



JFHOD
WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021
100 % digitales

PAYS INVITÉ : *Belgique*

La prévention



Obstacle biliaire tumoral distal (hors ampullome) : Quand et comment drainer ?

Dr Marine CAMUS

MCUPH, Sorbonne Université, APHP

Centre d'Endoscopie Digestive, Hôpital Saint Antoine

Centre de Recherche Saint Antoine, UMRS 938

DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants :
ALFASIGMA, BOSTON SCIENTIFIC, COOK MEDICAL, FUJIFILM, TILLOTTS | Autre : L

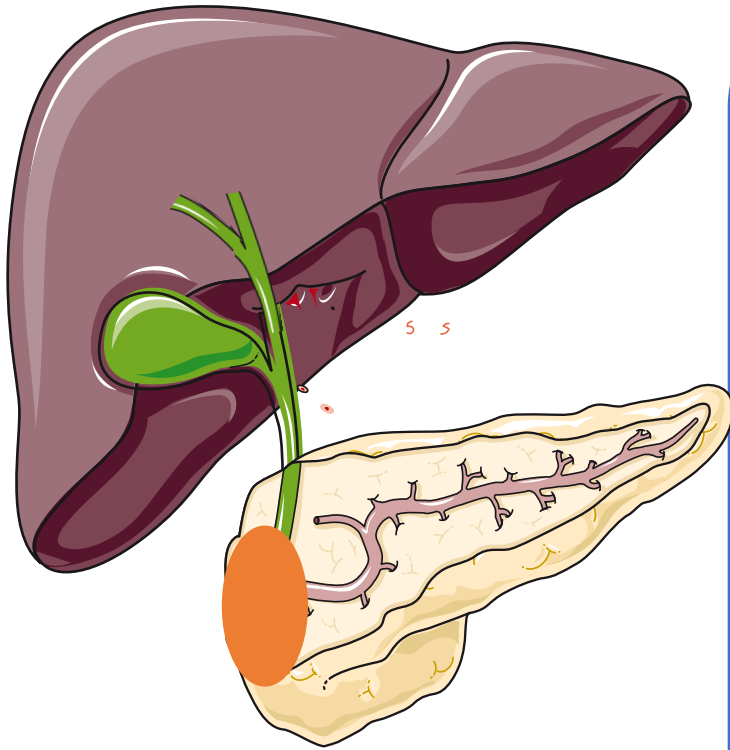
Objectifs pédagogiques

- Connaître le bilan morphologique avant le drainage biliaire
- Connaître les critères de non résécabilité
- Connaître les alternatives de drainage biliaire endoscopique
- Connaître leurs indications et complications respectives

Introduction

- L'obstruction biliaire distale maligne (OBDM) reste un défi diagnostique et thérapeutique qui nécessite une approche multidisciplinaire
 - Principales causes : adénocarcinome pancréatique et cholangiocarcinome distal
- L'association des symptômes cliniques, de la biologie, de l'imagerie et des examens endoscopiques aide à identifier la cause sous-jacente
 - Ne pas ignorer les pathologies bénignes : pathologie inflammatoire, sténose de PCC, ...
- 70 % des patients non éligibles à une chirurgie curative
 - Rôle crucial du drainage biliaire de qualité dans le traitement palliatif

Diagnostiques et diagnostics différentiels de l'OBDM



Extra-hépatique distal hors ampullome

Duodéno pancréatectomie céphalique

Morbidité > 20%

Mortalité 5%

Survie de 20 à 30% à 5 ans

Signes cliniques
Ictère, prurit, douleurs, AEG

Biologie
-Bilan hépatique complet
Bilirubine facteur prédictif de
pathologie maligne
-CA 19.9 Se 74%, faible Sp
-Créatinine, albumine

Imagerie
Echographie
TDM

IRM hépatique et biliaire
***Imagerie en coupe (TDM +/-
IRM) nécessaire avant toute
décision de drainage***

*Critères de
résécabilité*

< 180° envahissement
veine mésentérique
supérieure ou la veine
porte

Absence de contact
avec l'artère
mésentérique
supérieure, le tronc
coeliaque ou l'artère
hépatique commune

