



# **Cholangiocarcinome hilare :**

# **Quelle prise en charge endoscopique ?**

BORDAÇAHAR Benoît  
Clinique Claude Bernard ERMONT

# Liens d'intérêts

---

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Recherches cliniques / travaux scientifiques : FRESENIUS KABI, Initiations à des congrès nationaux ou internationaux : VIATRIS



# Liens d'intérêt

---

- Aucun en rapport avec la présentation

# Objectifs pédagogiques

---

- Connaître les **diagnostics différentiels**
- Connaître le **bilan pré-thérapeutique**
- Connaître les **contre-indications** à la **résection chirurgicale** d'emblée
- Connaître les modalités d'obtention d'une **preuve anatomopathologique** et leurs indications
- Connaître les **modalités du drainage biliaire** et leurs indications

# Définition cholangiocarcinome péri-hilaire (CPH)

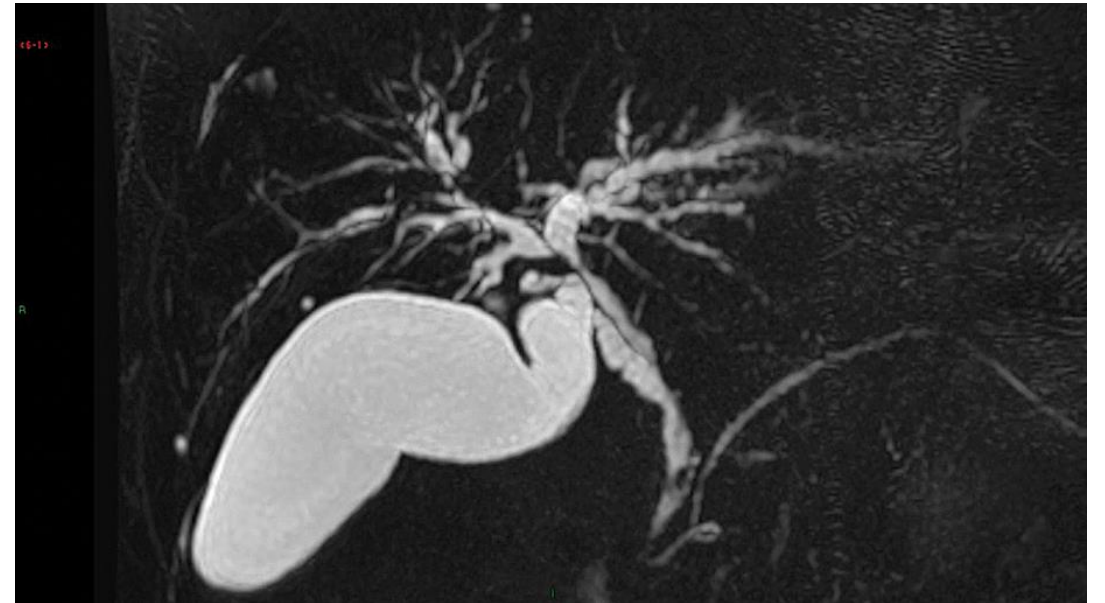
---

- Tumeur de “Klatskin”
- Cholangiocarcinome extra-hépatique atteignant le **canal hépatique commun et la convergence biliaire supérieure**
- 50-60% des cholangiocarcinomes extra-hépatiques
- Présentation clinique peu spécifique:
  - ictère +++
  - prurit
  - AEG

# Diagnostics différentiels CPH

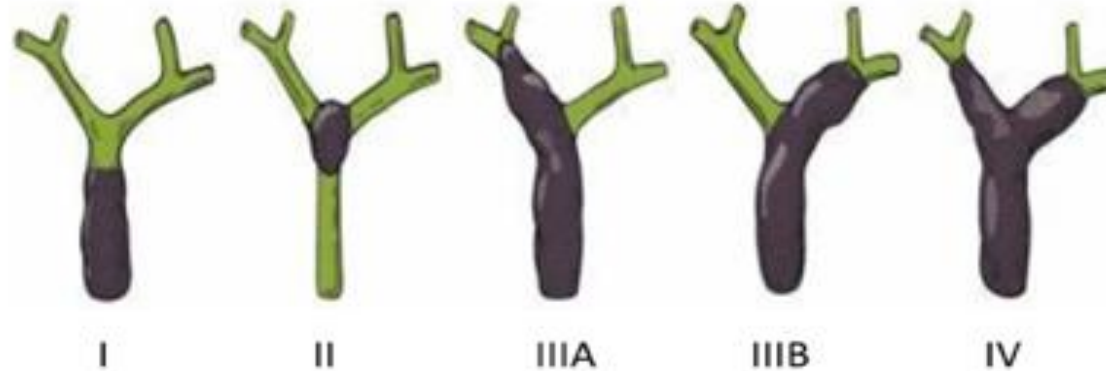
---

- 90 % lésions péri-hilaires = cholangiocarcinome
- **10% de diagnostics différentiels...mais souvent bénins :**
  - Cholangite sclérosante
  - Syndrome de Mirizzi
  - Cholangite auto-immune à IgG 4
  - Cholangite à éosinophiles
  - Echinococcose alvéolaire



