



Cancers des voies biliaires

K.CHERCHAR

Professeur à la Faculté de médecine d'Alger

Université d'Alger 1

Benyoucef Benkhedda

Service de chirurgie oncologique A

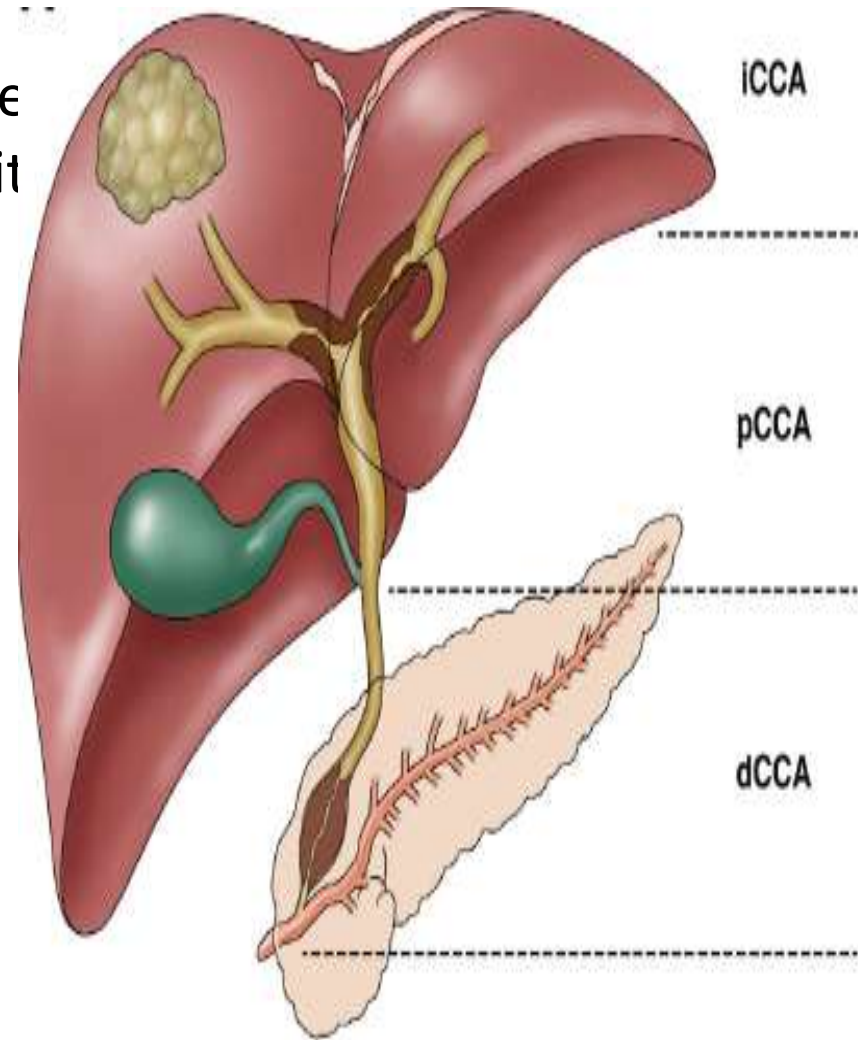
Centre Pierre et Marie Curie

Définition

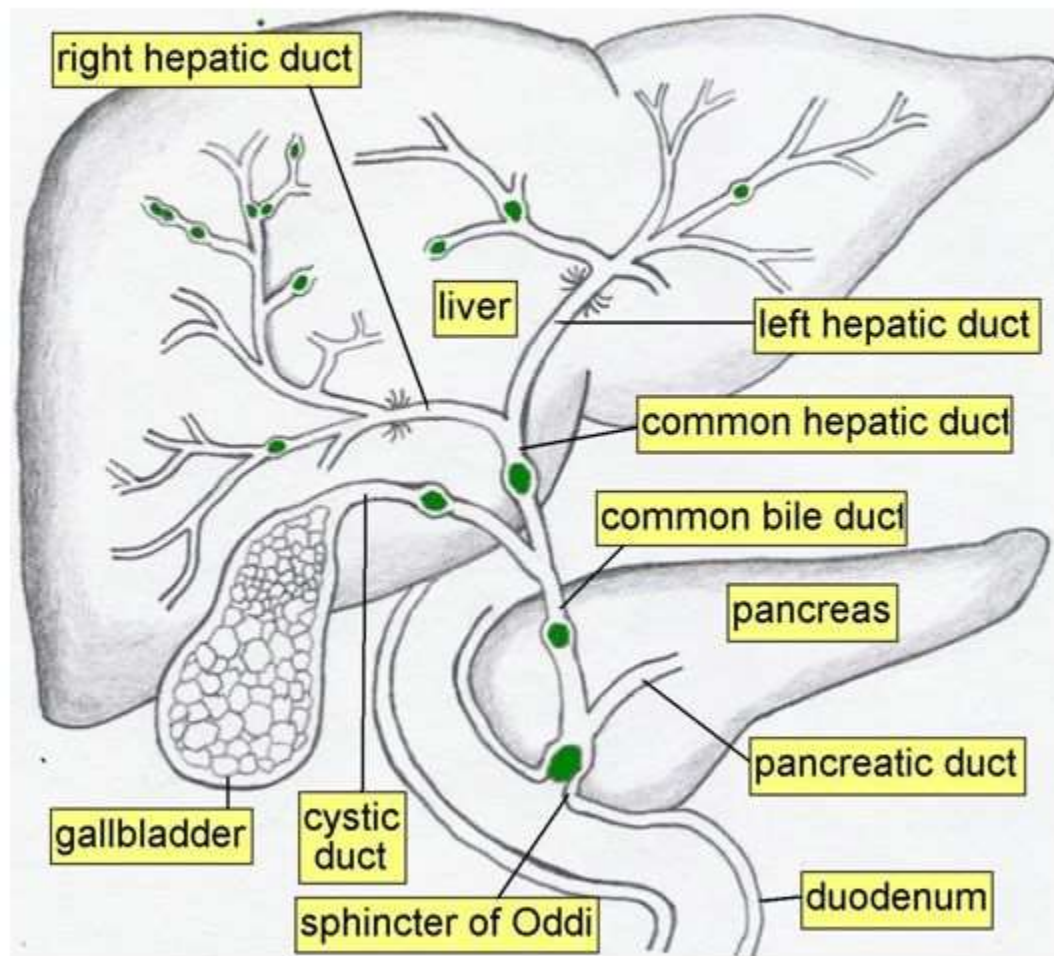
Le cholangiocarcinome est un carcinome originaire des voies biliaires quelque soit sa topographie sur les voies biliaires:

- Cholangiocarcinomes intra hépatiques
- Cholangiocarcinomes hilaires
- Cholangiocarcinomes de la vésicule biliaire
- Cholangiocarcinomes et de la voie biliaire principale

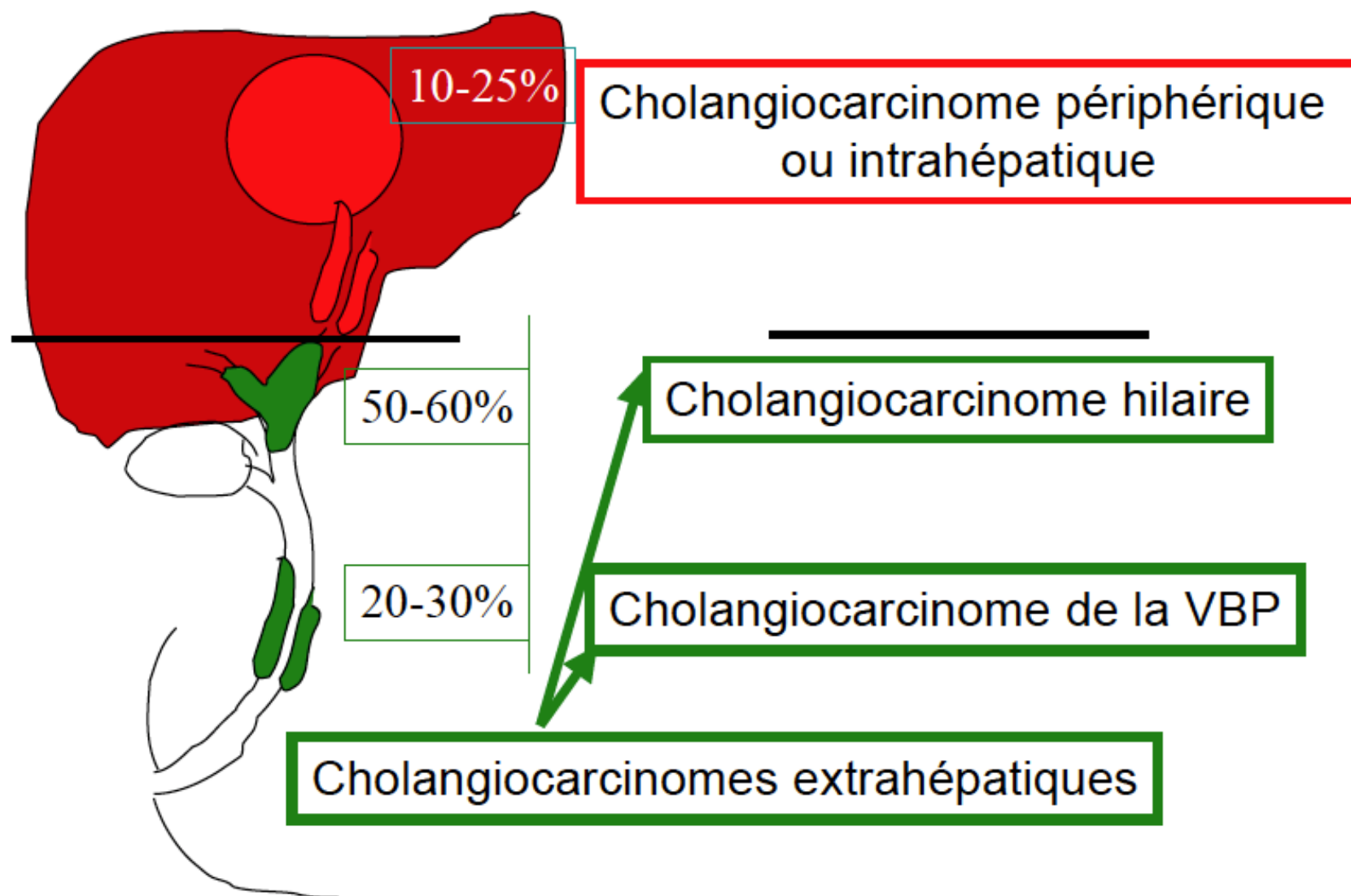
Les Ampullomes vateriens sont exclus de ce cadre nosologique



Anatomie des voies biliaires



CHOLANGIOCARCINOMES



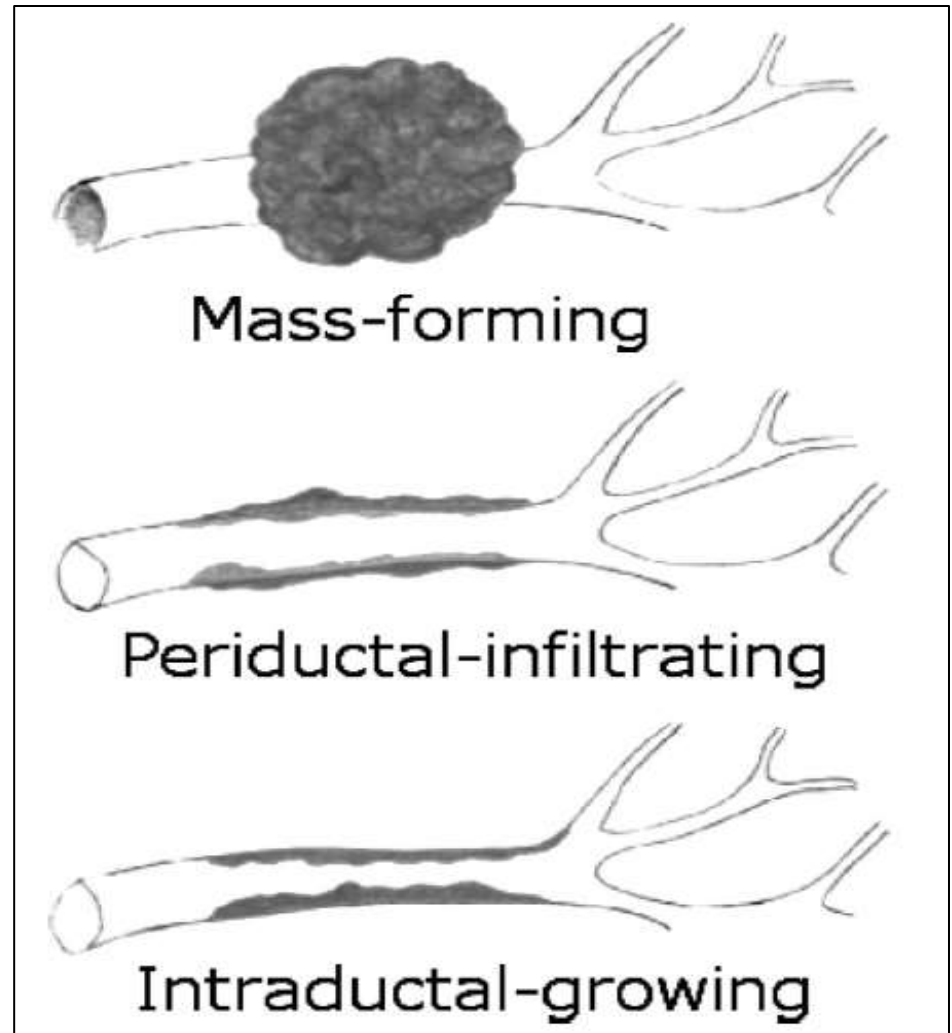
Anatomie pathologique

03 types principaux types de
Cholangiocarcinomes

- Mass forming (masse)

