



EMC
HGE



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES TUMEURS DU HILE

FMC-HGE – 2 avril 2005

J. SARIC - Bordeaux

ATTEINTES NEOPLASIQUES de la CONVERGENCE BILIAIRE

4 MODALITES

1. Tumeur endo-biliaire (Papillome)
2. Compression par Tumeur de voisinage
3. Thrombus endo-biliaire,
venant d 'une tumeur à distance
4. Tumeur paroi biliaire (Klatskin)

SURVIES des TUMEURS de KLATSKIN

1. Sans Résection	3-6 mois
2. Avec Résection et Marges +	24 mois
3. Avec Résection et Marges -	
survie globale à 5 ans	44%
survie à 5 ans sans récurrence	22%

GUERISON des TUMEURS de KLATSKIN

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| 1. Patients résécables R0 | 20% |
| 2. Survie à 5 ans sans récurrence | 20% |

GUERISON : 4 % des patients

TUMEUR de KLATSKIN

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (1)

1. Cytologie : aspiration , sur prothèse
2. Brossage endo-biliaire
3. Biopsie endo-biliaire
4. Biopsie per-cutanée
5. PET-Scan ?

Sensibilité : 30% à 50%

Spécificité : 95%

TUMEUR de KLATSKIN

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (2)

6. Circonstances de découverte:

- âge supérieur à 50-60 ans
- ictère nu, sans douleurs, sans fièvre
- aucun antécédent biliaire
- absence de lithiase VBA et VBP
- dilatation isolée des VBIH
- normalité de la VBA et de la VBP
- sténose isolée de la convergence

Sensibilité et Spécificité : 95%

TUMEURS de KLATSKIN

PREMIERE EVALUATION

EXPLORATION NON-INVASIVE :

ECHO et IRM : Masse Hilaire

BILI-IRM : Caractéristiques de la Tumeur

ANGIO-IRM : Atteintes Vasculaires

Drainage Biliaire : NON

EVALUATION SPECIALISEE sur DOSSIER :

Non-Résécable : Traitement palliatif

Probablement Résécable : Transfert

IRRESECABILITE des KLATSKIN

ELEMENTS de DECISION

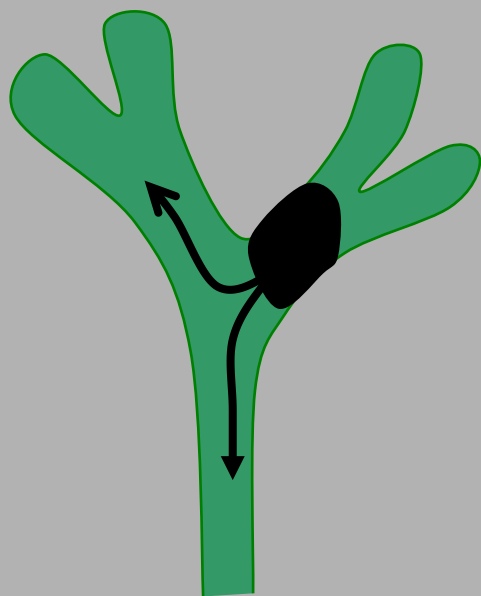
- 1. MASSE HILAIRE IMPORTANTE ET BILATERALE**
- 2. ATTEINTE ARTERIELLE BILATERALE**
- 3. ATTEINTE BILATERALE DES CONVERGENCES BILIAIRES II°**
- 4. EXTENSION EXTRA-HEPATIQUE : GG, PERITOINE, PEDICULE**
- 5. ATTEINTE VASCULAIRE avec ATROPHIE CONTRO-LATERALE**

RESECABILITE des KLATSKIN

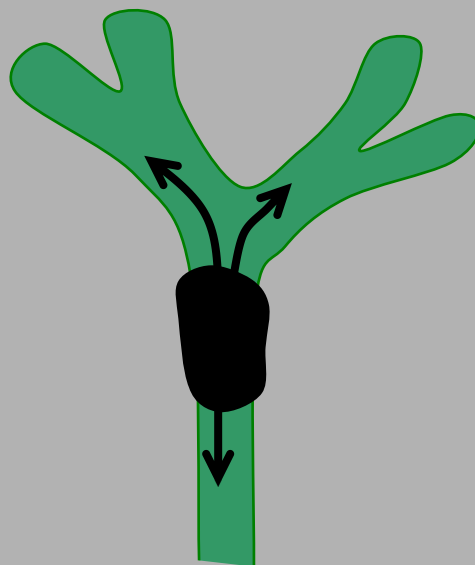
1. ELEMENTS ANATOMIQUES

- 1. VARIATIONS de la CONVERGENCE BILIAIRE**
- 2. CROISEMENT BRANCHE DROITE ARTERE et VBP**
- 3. VARIATIONS ARTERIELLES**
- 4. CANAL BILIAIRE DROIT POSTERIEUR RETRO-PORTAL**
- 5. SPIEGEL, SOCLE BILIAIRE de la CONVERGENCE**

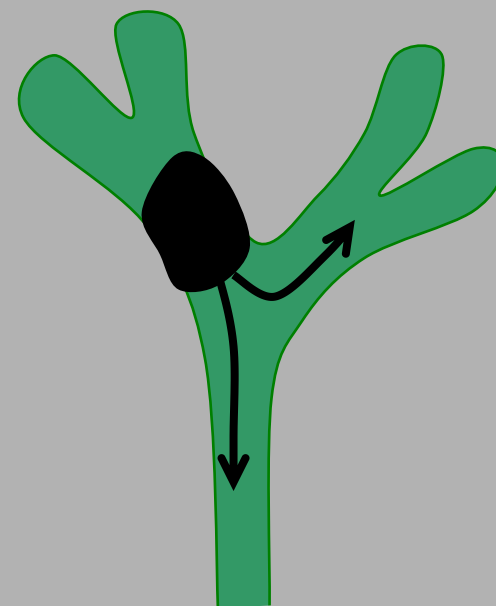
CLASSIFICATION des KLATSKIN
en FONCTION du POINT de DEPART



