

Classifications des cholangiocarcinomes du hile et implications thérapeutiques

Thibault Desurmont

Réunion DESC/SCVO

Rennes, janvier 2004

introduction

- Klatskin (1965): première description
- Diagnostic facilité par les progrès de l'imagerie
 - ↳ bili-IRM +++
- Seule la chirurgie d'exérèse permet des survies prolongées
- Attitude de plus en plus agressive:
 - taux de résécabilité 1970 → 30%
2000 → 60%
 - en corrélation directe avec le taux d'hépatectomies

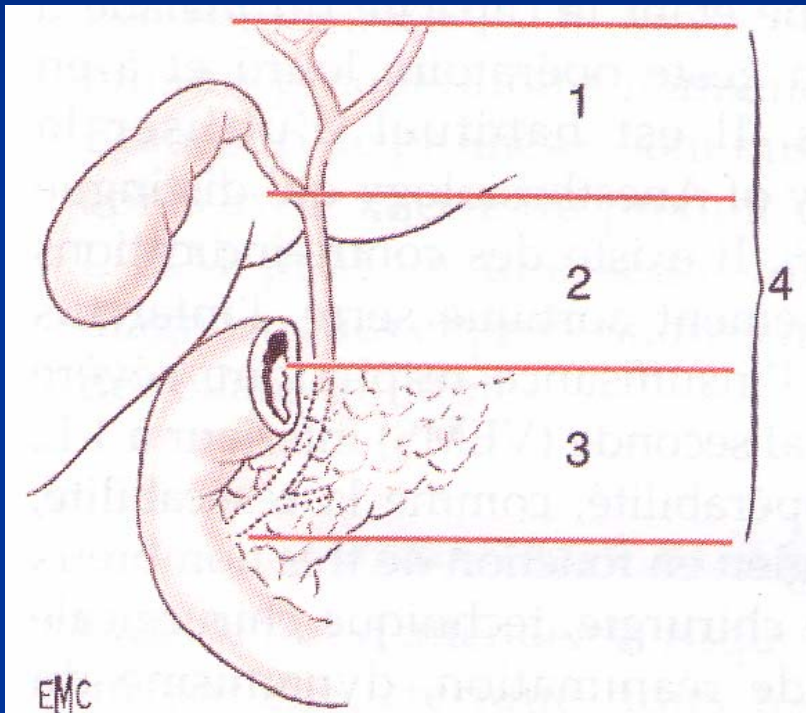
Situation du problème

- Tumeurs de la voie biliaire principale proximale* :
 - rares
 - 1,5% des cancers digestifs
- Souvent nommées **tumeurs de klatskin**
ou **cholangiocarcinome du hile** * *
- • 85% d'adénocarcinomes, souvent bien différenciés
 - 8% d'adénocarcinomes papillaires
 - 5% d'adénocarcinome mucineux

* *Blanchet, Ann. Chir. 2000 ;*

** *Launois, EMC 2002*

Classification des cancers de la voie biliaire principale



1: tiers sup. (hile)	50%
2: tiers moyen	25%
3: tiers inf.	19%
4: diffus	6%

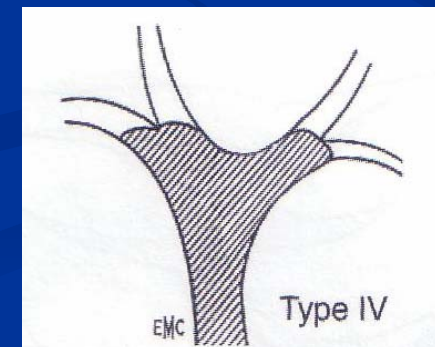
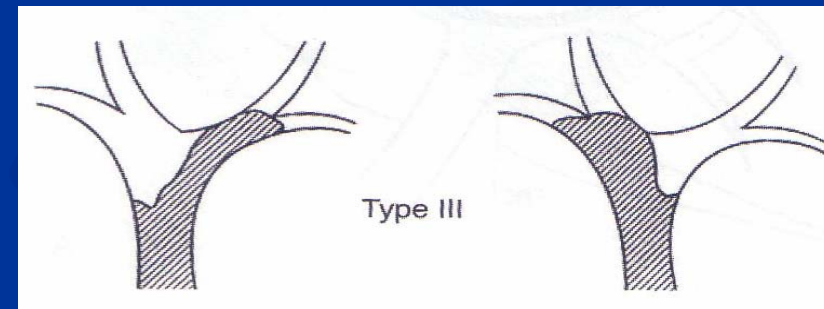
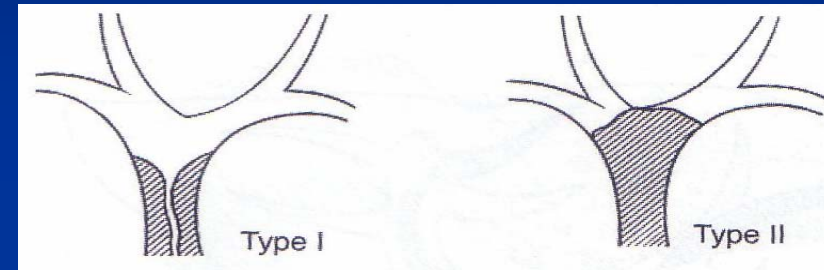
Seule une chirurgie agressive permet d'éviter un décès rapide