***Drainage
pré-opératoire ?***

*Problématiques
Diagnostics différentiels
bénins*

Patients
symptomatiques
nécessitant un drainage
sans diagnostic formel
sans histologie
définitive

***Traitement
médical/endoscopique
efficaces***

Diagnostics différentiels

	Imagerie	Preuve histologique	Diagnostic différentiel affections bénignes
Cancer du pancréas	Scanner > IRM/CP-IRM > Echographie	EEH + ponction (brossage lors CPRE)	Pancréatite auto-immune (biopsies de la papille, atteinte extrapancréatique, CTD d'épreuve) Pancréatite chronique
Cholangiocarcinome	IRM/CP-IRM > Scanner > Echographie	EEH + ponction CPRE + brossage + cytologie bile + biopsies endobiliaires à la pince Cholangioscopie	Cholangite sclérosante primitive Cholangite à IgG4 Autres cholangites (eosinophiles, VIH, ischémique, ...)
Métastases	Scanner > IRM/CP-IRM > Echographie	EEH + ponction	Tuberculose

Cancer du pancréas

- Echographie
 - Examen de 1ere intention devant un ictère
 - Se 82 à 86% (difficultés pour tumeur < 3 cm)
- Scanner
 - Facilement accessible, rapide et peu coûteux
 - Bilan d'extension local et régional, préférence des cliniciens pour évaluer la résecabilité préopératoire
 - Se 89 % à 95 % pour l'envahissement vasculaire pour établir la résecabilité
- IRM/CP-IRM avec gadolinium ou mangafodipir
 - Aussi sensible que la tomodensitométrie pour la détection du cancer du pancréas, le diagnostic et l'évaluation de l'atteinte vasculaire
 - Intéressant en cas de CI à l'injection de produit de contraste, rôle dans le bilan d'extension hépatique en cas d'opérabilité
- Echoendoscopie
 - Examen clef → preuve histologique avec Se 90%
 - Méta-analyse (11 études - 678 patients) plus grande sensibilité dans la détection des tumeurs que le scanner, y compris pour lésions < 3 cm
 - Se 92% Sp 96% pour le diagnostic du cancer du pancréas
- Brossage biliaire possible lors de la CPRE en cas d'indication d'un drainage biliaire
 - Se de 30 à 60% mais NPV faible

Cholangiocarcinome (CC) distal

Weilert F, et al. *Gastrointest Endosc* 2014
Ponchon T, et al. *Gastrointest Endosc* 1995
Mohamadnejad M, et al. *Gastrointest Endosc* 2011
ASGE Standards of Practice Committee, Anderson MA, et al.
Gastrointest Endosc 2013

- Rare <1% de l'ensemble des cancers
- CC distaux environ 20 à 40% des CC
- IRM +++
 - Séquences d'imagerie pondérées en T2 : niveau de sténose biliaire , Se 77 % à 86 % Sp 63 % à 98 %
 - Identifie caractéristiques évoquant malignité : sténose de plus de 1 cm de longueur, contours irréguliers
- CPRE rôle clef dans le diagnostic
 - Biopsies endobiliaires à la pince, brossage biliaire
 - Aspiration endocanalaire de la bile après biopsies et brossage pour analyse cytologique
- Echoendoscopie
 - Taux de détection de la tumeur plus élevé que le scanner et l'IRM
 - Rendement diagnostique élevé même chez les patients sans masse identifiable sur l'imagerie en coupes
 - Ponction d'une masse ou de ganglions lymphatiques régionaux
 - Se de la ponction significativement plus élevée dans le CC distal que dans le CC proximal : 81 % vs. 59 %
 - Se EEH ponction vs. CPRE similaire (79%) chez les patients atteints de CC distal