**KLATSKIN
GAUCHE**



**KLATSKIN
MEDIAN**

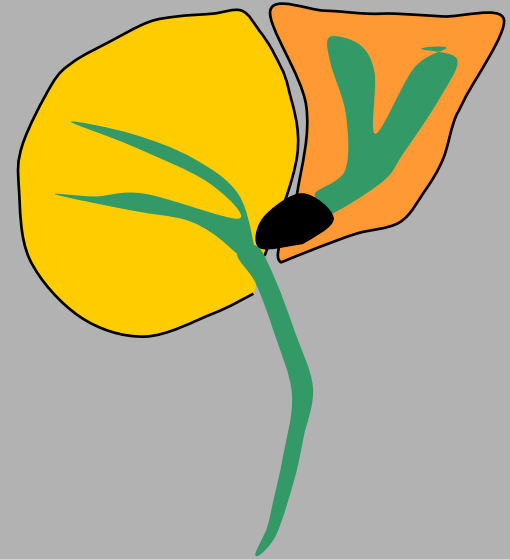


**KLATSKIN
DROIT**

KLASKIN GAUCHE DEBUTANT

canal gauche seul atteint

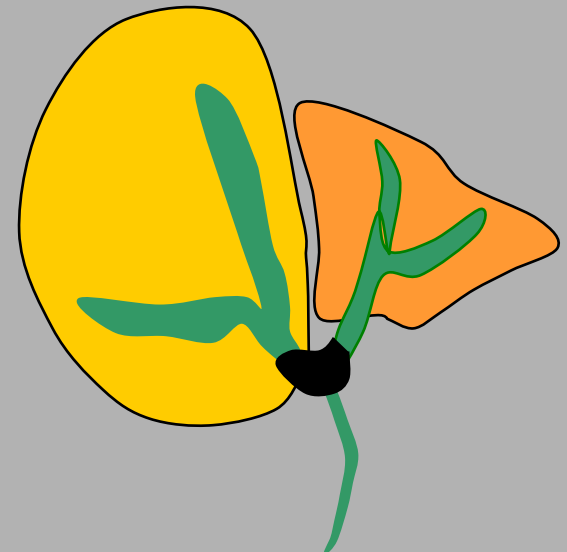
**Cholestase anictérique
VBIH Gauches dilatées
VBIH Droites normales
VBP normale**



KLASKIN GAUCHE EVOLUE

atteinte de la convergence

**Ictère
VBIH Dilatées Bilatérales
Atrophie du Foie Gauche
Hypertrophie Foie Droit
VBP normale**



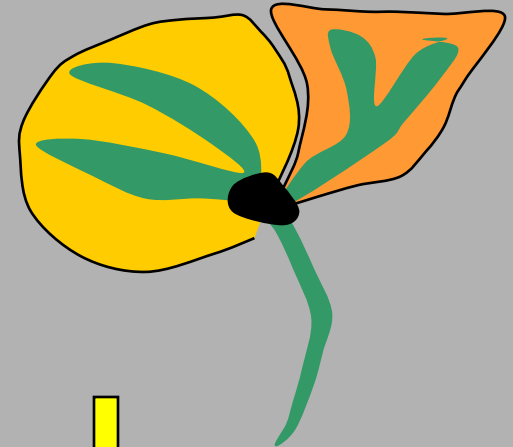
KLATSKIN GAUCHE



KLASKIN MEDIAN DEBUTANT

atteinte convergence

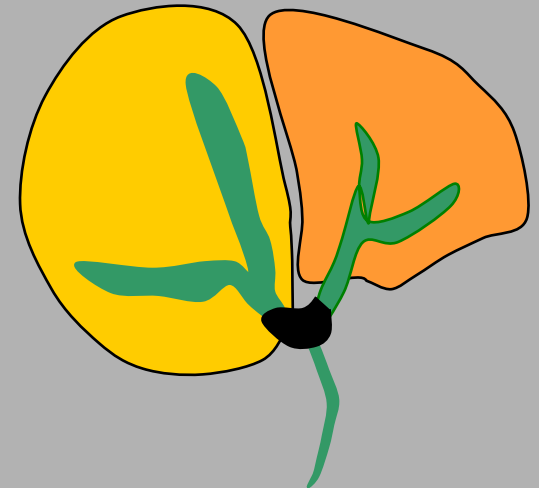
Cholestase anictérique
VBIH Gauches dilatées
VBIH Droites dilatées
VBP normale



KLASKIN MEDIAN EVOLUE

atteinte convergence

Ictère
VBIH Dilatées Bilatérales
Hypertrophie Droite et Gauche
VBP normale



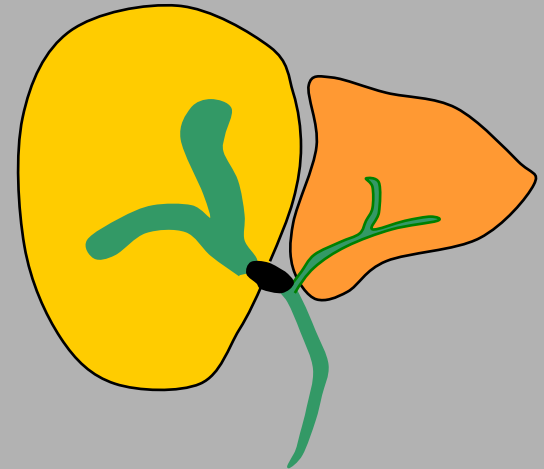
TUMEUR de KLATSKIN MEDIANE



KLASKIN DROIT DEBUTANT

canal droit seul atteint

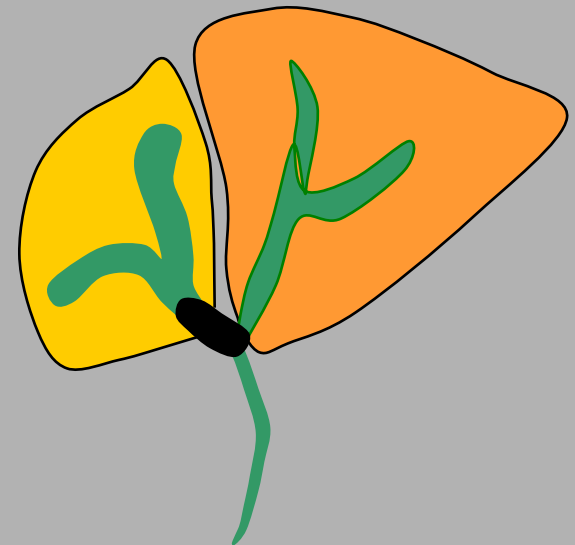
**Cholestase anictérique
VBIH Droites dilatées
VBIH Gauches normales
VBP normale**