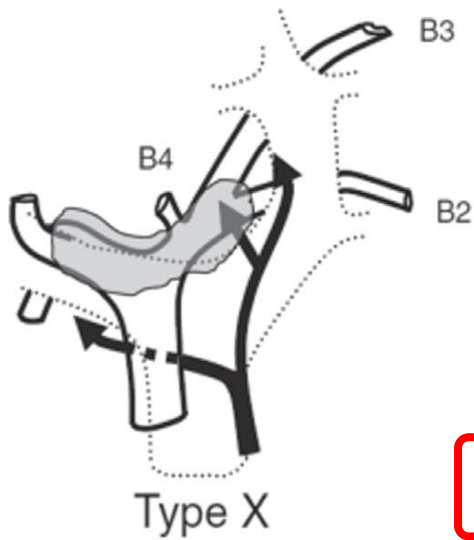
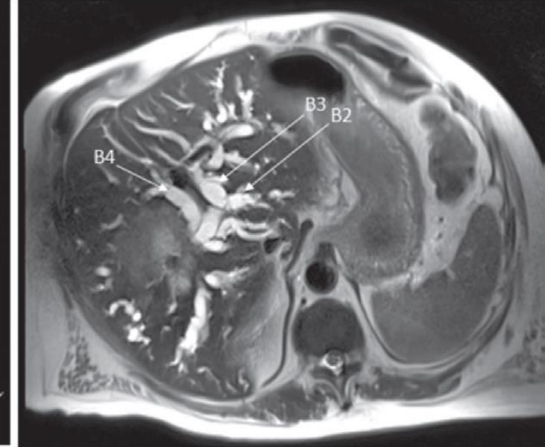
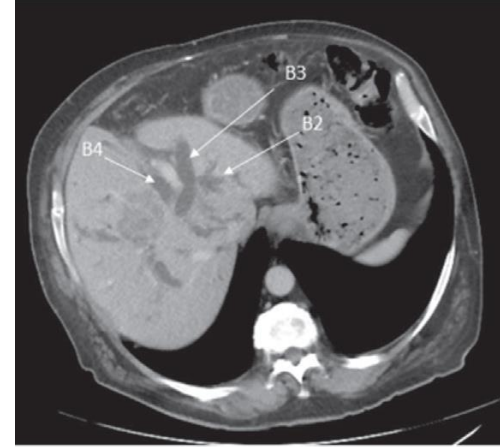
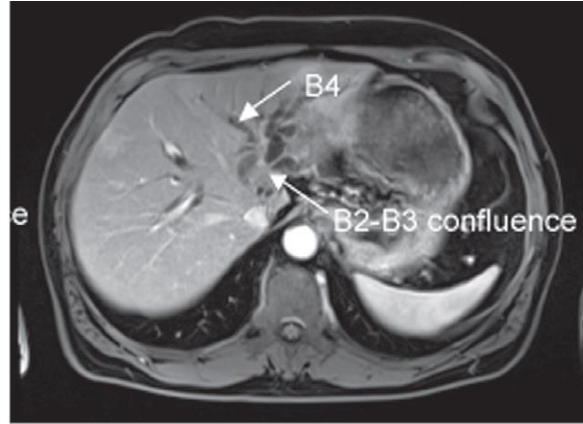
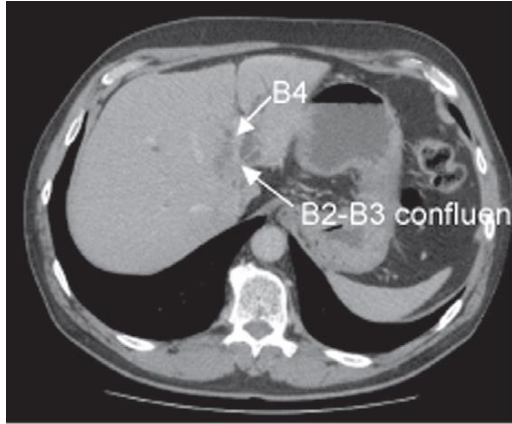
# Classifications anatomiques