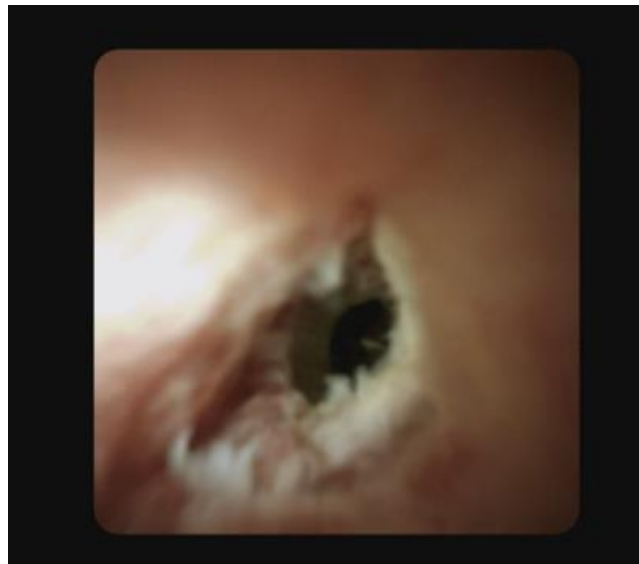
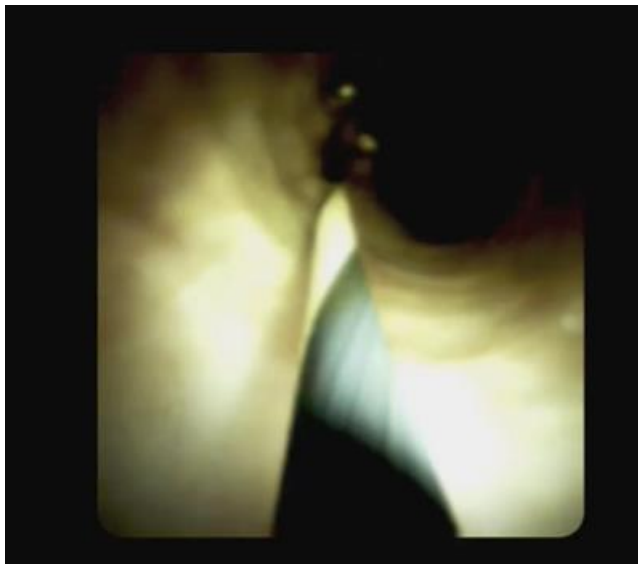
Technique	Sensibilité
Brossage biliaire	43-45%
Biopsies endobiliaires	30-48%
Combinaison	59 à 63%

Quelles alternatives en cas de suspicion d'OBDM basée sur la clinique, l'imagerie ou l'endoscopie (CPRE, échoendoscopie) sans preuve histologique via les techniques standards d'échoendoscopie ponction ou de CPRE (brossage, biopsies endobiliaires) ?

Diagnostic endoscopique avancé

- Cholangioscopie

- Visualisation directe de l'arbre biliaire, biopsies possibles → preuve histologique
- Cholangiopancréatoscopie à usage unique en version numérique (Spyglass DSII™, Boston Scientific)
 - Se de 85% (visualisation) et 57% (biopsies-preuve histologique)
 - Sp 100% diagnostic des sténoses indéterminées
 - 1 ECR (Spyglass DSII™ vs. CPRE + brossage) : Se du premier échantillon significativement plus élevée pour le Spyglass (68,2%) vs. CPRE (21,4%, P <0,01)
- Cholangioscopie directe avec un endoscope de petit calibre (naso-gastroscope) possible



Diagnostic endoscopique avancé

- Echographie endo-canalaire par mini-sonde
 - Mini-sonde ultrasonore radiale spécifique à travers le duodéno-scopie
 - Absence de biopsies possibles
 - Arrêt de la technique : coût élevé, fragilité et durée de vie des mini-sondes
- Endomicroscopie confocale
 - Minisonde endobiliaire dédiée réutilisable, passée au travers du duodéno-scopie lors de la CPRE, après l'administration de fluoresceine par voie IV
 - Images dynamiques de l'épithélium biliaire à une « échelle histologique »
 - Initialement prometteuse, technique coûteuse, non utilisée en pratique
 - courbe d'apprentissage sur l'interprétation de l'image, classification développée peu aisée d'utilisation et interprétation des images rendu difficile en cas de prothèse biliaire

