

JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012



Apport des nouvelles techniques endoscopiques dans l'exploration des sténoses de la VBP

B. Napoléon, Lyon

JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012



Conflit d'intérêt

Boston Scientifics

Sténoses de la VBP

- Causes multiples, dominées par les tumeurs malignes
- Le niveau de la sténose est toujours un élément clé de la prise en charge

Proximale

Médiane

Distale



Sténoses de la VBP

- Les sténoses intrapancréatiques (distales) sont dominées par le cancer du pancréas.
 - TDM et EE (ponction, écho de contraste, élastographie ...) règlent la majorité des problèmes (Dc, staging).
- Très peu de place aux explorations endocanaliaires

Sténoses de la VBP

Les sténoses proximales et médianes posent des problèmes spécifiques

- Dominées par le cholangiocarcinome
 - Extension endocanalaire difficile à diagnostiquer
 - Preuve histologique difficile à obtenir
- Seul traitement curatif la chirurgie mais le geste est lourd et à adapter à l'extension
 - Vasculaire : veine porte, artères hépatiques
 - Longitudinale → résection biliaire +/- DPC ou hépatectomie
 - Mortalité périopératoire : 5-10%
- 10% des patients opérés sans diagnostic = sténoses bénignes traitables endoscopiquement

Sténoses de la VBP

Evolutions ces dernières années

Trois techniques d'exploration endocanaliaires améliorent le diagnostic de nature d'une sténose et le bilan d'extension local des adénocarcinomes

- Minisondes endocanaliaires d'échographie
- Microscopie confocale
- Cholangioscopie avec prélèvements dirigés

Comment prendre en charge les sténoses proximales et médianes de la VBP en 2012 ?

Les examens de référence

- Echographie
- CP-IRM
- Scanner de dernière génération
- EE avec ponction échoguidée
- CPRE avec prélèvements endocanalaire

L'échographie

- Reste l'examen de première intention
- **Urgent** en cas de suspicion d'obstacle biliaire extrahépatique
- Doit répondre à ces questions :
 - Caractère obstructif de l'ictère ?
 - Niveau de l'obstacle
 - Suspicion de métastases hépatiques
- *Parfois apportera des éléments complémentaires déterminants : diagnostic de nature (Mirizzi ...), staging (cavernome portal) ...*

L'IRM

- A privilégier en deuxième intention
- Doit apporter ces informations :
 - Cartographie biliaire → extension canalaire
 - Extension vasculaire
 - Extension métastatique

→ **Y a t'il une impossibilité de traitement chirurgical**
- *Le plus souvent limitée pour le diagnostic de nature*

Le scanner de dernière génération

- Efficace pour le bilan d'extension métastatique et vasculaire (V porte, art hépatiques)
- *Le plus souvent limité pour le diagnostic de nature et l'extension endocanalaire*
- **En deuxième intention que si un RV d'IRM n'est pas rapidement disponible**

L'EE +/- ponction guidée

- **Efficace pour le diagnostic de nature et le staging des sténoses médianes**
- Limitée pour les sténoses proximales
 - Matériel et technique adaptés:
 - Appareil linéaire de dernière génération
 - +/- *échographie de contraste (staging vasculaire)*
 - Ponction sur la zone d'épaississement pariétal
 - Malgré tout imparfait :
 - Efficacité diagnostique ponction : 43-89%, VPN : 70%
 - Plutôt après échec des prélèvements per CPRE

La CPRE avec prélèvements

- Bon examen pour l'extension endocanalaire mais
 - Morbidité de l'examen persiste
 - Injection au delà d'une sténose → risque infectieux
 - drainage nécessaire → prothèse → limitation des autres explorations
- Peut-être couplée aux explorations endocanalaire mais à prévoir d'emblée
- Permet la réalisation de prélèvements

La CPRE avec prélèvements

- Nombreuses études sur la meilleure approche (cytologie, biopsies, recueil de liquide ...)
- Le plus pertinent :
 - L'association cytologie + biopsies endocanaliaires
 - Cytologie → sténoses infiltrantes
 - Biopsies → sténoses bourgeonnantes
- Reste malgré tout imparfait :
 - Spécificité proche de 100%
 - Mais efficacité diagnostique et VPN 50-70%