---

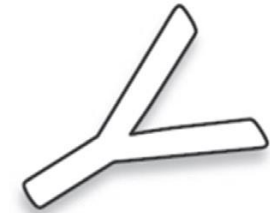
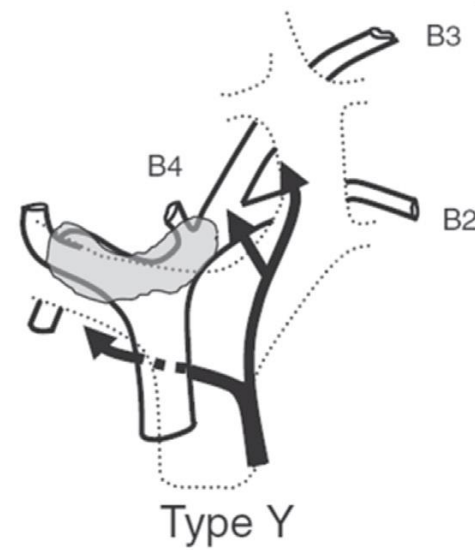


- Bismuth-Corlette :
  - Type I = plancher de la convergence (communication D-G)
  - Type II = toit de la convergence (plus de communication D-G)
  - Type IIIa = canaux biliaires secondaires D
  - Type IIIb = canaux biliaires secondaires G
  - Type IV = atteinte bilatérale canaux biliaires secondaires

# Classification XY (Rennes)



Rarement résecables



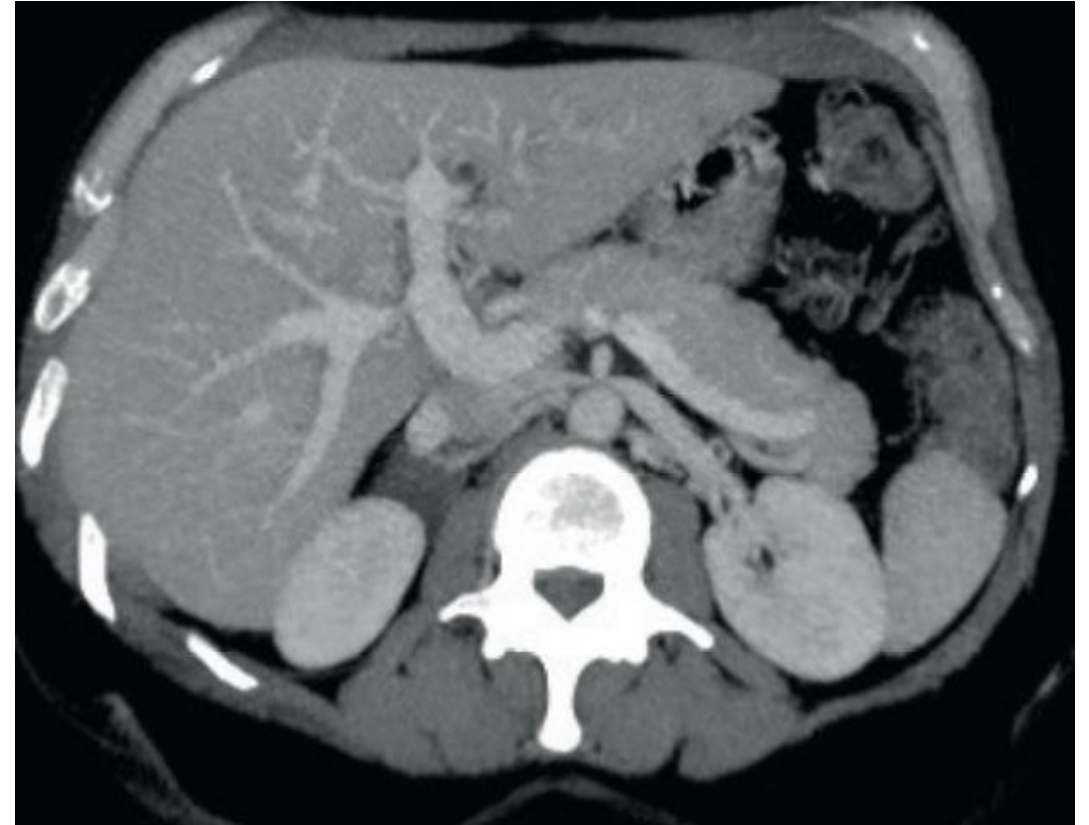
Souvent résecables



# Bilan pré-thérapeutique

- Bilan morphologique par imagerie en coupe
  - Avant tout drainage +++
  - **TDM TAP triphasique**

