

# CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE

## Classification et implication thérapeutique

Christophe MORVANT. DESC RENNES 2010



# GENERALITES

## ▶ Epidemiologie:

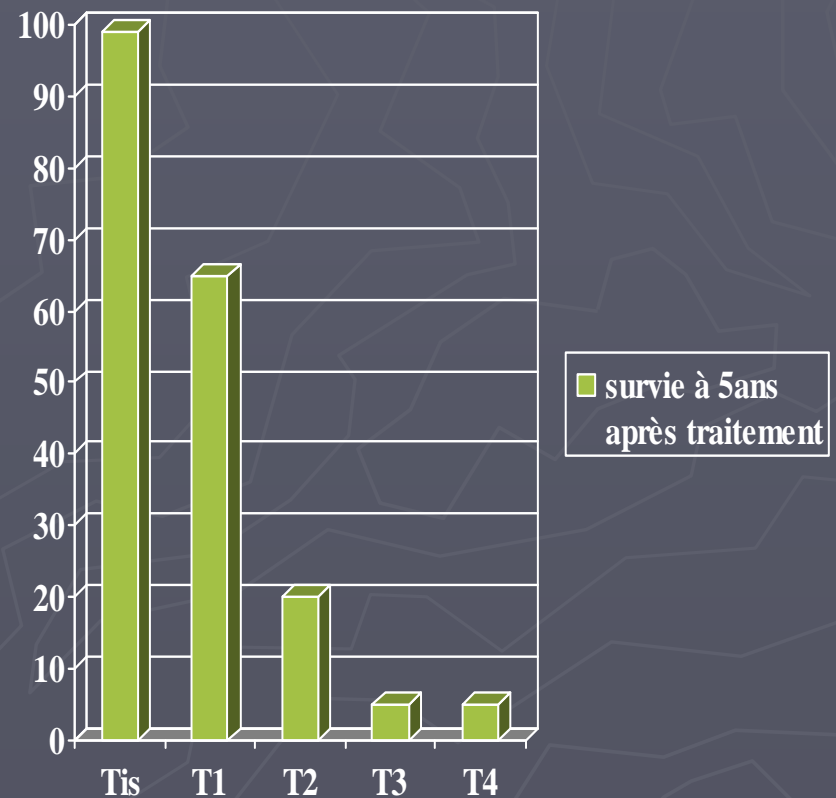
- 5è cancer digestif en France
- Incidence globale: 1à 2% des cholécystectomies
  - ▶ Jusqu'à 3 % dans les zones à forte endémie ( japon, inde, amérique du sud... )
  - ▶ 0.35% en France

# GENERALITES

## ► Pronostic

Survie à 5 ans:

- Globale < 10%
- Après chirurgie:
  - -100 % pour les Tis
  - -40 à 90 % pour les T1
  - -20% pour les T2
  - -< 5 % pour les T3 et T4



Eur J Surg 1999;165:215-22.

# GENERALITES

## ► Terrain:

- Femme (sex ratio entre 2 et 3.6)
- Âge entre 65 et 75 ans

## ► Facteurs de risques reconnus:

- Lithiase vésiculaire (80%)
- Cholécystite (> 80%)
- Vésicule porcelaine (cancer dans 20%)
- Polype adénomateux > 1cm
- Anomalie de la jonction bilio pancréatique
- cholangite sclérosante primitive

