

Sténoses d'origine indéterminée des voies biliaires de l'adulte

- OBJECTIFS PEDAGOGIQUES
 - connaître les principales causes de sténose des voies biliaires
 - savoir utiliser les principaux moyens diagnostiques
 - connaître la place des traitements médicaux, endoscopiques ou radiologiques
 - connaître les indications de la chirurgie

LIENS D'INTÉRÊT

Boston SA, Ipsen, Olympus, Mauna Kéa Technologies

Sténoses des voies biliaires

Le niveau de la sténose est un élément clé

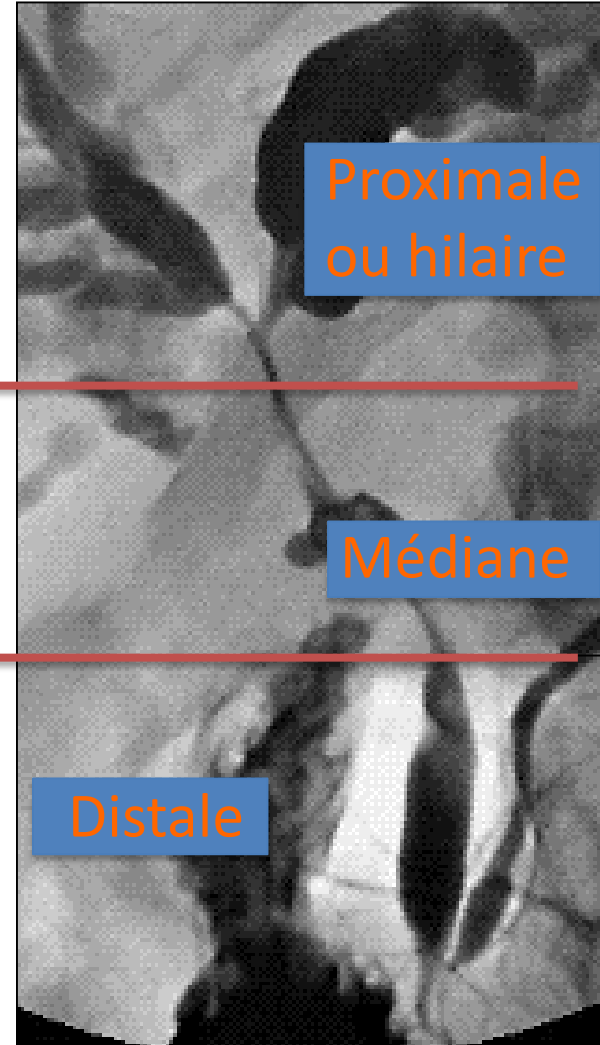
Sténoses biliaires
sus pancréatiques

Proximale
ou hilare

Médiane

Sténoses biliaires
intra pancréatiques

Distale



Sténoses sus-pancréatiques: quelles causes ?

Malignes (70%)

- **Cholangiocarcinomes (hilaires, VBP)**
- T. Vésiculaires
- T. hépatiques
- Métastases endobiliaires
- Métastases ganglionnaires compressives

Bénignes (30%)

Post-
opératoire

- **Post cholécystectomie**
- Transplantation, chirurgie de reconstruction biliaire

Inflammatoire

- Cholangite sclérosante primitive
- **Cholangite auto-immune**

Rares

- Cholangite HIV
- Cholangite chimio ou radioinduite
- Sd de Mirizzi
- Hypertension portale
- Tuberculose, sarcoïdose, ischémique

Cholangiocarcinome hilaire

Au moins aussi grave que l'adénocarcinome pancréatique

- Le seul traitement curatif est chirurgical mais
 - Chirurgie plus lourde : mortalité péri-opératoire : 5-10%
 - Hépatectomie → drainage préalable +/- préparation du foie
 - 10% des patients opérés sans diagnostic → sténose bénigne
- Pronostic = adénocarcinome pancréatique
 - Chirurgie → survie à 5 ans : 10-40% si R0N0, <10% si R1, <5% si N+
 - Si non opérable : ttt palliatif chimio (Gem + cisplat)

Cholangite autoimmune vs cholangioKc

Cholangite AI (30) CholangioKc (275)

Perte de poids	++ (67%)	+ (45%)
Ca19/9	+ (43%)	+++ (81%)
ACE	- (7%)	+ (29%)
EE		
- paroi épaissie	+++ (94%)	+ (30%)
- masse dans la VB	- (5%)	+++ (80%)
PCAI	+++ (83%)	- (10%)
IgG4 > 6N	+++ (87%)	- (16%)

Sténoses sus-pancréatiques: quels problèmes ?

