

# CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE

Classification et implication thérapeutique

A. GUINOT

# EPIDEMIOLOGIE

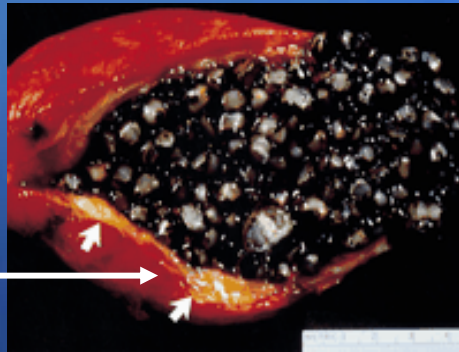
- Le plus fréquent des cancers du tractus biliaire
- Le 5<sup>ème</sup> cancer du système digestif
- Importante prédominance féminine
- Age moyen d'apparition : 65-70 ans
- Répartition géographique inégale
- Pronostic péjoratif

# FACTEURS DE RISQUE

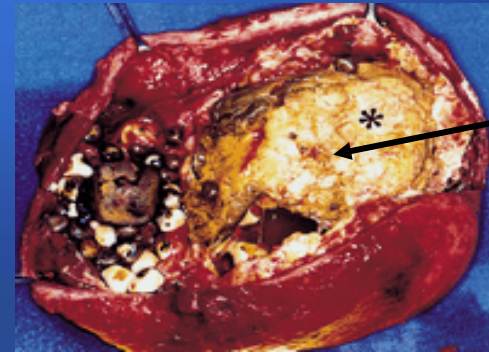
- **Lithiase vésiculaire :**
  - présente dans 70 à 90 % des cas
  - risque si taille  $\geq 3$  cm
- **Vésicule porcelaine**
- **Anomalie de jonction bilio-pancréatique**
- **Kystes biliaires congénitaux**
- **Adénome vésiculaire**
- **Carcinogènes environnementaux**
- **Infections chroniques à Salmonella typhi**



## ■ macroscopie



Epaississement  
paroi



Masse  
tumorale

## ■ microscopie

- ADENOCARCINOME ( 85-90 %)
- Carcinomes
- Adénocarcinome papillaire
- Adénocarcinome mucineux
- Carcinome adénosquameux

# EXTENSION DU CANCER

- LOCALE : foie
  - REGIONALE : VBP, foie, pédicule hépatique, duodénum, angle colique droit
  - GANGLIONNAIRE :
    - cystique
    - péricholédocien
    - rétroporte
    - rétro-duodéno-pancréatique
    - coeliaque
    - mésentérique supérieur
- ggl inter aorticocave
-

# CLASSIFICATION TNM

- T** → **T is** → carcinome in situ
- T 1** → **T1a** : envahissement de la muqueuse  
**T1b** : envahissement de la musculature
- T 2** → atteinte du tissu conjonctif péri musculaire
- T 3** → tumeur dépassant la séreuse ou envahissant 1 ou 2 organes adjacents (foie < 2 cm)
- T 4** → atteinte de 2 organes adjacents ou plus ou envahissement hépatique ( foie > 2 cm)

- **N : N0** → pas d'envahissement ganglionnaire régional
  - N1** → atteinte des ganglions cystiques, péricholédociens et hilaires
  - N2** → atteinte des ganglions péripancréatiques, périoduodénaux, périportaux, coeliaques mésentériques supérieurs
  
- **M : M0** → pas de métastases à distance
  - M1** → métastases à distance

En pratique

```
graph TD; A[En pratique] --> B[Diagnostic postopératoire]; A --> C[Diagnostic peropératoire]; A --> D[Diagnostic suspecté];
```

Diagnostic  
postopératoire

Diagnostic  
suspecté

Diagnostic  
peropératoire

# DIAGNOSTIC POST OPERATOIRE

- Après cholécystectomie sous coelioscopie pour maladie lithiasique.
- Après résultats anatomopathologiques :  
classification TNM
- REPRISE CHIRURGICALE
  - APRES BILAN D' EXTENSION
  - LE PLUS TOT POSSIBLE

● pTis et pT1a → cholécystectomie simple suffisante,  
pas de nouvelle intervention

● pT1b → cholécystectomie élargie : curage  
ganglionnaire du ligament hépatoduodéal +  
résection hépatique (lit vésiculaire)

● pT2 → curage ganglionnaire étendu + résection  
hépatique (au moins 3 cm)

● pT3 → curage ganglionnaire étendu + résection  
hépatique (segmentectomie IV b et V ou  
hépatectomie droite) +  
résection de voie biliaire extra hépatique