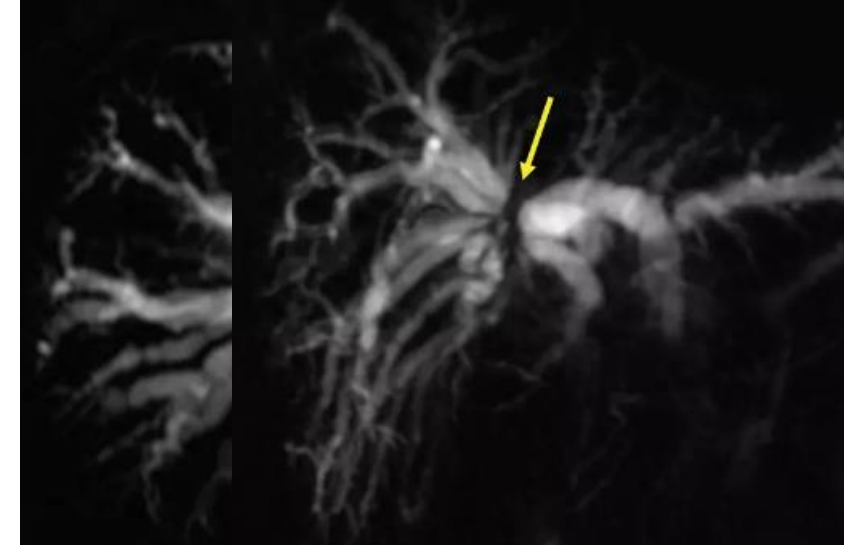
Localisation niveau obstruction biliaire  
Evaluation parenchyme hépatique  
Volumétrie  
ADP régionales  
Atteinte vasculaire artérielle/portale  
Métastases à distance



# Bilan pré-thérapeutique

- IRM hépatique avec séquences **cholangio-IRM**

Référence pour déterminer l'extension biliaire  
Niveau d'atteinte en amont/en aval  
Envahissement ou non canaux biliaires secondaires

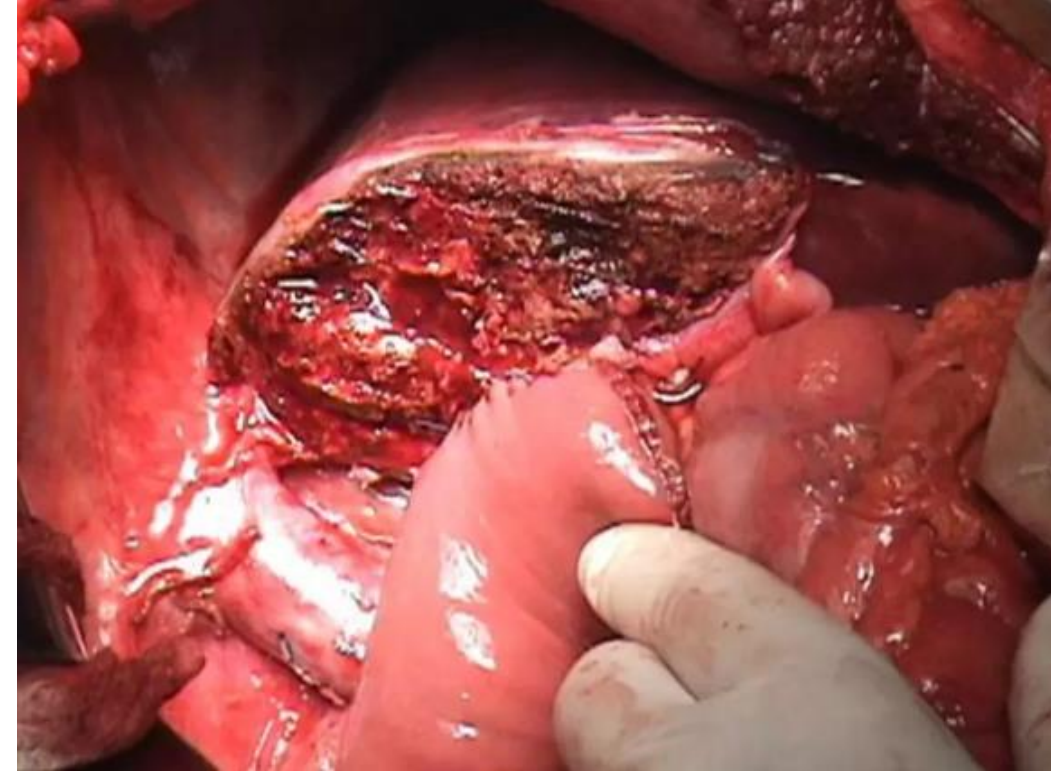


- TEP TDM 18-FDG : doute sur métastases à distance
- Marqueurs sériques tumoraux : ACE, CA 19-9

**OBJECTIF = statuer sur la résecabilité tumorale**

# Principes chirurgie résection CPH

- **Exérèse** avec marges saines R0
- Résection :
  - VBP
  - convergence biliaire
  - parenchyme hépatique
- **Curage** ganglionnaire ( $\geq 7$  ganglions)
- Exérèse systématique **segments I et IV**
- Reconstruction par anse en Y avec anastomose bilio-digestive



# Contre-indications résection chirurgicale

## Contre-indications formelles à la résection chirurgicale des CPH

- Présence de métastases à distance
- Présence de métastases hépatiques bilatérales
- Envahissement d'adénopathies para-aortiques ou cœliaques (N2)
- Envahissement vasculaire bilatéral
- Hépatopathie sous-jacente : cirrhose et hypertension portale, atrophie hépatique
- Comorbidités majeures