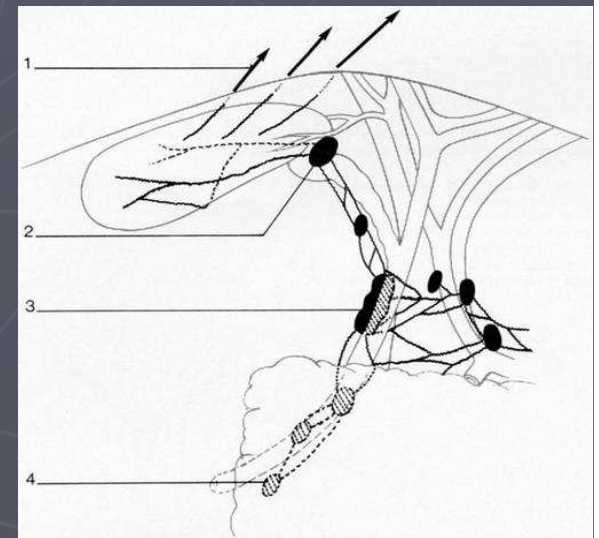
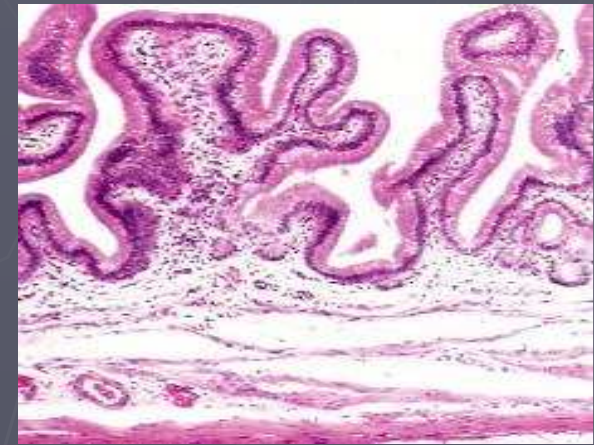


# GENERALITES

## ► Rappels :

- 4 couches concentriques  
→ Classification TNM

- Drainage lymphatique  
→ 3 niveaux



# GENERALITES

## ▶ Anatomico-pathologie

### ■ Macroscopiquement:

- ▶ zone végétante ou indurée
- ▶ À l'extrême: masse enchâssée dans le foie et fixée aux organes voisins, source de fistules

### ■ Microscopiquement

- ▶ Adénocarcinome presque exclusivement

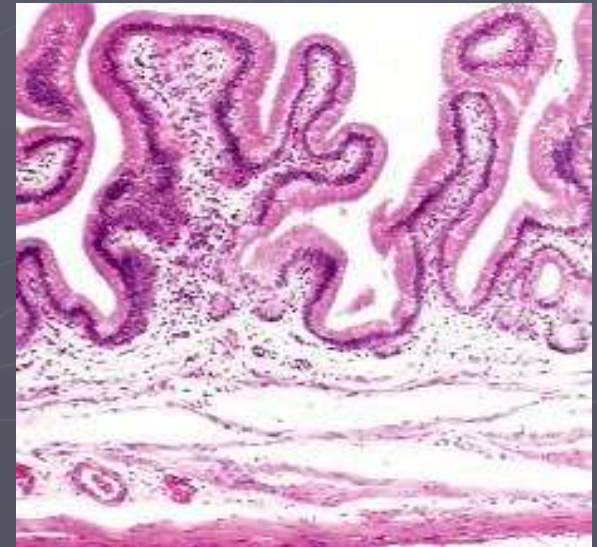


# CLASSIFICATION

Classification TNM  
(5<sup>e</sup> édition UICC de 2002)  
Référence dans les pays  
occidentaux

# « Tumor »

- ▶ Tis: carcinome in situ
- ▶ T1a: atteinte de la lamina propria de la muqueuse
- ▶ T1b: atteinte de la musculature
- ▶ T2: atteinte de la sous séreuse
- ▶ T3: franchissement de la séreuse:
  - ▶ 1 organe adjacent
  - ▶ Foie par contiguïté
- ▶ T4:
  - ▶ > 1 organe adjacent
  - ▶ Vasculaire (porte ou artère hépatique)



# « Node »

- ▶ N0: pas de ganglion envahi
- ▶ N1: au moins 1 ganglion envahi sur 3 prélevés.

NB: La survie à 5 ans et le degré d'envahissement ganglionnaire sont corrélés à la profondeur de l'invasion tumorale et donc au stade T

Ogura Y. World J Surg 1991;15:337-43.

Chijiwa K, World J Surg 2000;24:1271-6.

