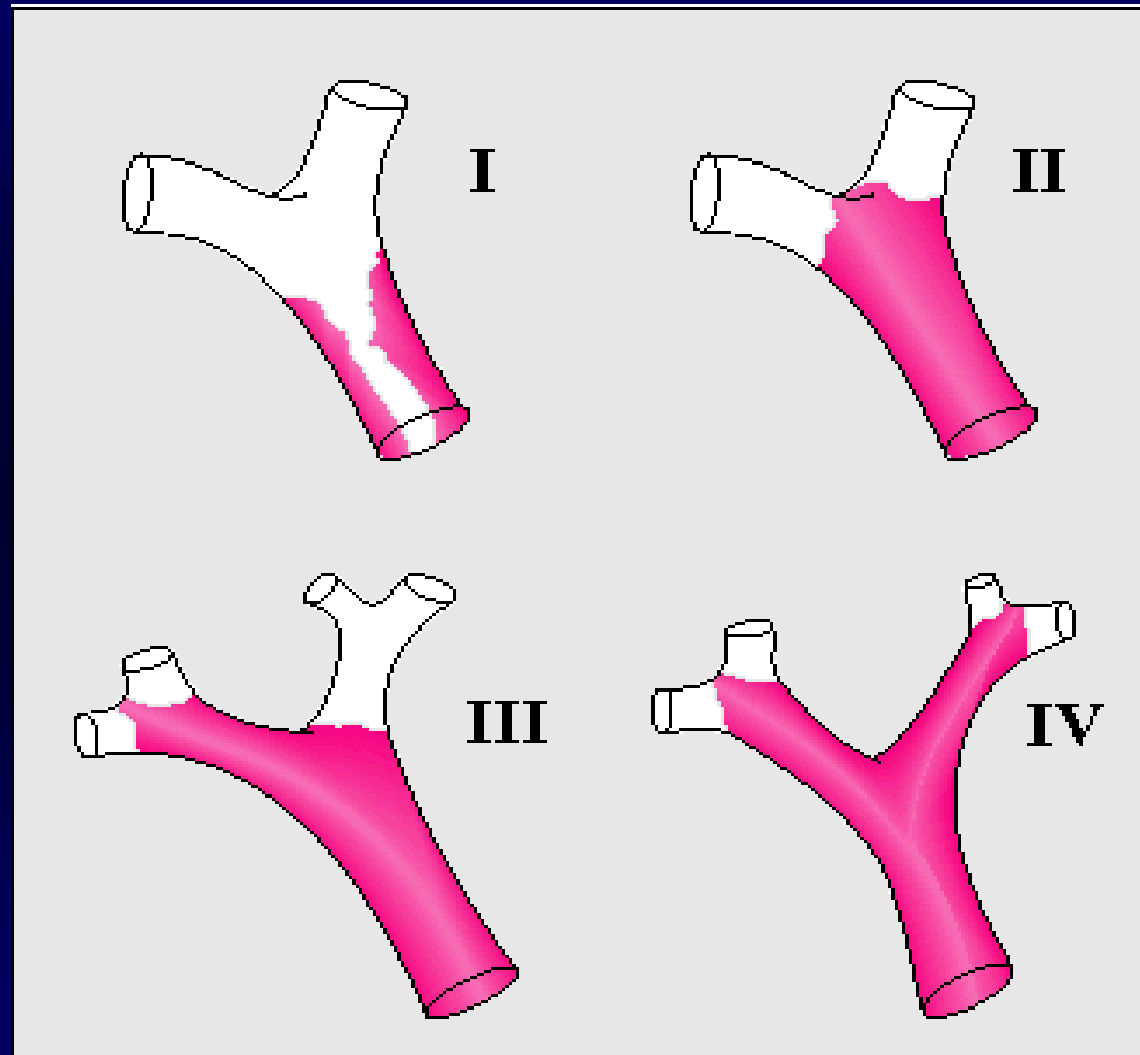
Cholangiocarcinome du hile

- **Imagerie**  **rôle central**
 - Confirme l'obstacle
 - Précise le degré de dilatation des VBIH
 - Le type et l'étendue de la sténose
 - Extension vasculaire
 - Métastases ganglionnaires ou hépatiques
- **Echo-doppler et Scanner hélicoïdal**
- **Cholangiographie (rétrograde ou transparietale)**
- **Cholangio-IRM : examen de référence (*)**