↳ Intérêt majeur d'obtenir une classification précise

Classification de Bismuth et Corlette

Caractérise l'envahissement tumoral longitudinal

- ✓ Type I: atteint la convergence sans l'obstruer
- ✓ Type II: atteint et obstrue la convergence primaire
- ✓ Type III: atteint et obstrue les convergences secondaires droite ou gauche
- ✓ Type IV: atteint les deux convergences secondaires



Classification TNM (UICC 97)

Prend en compte l'envahissement ganglionnaire, les métastases à distances et l'envahissement des organes de voisinage

- Tis: intra-épithéliale ou chorion
- T1a: sous-muqueux
- T1b: musculieuse
- T2: graisse péri-biliaire
- T3: organe de voisinage

- N0: pas de métastases ganglionnaire
- Nx: ganglions non évolués ou moins de 3 ganglions examinés
- N1: ganglions métastatiques régionaux: cystiques, péricholédociens et/ou hilaires hépatiques
- N2: ganglions métastatiques à distance

- M0: pas de métastases
- M1: métastases à distance

Les classifications définitives seront déterminées en per-opératoire et sur analyse de la pièce opératoire

indications

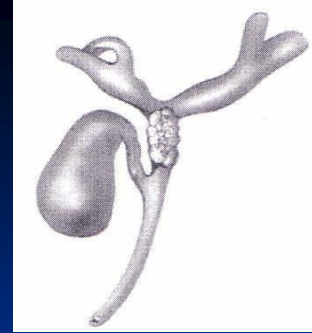
- 30% des patients sont d'emblée métastatiques
- 10% de métastases sont découvertes en per-opératoire*
 - ⇒ Intérêt de la coelioscopie exploratrice:* ** ***
 - affine la classification TNM
 - évite une laparotomie exploratrice
 - indique un **traitement palliatif** si
 - métastases hépatiques, séreuses péritonéales
 - extension tumorale extra-hépatique
 - envahissement vasculaire bilatéral***

* *Launois, EMC 2002;*

** *Gerhards, Surgery 2000;*

*** *Santoro, Chir. 1999*

Indications: type I selon Bismuth



- Exérèse monobloc du segment biliaire tumoral
+ tissu conjonctif péri-canalaire
+ adénopathies satellites
- Squelettisation du pédicule hépatique
- Curage du pédicule hépatique jusqu'à l'origine du tronc coeliaque
- Section du cholédoque le plus bas possible
- Marge de résection proximale > 5 à 10 mm et saine en extemporanée*
- Anastomose bilio-digestive sur anse en Y

Indications: type I selon Bismuth

➤ Mais 36% d' envahissement du lobe de Spiegel

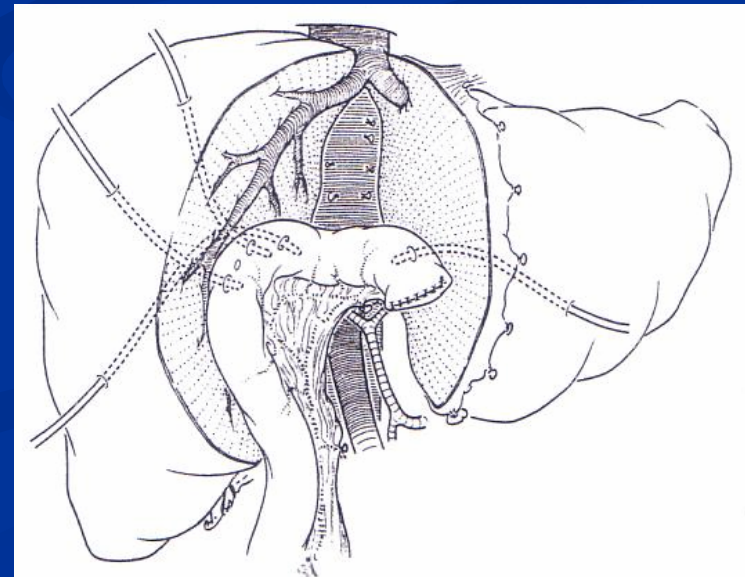
⇒ Intérêt de la **segmentectomie I ***

Capussotti, J. Am. Coll. Surg. 2002; 195:641-647 : différence de survie significative entre résection hilare et résection hilare + segmentectomie I

➤ Pour certains: associer une **segmentectomie IV****

Miyazaki, Am. J. Surg.1998;175:229-231

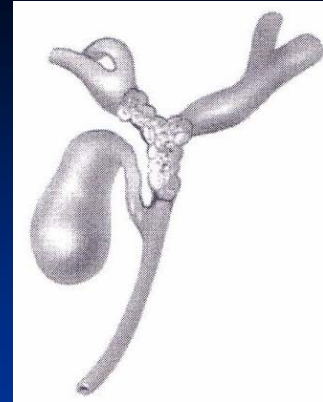
- peu d'intérêts carcinologiques
- facilite la segmentectomie I
- facilite la réparation bilio-digestive