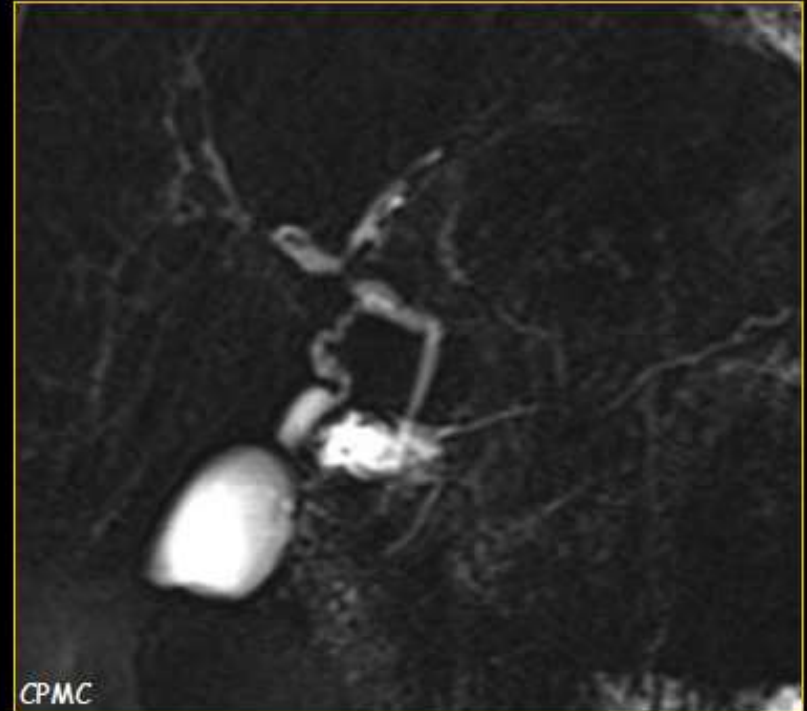
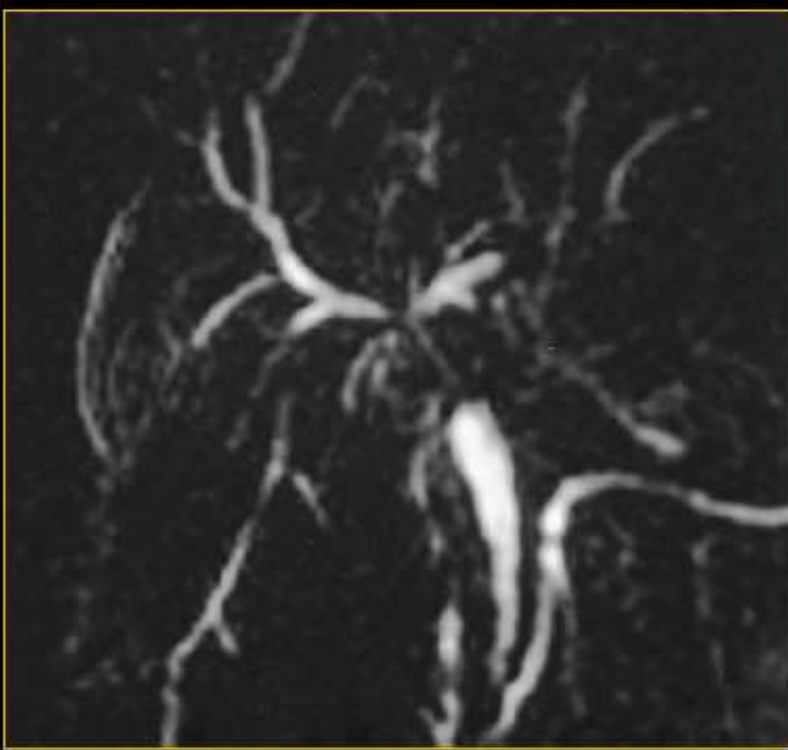
- Periductal infiltrating
(infiltration périductale)

- Intraductal growth
(tumeur endoluminale)



ADENOCARCINOME: 90% des cas

Facteurs de risques



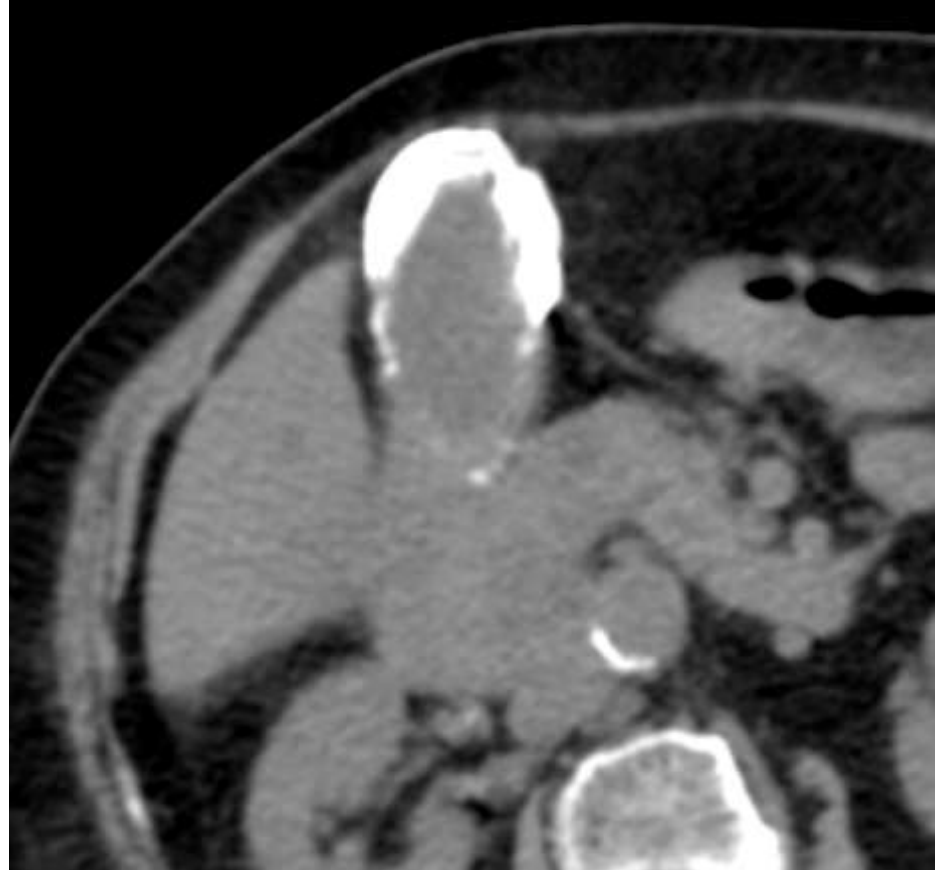
**Cholangite sclérosante
primitive : principal
facteur de risque +++**

Sténoses courtes étagées des
voies biliaires intra et extra
hépatiques

Vésicule porcelaine: 10- 60 % de cancer

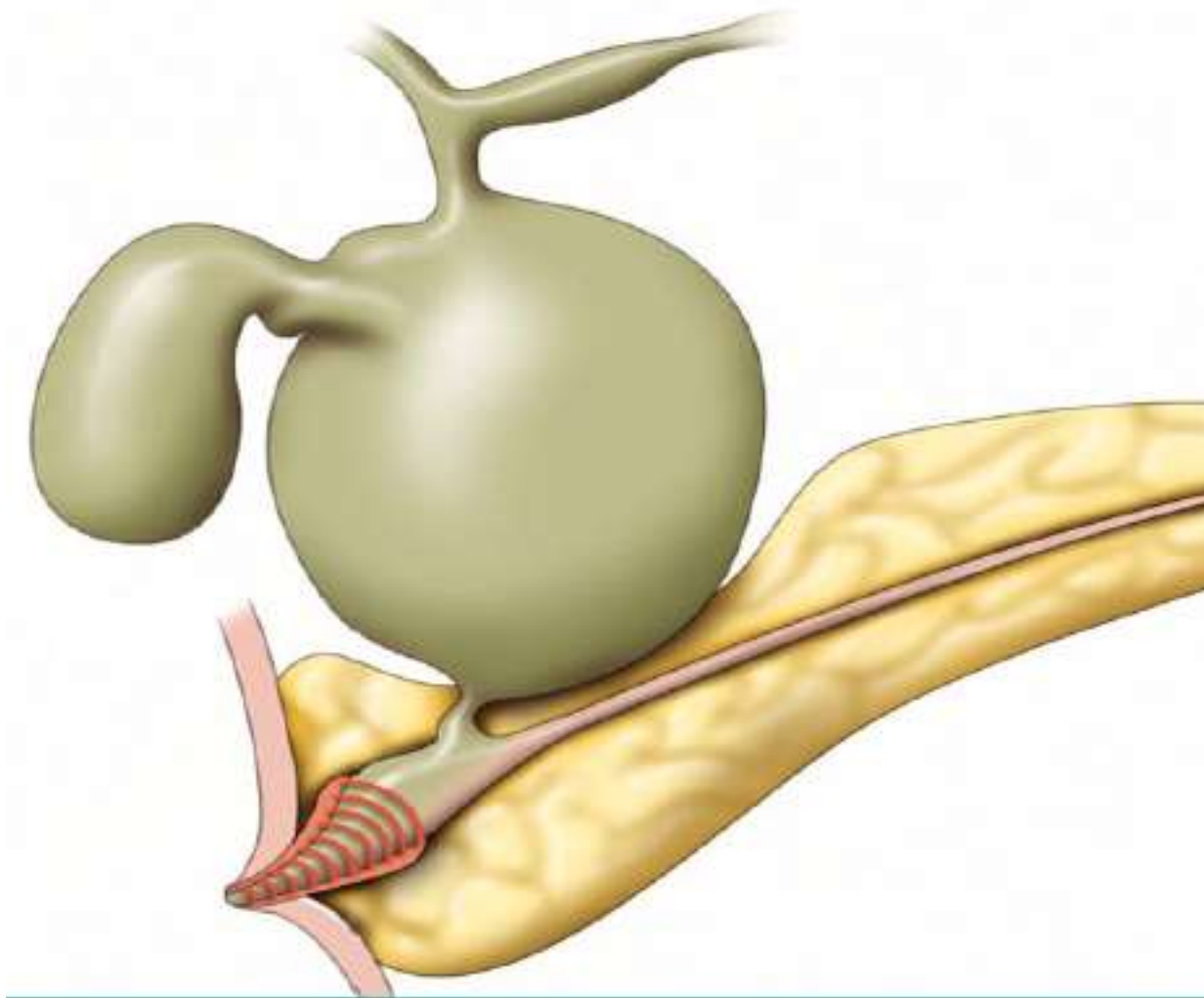


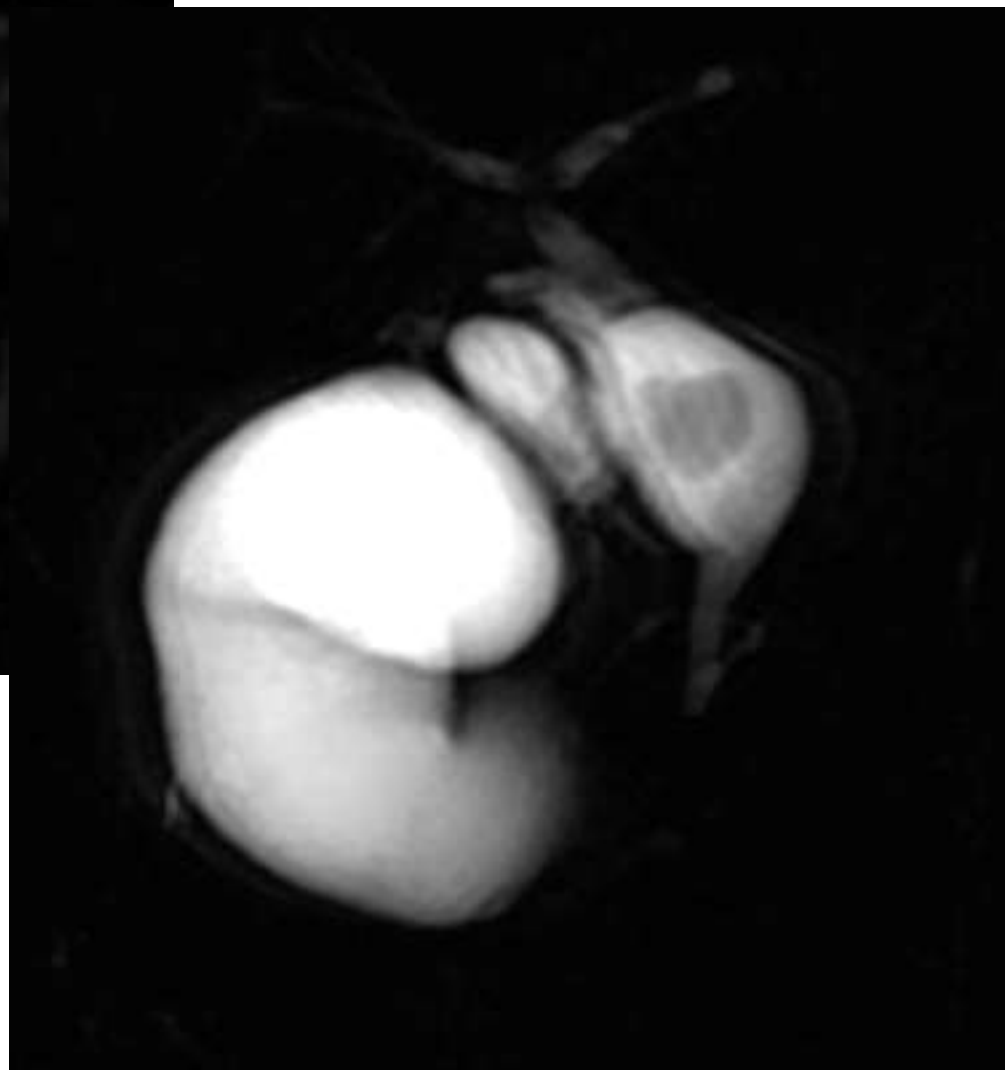
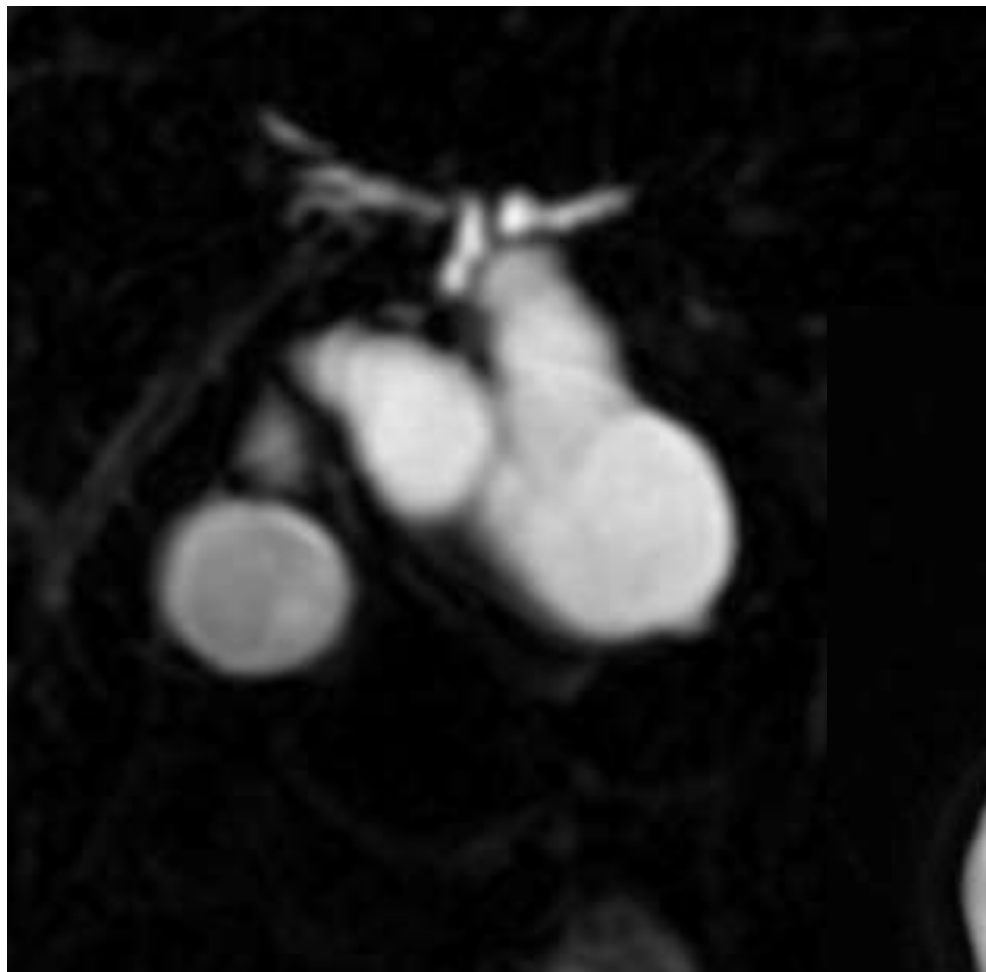
Pièce de vésicule porcelaine: Dr Ait Kaci H