# « Metastasis »

▶ M0: absence de métastase à distance

▶ M1:

- Sites métastatiques préférentiels: foie, colon, pancréas, péritoine, poumon
- Ganglions para-aortiques (3<sup>e</sup> niveau)

# IMPLICATION THERAPEUTIQUE

1-diagnostic suspecté avant toute  
intervention

2-découvert à l'anatomopathologie

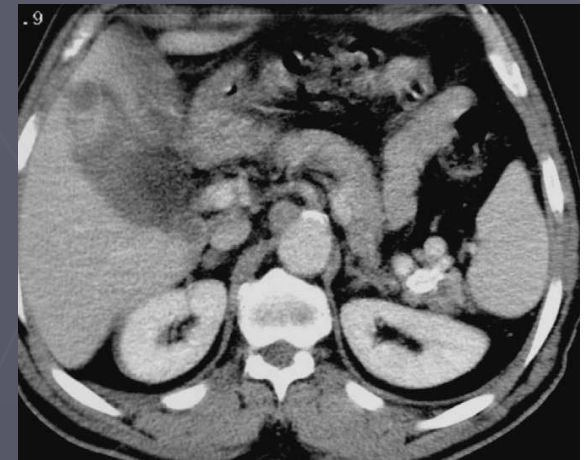
3-découvert per-opératoire

# 1- diagnostic suspecté

- ▶ Suspecté sur la clinique:
  - AEG
  - Douleur HCD
  - Ictère
  - Masse palpable
- ▶ À l'échographie pour douleurs vésiculaires
  - l'écho a une Se et une Sp > 85% pour l'évaluation du stade T

# 1- diagnostic suspecté

- ▶ Bilan d'extension complet
  - TDM
  - Bili-IRM (envahissement VBP?)
  - TEP-SCAN
  - Écho-endoscopie (polype cancéreux?)
- ▶ Au terme de ce bilan, on évalue la résecabilité



# 1- diagnostic suspecté

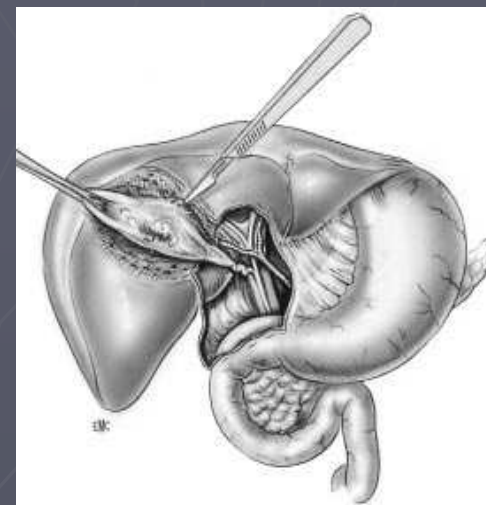
## ► Non résécabilité :

- Métastases hépatiques multiples ou à distance
- Ascite et/ou carcinose péritonéale
- Ictère
- Envahissement majeur du pédicule hépatique
- Adénopathies para-aortiques
- Occlusion vasculaire néoplasique

# 1- diagnostic suspecté

## ▶ T1:

- Cholécystectomie par laparotomie
- Résection atypique du lit vésiculaire  
Sur 3 cm d'épaisseur
- Curage pédiculaire:  
(Ganglions de 2<sup>e</sup> relais)



## ▶ T2, T3, T4 et N1:

- Étendue de la résection du primitif adaptée à la nécessité d'être Ro en monobloc
- Picking ganglionnaire para-aortique + extempo (résécabilité?)

# 1- diagnostic suspecté

- Le geste sur le primitif est donc variable:
  - Bisegmentectomie IVb-V
  - Hépatectomie droite élargie ou centrale (IV-V-VIII) associée au segment I en cas d'envahissement du hile

Ogura Y, Dig Surg 1998;15:218-23.

- Curage emportant 2<sup>e</sup> relais ganglionnaire

Sikora SS. J Surg Oncol 2006;93:670-81.

- Extempo d'une recoupe du canal cystique  
→ Résection de la voie biliaire principale?