**Cholangiocarcinome +++/Cholangite (AI + CSP) +
Résection biliaire + hépatectomie**

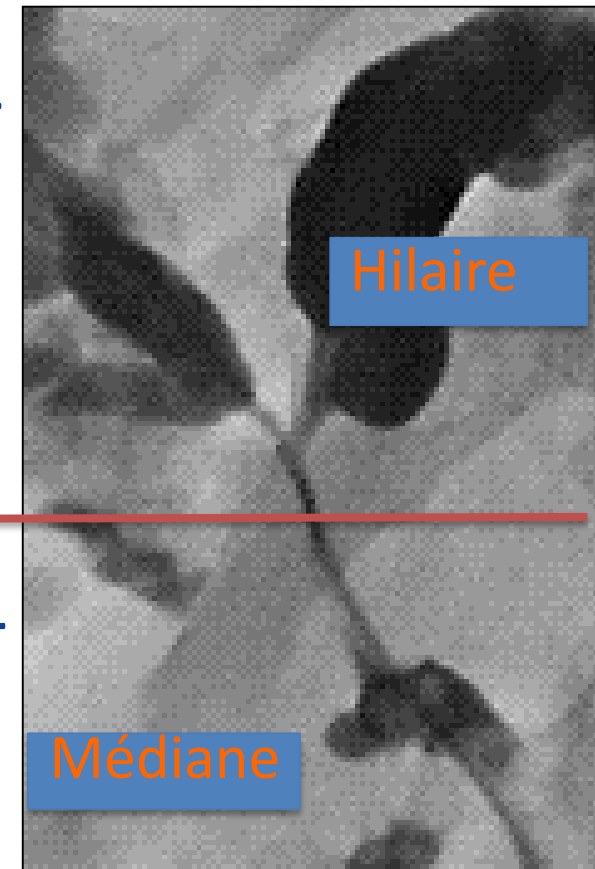
Drainage nécessaire mais difficile : KT vs radio, 1
ou 2 prothèses, choix du foie à drainer...

Problème diagnostic + thérapeutique

**Cholangiocarcinome ++ / Post-op +/-Cholangite +
Résection biliaire + curage GG**

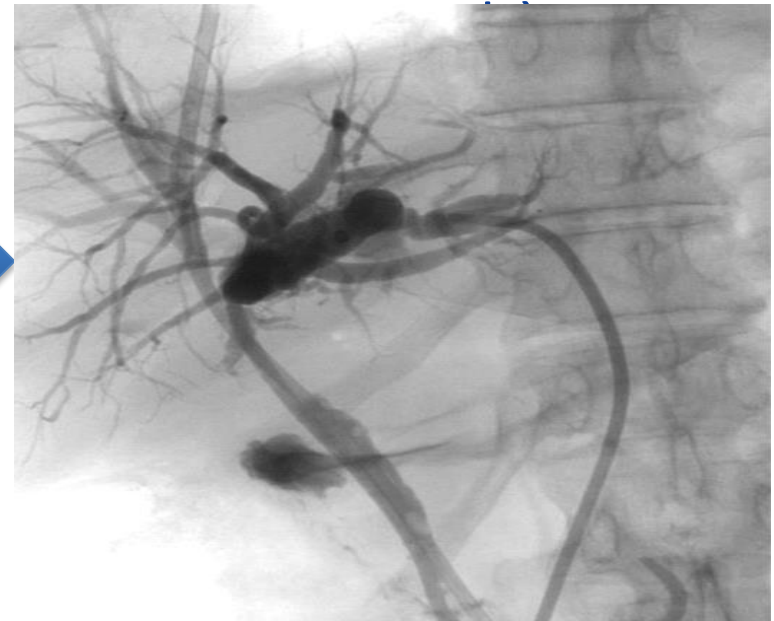
Drainage standard : KT, 1 prothèse

Problème diagnostic



Les sténoses du hile nécessitent une stratégie d'examens en incluant l'idée du traitement

La première urgence le drainage ?



La première urgence est la cartographie biliaire et le diagnostic, la deuxième le drainage

→ IRM avant KT +++

Sténoses sus-pancréatiques : quels examens ?