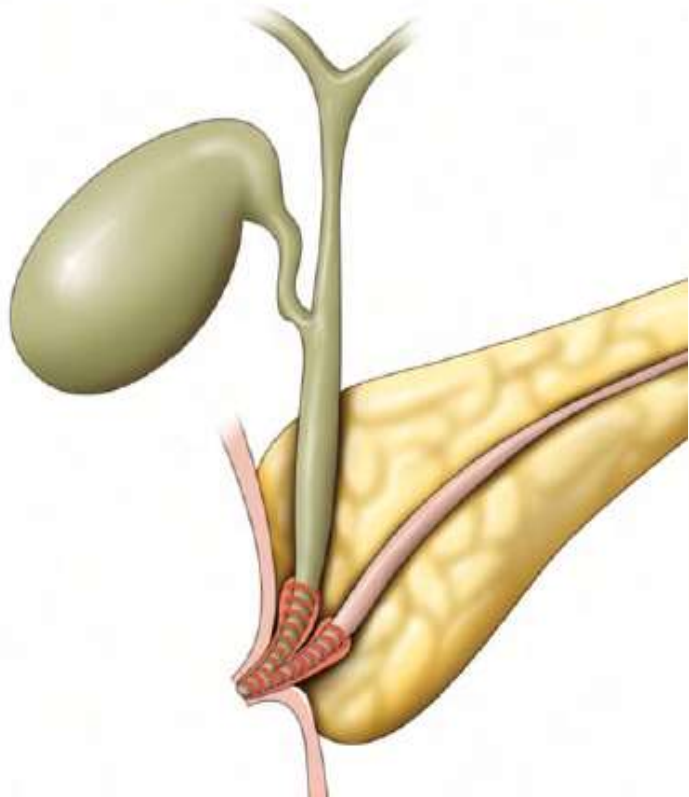
TDM SPC: Dr Faraoun SA

Dilatations kystiques des voies biliaires



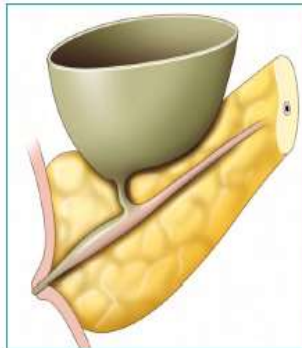


Anomalie de jonction bilio-pancréatique



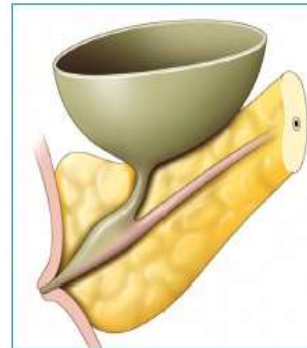
Jonction normale

Mainly with
choledocal cyst

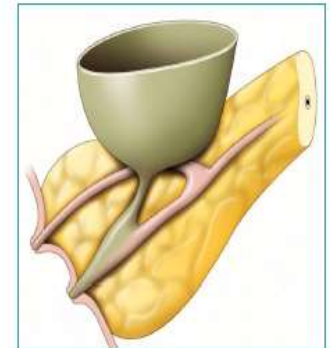


Type I

Mainly without
choledocal cyst



Type II

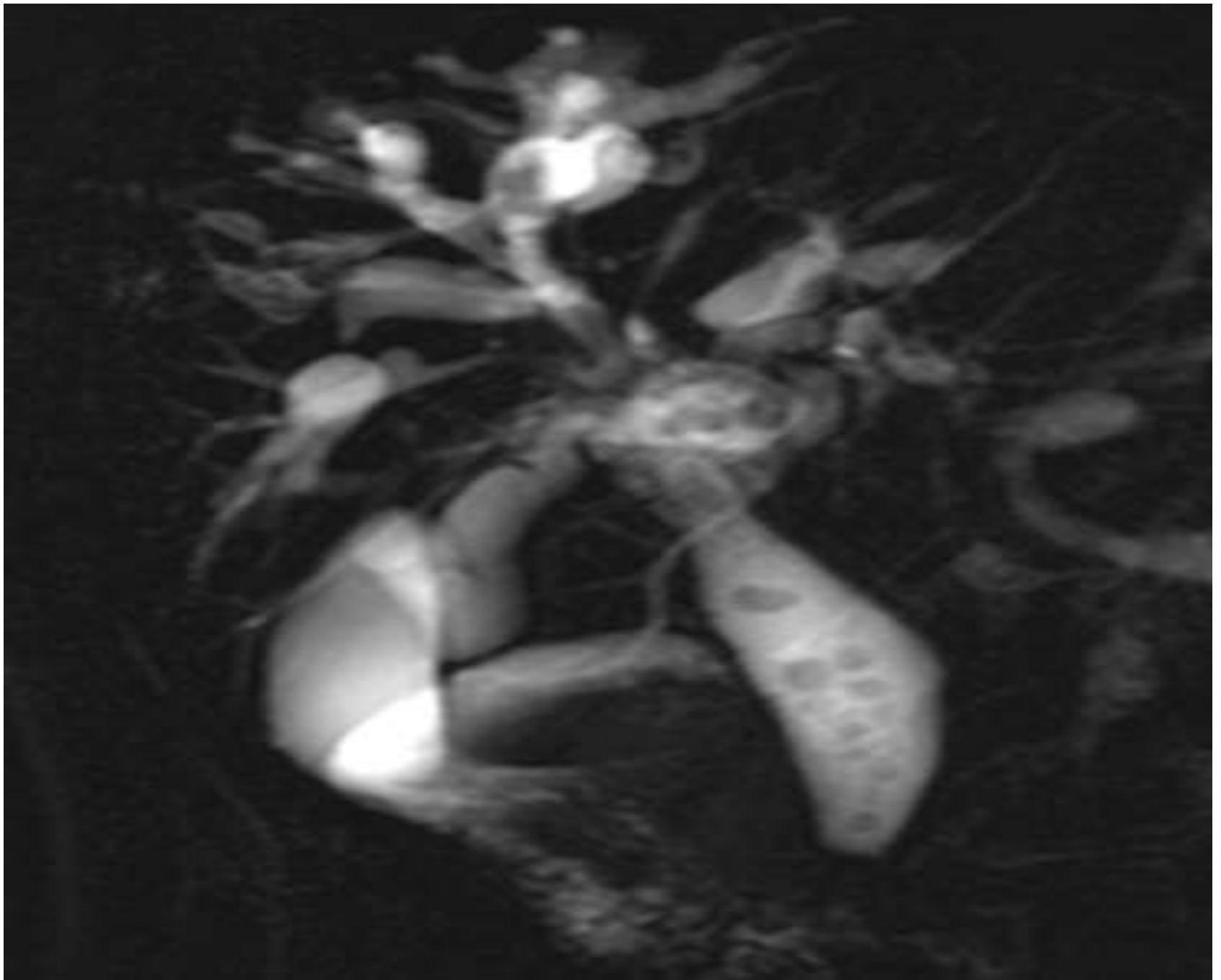


Type III

Tashiro et coll J Hepatobiliary Pancreat Surg (2003) 10:345-351

38% de risque de cancer si AJBP !!!!!





Biologie

Marqueurs tumoraux : CA19.9 (leur négativité n'élimine pas le cancer)

Bilan hépatique : Cholestase si présence d'ictère

La preuve du cancer se fait par biopsie écho ou scanno guidée voire par cyto-brossage per endoscopique . Elle trouve son utilité lorsque un traitement médicamenteux est indiqué ou s'il existe un doute diagnostique.

Les cholangiocarcinomes intra hépatiques

Généralités

Fréquence :

- 2^{eme} cancer primitif du foie après le carcinome hépatocellulaire.
- Pas très fréquent en Algérie, surtout pays industrialisés

Facteurs de risques :

- Infections parasitaires (Thaïlande, Corée)
- Infections virales
- Cholangite sclérosante primitive
- Lithiases intra hépatiques
- Maladie et syndrome de Caroli
- Syndrome métabolique