La CPRE avec prélèvements

Ordre de priorité :

- **Il est urgent de réfléchir**

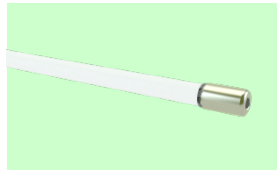
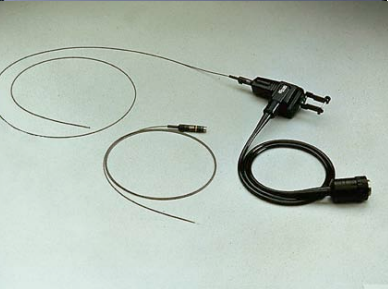
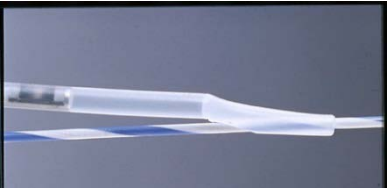
- s'il faut la réaliser
 - Inutile voire délétère si chirurgie décidée
- s'il faut la coupler à d'autres examens
 - Nécessité de drainage pouvant gêner l'efficacité d'autres examens

- **Si elle indiquée il est urgent de la réaliser**

- Un patient ictérique se dégrade rapidement
 - Hémostase, nutritionnel, cardiaque, rénal, immunitaire ...
- La régression de l'ictère se fera d'autant plus vite qu'il n'aura pas été prolongé
 - Retard au traitement qu'il soit chirurgical ou non