## 2- diagnostic aux résultats anatomo-pathologiques

- ▶ Situation la plus fréquente (50 à 70 % des cancer de la vésicule biliaire)
- ▶ Bilan d'extension (TDM)
- ▶ En l'absence de CI, reprise:
  - Le plus tôt possible SHIRAI. Ann Surg 1992;215:326-31.
  - Par laparotomie
  - Geste à visée R0
  - Excision des orifices de trocarts Wakai T Ann Surg Oncol 2003;10:447-54.

## 2- diagnostic aux résultats anatomo-pathologiques

### ▶ pTis et pT1a:

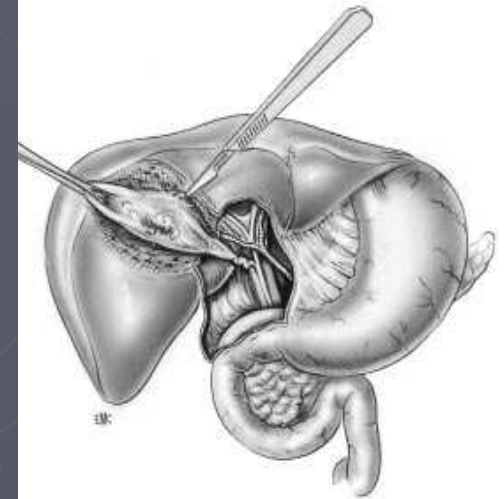
- 2 à 5% d'envahissement ganglionnaire
- *Cholécystectomie seule*

### ▶ pT1b:

- ▶ Jusqu'à 20% d'envahissement ganglionnaire
- ▶ → *résection du lit vésiculaire (2-3 cm d'épaisseur)*
- ▶ → *curage du pédicule hépatique*

### ▶ pT2, T3, T4, et N+:

- *On adapte le geste à la nécessité d'être R0*
- *En ayant une morbidité acceptable*



de Aretxabala X. Cancer 1992;69:60-5.

# 3-Suspicion per-coelioscopique de cancer

- ▶ Examen extemporané
- ▶ Conversion immédiate recommandée
- ▶ Résection des orifices de trocars
  
- ▶ Mais... :
  - chirurgie R0 augmente la morbi-mortalité
  - Patient non informé
  - Structure adéquate?

# 3-Suspicion per-coelioscopique de cancer

## ► En pratique:

- Anatomopathologie rapide
- Information du patient
- Bilan d'extension
- Transfert vers structure chirurgicale spécialisée
- Pour reprise par laparotomie au plus vite

# conclusion

- ▶ La prise en charge d'un cancer vésiculaire contre-indique la coelioscopie:
  - Récidives sur orifices de trocars (délai médian de 6 mois)
  - Changeant radicalement le pronostic des « petits cancers »
- ▶ Risque de découverte fortuite de cancer : application de mesures préventives:
  - Éviter de perforer la vésicule
  - L'extraire dans un sac
  - Examiner systématiquement la pièce:
    - ▶ anatomopathologie rapide
    - ▶ compléter la résection au plus tôt dans un centre adapté

# conclusion

En cas de diagnostic au décours d'une cholécystectomie pour maladie supposée bénigne par coelioscopie

► reprendre sans attendre par laparotomie pour résection à visée curative:

→ Exérèse des orifices de trocarts

→ Pas d'élargissement de la cholécystectomie pour Tis et T1a

→ Cholécystectomie élargie + curage jusqu'au 2<sup>e</sup> relais ganglionnaire si ça permet R0



Cancer diagnostiqué  
avant intervention

Méta +

Méta -

Traitement palliatif

Extempo  
ADNP para-aortique

+

-

Traitement  
palliatif

Exérèse curative

# Cholécystectomie laparoscopique

Diagnostic Post-opératoire

Diagnostic per-opératoire

Tis et T1a

T2, T3, T4 et N1

Anapath rapide pour exérèse curative au plus vite

abstention

Exérèse curative :  
-primitif  
-curage  
-orifices trocarts