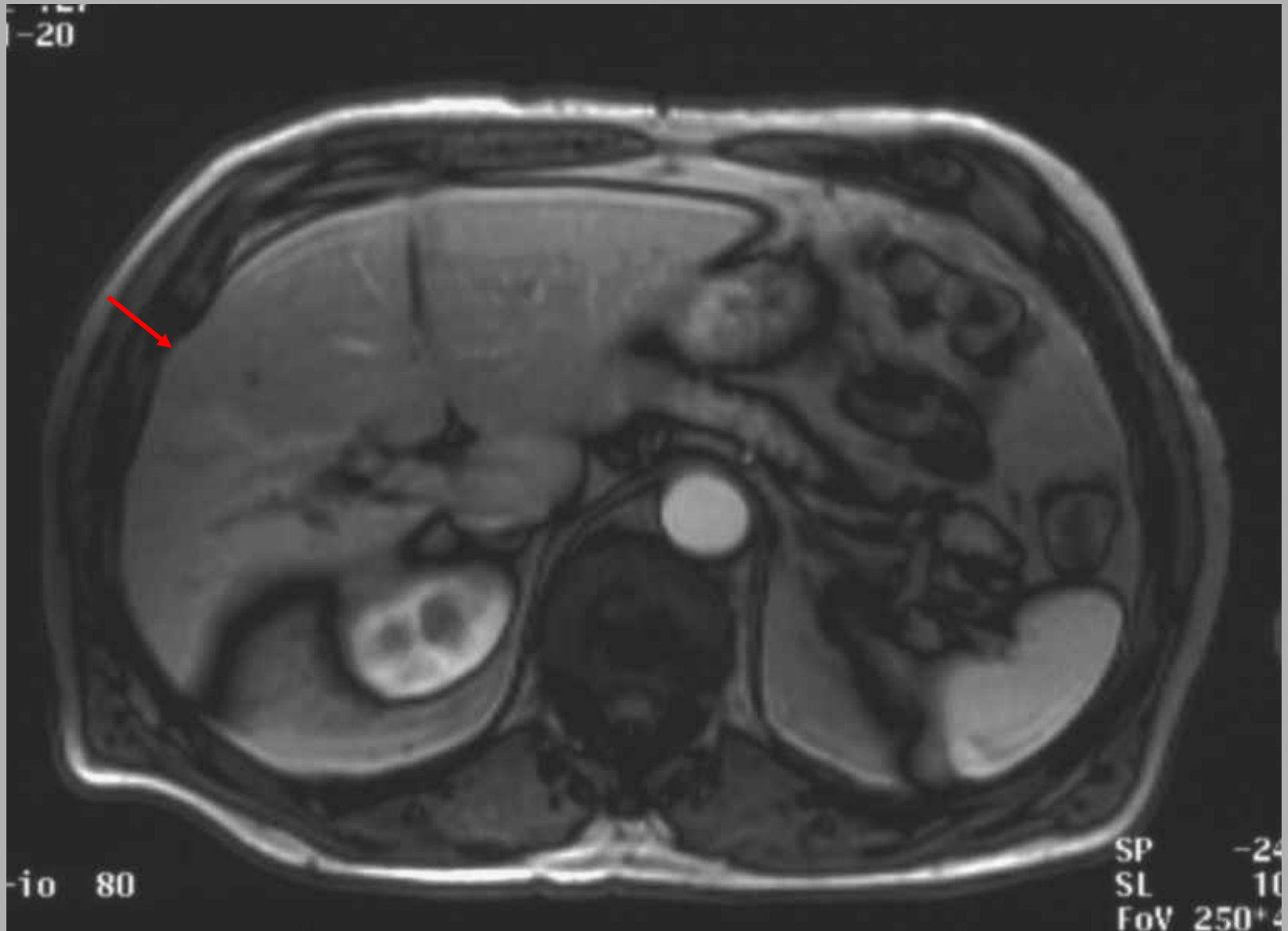
KLASKIN DROIT EVOLUE

atteinte de la convergence

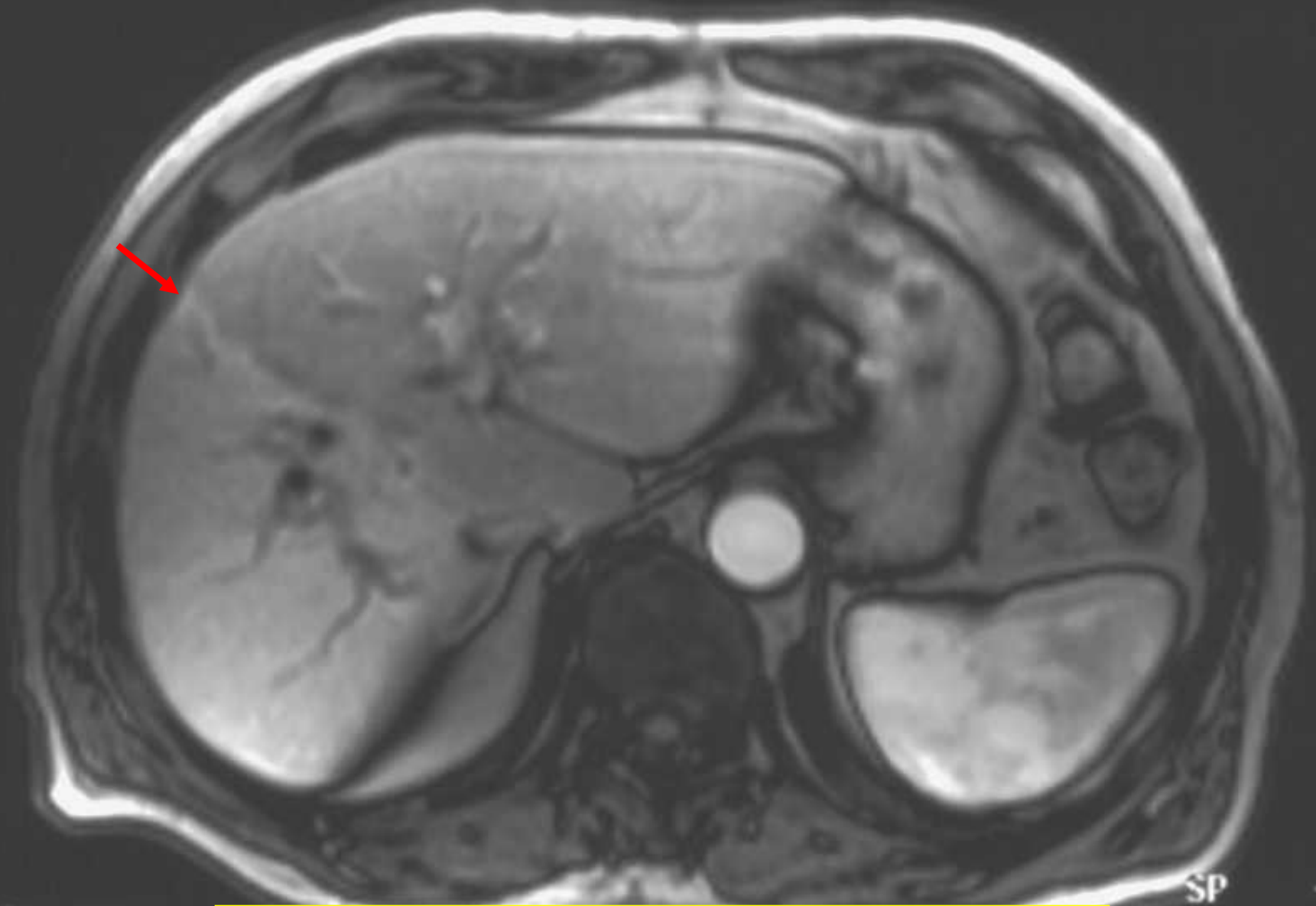
**Ictère
VBIH Dilatées Bilatérales
Atrophie du Foie Droit
Hypertrophie Foie Gauche
VBP normale**