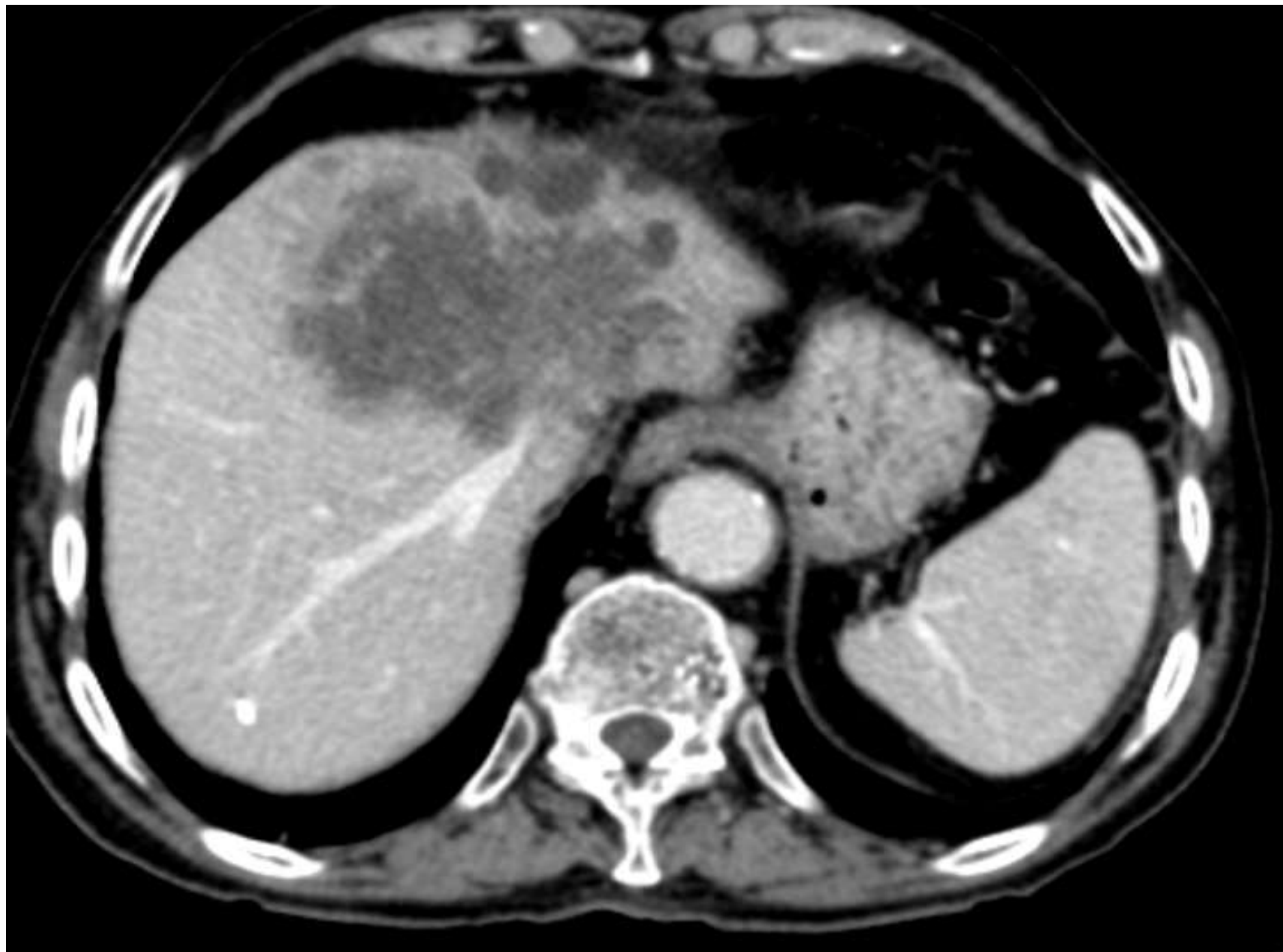
Clinique

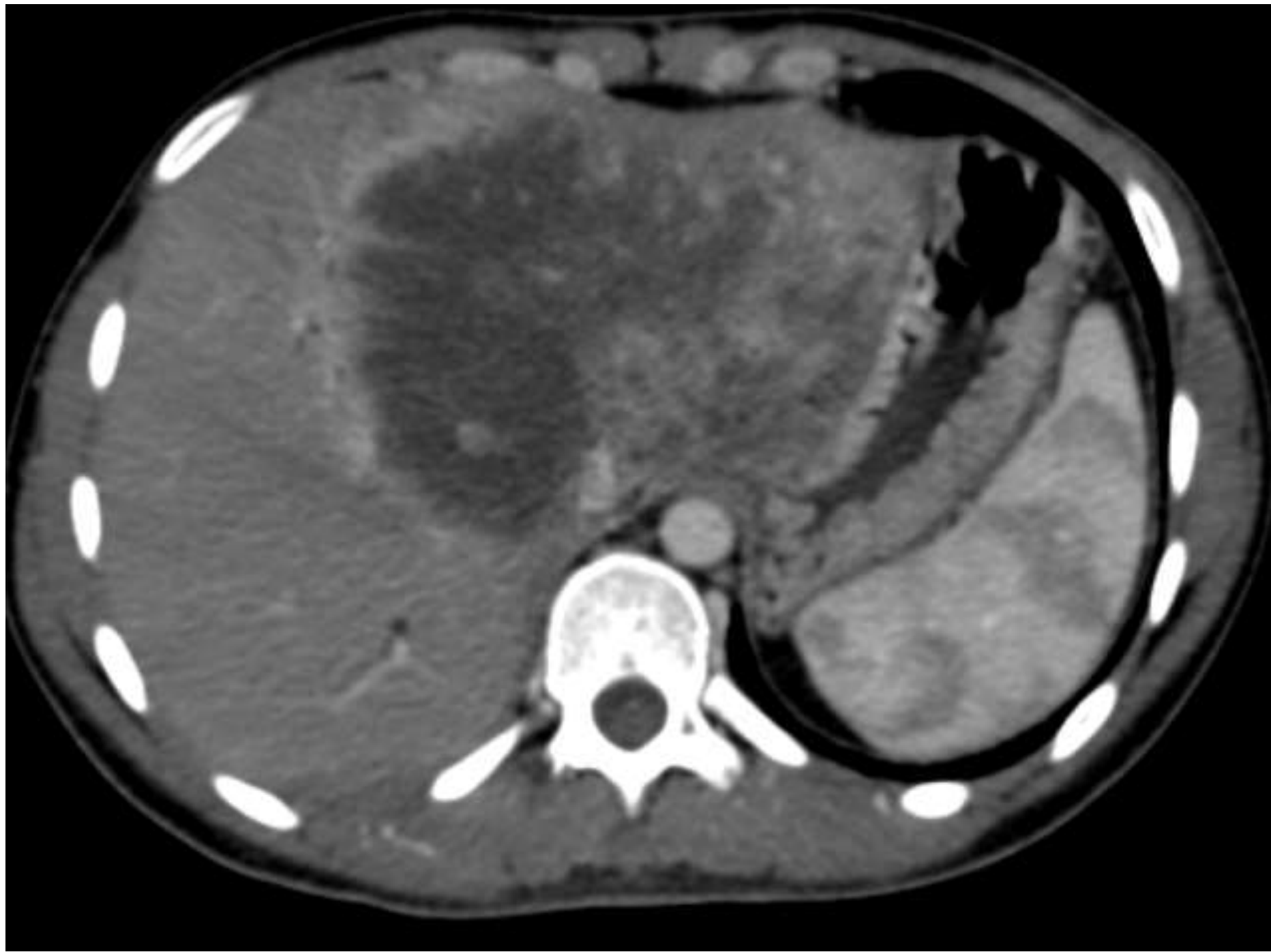
- Pauvre
- Diagnostic souvent à un stade tardif
- Douleur, Masse abdominale
- Compression gastrique
- L'ictère est rare, apparaît si envahissement de la convergence biliaire

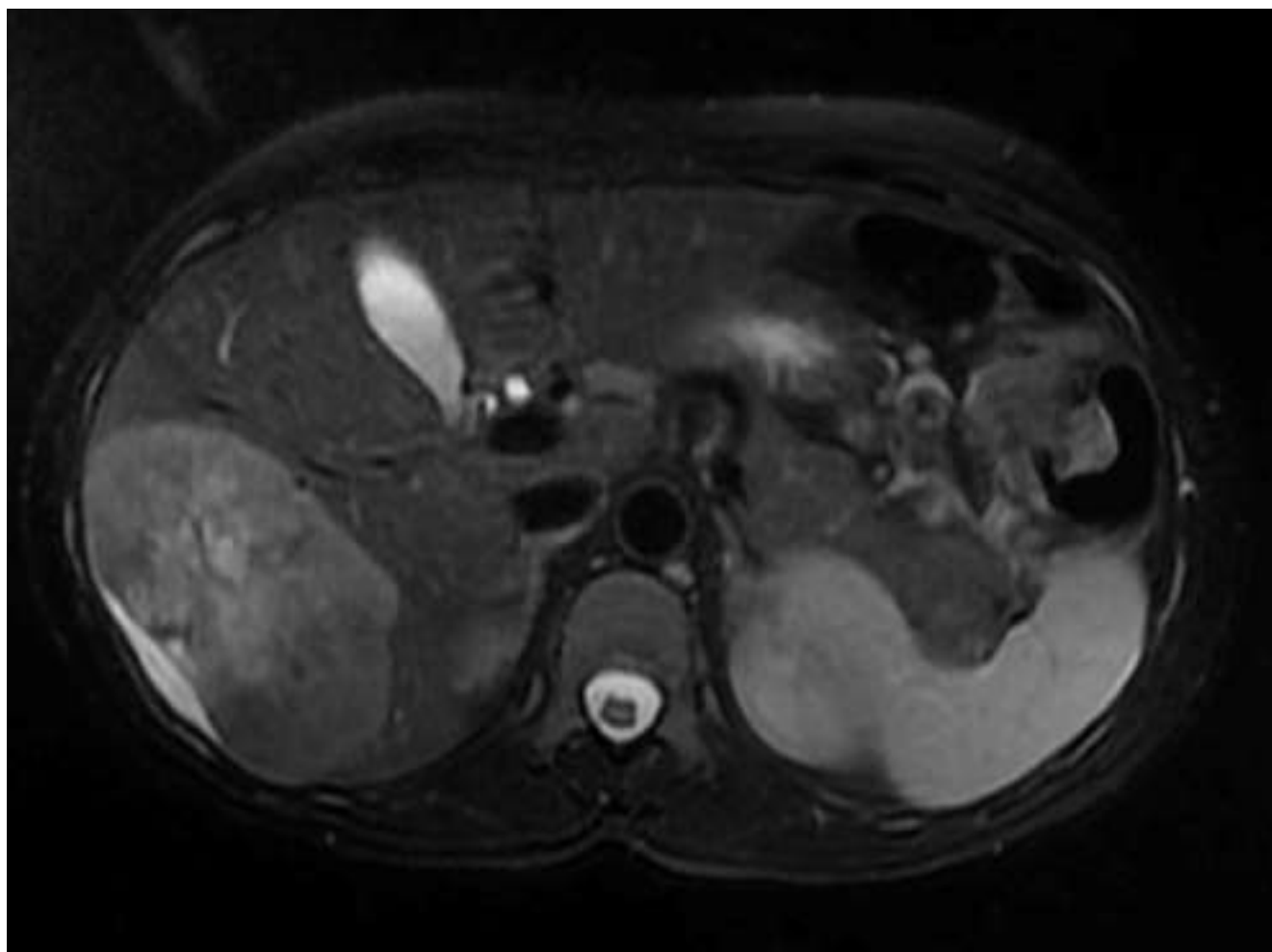
Diagnostic

- **Echographie:** Masse polylobée, hétérogène, présence de nodules satellites.
- **TDM:** lésion non encapsulée , rehaussement périphérique, rétraction capsulaire: caractérisation de la lésion, rapports vasculaires, bilan d'extension (métastases à distance)
- **IRM:** en cas d'ictère pour apprécier l'infiltration de la convergence biliaire









Traitement

Le traitement curatif est chirurgical +++

Tumeur resecable:

Hépatectomie + curage ganglionnaire (cancer très lymphophile)

La résécabilité est jugée sur les examens morphologiques

Tumeur non resecable:

Biopsie tumorale + chimiothérapie

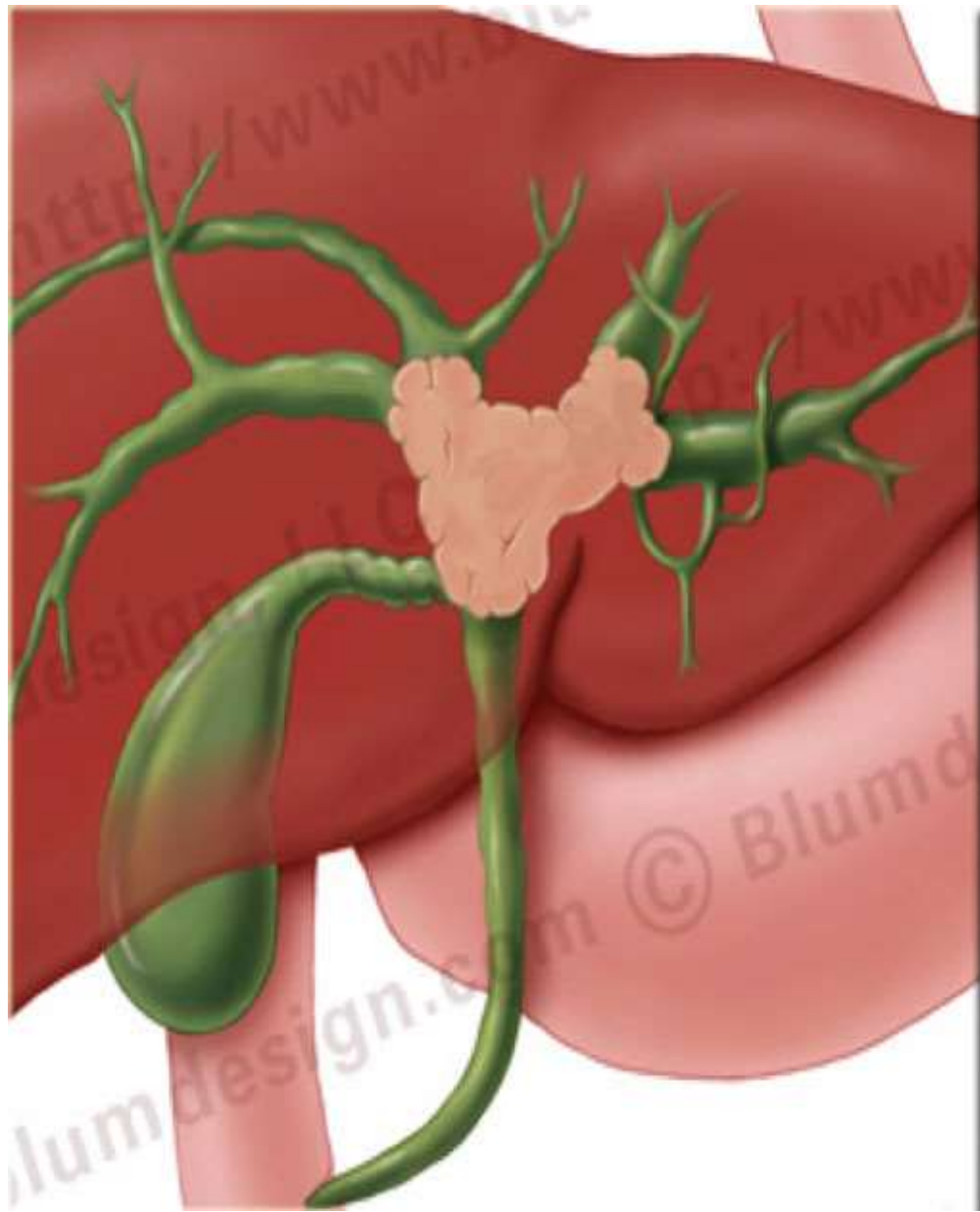
Drainage de l'ictère si présent

Pronostic

Si résection: 20 à 30 % de survie à 5 ans

Si pas de resection : la survie ne dépasse pas les 09 mois

Cholangiocarcinomes hilaires



Facteurs de risques

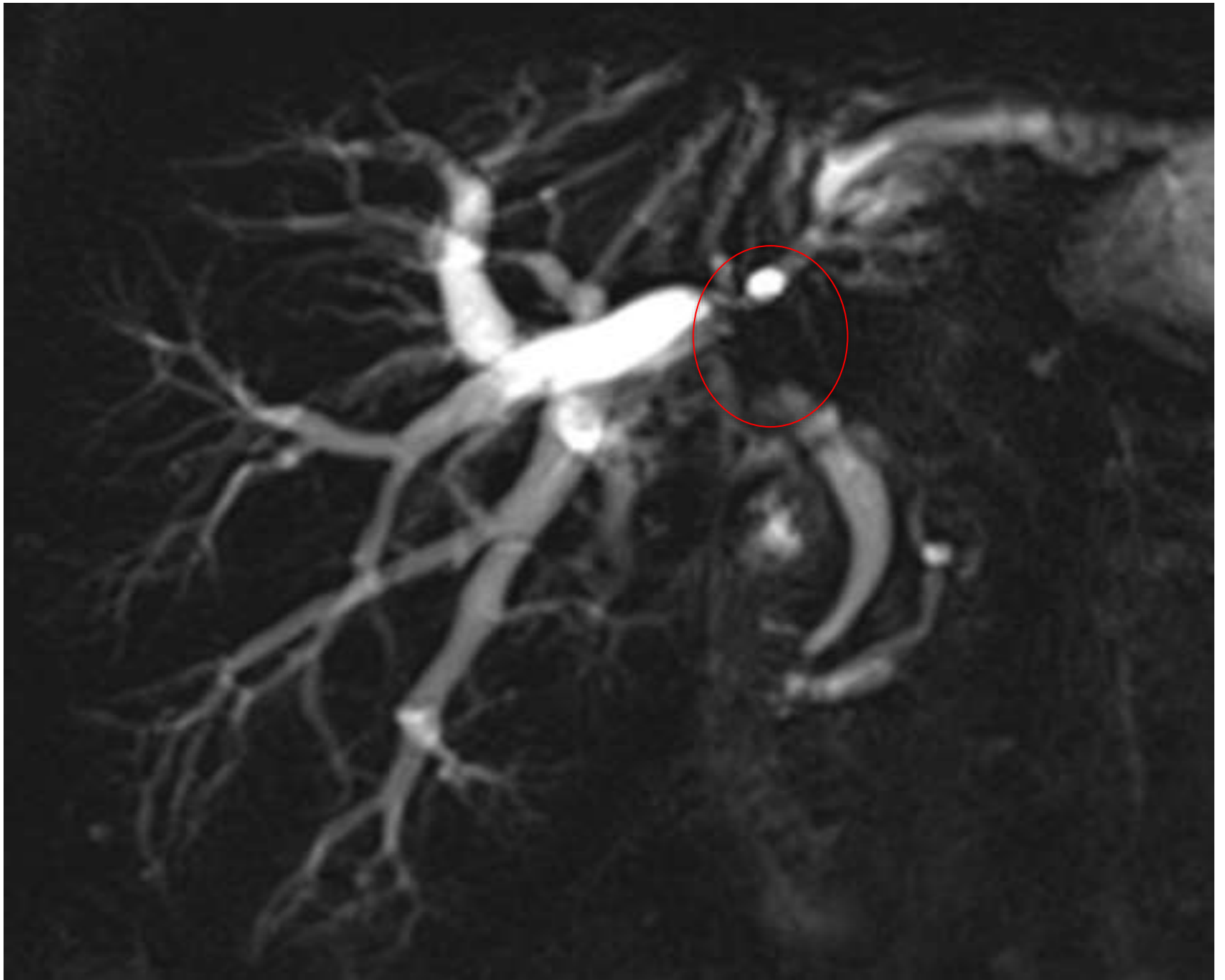
- Idem à toutes les tumeurs biliaires

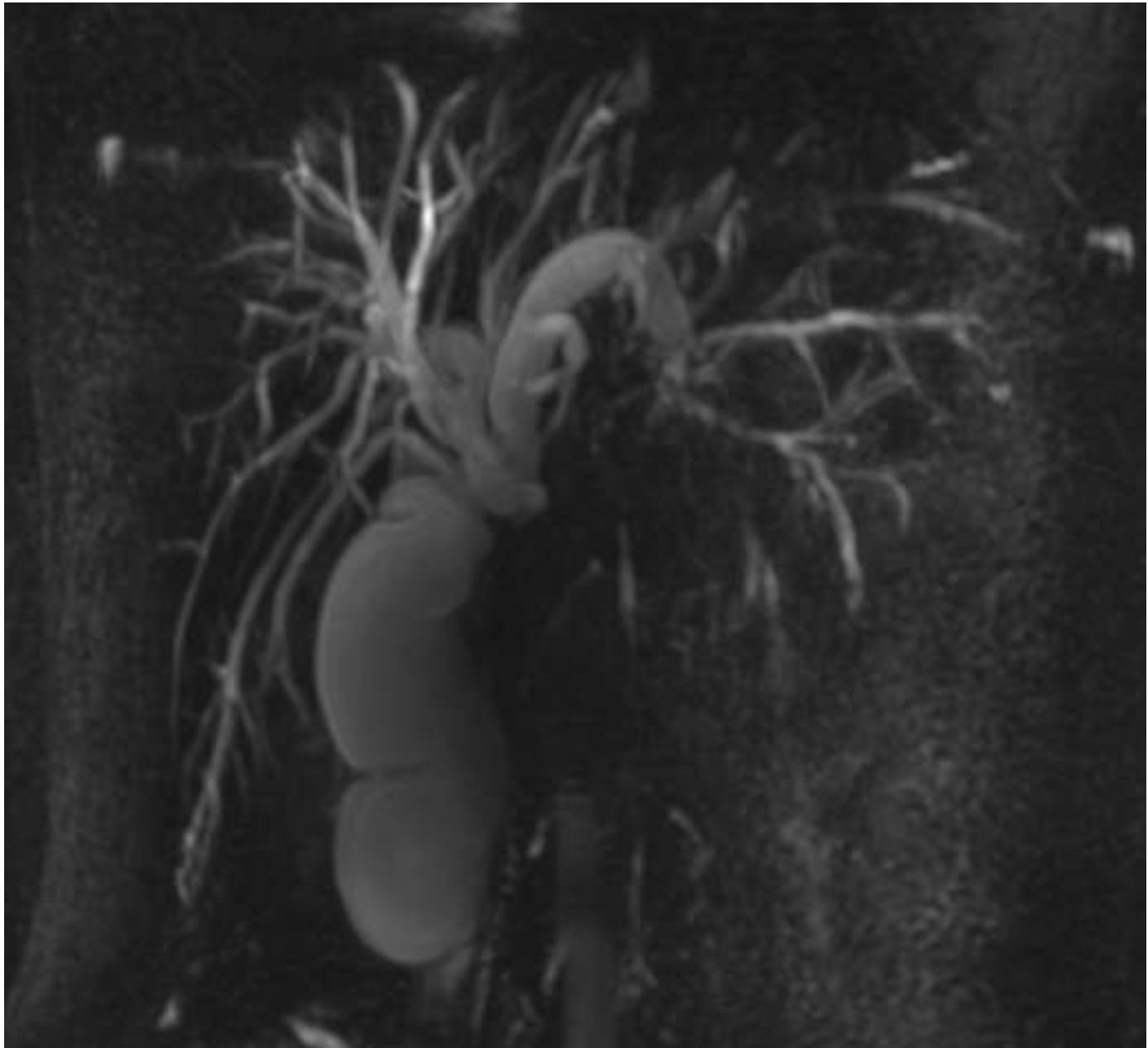
Clinique

- Ictère nu
- Evoluant d'un seul tenant
- Pas de vésicule palpable
- Parfois tableau d'angiocholite

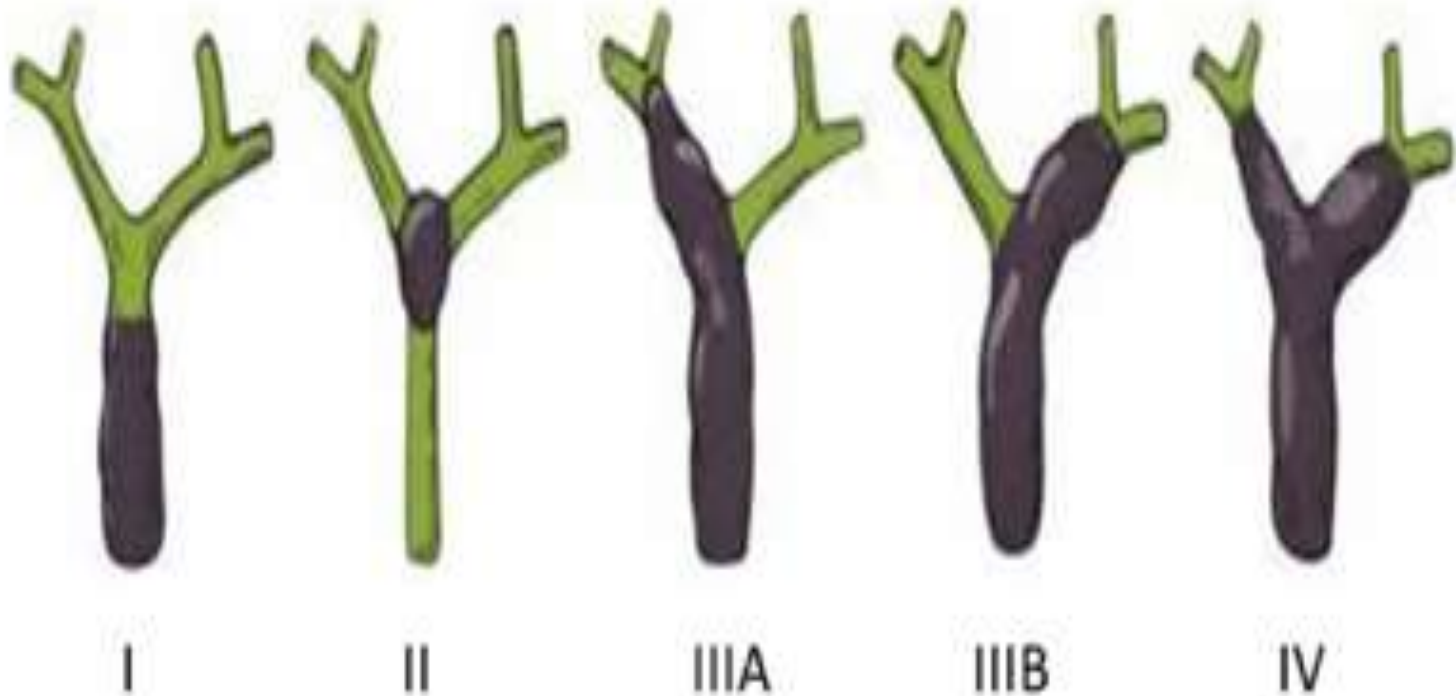
Diagnostic

- **Echographie:** dilatation des VBH
- **TDM APC:**
 - Visualise la tumeur
 - Etudie les rapports vasculaires
 - Evalue le bilan d'extension(meta , ADP)
- **IRM:** situation tumorale et classification





Classification de Bismuth et Corelette



Traitement

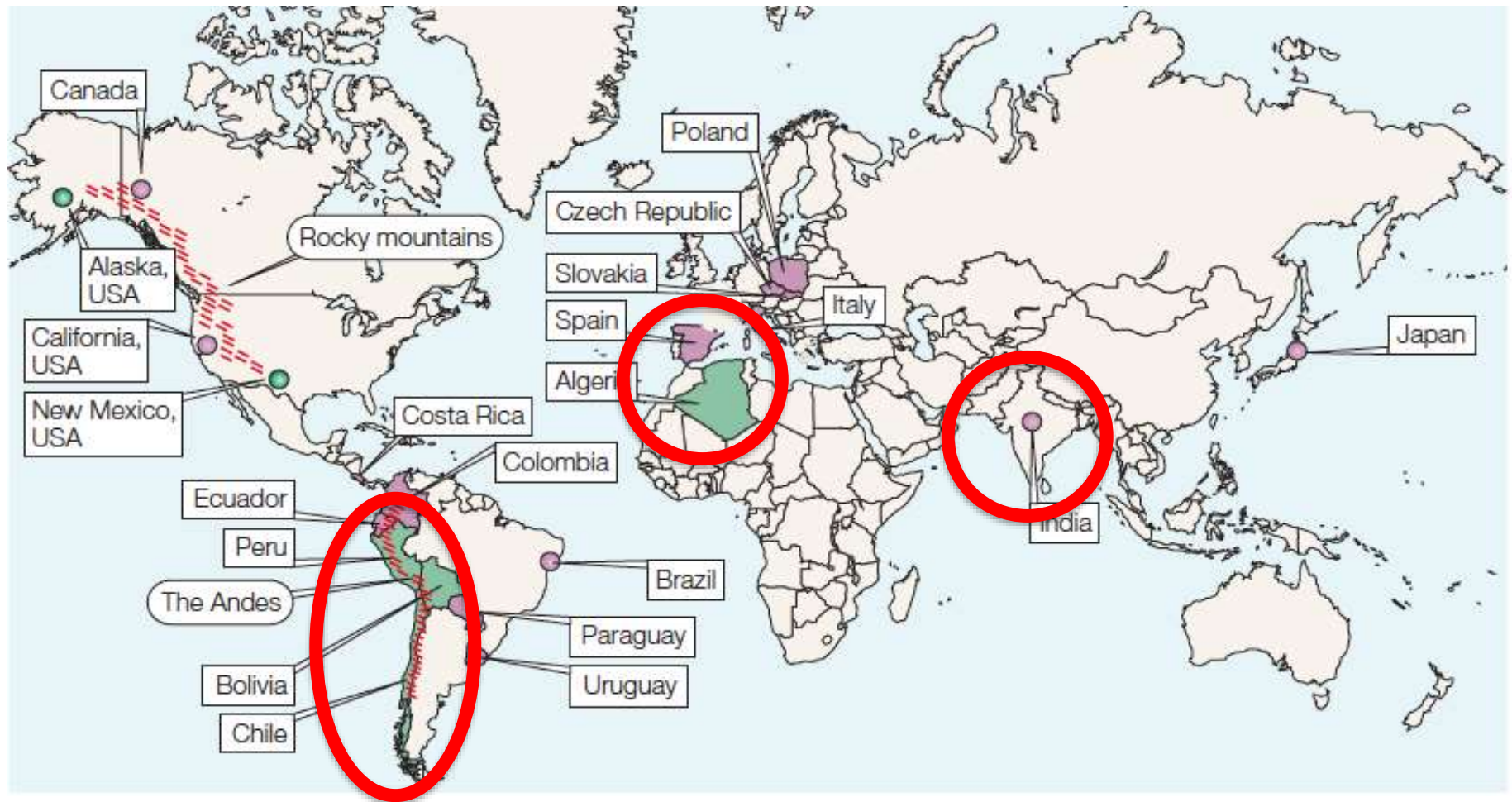
- Drainer l'ictère avant chirurgie +++
- Patient résécable: Hépatectomie + résection de la VBP et curage ganglionnaire (chirurgie majeure)
- Patient non résécable: drainage de l'ictère et chimiothérapie après preuve histologique