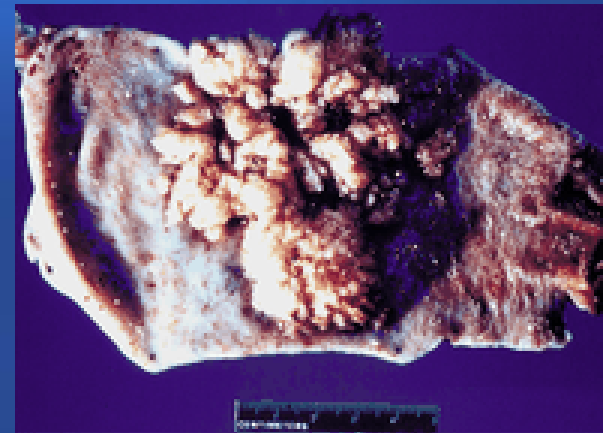
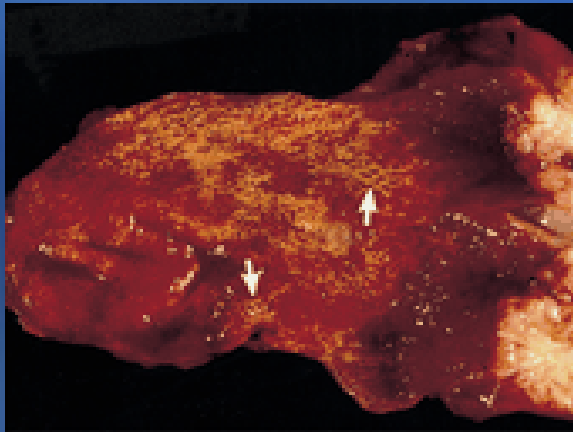
● pT4 → N0 : chirurgie radicale envisageable si  
résection R0 possible

→ N+ : pas d'indication chirurgicale  
traitement palliatif

REPRISE  
PAR  
LAPARO  
+  
EXERESE  
DES  
ORIFICES  
DE  
TROCART

# DIAGNOSTIC PER OPERATOIRE

- Au cours d'une cholecystectomie coelio pour maladie lithiasique et après ouverture de la pièce de cholécystectomie.



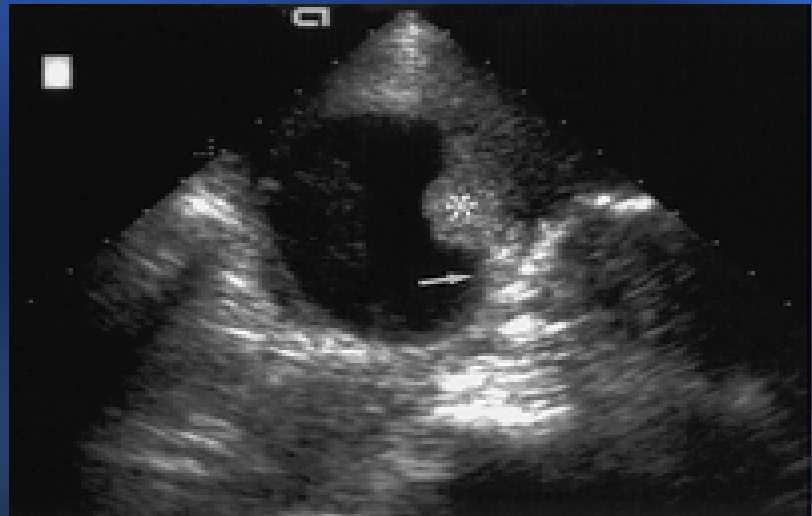
- Examen extemporané : confirme le diagnostic
- CONVERSION immédiate
- Exérèse en fonction des résultats anatomopathologiques