Les explorations endocanaliaires lors d'une CPRE

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



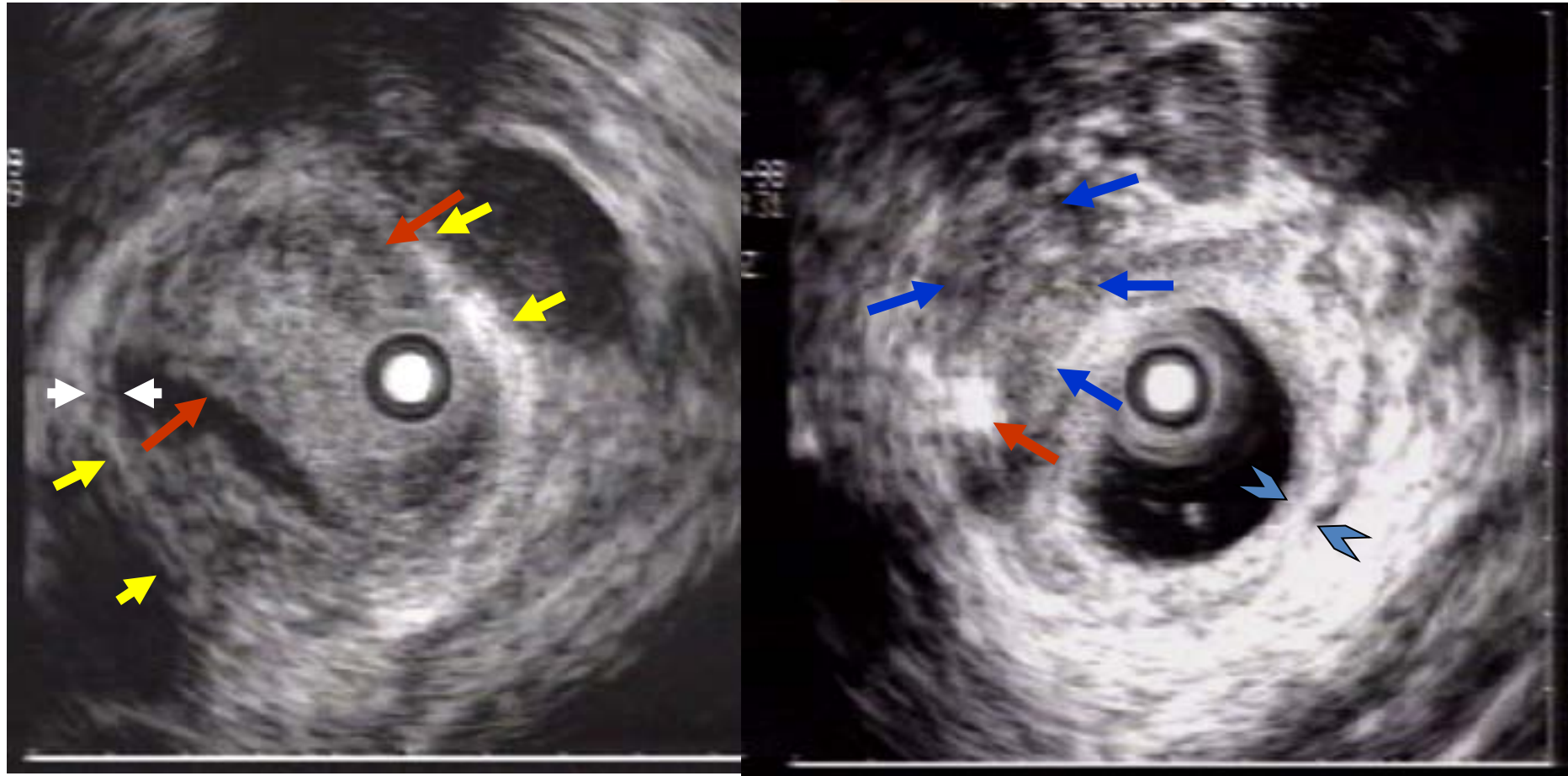
Les minisondes d'endosonographie

- Disponibles depuis une vingtaine d'années, abouties depuis plus de 10 ans (20 MHz, montée sur fil guide)
- Rapide et simple (sans sphinctérotomie et sans dilatation de sténose dans plus de 85% des cas)
- Définition d'image >> IRM, > EE
- Utiles pour
 - Le diagnostic de nature
 - Le bilan d'extension vasculaire et endobiliaire

Les minisondes d'endosonographie

- Diagnostic de nature :
 - Rupture de la paroi, lésion sessile, épaissement > 1 cm
→ En faveur d'une tumeur
 - L'absence de ces trois critères avec des prélèvements endobiliaires négatifs → VPN : 100%
 - Mise en évidence d'autres causes de sténoses (compression extrinsèque vasculaire, ganglionnaire ...)
- Bilan d'extension
 - Vasculaire : veine porte, art hépatique droite
 - Endobiliaire : histologie > MS > CPRE > IRM
TIPMB (ex papillomatose) ?