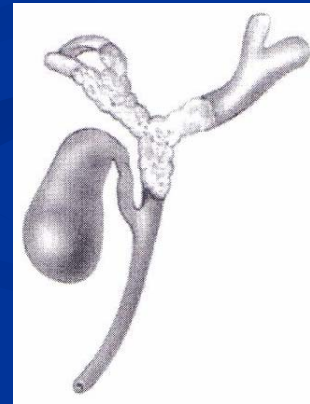
Type II selon Bismuth:

Idem au type I

Mais segmentectomie I systématique

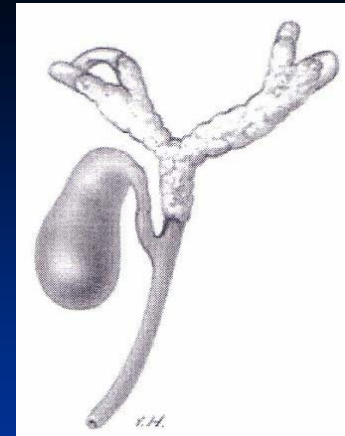


Type III selon Bismuth et/ou
envahissement d'une branche porte:



Hépatectomie homolatérale +segmentectomie I

Type IV selon Bismuth



- Contre-indication classique à une résection chirurgicale
- Pour certaines équipes ⇒ **hépatectomie majeure**:
 - hépatectomie droite élargie au segment I et IVa
 - hépatectomie gauche élargie aux segments I, V et VIII
- +/- embolisation portale pré-opératoire

Indications (suite)

- Extension tumorale à la bifurcation portale
- Envahissement artériel controlatéral

⇒ Ne sont pas des contre-indications à une chirurgie d'exérèse

- Envahissement microscopique de l'extrémité inférieure du cholédoque

⇒ Discuter duodéno-pancréatectomie céphalique

Hépatectomie totale + transplantation hépatique

- Pour des tumeurs jugées non résécables:

T3 N0 M0

ou T3 N1 M0

- Robles et al. transplantation proceeding 2003;35:1821-1822
sur une série de 36 transplantations
survie à 1 an → 77% ; 2 ans → 53% ; 5 ans → 30%

Mais: - risque de récurrence majoré par les immuno-
suppresseurs

- problème majeur du manque de greffon

Traitement palliatif

Intérêt de drainer les 2 foies pour éviter angiocholites et mort septique

1/ Chirurgical:

- drainage prothétique interne-externe par intubation transtumorale (selon Praderi)
- intubation transtumorale à drain perdu
- anastomose intrahépatique gauche (segment III)
- anastomose intrahépatique droite : si atrophie du lobe gauche
- anastomose intrahépatique bilatérale: diminue le risque d'angiocholite

Traitement palliatif

2/ endoscopique: difficile

morbidity : 7 à 31%

mortality : 12 à 14%

obstructions secondaires: 24 à 38%

- Intubation trans-tumorale endoscopique + prothèse

3/ radiologique:

- Drainage percutané trans-hépatique
- Drainage percutané trans-hépatique + endoscopie selon la technique du rendez-vous

conclusion

- Prise en charge multidisciplinaire
- Nécessité d'une cartographie biliaire précise
+ bilan pré-opératoire complet
pour **classifier la tumeur et préciser l'indication**
- séries récentes : mortalité < 5%
65 à 70% de résection R0
40% de survie à 5 ans
au prix d'une **morbidity de 20 à 40%**

bibliographie

- Kawasaki S. et al. Results of surgical resection for patients with hilar bile duct cancer. Application of extended hepatectomie after biliary drainage and hemihepatic portal vein embolisation. *Ann. Surg.* 2003; 238:84-92.
- Hatzidakis A.. The interventional radiological management of cholangiocarcinoma. *Clinical Radiology* (2003) 58:91-96.
- Launois B, Hean Tay K et Meunier B. Cancers de la voie biliaire principale. *Encycl Med Chir, Techniques chirurgicales – Appareil digestif*, 40-970-B,2002,24p.
- Robles R. et al. Liver Transplantation for hilar cholangiocarcinoma: Spanish Experience. *Transplantation Proceedings*, 35, 1821-1822 (2003).
- Capussotti et al. Liver resection for hilar cholangiocarcinoma: in hospital mortality and longterm survival. *J Am Coll Surg* 2002; 195:641-647.
- Gerhards et al. Evaluation of morbidity and mortality after resection for hilar cholangiocarcinoma- a single center experience. *Surgery* 2000;127:395-404.
- Blanchet et al. Cholangiocarcinome de la voie biliaire principale proximale. *Ann Chir* 2000;125:825-31.
- Santoro et al. Tumeur de klatskin. Etude de 15 cas résequés. *Chirurgie* 1999;124:132-140.
- Partensky. Traitement des cancers du hile. *J Chir* 1998;135:162-167.
- Miyazaki et al. Segment I and IV resection as a new approach for hepatic hilar cholangiocarcinoma. *Am J Surg* 1998;175:229-231.