Pronostic

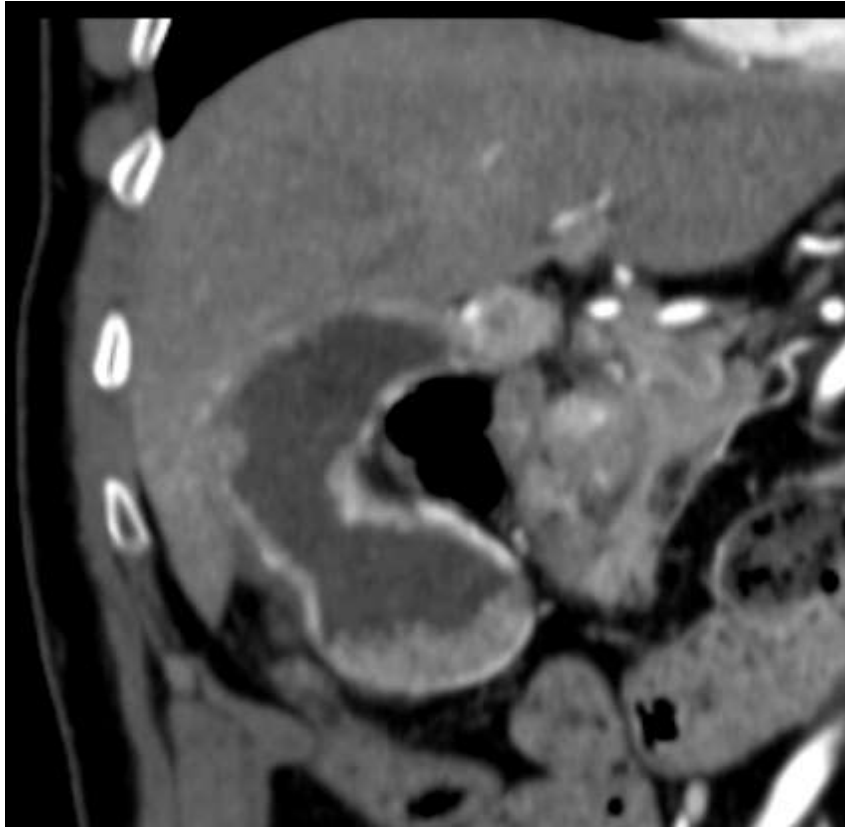
- Si résection 30 % de survie à 5 ans
- Si pas de résection : 06 mois de survie

Cancer de la vésicule biliaire

Incidence dans le monde



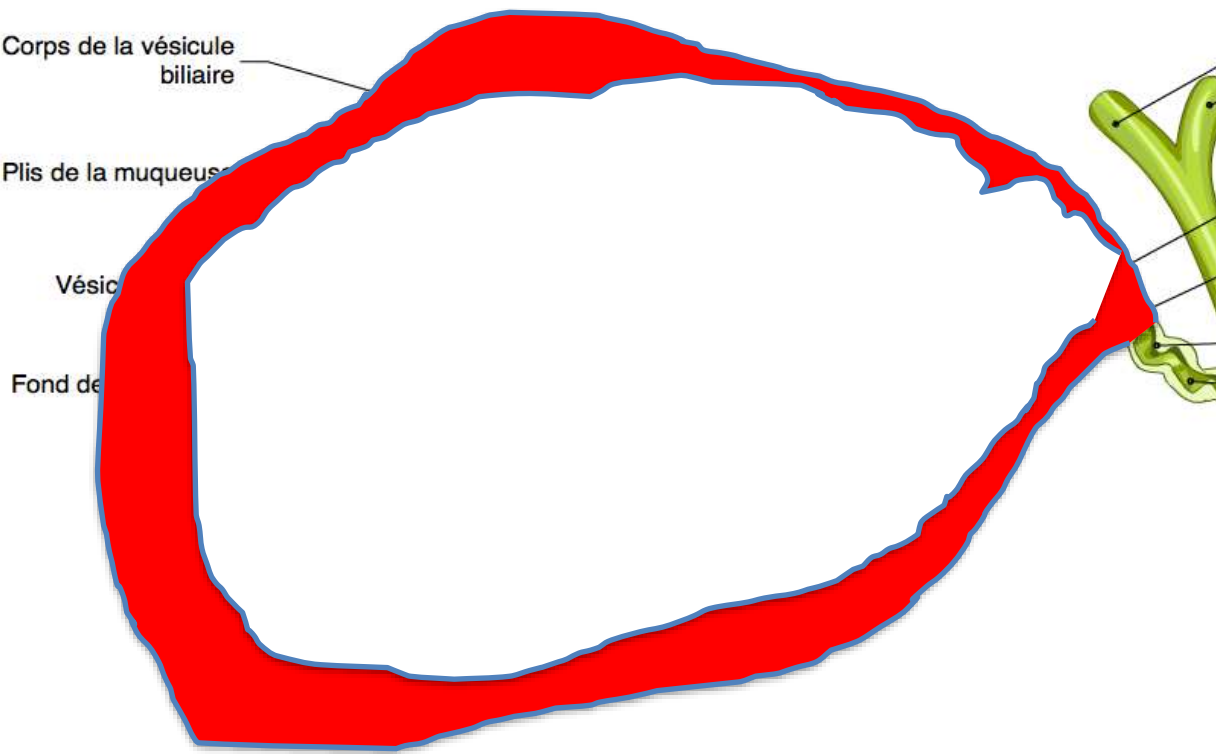
Le CVB; 02 entités:



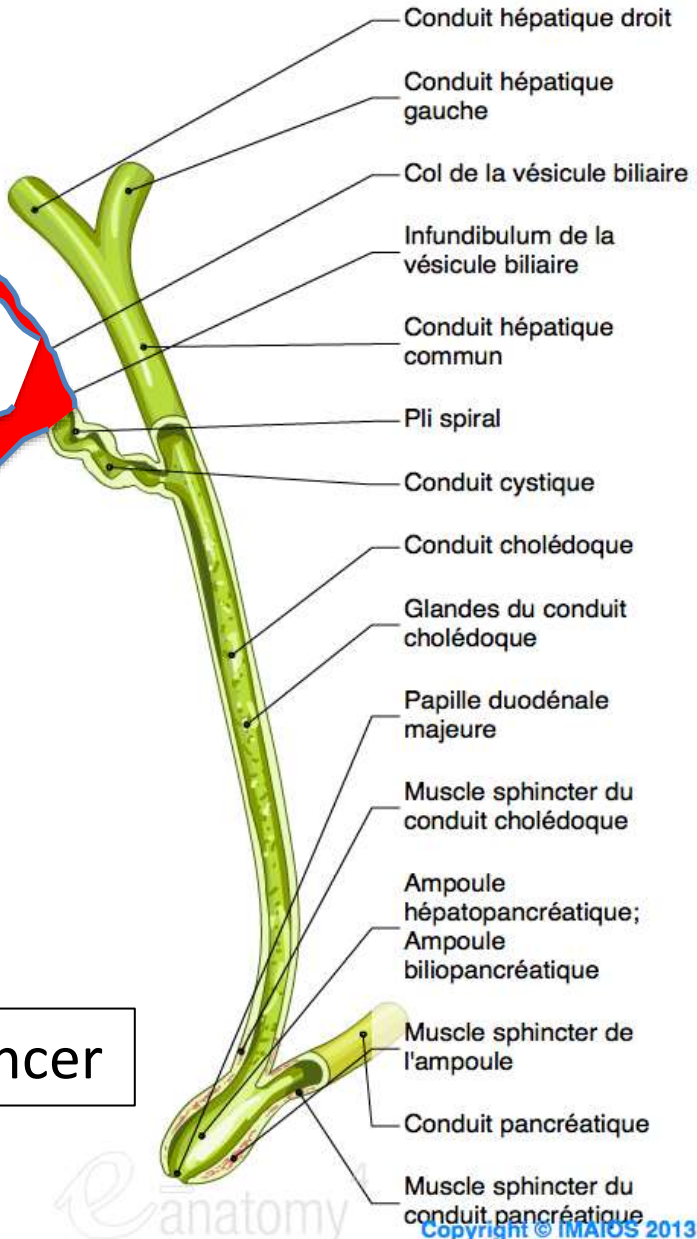
Douleur
Ictère (stade avancé)



0.1- 0.3 % de toutes les
cholécystectomies.
> 50 % des patients opérés



Inflammation chronique: lit du cancer



Diagnostic

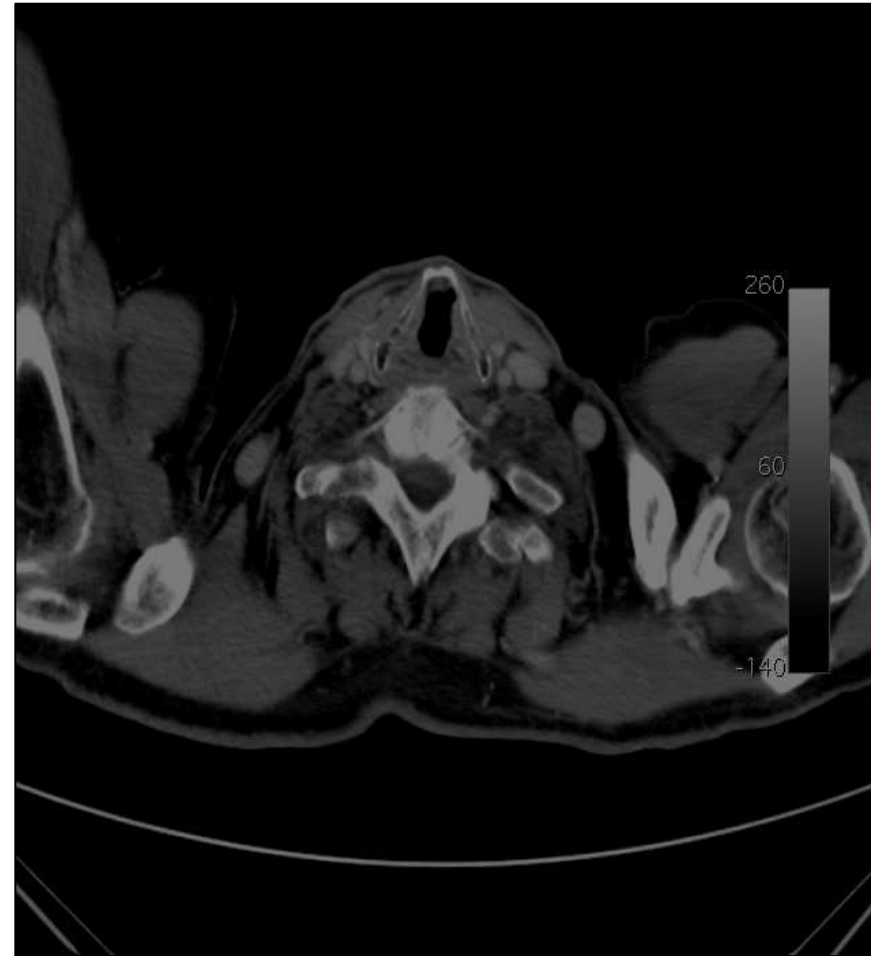
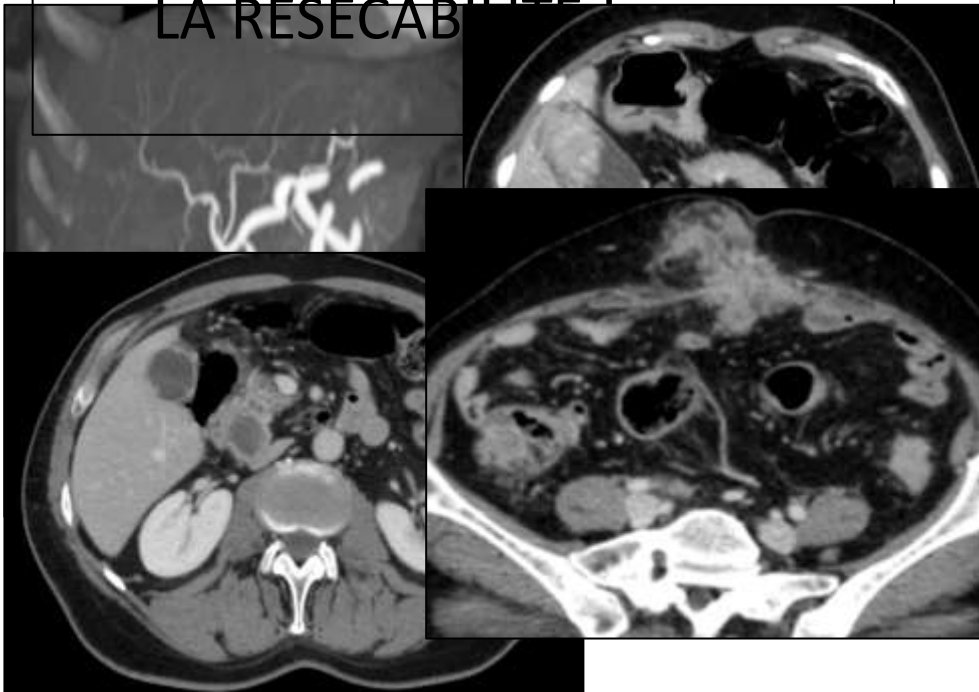
- **Echographie:** bourgeon tumoral de la vésicule biliaire, infiltration hépatique
- **TDM +++++:** la tumeur, l'infiltration, les vaisseaux, les métastases
- **IRM :** si ictère