TUMEUR de KLATSKIN DROITE



1-20



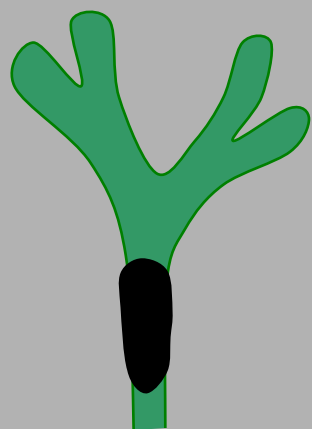
TUMEUR de KLATSKIN DROITE

d-io 80

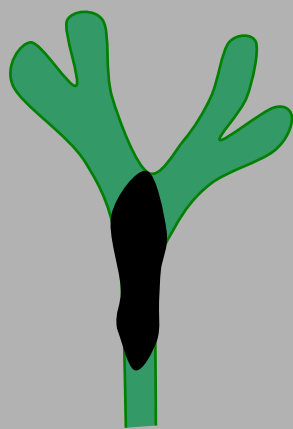
AT

SP
SL
FoV 250
101 +2

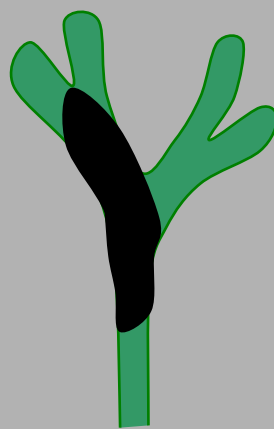
CLASSIFICATION des KLATSKIN
en FONCTION du POLE SUPERIEUR