En première intention

	Rapidité d'obtention	Hauteur de la sténose	<i>Dc de nature</i>	Bilan vasc	Cartographie biliaire	Bilan métastatique
Echo	+++	++	+/-	+/-	+/-	+
TDM TAP	++	+++	+	++	+	+++
CP IRM	+	+++	+	+	+++ (hile)	++
EE + P	+	++	+++	+	-	++

TEP au 18F-FDG : intérêt reste à prouver

Sténoses sus-pancréatiques : quels examens ?

En première intention : EE avec ponction

- Matériel et technique adaptés:
 - Appareil de dernière génération +/- Sonovue ®
 - Éléments d'imagerie importants
 - Épaississement et/ou masse
 - Aspect de PCAI associée
 - Ascite ?
 - Ponction sur l'épaississement pariétal/masse ou sur un GG si transplantation discutée (contexte de CSP)
- Résultats de la ponction : méta-analyse de 957 patients
 - Morbidité 1%, Dissémination ?
 - Sensibilité 80% (↑ si masse), Spécificité 100%, VPN : 70%

Sténoses sus-pancréatiques : quels examens ?

En deuxième intention

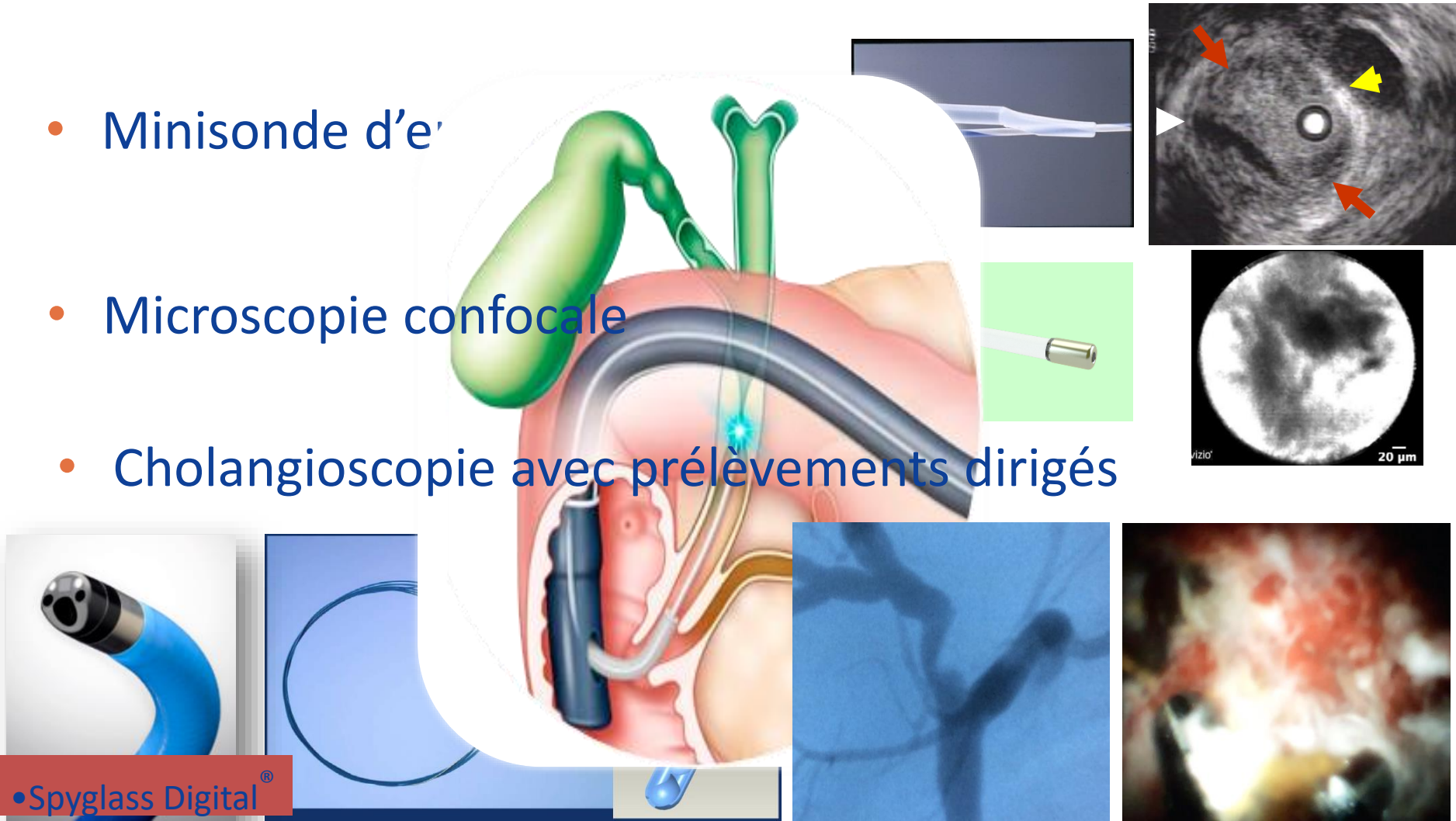
- CPRE
 - avec prélèvements endocanalaire
 - Association cytologie (brossage +/- aspiration bile) + biopsies
 - Sensibilité 70-80%, Spécificité < 100%, VPN 50-70%
 - avec explorations endocanalaire
(minisonde, microscopie confocale, cholédoscopie)
- Drainage radiologique ?
 - une alternative d'emblée pour les sténoses hilaires
 - succès, complications comparables à la CPRE
 - meilleure tolérance du patient pour la CPRE...