# DIAGNOSTIC SUSPECTÉ

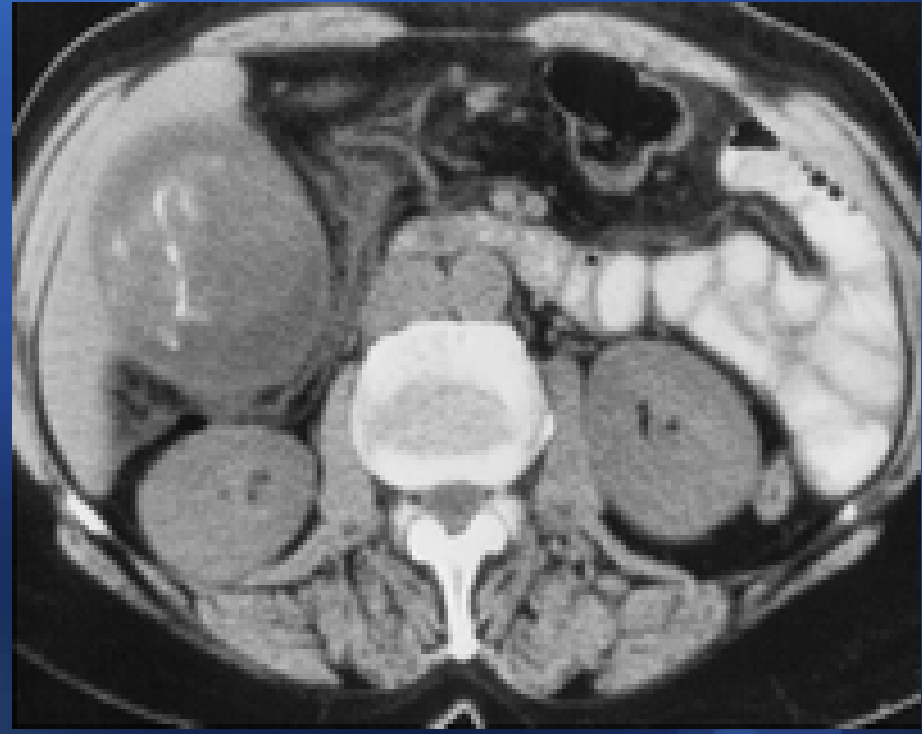
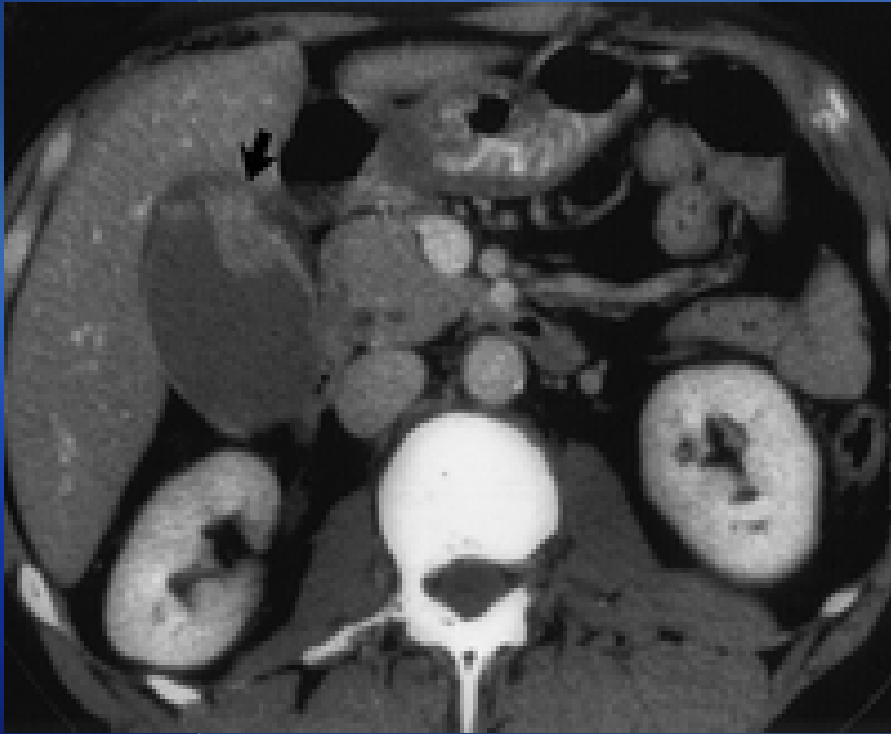
- SIGNES CLINIQUES :
  - Douleur hypocondre droit
  - Anorexie
  - Perte de poids
  - Ictère
  - Masse palpable
- BIOLOGIE :
  - Choléstase
  - Marqueurs tumoraux (CA 19-9, ACE, CA 125)