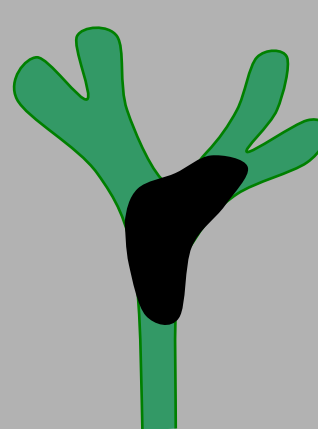
**TYPE
I**



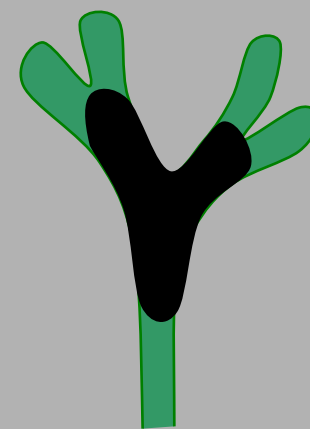
**TYPE
II**



**TYPE
III A
DROIT**

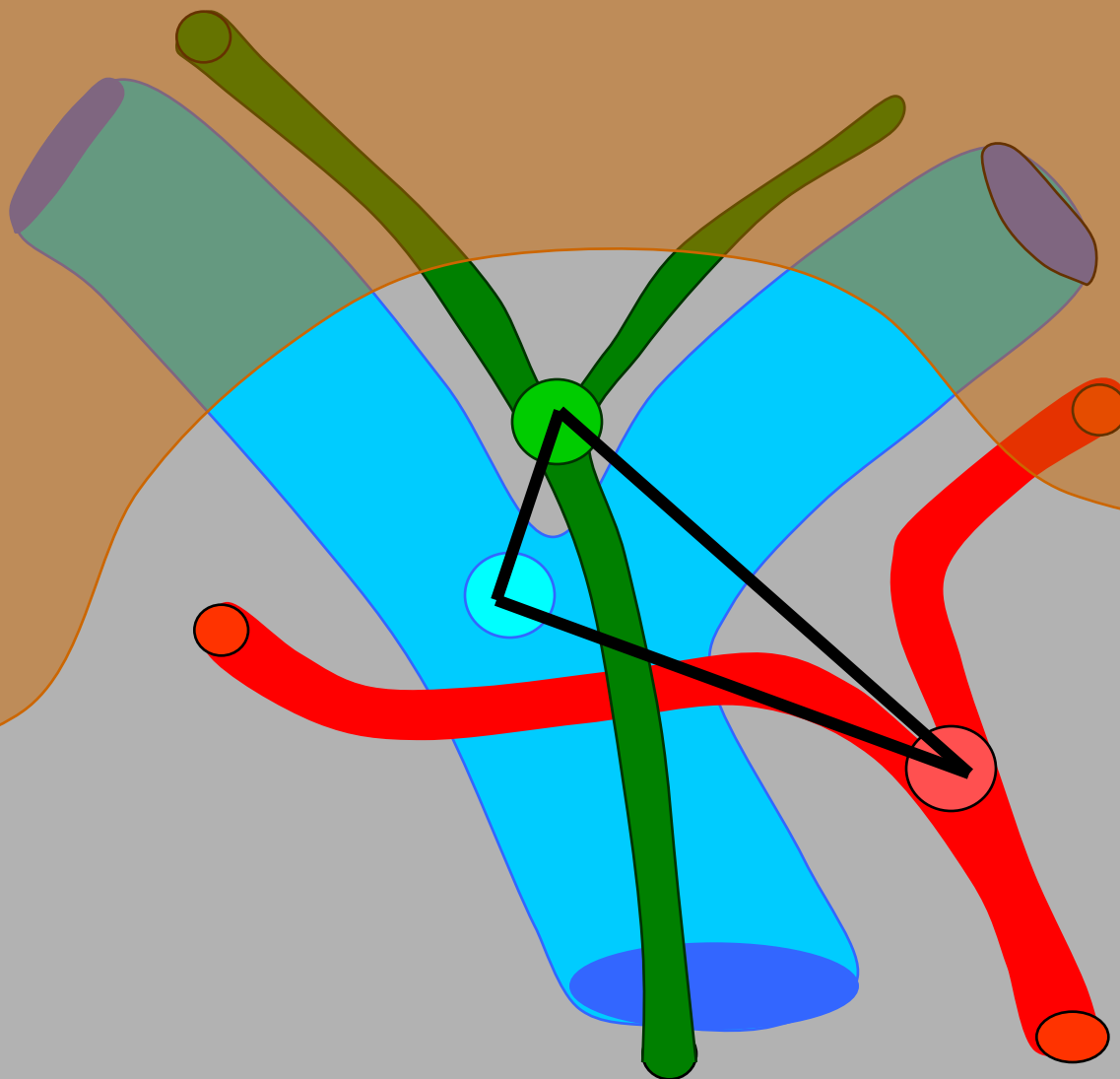


**TYPE
III B
GAUCHE**

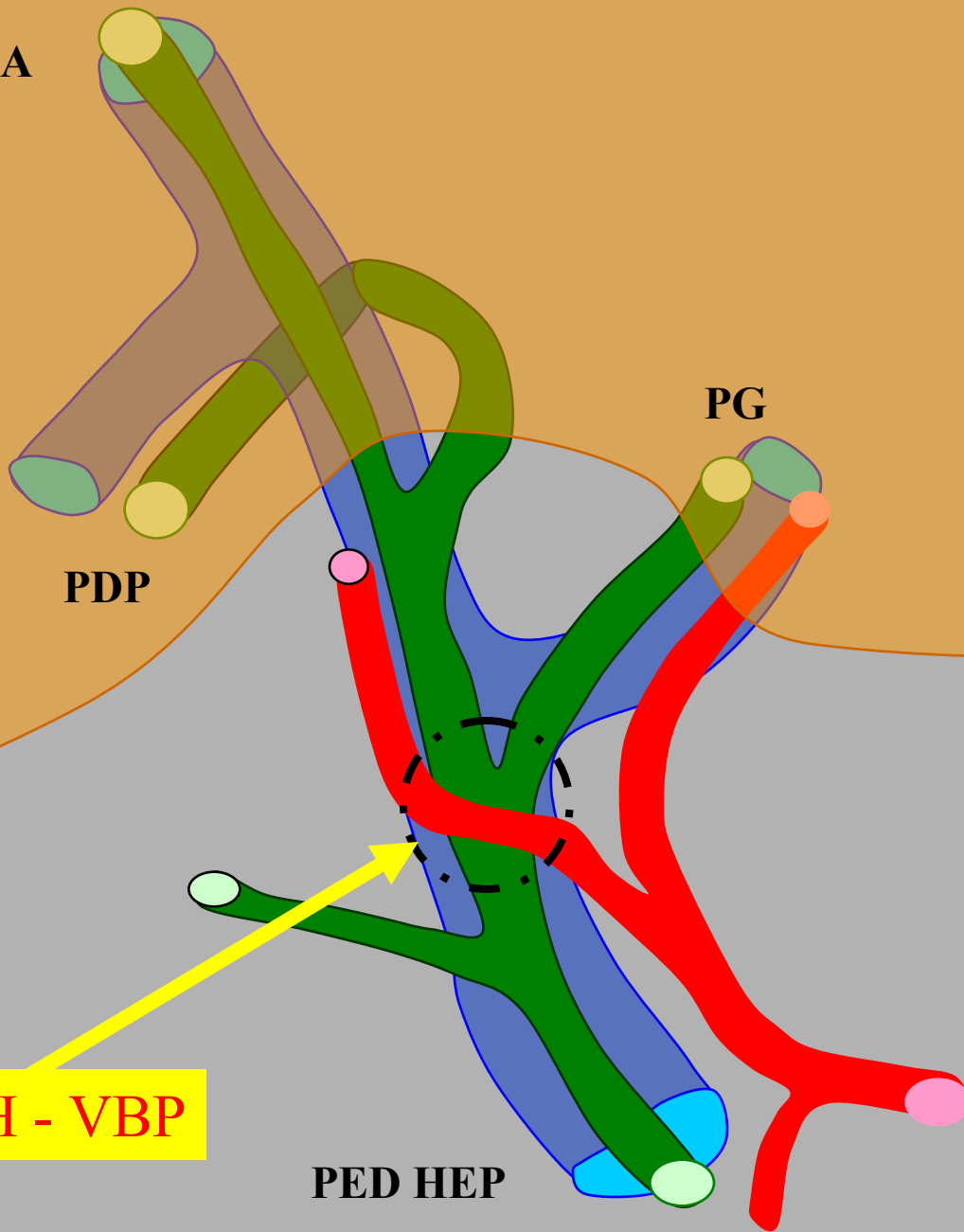


**TYPE
IV**

DECALAGE des CONVERGENCES



PDA



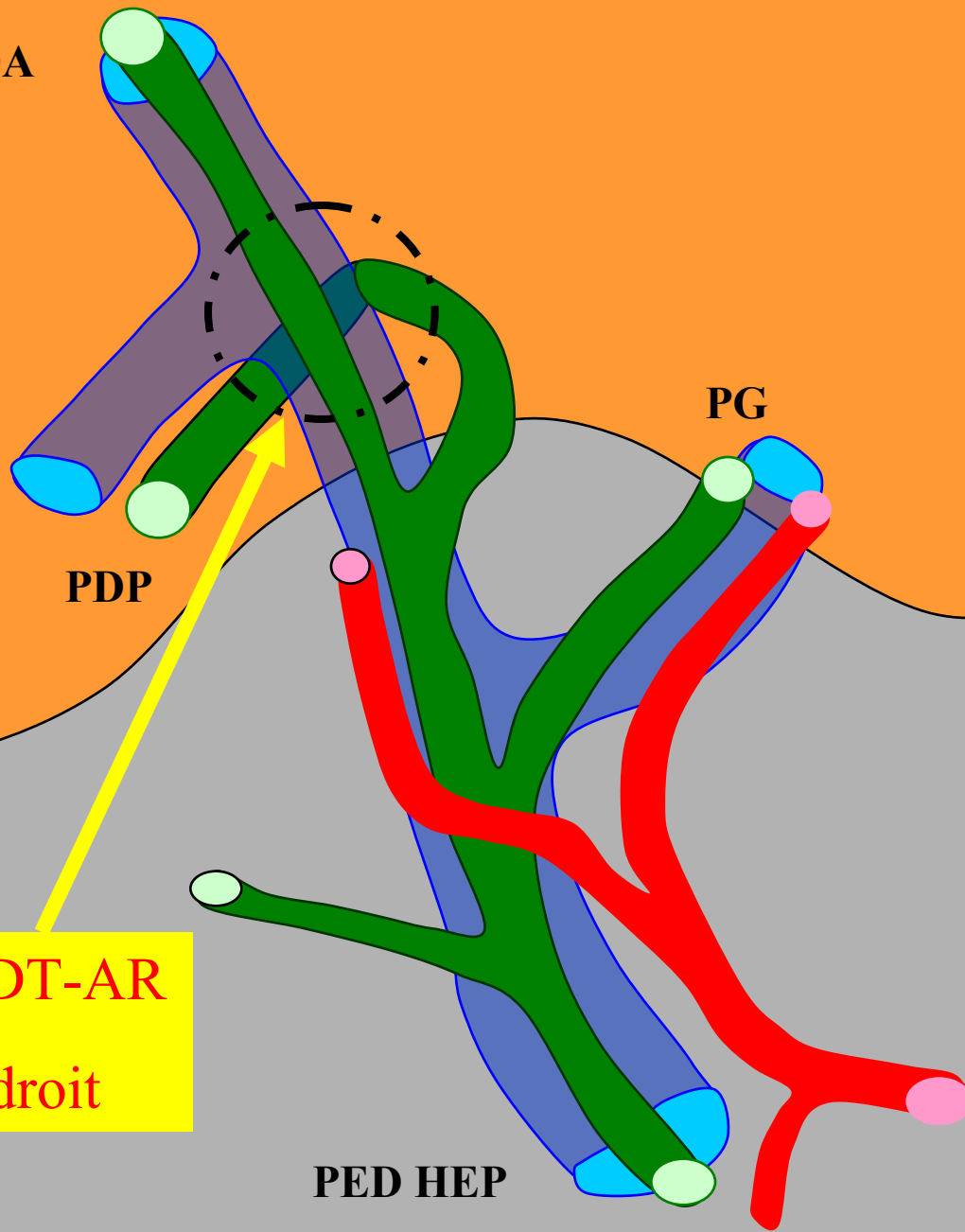
PDP

PG

Croisement AH - VBP

PED HEP

PDA



PDP

PG

**Canal Biliaire DT-AR
rétro-portal droit**

PED HEP

VARIATIONS de la CONVERGENCE BILIAIRE FREQUENCES

Canal Droit Commun (Long ou Court) :	57%	} = 90%
Trifurcation :	12%	
Glissement du Droit Antérieur :	21%	
Glissement du Droit Postérieur :	5%	
Quadrifurcation et Autres :	5%	
	<hr/>	
	100%	

RESECABILITE des KLATSKIN

2. ELEMENTS PHYSIOLOGIQUES

1. VOLUME du FOIE RESTANT

2. QUALITE du FOIE RESTANT :

FIBROSE BILIAIRE

CHOLESTASE : drainage pré-op du seul foie restant

3. ATROPHO-HYPERTROPHIES SPONTANEEES