Diagnostic endoscopique avancé

- Echographie endo-canalaire par mini-sonde
 - Mini-sonde ultrasonore radiale spécifique à travers le duodéno-scopie
 - Absence de biopsies possibles
 - Arrêt de la technique : coût élevé, fragilité et durée de vie des mini-sondes
- Endomicroscopie confocale
 - Minisonde endobiliaire dédiée réutilisable, passée au travers du duodéno-scopie lors de la CPRE, après l'administration de fluoresceine par voie IV
 - Images dynamiques de l'épithélium biliaire à une « échelle histologique »
 - Initialement prometteuse, technique coûteuse, non utilisée en pratique
 - courbe d'apprentissage sur l'interprétation de l'image, classification développée peu aisée d'utilisation et interprétation des images rendu difficile en cas de prothèse biliaire

Suspicion d'obstruction biliaire

- Clinique

- Biologie

- Echographie abdominale

Scanner +/- IRM

Masse tumorale

Absence de masse tumorale

Résécable

Non-résécable

EEH +/- ponction
(néo-adjuvant)

Exclure PAI - Chirurgie
d'emblée peut être
discutée

EEH + ponction

EEH +/- ponction si cible accessible

CPRE avec brossage + biopsies endo
biliaires

Cholangioscopie avec biopsies
en 2nd intention

**Lésion maligne bilio-pancréatique
Suspectée ou prouvée**

Résécable

Non-résécable

Chirurgie

Si :

Angiocholite

Ictère sévère, bilirubine > 250 μ mol/l

Chirurgie retardée

Traitement néo-adjuvant

CPRE avec
prothèse
biliaire
métallique

Traitement palliatif

Drainage biliaire

CPRE avec prothèse biliaire métallique
En cas d'échec de la CPRE : drainage par voie
échoendoscopique ou radiologique

Lésions résécables : drainage biliaire préopératoire (DBP) ?

- Non recommandé sauf en cas
 - Angiocholite, prurit invalidant, ictère sévère (bilirubine sérique totale >250 ou 300 $\mu\text{mol/l}$), chirurgie retardée (> 2 semaines), et en cas de chimiothérapie néoadjuvante
- Drainage endoscopique est préféré à la voie percutanée
 - Moins morbide
 - Moins de récurrence péritonéale ou hépatique
- Prothèse métallique auto-expansible de 10 mm de diamètre pour le DBP
 - Couverte ou non-couverte : résultats similaires
 - Couverte : migration
 - Non-couverte : obstruction
 - Pas de différence cholécystite en pratique

*Dumonceau J-M, et al ESGE guidelines. Endoscopy 2018
van der Gaag NA, et al. N Engl J Med 2010
Lee PJ, et al. HPB 2018*



*Takahashi Y, et al. Br J Surg 2010
Miura F, Sano K, Wada K, et al. Am J Surg 2017; 214: 256–261*