Evaluation pré thérapeutique: Imagerie

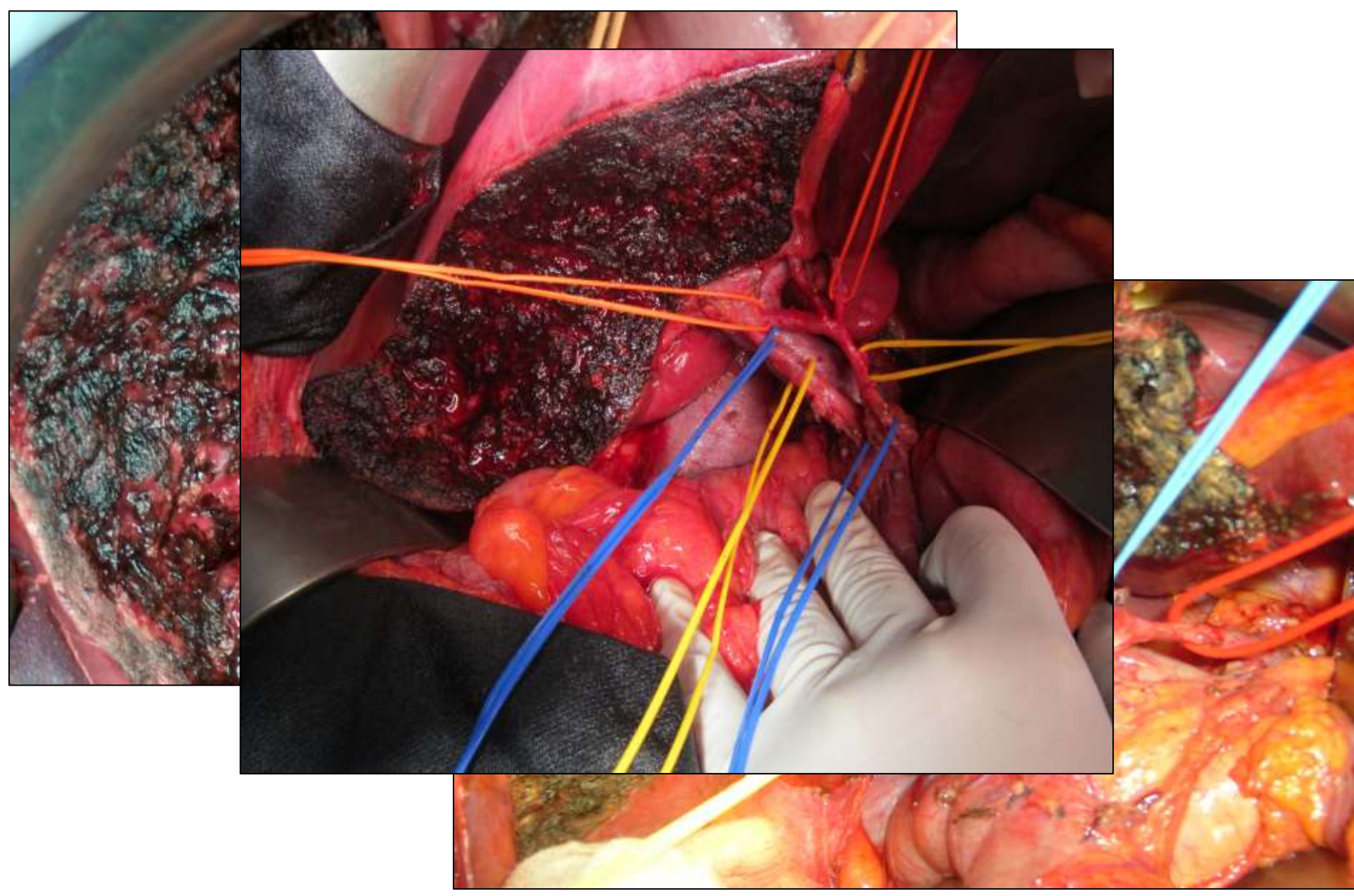
Tomodensitométrie TAP:

- Triphasique
- La tumeur
- Les variantes vasculaires
- Les ADP
- Les méta hépatiques et à distance
- La carcinose

LA RESECABILITE



Arme thérapeutique principale: la chirurgie



Cancer découvert sur pièce de cholécystectomie

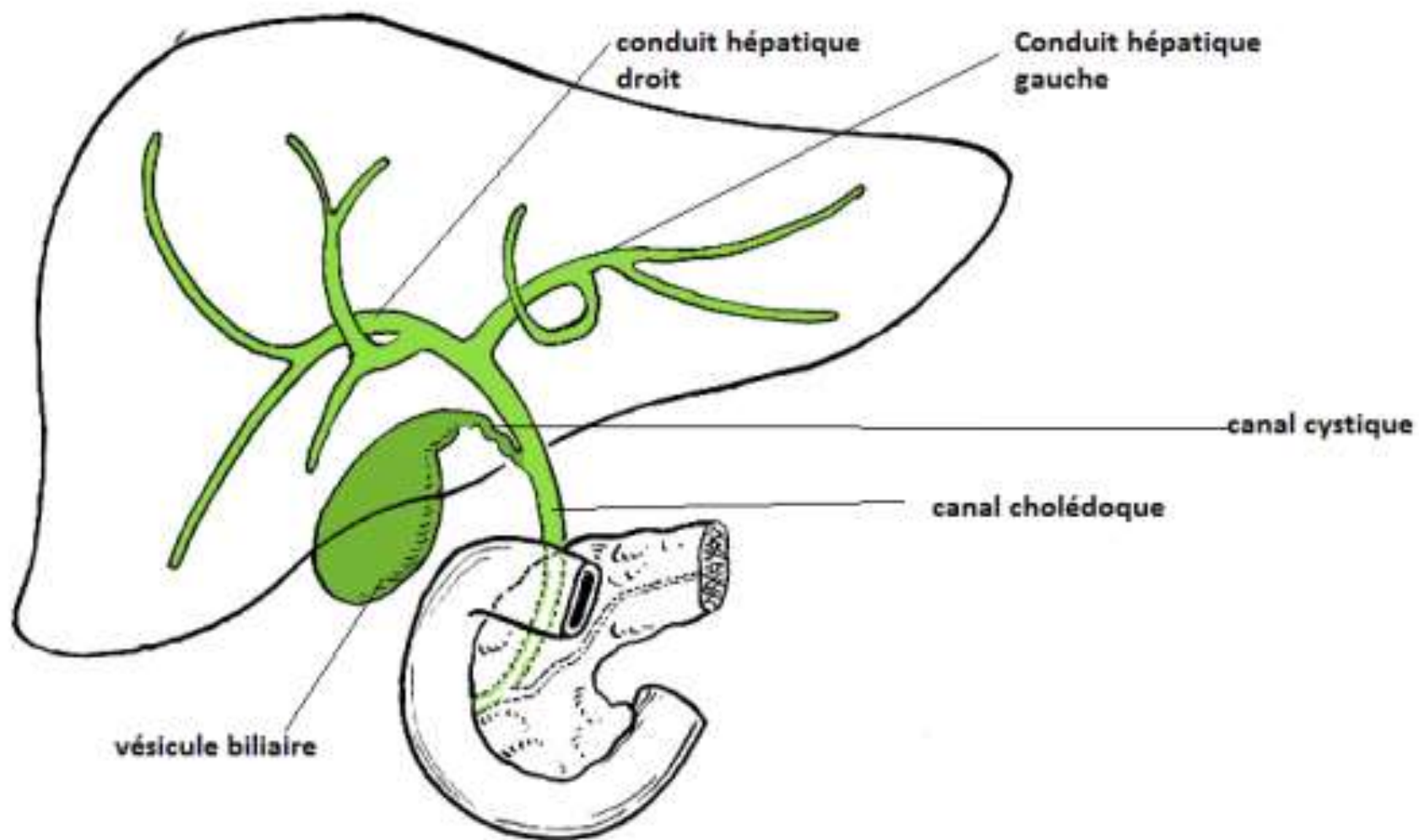
- Examiner la pièce de cholécystectomie
- Envoyer la vésicule à l'anapath
- Après le diagnostic;
- Réétudier le compte rendu anapath
- Dès l'infiltration de la musculuse, une chirurgie complémentaire est recommandée: résection hépatique et curage ganglionnaire
- Résultats meilleurs+++++

Traitement médical et pronostic

- Adjuvant : aucun standard
- Palliatif: chimiothérapie
survie 06 à 09 mois

Curatif: dépend du stade: 30 – 40% à 05 ans

Cholangiocarcinomes de la VBP



Voies biliaires : ensemble des conduits qui drainent vers le tube digestif la bile sécrétée par le foie.

On distingue :

- la voie biliaire principale (V.B.P.), fonction : drainage
- la voie biliaire accessoire (V.B.A.), fonction : stockage, concentration de la bile

Facteurs de risque

- Idem à toutes les tumeurs biliaires

Clinique

- Maitre symptôme: ICTERE +++++
- Douleur: signe péjoratif (infiltration des fillets nerveux)
- Si tumeur du 1/3 inf :

LOI DE COURVOISIER- TERRIER:

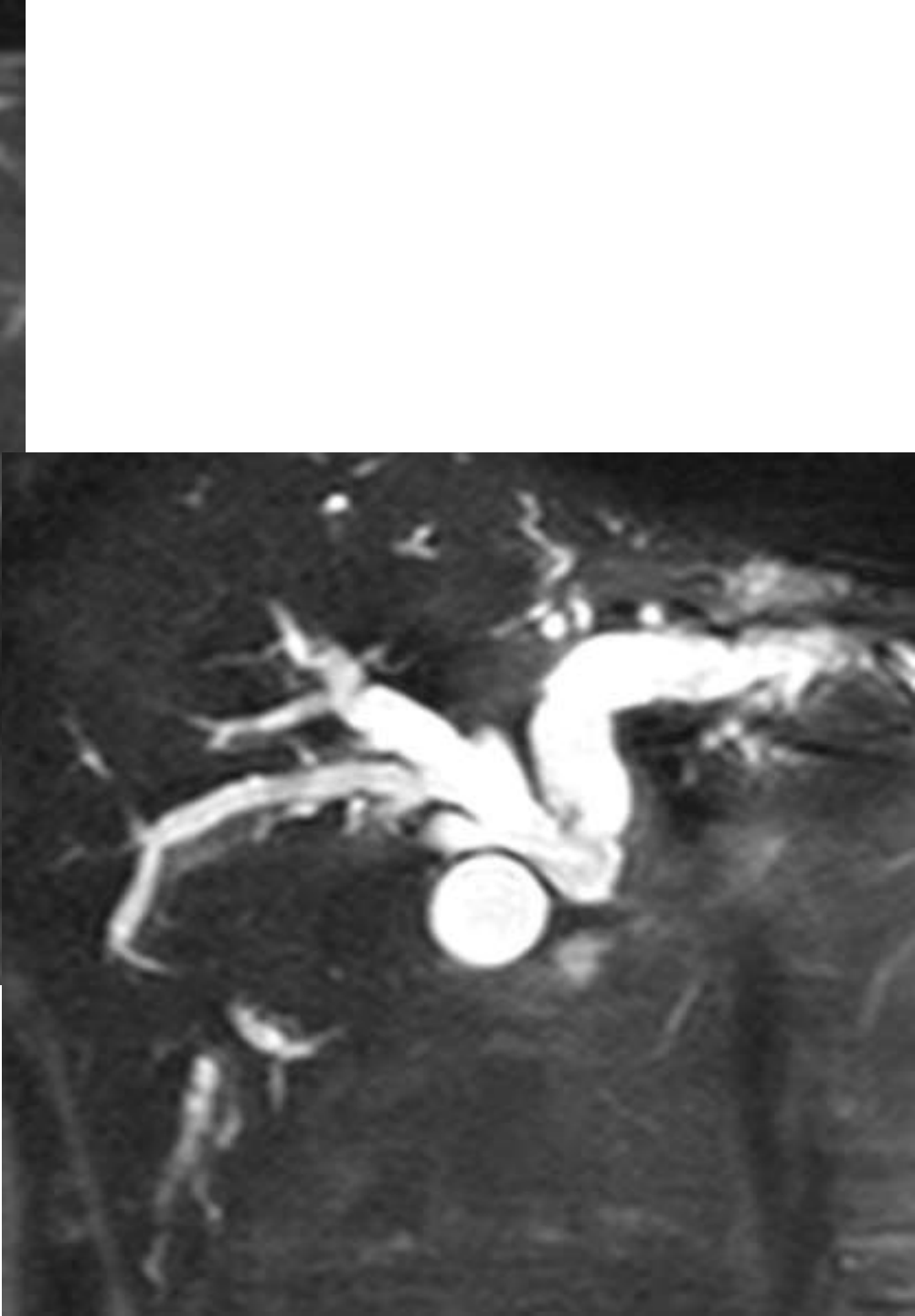
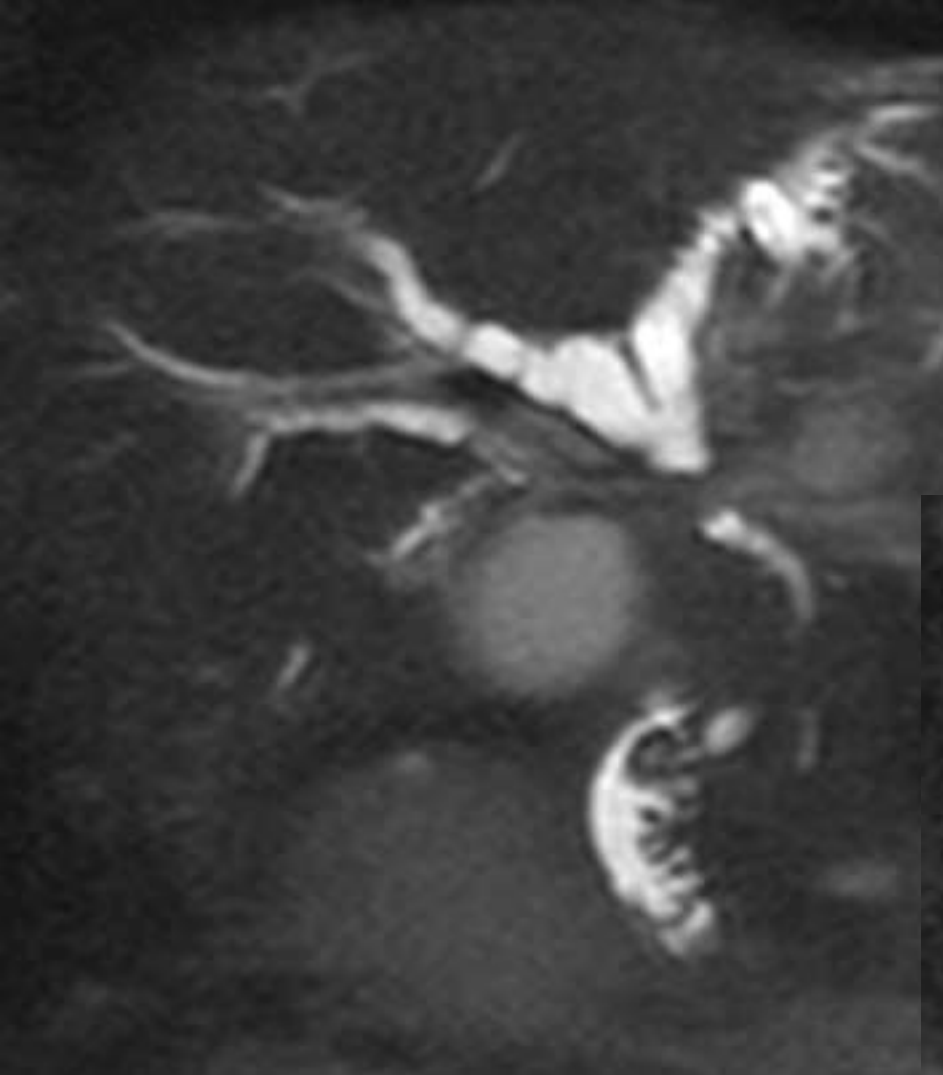
ICTÈRE + GROSSE VÉSICULE