4. ATROPHO-HYPERTROPHIES par EMBOLISATION PORTALE

RESECABILITE des KLATSKIN

3. ELEMENTS ONCOLOGIQUES

LA RESECTION RO DEPEND

- 1. Du POLE INFERIEUR de la TUMEUR**
- 2. Du POLE SUPERIEUR de la TUMEUR + VARIATIONS**
- 3. Des MODALITES de DEBUT : DROIT, GAUCHE, CENTRAL**
- 4. Des ENVAHISSEMENTS VASCULAIRES : ARTERIEL, PORTAL**
- 5. De l' ENVAHISSEMENT NERVEUX**
- 6. De l'ATTEINTE GANGLIONNAIRE**
- 7. De l'ATTEINTE PERITONEALE (COELIO EXPLO)**

1° EVALUATION PRE-OPERATOIRE

2° EVALUATION PER-OPERATOIRE

CANCERS de la CONVERGENCE BILIAIRE BASES du TRAITEMENT CHIRURGICAL

RESEQUER en MONOBLOC

la Convergence biliaire

la Vésicule et la VBP au ras du pancréas

le socle Spiegelien

un HEMI-FOIE

PRESERVER un FOIE RESIDUEL

+ de 30% - non cholestatique

FAIRE un CURAGE PEDICULAIRE COMPLET

REALISER une BILIO-DIGESTIVE sur Anse en Y

CANCERS de la CONVERGENCE BILIAIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