Lésions non résécables : Drainage biliaire palliatif



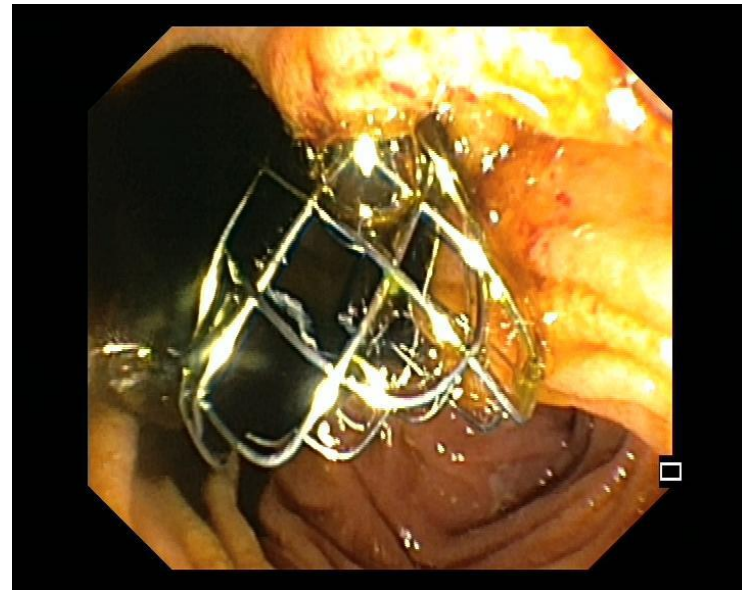
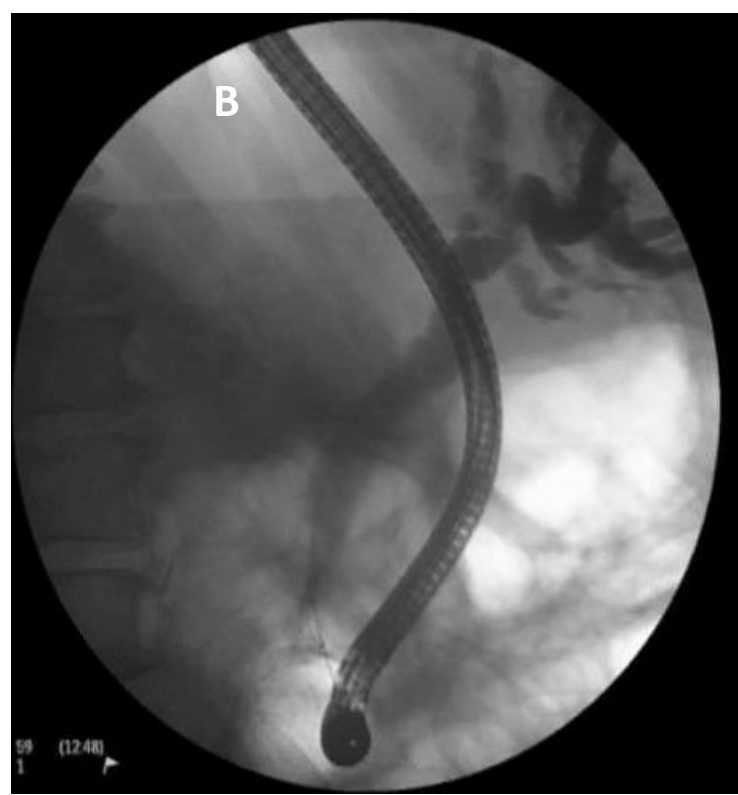
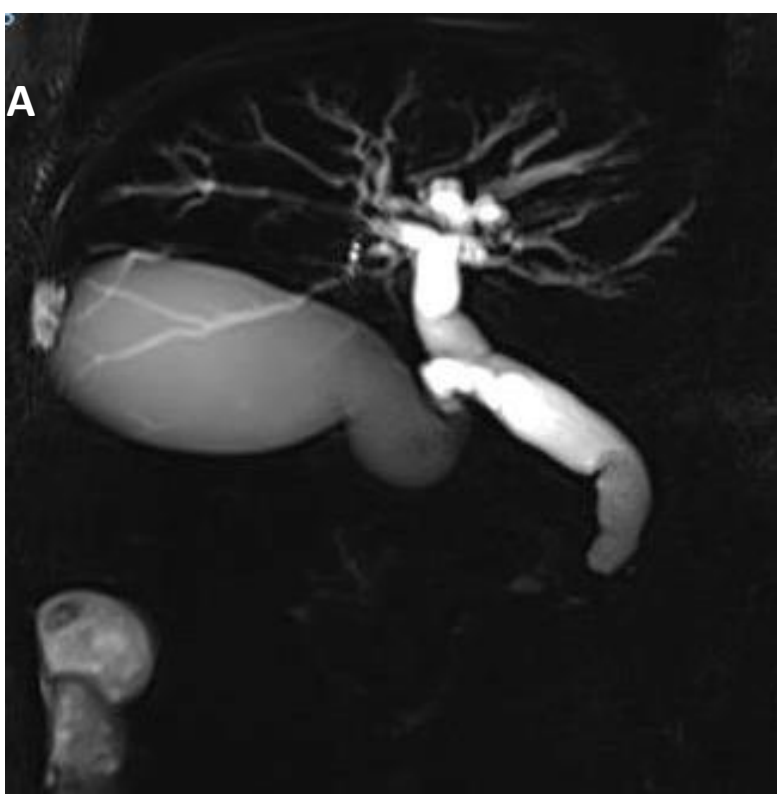
- Drainage biliaire par CPRE recommandé en 1ere intention
 - Supérieure à la chirurgie de dérivation bilio-digestive
 - Morbidité et mortalité postopératoires significatives plus élevées, allant jusqu'à 25%
 - Supérieur au drainage radiologique
 - Taux global plus faible d'événements indésirables (8,6 contre 12,3%), d'un nombre moins élevé d'interventions répétées, d'une hospitalisation plus courte, de coûts moindres et de l'absence de drain biliaire externe
- Prothèse métallique pour le drainage palliatif
 - Couverte ou non couverte ? Pas de consensus
 - Pas de différence significative concernant les résultats cliniques
 - ***Preuve histologique nécessaire pour les prothèses non-couvertes***