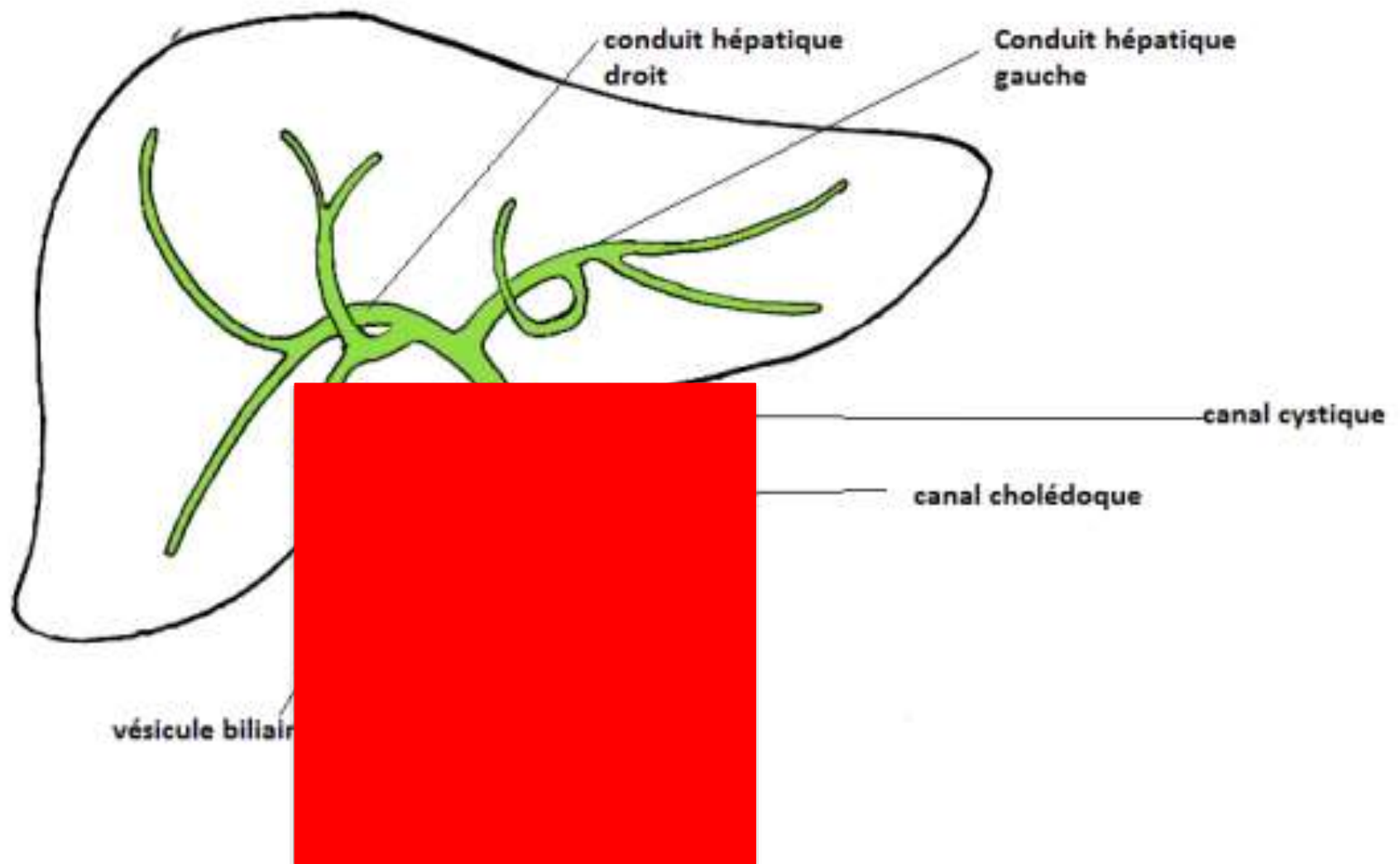


ICTERE + GROSSE VESICULE PALPABLE = OBSTACLE TUMORAL DU
CARREFFOUR BILIO PANCREATIQUE
LOI DE COURVOISIER – TERRIER

Diagnostic

- **Echo:** dilatation des voies biliaires
- **TDM:** la tumeur, les ADP, les métastases
- **IRM:** le niveau lésionnel

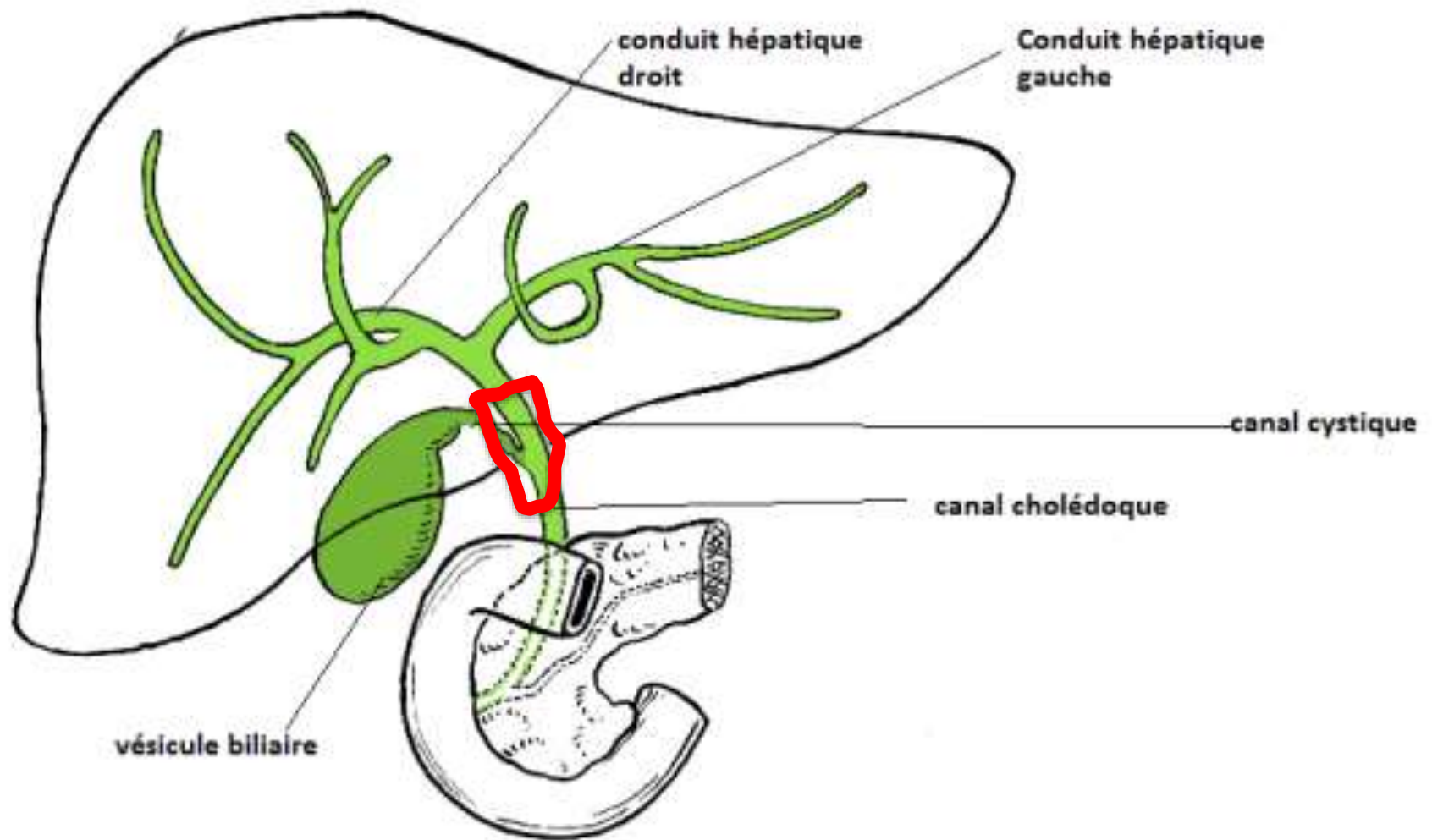




Voies biliaires : ensemble des conduits qui drainent vers le tube digestif la bile sécrétée par le foie.

On distingue :

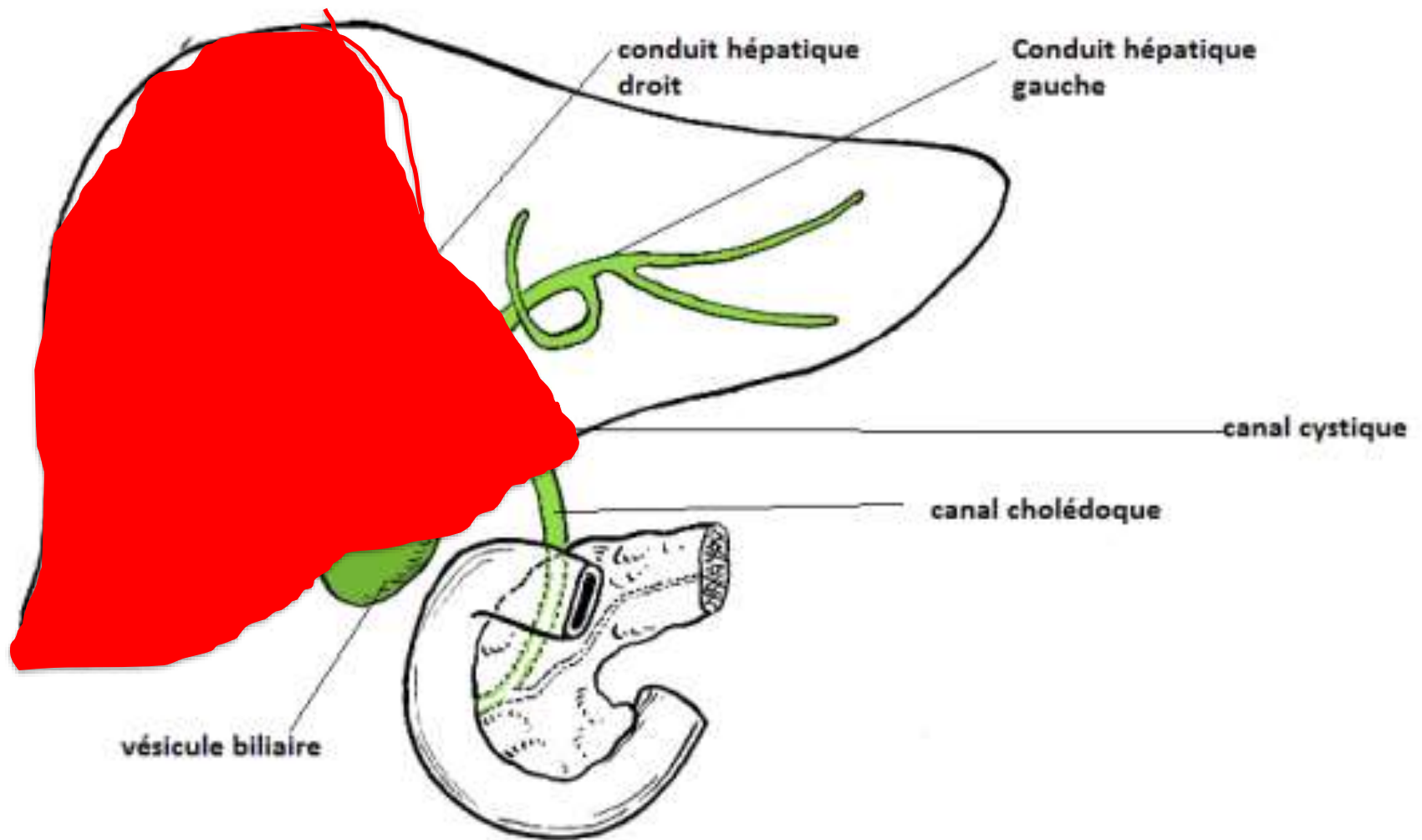
- la voie biliaire principale (V.B.P.), fonction : drainage
- la voie biliaire accessoire (V.B.A.), fonction : stockage, concentration de la bile



Voies biliaires : ensemble des conduits qui drainent vers le tube digestif la bile sécrétée par le foie.

On distingue :

- la voie biliaire principale (V.B.P.), fonction : drainage
- la voie biliaire accessoire (V.B.A.), fonction : stockage, concentration de la bile



Voies biliaires : ensemble des conduits qui drainent vers le tube digestif la bile sécrétée par le foie.

On distingue :

- la voie biliaire principale (V.B.P.), fonction : drainage
- la voie biliaire accessoire (V.B.A.), fonction : stockage, concentration de la bile

Pronostic

- Si chirurgie curative: 20 % à 5 ans
- Si pas de chirurgie: 06 mois

Conclusion

- Cancers de mauvais pronostic
- La chirurgie est le traitement potentiellement curateur associant une résection hépatique et un curage ganglionnaire
- Sans traitement, la survie ne dépasse pas les 06 mois