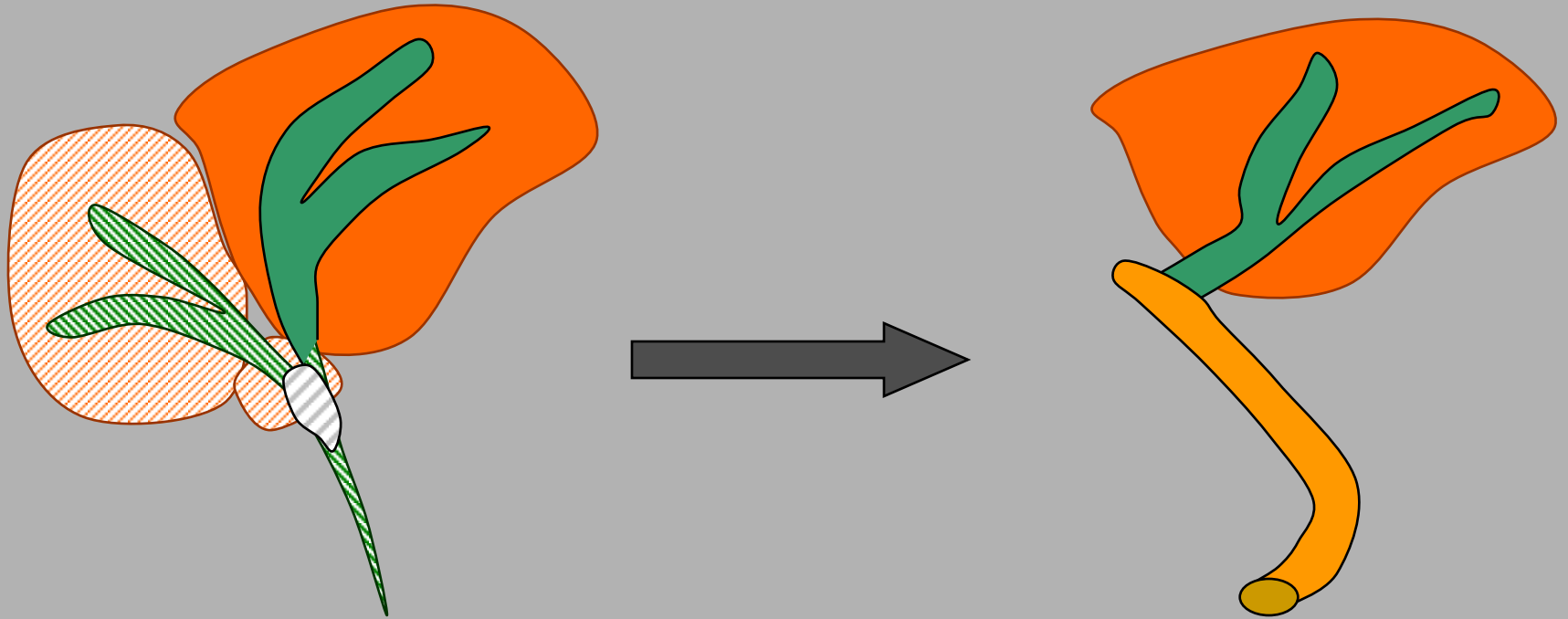
DIFFICULTES de ce TRAITEMENT

INTERVENTION LONGUE : 6h à 8h

MORTALITE : 6% à 12%

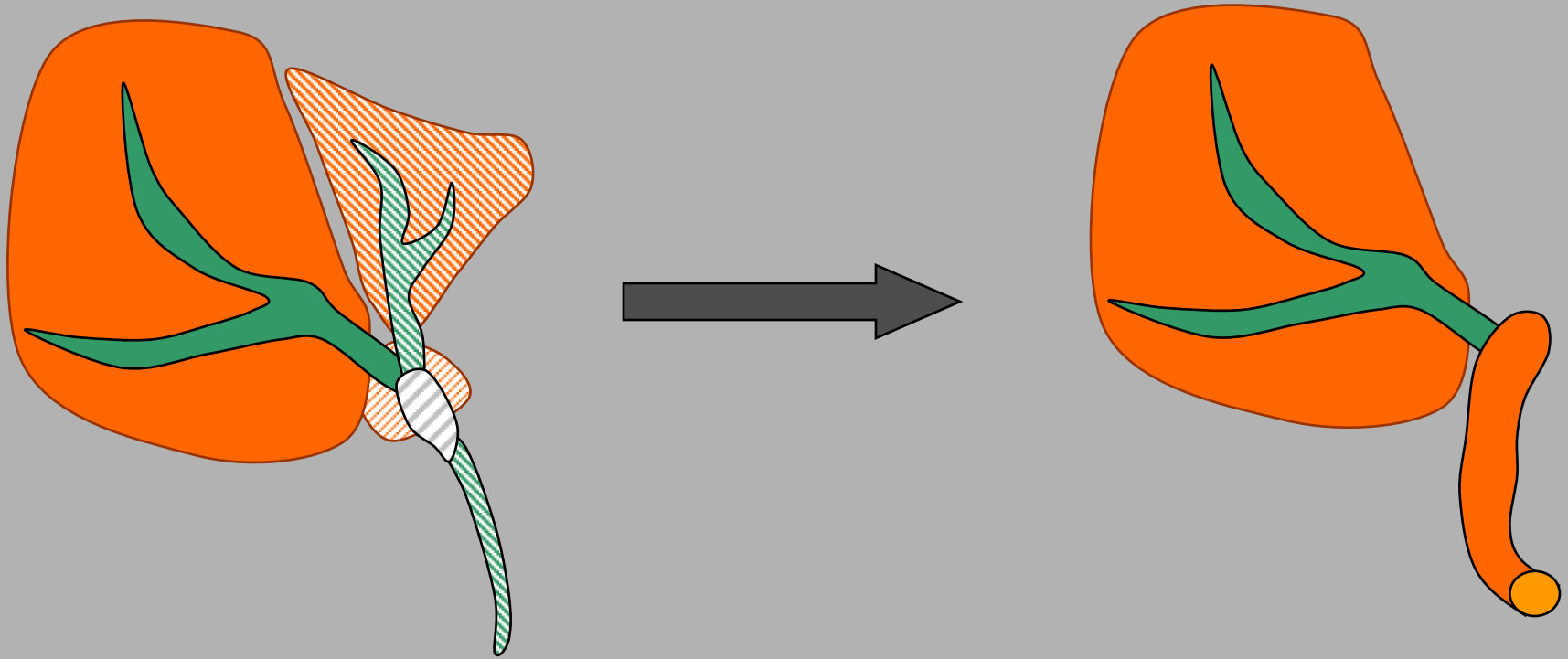
MORBIDITE : 40% à 60%

KLATSKIN DROIT : TRAITEMENT CHIRURGICAL



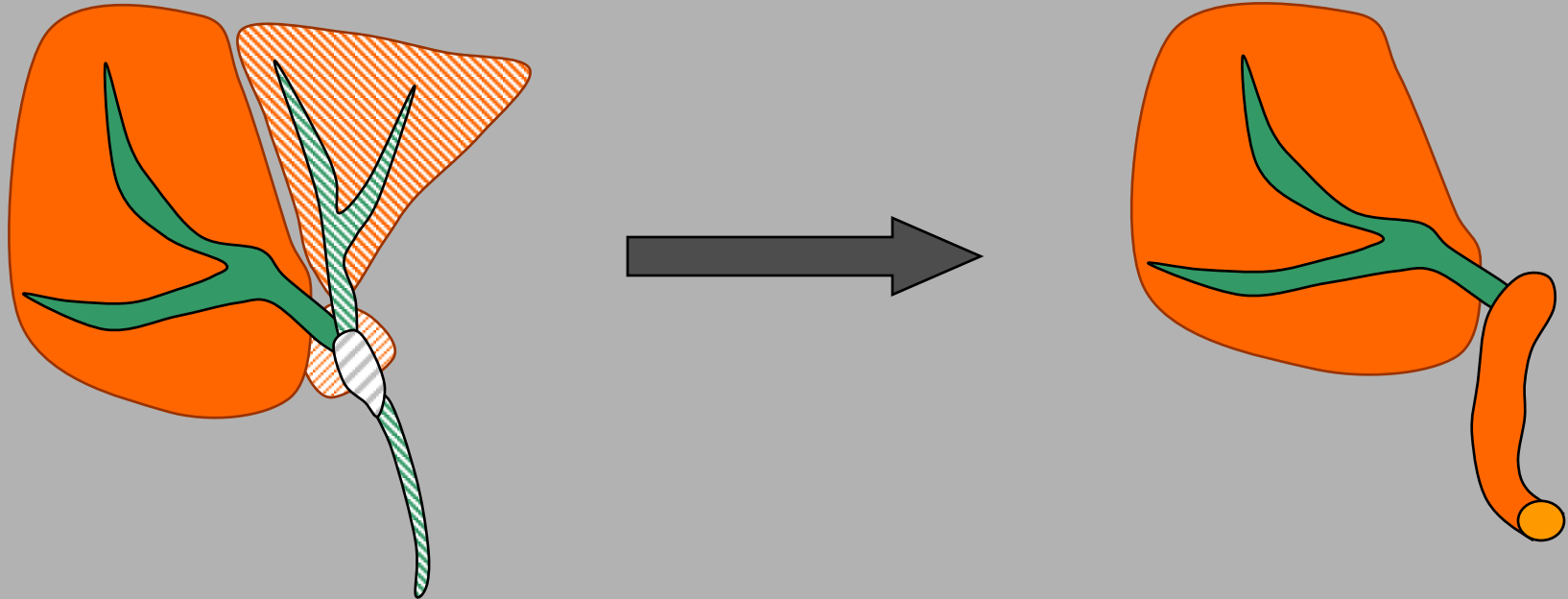
RESECTION en MONOBLOC de la TUMEUR , AVEC:
FOIE DROIT +/- Segment IV
LOBE de SPIEGEL
CONVERGENCE, VESICULE, HEPATOCHOLEDOQUE
ANASTOMOSE BILIO-DIGESTIVE sur ANSE en Y

KLATSKIN GAUCHE : TRAITEMENT CHIRURGICAL



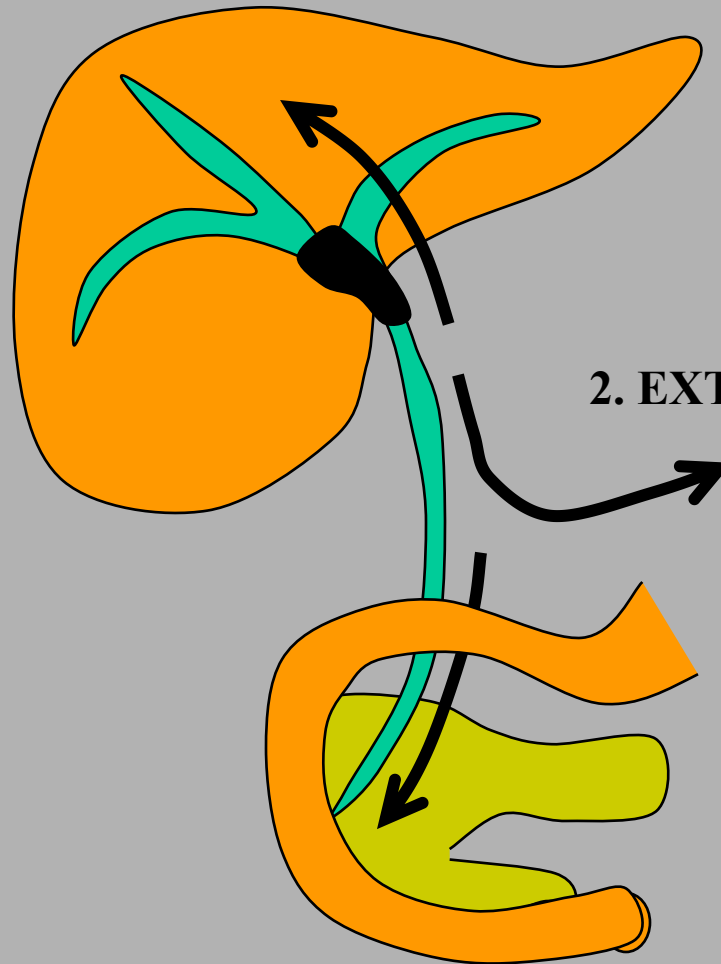
RESECTION en MONOBLOC de la TUMEUR , AVEC:
FOIE GAUCHE II + III + IV
LOBE de SPIEGEL
CONVERGENCE, VESICULE, HEPATO-CHOLEDOQUE
ANASTOMOSE BILIO-DIGESTIVE sur ANSE en Y

KLATSKIN MEDIAN : TRAITEMENT CHIRURGICAL



RESECTION en MONOBLOC de la TUMEUR , AVEC:
FOIE GAUCHE: II + III + IV
LOBE de SPIEGEL
CONVERGENCE, VESICULE, HEPATO-CHOLEDOQUE
ANASTOMOSE BILIO-DIGESTIVE sur ANSE en Y

1. EXTENSION INTRA-HEPATIQUE



2. EXTENSION GG et NERVEUSE

3. EXTENSION INTRA-PANCREATIQUE

CANCERS de la CONVERGENCE BILIAIRE

Quelle Place pour une Chirurgie plus extensive ?

- Localement : résections vasculaires**
- Extension ganglionnaire : + curage**
- Vers le bas : + DPC**
- Vers le haut : Greffe Hépatique**
- Résections étendues associées ?**

CANCERS de la CONVERGENCE BILIAIRE

Conclusions

Diagnostic (1% des K digestifs)	Rare
Evaluation de la Résécabilité R0	Difficile
Traitement Palliatif	Fréquent
Evaluation Pluridisciplinaire	Fondamentale
Décision de Traitement Chirurgical	Difficile
Résection R0 et Guérison	20% et 4%



EMC
HGE