Dumonceau J-M, et al. ESGE guidelines Endoscopy 2018

Inamdar S, et al. JAMA Oncol 2016

Tringali A, et al. Endoscopy 2018





Echec du drainage par CPRE

- Echec primaire : CPRE impossible sur anatomie modifiée
 - connue ou secondaire à la lésion - sténose duodénale
- Echec secondaire : échec du cathétérisme de la papille
- **Alternatives :**
 - 1) Nouvelle tentative CPRE
 - Appel à un ami !
 - CPRE échoue initialement dans près de 10% des cas, sur OBDM
 - Répétition de la CPRE : efficace chez 442 des 537 patients (82%) avec un taux d'effets indésirables comparable à une 1ere CPRE

Dumonceau J-M, et al. ESGE guidelines Endoscopy 2018

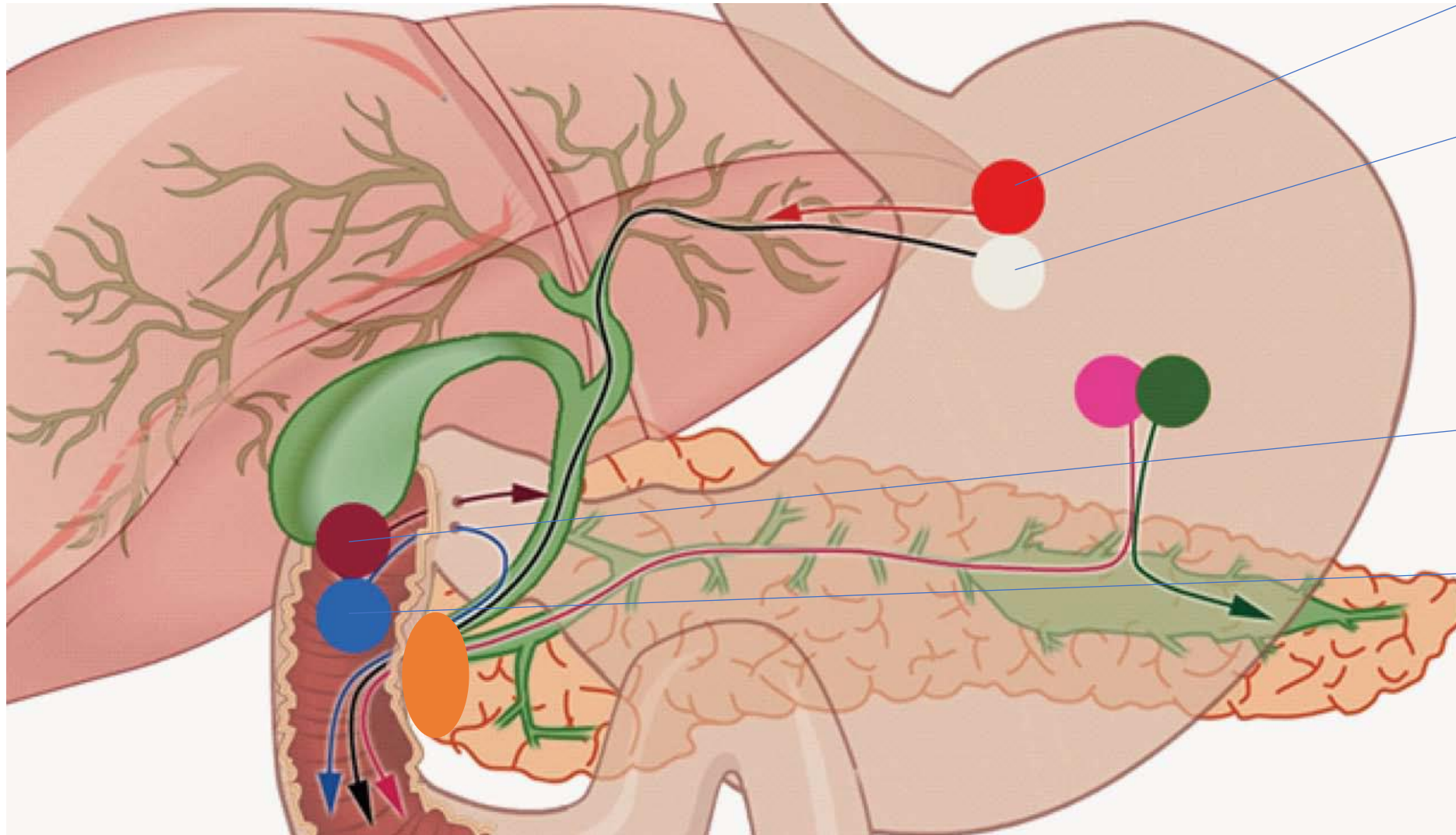
2) Drainage radiologique

3) Drainage sous EEH

➔ Dépend de l'opérateur et de l'expertise locale majoritairement



Drainage biliaire extra-anatomique sous EEH



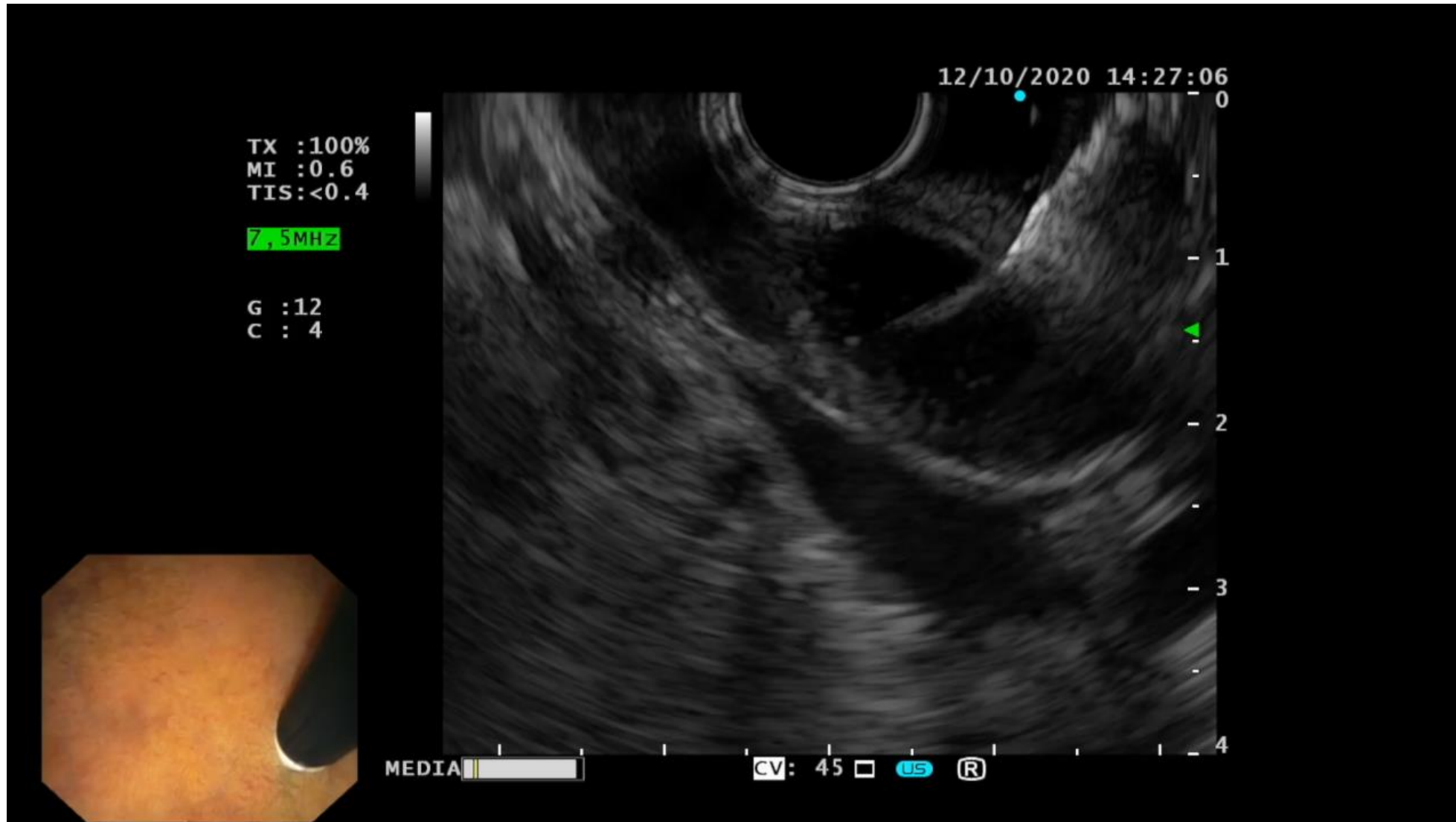
Hépatogastrostomie

RDV par voie
trans-gastrique

Cholédocoluodénostomie