## Contre-indications relatives à la résection chirurgicale des CPH : Optimisation pré-opératoire indispensable

- Envahissement vasculaire (artère hépatique ou veine porte) controlatéral à l'atteinte biliaire
- Volume du futur foie restant insuffisant sur volumétrie ( $< 30\%$ ) : discuter l'embolisation portale après drainage biliaire
- Extension biliaire bilatérale avec atteinte des canaux biliaires secondaires : évaluation au cas par cas (marges requises 10-20 mm pour R0)

# Preuve anatomopathologique

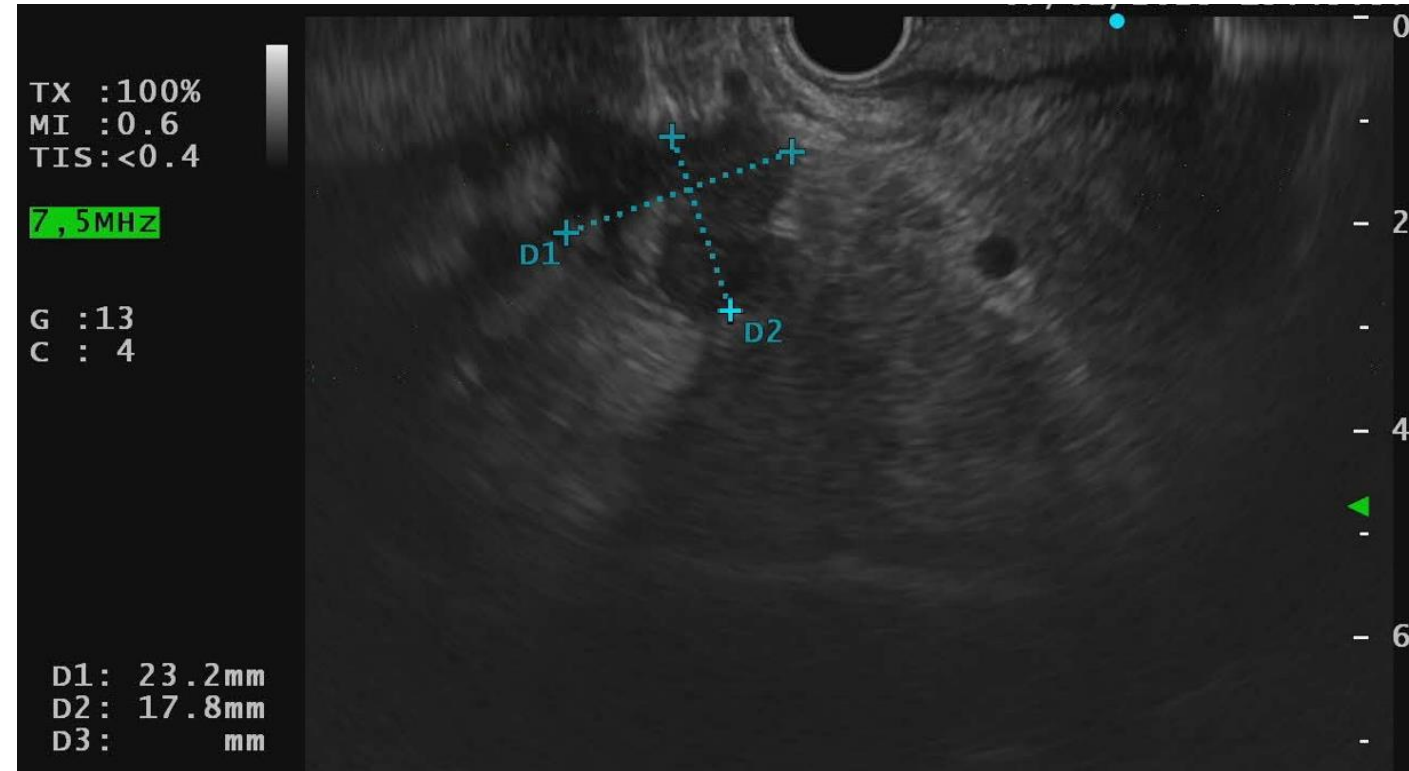
---

- Non obligatoire...**mais fortement recommandée !**
  - 10-20% resections hépatiques à visée carcinologique pour lésions bénignes
- Indications
  - CPH résécable : **doute diagnostique, terrain (hépatopathie)**
  - CPH non résécable : **avant chimiothérapie**
- Modalités d'obtention
  - **Brossage** biliaire
  - **Biopsies endobiliaires**
  - **Ponction sous écho-endoscopie** (tumeur, ADP)
  - **Biopsies ciblées sous cholangioscopie** (Spyglass)