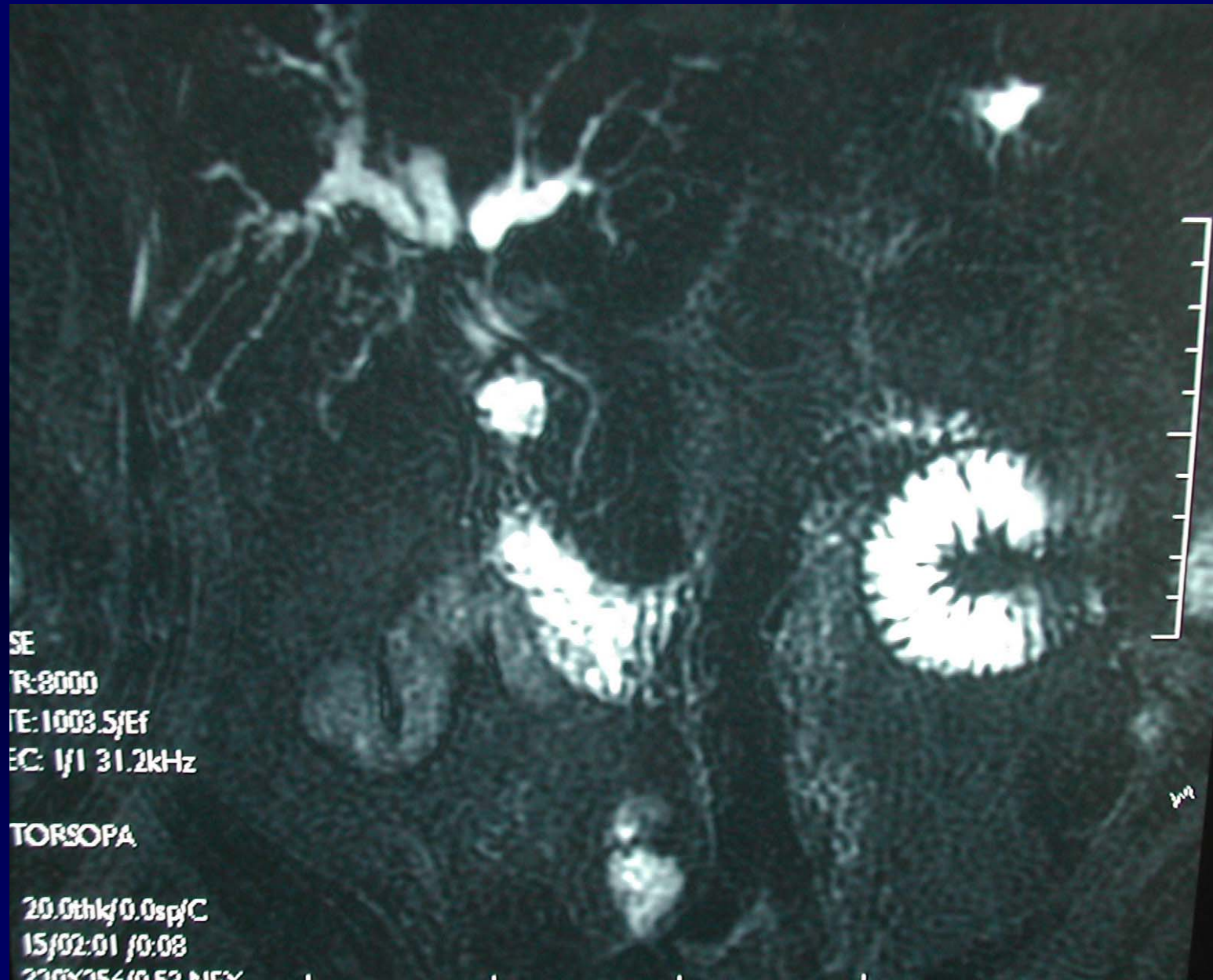
(*) Lee et al. MR cholangiography versus cholangioscopy for evaluation of longitudinal extension of hilar cholangiocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 2002 ; 56 : 25-32