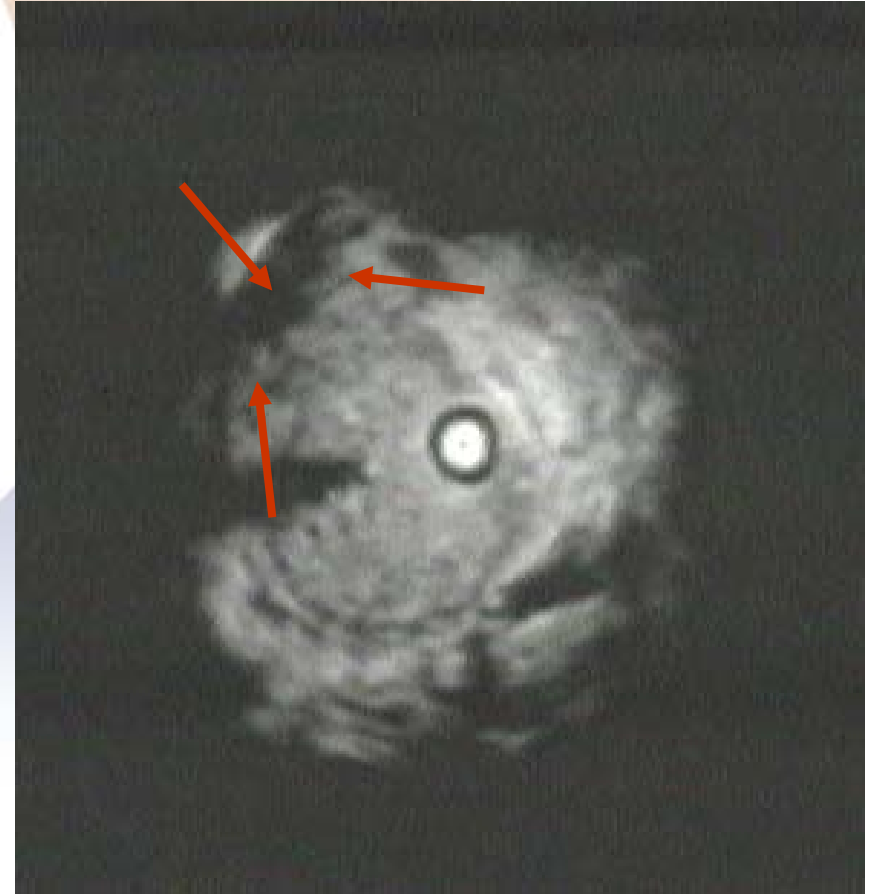
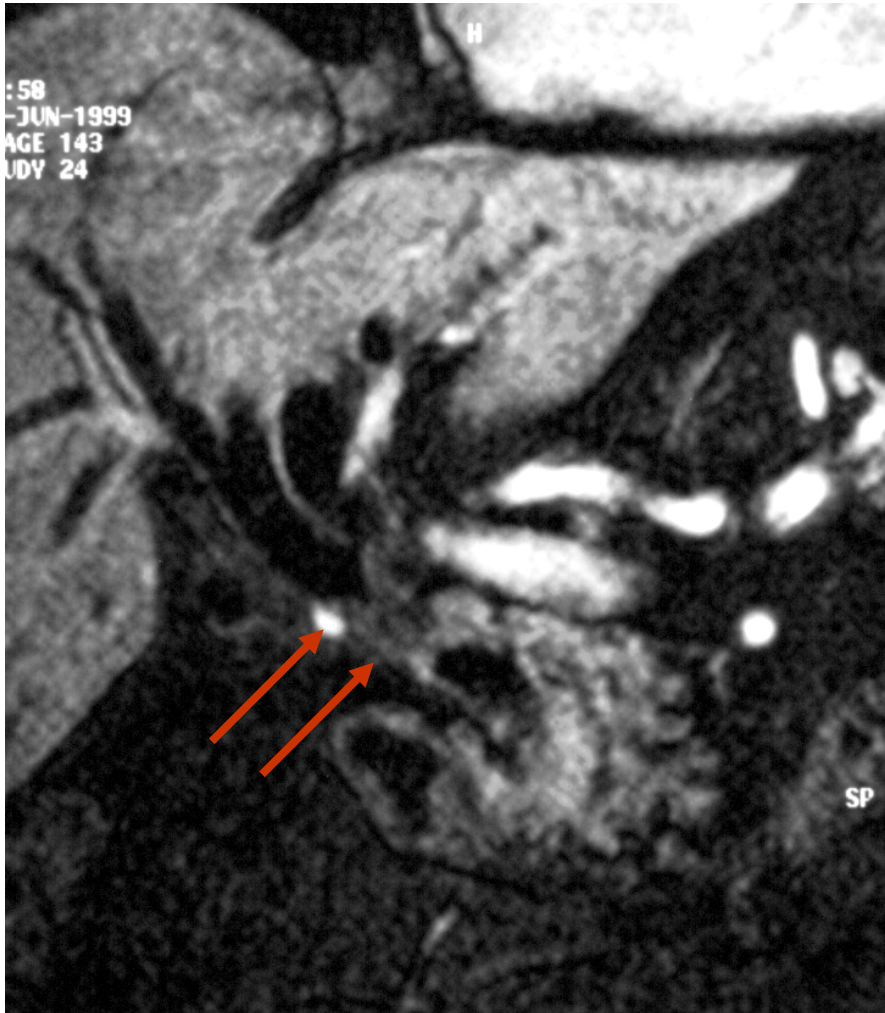
Les minisondes d'endosonographie