**DIFFICILE A OBTENIR !**

# Preuve anatomopathologique

- Brossage : Se 45% Sp 99%
- Biopsies endobiliaires : Se 48% Sp 99%
- Ponction sous écho-endoscopie
  - Se 26-83% selon les séries
  - diagnostique/stratégie thérapeutique
- **Forme nodulaire** (masse)
- **Adénopathie**
- A discuter si TH envisagée





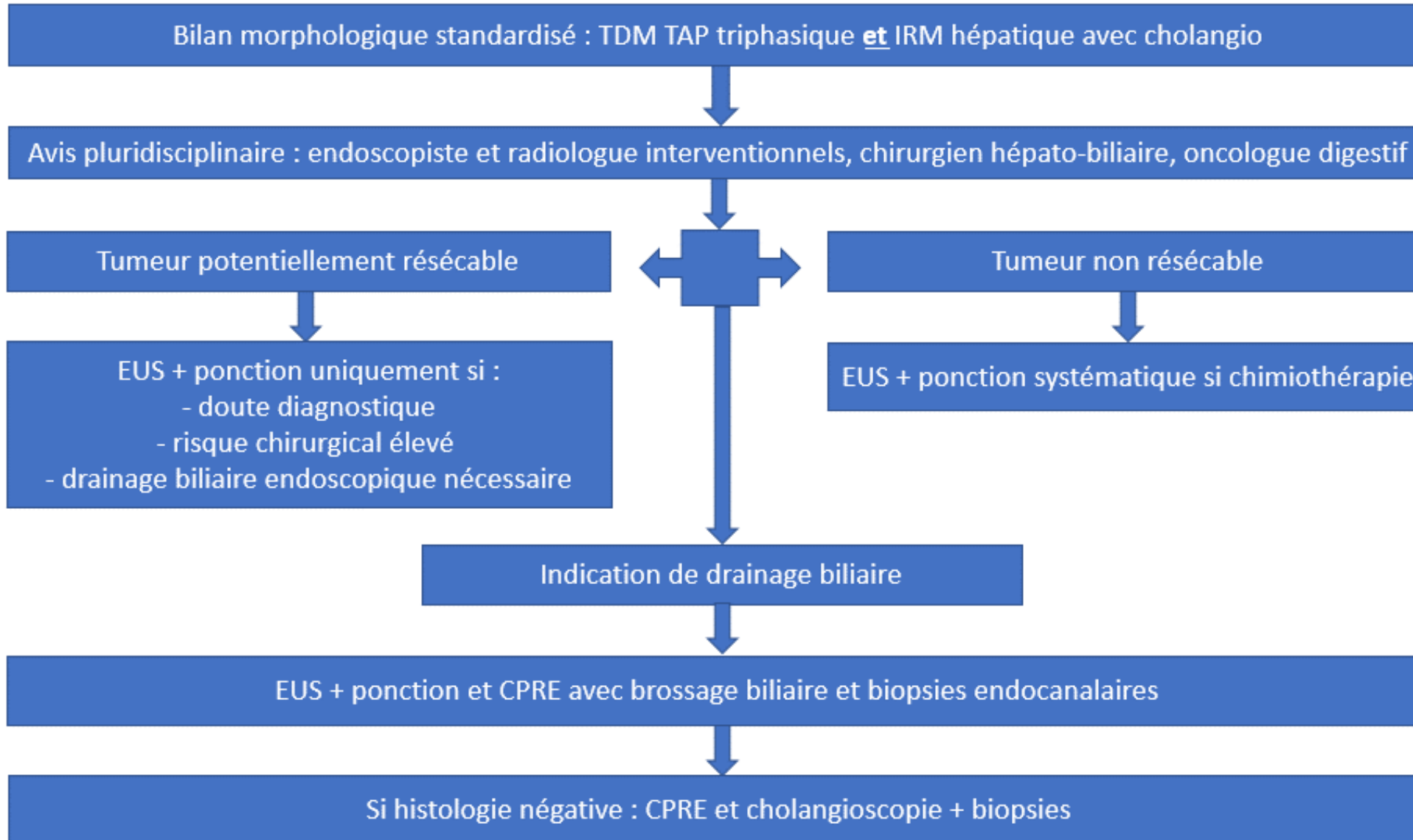
# Preuve anatomopathologique

---

- **Cholangioscopie (Spyglass DS)**  
= **visualisation directe de la sténose**
  - double béquillage, pince à biopsie dédiée
  - Se 78-90% diagnostic “visuel endoscopique”
  - Se 82% diagnostic histologique
- Nécessité nouvelle CPRE
- **Confirme ou infirme** (jusqu’à 40% dans une étude) la **stadification Bismuth** établie sur le bilan morphologique initial