RDV par voie
transduodénale

Drainage biliaire transbulbaire : choledochoduodénostomie par prothèse d'apposition



Drainage biliaire guidé par voie échoendoscopique (DBE)

- DBE vs. drainage radiologique, option intéressante
 - DBE efficace : 87 à 94% des cas, avec des effets indésirables rapportés dans 16 à 29% des cas
 - Dans une méta-analyse incluant 9 études (483 patients)
 - Aucun différence sur le succès technique : OR 1.78 (95%CI 0,69-4,59)
 - Meilleur succès clinique : OR 0,45 (95%CI 0,23-0,89)
 - Moins de complications : OR 0,23 (95%CI 0,12-0,47)
 - Taux moins élevé de réinterventions : OR 0,13 (95%CI 0,07-0,24)
- DBE - cholécododénostomie vs. CPRE ?
 - Méta-analyse récente incluant 5 études comparatives dont 3 essais randomisés (396 patients)
 - Succès technique similaire entre DBE et CPRE, RR 0,98 (95 %CI 0,93-1,03)
 - Absence de différence significative sur les événements indésirables, RR 0,84 (95%CI 0,35-2,01)
 - Absence de pancréatite dans le groupe DBE
 - Temps de procédure et le risque d'occlusion de la prothèse similaires

Wang K, et al. *Gastrointest Endosc* 2016

Bishay K, et al. *Endoscopy* 2019

Jacques J, et al *Gastroint Endosc* 2020



Points forts

- L'adénocarcinome pancréatique et le cholangiocarcinome sont les principales causes d'obstruction biliaire distale maligne
- L'association de l'imagerie (scanner/IRM), réalisée avant tout drainage biliaire, et des examens endoscopiques (Echoendoscopie +/- CPRE) aide à identifier la cause sous-jacente
- La majorité des patients (70 %) atteints d'une obstruction biliaire distale maligne ne peuvent pas être opérés au moment du diagnostic. L'endoscopie a un rôle crucial pour traiter l'obstruction biliaire
- La première modalité de drainage biliaire en cas d'OBDM est la CPRE avec pose de prothèse métallique
- Le drainage biliaire par voie échoendoscopique est en pleine expansion et sa place est encore à définir par rapport à la CPRE en cas d'OBDM