Cholangiocarcinome du hile


Classification selon
Bismuth et Corlette



Type II



Cholangiocarcinome du hile

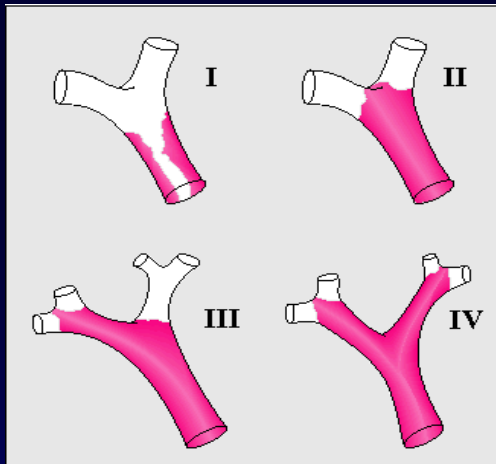
Traitement Référence  CHIRURGIE

» Type I : Exérèse de la VBP avec lymphadenectomie du pédicule hépatique

» Type II : idem + exérèse du segment I

» Type III : idem + hépatectomie homolatérale

» Type IV : variable selon les équipes et la connaissance de la chirurgie hépatique



Cholangiocarcinome du hile

Importance de la résection du lobe caudé :

- Mauvais pronostic : Extension canalaire et péri-nerveuse
- Canaux biliaires drainant le segment I se jettent à la face postérieure de la convergence
- Atteinte du toit de la convergence : 90 % atteinte du segment I (*)

(*) Nimura et al. Hepatic segmentectomy with caudate lobe resection for bile duct carcinoma of the hepatic hilus. *World J Surg* 1990; 14 :535-544

Cholangiocarcinome du hile

Intérêt du drainage biliaire pré-opératoire?

- But : améliorer le statut général
- Inconvénients :
 - Risque infectieux
 - Anastomoses biliaires plus difficiles

4 études prospectives : absence de supériorité

- Hatfield et al. Lancet 1982
- McPherson et al. Br J Surg 1984
- Pitt et al. Ann Surg 1985
- Lai et al. Br J Surg 1994

Cholangiocarcinome du hile


Résultats après chirurgie curative :

Auteur	Année	n	Tx résection	mortalité	1 an	3 ans	5 ans	Médiane
Bismuth	1992	122	39%	0		25%		
Klempnauer	1997	197	45%	9,90%	70%	35%	30%	
Launois	1999	80	49%	12,50%	70%	27,50%	12,5	20 mois

- Bismuth et al. *Annals of Surgery* 1992; 215 : 31-38
- Klempnauer et al. *Cancer* 1997; 79(1) : 26-34
- Launois et al. *Annals of Surgery* 1999; 230(2) : 266-275

Cholangiocarcinome du hile

Traitements adjuvants :

• Chimiothérapie  taux de réponse 30 % *

• Radiothérapie

• externe

• endocanalaire fil irridium



Aucune
efficacité

* Oberfield et al. *World J Surg* 1988; 12 : 105-108

Cholangiocarcinome du hile

Traitements palliatifs

Chirurgicaux

- Hépatico-jéjunostomies
- Endo-prothèses



Meilleure qualité de survie

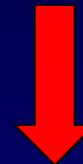
Médicaux

- Percutanée trans-hépatique
- Rétrograde



Bons résultats


Innocuité moindre



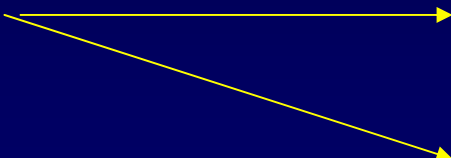
Efficacité temporaire

Carcinome 1/3 moyen et 1/3 inférieur

Cancer du 1/3 moyen

- Traitement référence  Chirurgical
- Exérèse monobloc de la voie biliaire+curage étendu
- Difficultés : Limites d'exérèse : extemporanée difficile


L'association systématique d'une DPC ?

- Résultats: médiane 13 mois*
- Traitement palliatif  Chirurgical
Endo-prothèses

* Rapport AFC 1988

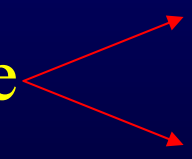
Carcinome 1/3 moyen et 1/3 inférieur

Cancer du 1/3 inférieur

- Cadre nosologique des tumeurs péri-ampullaires
- Diagnostic de certitude = Anatomopathologie définitive
- Traitement référence  CHIRURGIE
 - Exérèse de la VBP
 - DPC
- Résultats: médiane 64 mois*

* Rapport AFC 1988

Conclusion

- Prise en charge multidisciplinaire 
 - diagnostique
 - thérapeutique
- Traitement de choix  Chirurgie

L'amélioration de la survie passe par la nécessité d'une chirurgie d'exérèse radicale qui doit primer sur l'obtention d'une régression rapide de l'ictère