# Démarche diagnostique endoscopique CPH





# Drainage biliaire : indications



## APRES BILAN MORPHOLOGIQUE EN COUPE

**Après concertation pluridisciplinaire**  
**Seule urgence = angiocholite**

### **Patient opérable : situation potentiellement curative**

- Angiocholite ou hyper-bilirubinémie  $> 150\mu\text{mol/L}$
- Hépatectomie droite envisagée
- Modulation volumétrique (embolisation portale) : drainer le futur foie restant

### **Patient non opérable : situation palliative**

- caractère symptomatique : angiocholite, prurit
- avant chimiothérapie

# Drainage biliaire : modalités

## multiples !

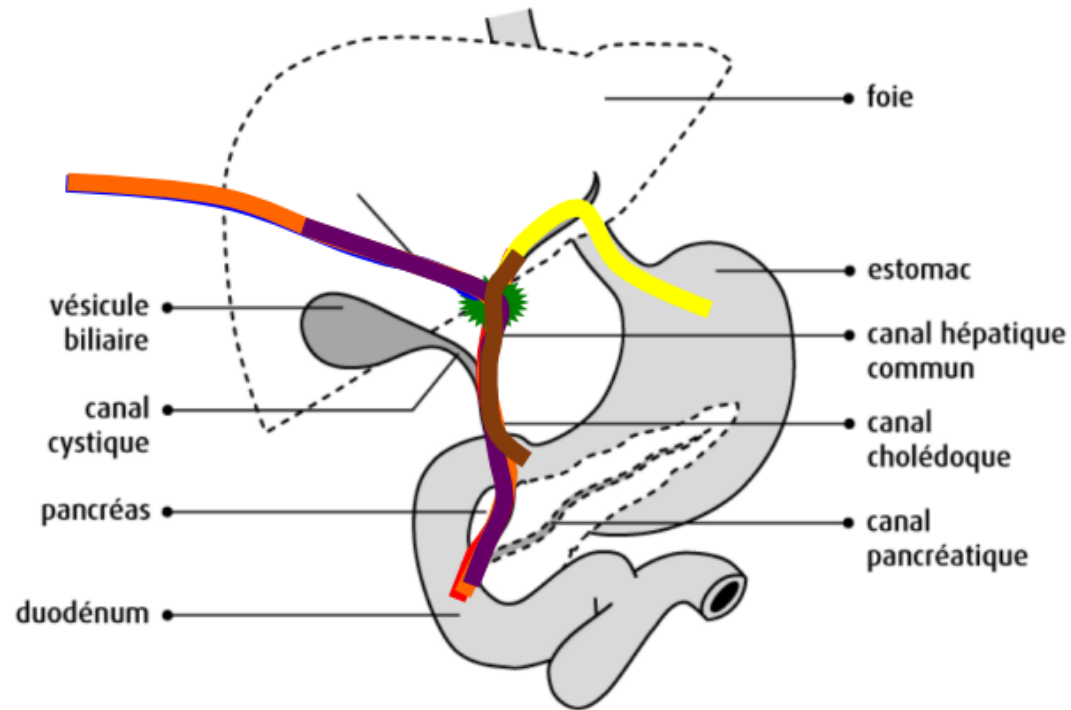
Intérêt prise en charge **multidisciplinaire** dans un **centre expert**

Drainage rétrograde endoscopique :

- Prothèse plastique
- Prothèse métallique

Drainage percutané externe (plastique)

Drainage percutané interne-externe (plastique)