- IMAGERIE

- ECHOGRAPHIE

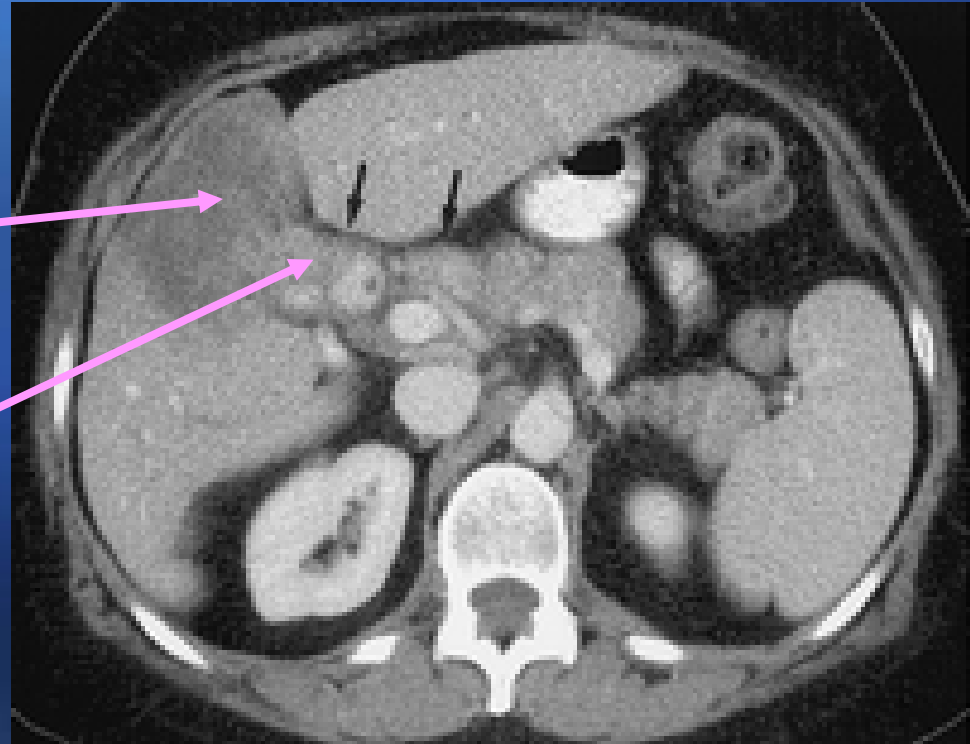


- SCANNER

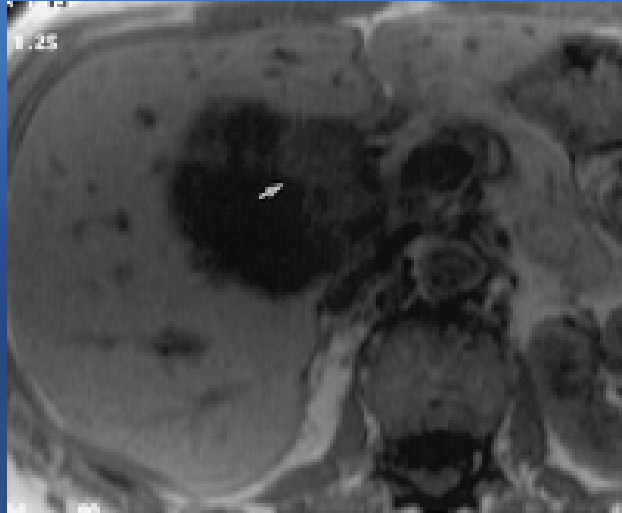


Extension  
intra hépatique

Adénopathies  
périportales



- **IRM**



- **CHOLANGIOPANCREATO IRM**
- **ECHO ENDOSCOPIE**
- **PET SCAN**

# TRAITEMENT

CANCER LOCALISE



EXERESE  
CHIRURGICALE  
PAR LAPAROTOMIE

CANCER DIFFUS



TRAITEMENT  
PALLIATIF

## ■ TRAITEMENT CHIRURGICAL :

- STADE Tis et T1A

- Cholecystectomie
- Curage ganglionnaire du pédicule hépatique

- A PARTIR DU STADE T1b

- Cholécystectomie
- Curage ganglionnaire étendu
- Résection hépatique
  - Résection du lit vésiculaire
  - Bi segmentectomie IV – V
  - Hépatectomie droite
- Résection de la VBP si envahie et rétablissement de la continuité ( anse en Y )

- TRAITEMENT PALLIATIF
  - RADIO CHIMIO THERAPIE
    - Aucun consensus, en cours d'évaluation
    - Molécules utilisées :  
5FU, cisplatine, gemcitabine
  - DERIVATION
    - Endoprothèse biliaire endoscopique ou percutanée
    - Dérivation chirurgicales : morbi-mortalité importante

## Survie à 5 ans après ttt

### ■ SURVIE A 5 ANS

- **Globale  $\leq 10\%$**

- **CANCER OPERE**

- T is 100 %
- T 1 40 à 90 %
- T 2 20 %
- T 3 T 4  $\leq 5\%$



# CONCLUSION

- Diagnostic souvent tardif = **pronostic péjoratif**
  - Taux de survie à 5 ans  $\leq 10\%$
  - Médiane de survie = 6 mois
- Importance du diagnostic per et post op (cancer précoce)
- Importance de la classification
  - Si  $\geq pT1b$  : réintervention, le plus tôt possible, après bilan d'extension, par laparotomie avec exérèse des orifices de trocars
- Prévention du risque de dissémination d'un éventuel cancer au cours des cholécystectomie coelio (extraction protégée, éviter perforation...)

# REFERENCES

- Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. Journal of Surgical Oncology. 2006
- Surgical strategies in patients with gallbladder cancer. JSO. 2006
- Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation. AFIP archives
- The surgical management of incidental gallbladder carcinoma. JSO. 2004
- Unsuspected gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecystectomy. Journal of surgery. 2005