Essentiellement un problème de compétence du centre

Sténoses sus-pancréatiques : quels examens ?

Les explorations endocanaliaires ?

- Minisonde d'e
- Microscopie confocale
- Cholangioscopie avec prélèvements dirigés



Sténoses sus-pancréatiques : quels examens ?

Les explorations endocanalairees ?

	Dc de nature	Staging vasc	Staging canal	Faisab	Biblio	Coût équip kEuros	Coût unitaire Euros
MS	++	+	++	+++	++	90	200
Cellviz	++	-	-	++	++	78	400
SpyG	+++	-	+++	+	++	50	1800

Autres avantages :

- Equipement MS → console pour EE
- Équipement Cellvizio → console pour autres organes
- Equipement Spyglass → outil thérapeutique

En pratique après l'échographie

Patient avec chirurgie non exclue + sténose hilaire

→ angioscanner TAP et Bili IRM

Si chirurgie possible → EE + P

1) pas d'argument pour une cholangite autoimmune

→ KT + prélèvements + pose de prothèse adaptée

2) arguments pour une cholangite autoimmune

→ test tt corticoT ou KT + explo endocanalaire
(d'emblée ou après test corticoT)

En pratique après l'échographie

Patient avec chirurgie non exclue + sténose médiane

→ angioscanner TAP et EE + P

Si chirurgie possible

1) arguments pour cholangite autoimmune

→ test tt corticoT ou KT + explorations endocanaliaires (d'emblée ou après test corticoT)

2) arguments pour sténose post chirurgie :

→ KT + prélèvement + prothèse

3) pas d'argument pour cholangite AI ou post chirurgie :

→ KT + prélèvements + prothèse ou chirurgie d'emblée

Conclusion

- Devant un ictère l'échographie est urgente (24h) et doit affirmer le caractère obstructif et la hauteur de l'obstacle
- A l'issue la rapidité de réalisation et l'ordre des examens sont fondamentaux :
 - Les sténoses hilaires doivent être bilantées par IRM + angioscanner (< 72h) et EE+/- P
 - Les sténoses biliaires médianes doivent être bilantées par angioscanner et EE+/- P (< 72h)

Conclusion

- La décision de CPRE doit être bien pesée
 - Elle implique un drainage qui gêne les autres examens
 - Elle peut être délétère ou le drainage inadapté
 - Elle doit être idéalement couplée à l'EE +/- P
- Le recours aux techniques d'exploration endocanaliaires doit être envisagé **au cas par cas** en particulier pour les sténoses opérables avec un doute pour une lésion bénigne

Conclusion

- Si vous êtes prescripteurs soyez exigeants pour la rapidité de prise en charge pour les différents examens
- Si vous êtes centre référent soyez exigeants pour vos délais de RV...

• LES POINTS FORTS

- 1) L'ictère obstructif est une urgence diagnostique
- 2) En cas de sténose hilaire l'IRM est indispensable
- 3) Une chirurgie est à discuter avant tout drainage biliaire.
- 4) L'échoendoscopie avec ponction est au moins aussi efficace que le cathétérisme avec prélèvements pour le diagnostic de tumeur
- 5) Les explorations endocanaliaires améliorent la précision diagnostique des sténoses biliaires indéterminées, surtout en l'absence préalable de prothèse