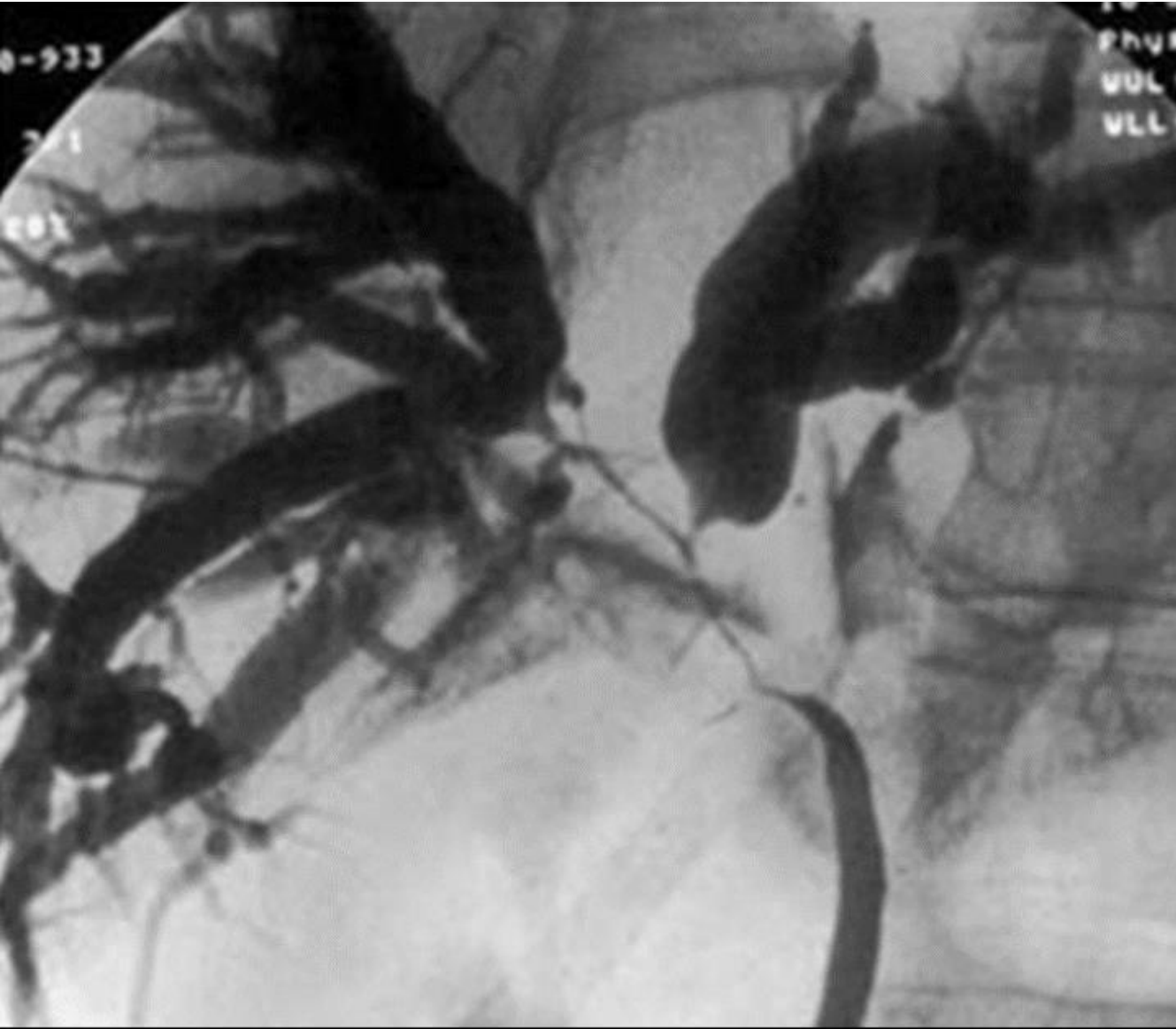
Prothèse métallique percutanée

Drainage trans-gastrique

Drainage trans-bulbaire

**Recommandations ESGE 2022 : privilégier le drainage endoscopique**

# Drainage biliaire : modalités



- Belle



- Objectifs :
  - drainer les secteurs opacifiés
  - drainer les secteurs fonctionnels
  - si avant résection
    - drainer le futur foie restant
    - pas de supériorité drainage bilatéral versus unilatéral

# Drainage biliaire : comment choisir ?



- Effet centre
- Avant **résection** ≠ palliative
  - voie d'abord : radio/endo, rétrograde/extra-anatomique
  - choix plastique/métallique couvert ou non couvert
- Drainage combiné possible !

# Drainage biliaire : comment choisir ?



- Quelques principes
  - **résection possible :**
    - drainage **unilatéral** futur **foie restant**
    - prothèse **plastique**
  - **palliative :**
    - Définir stratégie +++
    - Prothèses métalliques/plastiques
    - CPRE puis si échec ou drainage incomplet, EUS foie gauche +/- drainage percutané



# Points forts

---

- - La prise en charge des patients avec un cholangiocarcinome péri-hilaire doit être réalisée au sein d'un centre expert incluant radiologues, gastro-entérologues, endoscopistes interventionnels, chirurgiens digestifs et oncologues.
- - Une preuve anatomopathologique est indispensable en cas de non résecabilité sur le bilan initial si une chimiothérapie est envisagée (situation néo-adjuvante ou palliative).
- - Un bilan pré-thérapeutique morphologique standardisé incluant scanner thoraco-abdominopelvien triphasique et IRM hépatique avec séquences de cholangio IRM est indispensable pour évaluer la résecabilité et préciser les modalités du drainage.
- - Le drainage biliaire n'est jamais une urgence en dehors de l'angiocholite. Il convient de privilégier l'abord endoscopique par voie rétrograde (CPRE) ou par échocystoscopie thérapeutique (EUS-BD) à l'abord percutané transhépatique, pour diminuer le risque de dissémination tumorale en cas de tumeur résecable et pour optimiser le confort chez les patients non opérables.
- - Seules la résection chirurgicale R0 et la transplantation hépatique permettent d'obtenir une survie prolongée : la chirurgie doit toujours être discutée chez les patients non métastatiques.