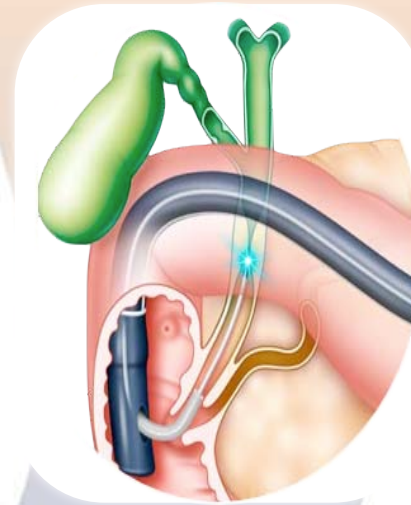
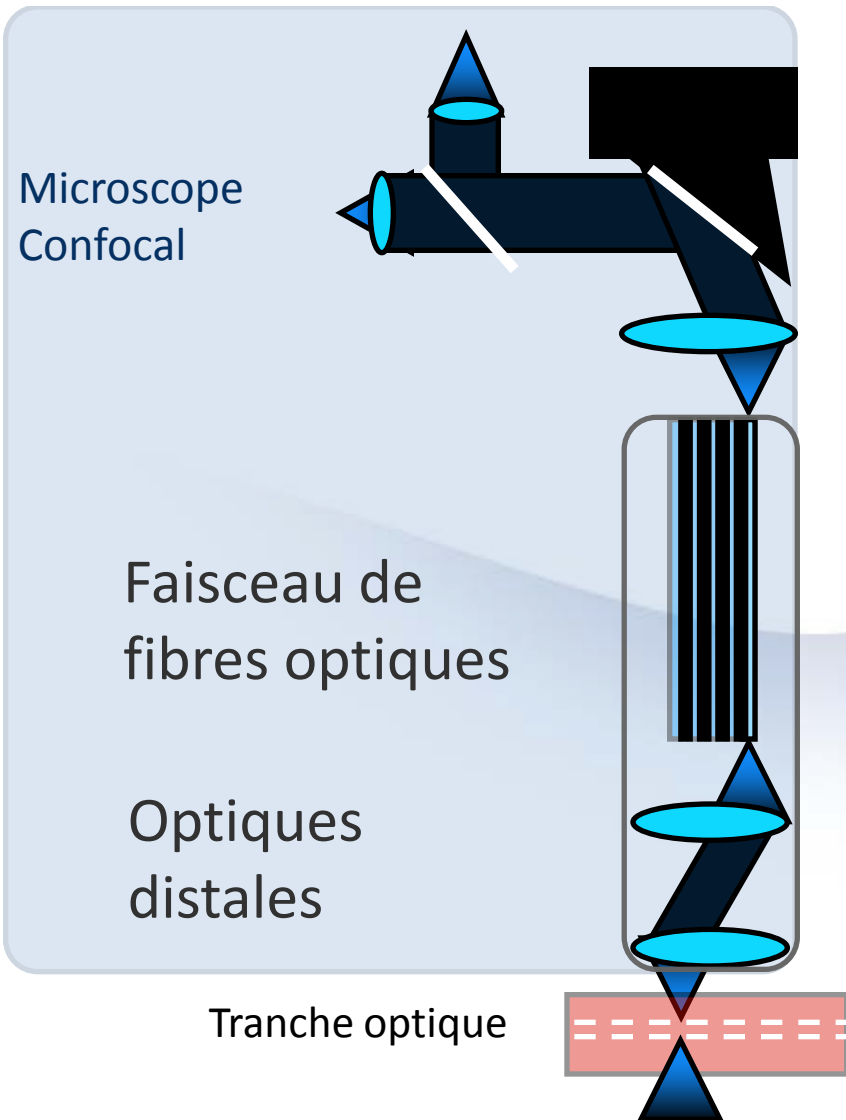
Les minisondes d'endosonographie



Les minisondes d'endosonographie

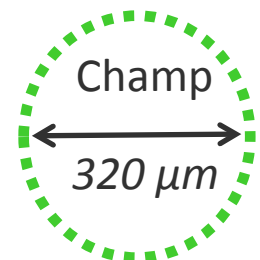
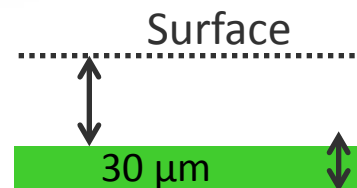


La microscopie confocale



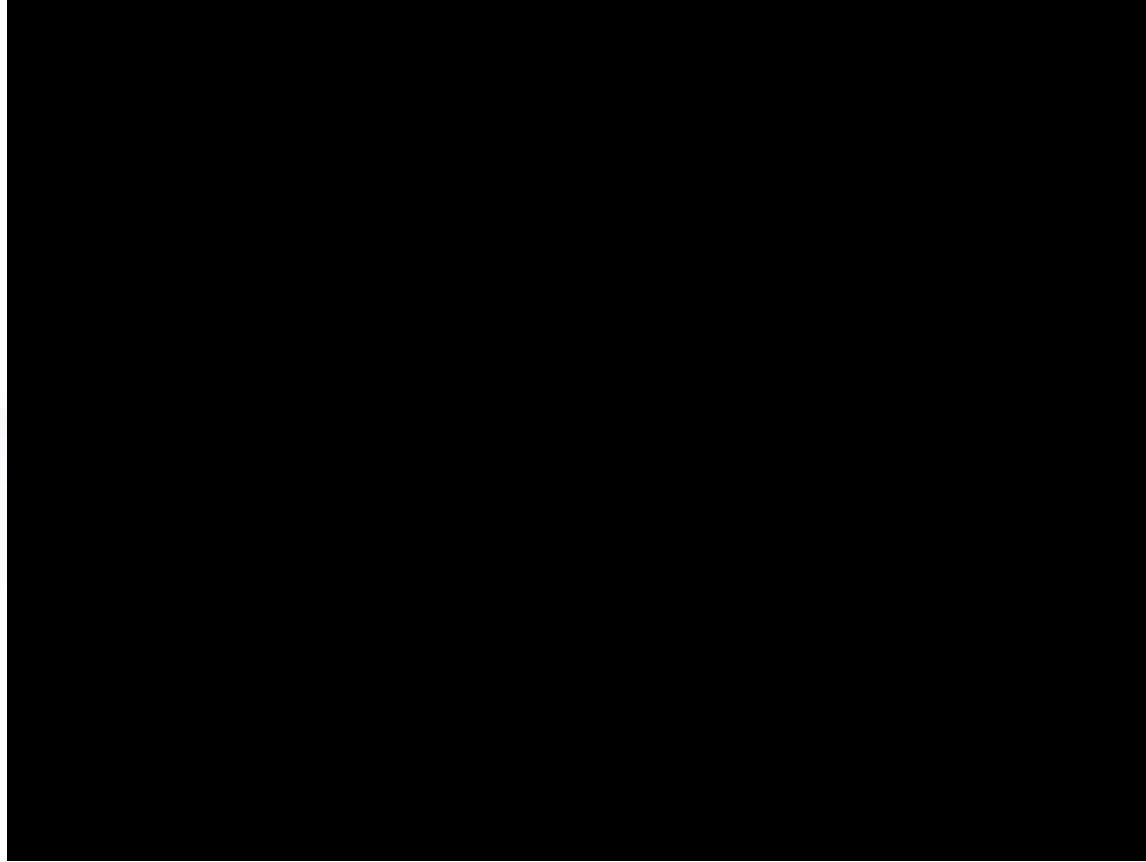
CPRE
Scopie
Fluorescéine IV

CholangioFlex :
Résolution: 3.5 μm
Profondeur observation: 40-70 μm
Diamètre sonde : 1 mm



JFHOD2012

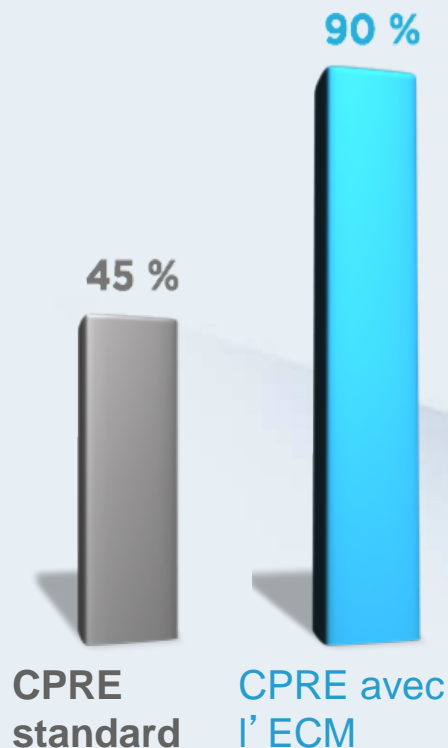
La microscopie confocale



**15-18 MARS
PARIS**

La microscopie confocale

Sensibilité Détection
Cancer^{1,2,3}



Meining Endoscopy 2012

- 47 patients sténose BP origine ?
- Définition des critères les plus suggestifs et reproductibles
→ VPN 80% vs 41% pour prélèvements

Rts prometteurs pour le Dc de nature mais à confirmer

- 11 cholangioKc et 12 sténoses bénignes (inflammation ?)
- Reproductibilité interobservateur modérée

1. Meining et al, CGH 2008

2. Slivka A., Meining A. et al. GIE 2011

3. Giovannini et al, Cancero Digest, 2010

La cholangioscopie avec prélèvements

- Expérimentée depuis une trentaine d'année
- Problèmes de fragilité et de manoeuvrabilité
- Endoscope ultrafin, babyscope, ...Spyglass[®]



La cholangioscopie avec prélèvements

- Spyglass[®]
- Résultats du registre observationnel européen et américain
- 15 centres, 226 patients diagnostic
- 89% succès procédure, 88% biopsies significatives
- Sensibilité pour le dc cancer voies biliaires :
84% pour l'endoscopie, 66% pour les biopsies

Avantages respectifs

	Dc de nature	Staging vasc	Staging canal	Faisab	Biblio	Coût équip kEuros	Coût unitaire Euros
MS	++	++	++	+++	++	90	200
Cellviz	++	-	-	++	-	136	600
SpyG	+++	-	++	-	++	60	1800

Autres avantages :

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

En pratique après l'échographie

- Patient sans traitement curatif possible
 - Drainage biliaire palliatif +/- prélèvements
 - Abstention
- Patient avec traitement curatif non exclu
 - Examens de 2ème intention **rapidement**
 - * Sténose proximale Bili/angio IRM
 - * Sténose médiane Bili/angio IRM et/ou EE/TDM

Après examen de seconde intention

- Patient sans chirurgie possible
 - CPRE
 - + prélèvements
 - + prothèses plastiques ou métalliques couvertes
 - proscrire les métalliques non couvertes tant que le diagnostic de malignité n'est pas établi chez un patient avec une espérance de vie > 1 an*
 - Ponction sous EE si prélèvements -

Après examen de seconde intention

Chirurgie non exclue après IRM et/ou EE/TDM

Sténose médiane

Sténose proximale

Atcd chir biliaire -

Atcd chir biliaire +

Post-chir
plausible

Post-chir
discutable

EE
Chirurgie
+/- CPRE de
drainage

CPRE
+ prélèvements
+ prothèse

CPRE
+ techniques
endocanaliaires
+ prélèvements
+ prothèse

Conclusion

- Devant un ictère l'échographie est urgente et doit affirmer le caractère obstructif et la hauteur de l'obstacle
- Les sténoses biliaires proximales ou "douteuses" doivent être bilantées par IRM
- Les sténoses biliaires médianes doivent être bilantées par IRM et/ou TDM + EE
- La décision de CPRE doit être bien pesée
 - Elle implique un drainage qui gênera les explorations endocanaliaires ultérieures
 - Elle peut être délétère en cas de chirurgie

Conclusion

- Le recours aux techniques d'exploration endocanaliaires doit être envisagé **au cas par cas** en particulier pour les
 - Sténoses proximales résécables après IRM
 - Sténoses médianes résécables après bilan chez les patients avec un antécédent de chir biliaire mais sans argument fort pour une séquelle post-op
- < 5% des patients nécessiteront ces explorations mais une prise en charge en centre tertiaire sera alors nécessaire d'emblée

Conclusion

- La rapidité de réalisation et l'ordre des examens sont fondamentaux
- L'ictère aggrave rapidement la situation et induit une perte de chance pour le patient
- **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...**

Remerciements

Fabien Fumex, Vincent Lepilliez