

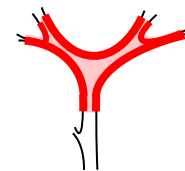
Sténose des voies biliaires (intérêt du diagnostique histologique)

Dr Meriai
Dr Aissaoui
Pr Nakmouche

CHU Beb El Oued

Alger le 12 / 01 / 2011
Séminaire atelier
d'hépto-gastroentérologie

Introduction



Sténoses biliaires : plusieurs entités

Diagnostic (+) lors d'une exploration radiologique (CPRE – Bili IRM+++)

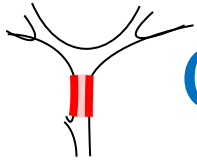
La nature bénigne ou **maligne** : différentiation = **défit** terrible

Le TRT curatif des sténoses malignes : **agressif** (morbidité+mortalité : ↑↑)

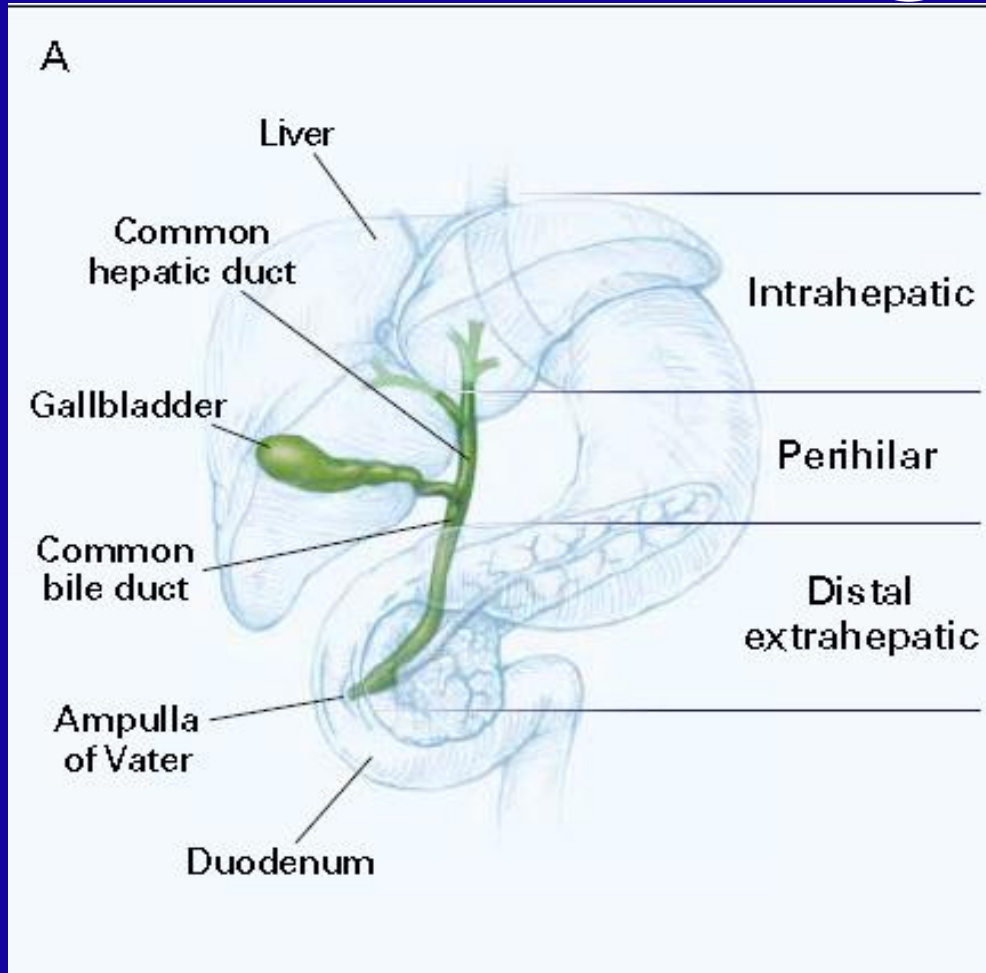
Le TRT palliatif + dvpt TRT **spécifique+++** : **exige** une confirmation Dgc



Dgc cytologique/histologique guide la conduite thérapeutique



Cholangiocarcinome : situation terrible

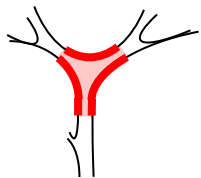


CC **périphériques** svt :

- asymptomatiques
- découverte tardive
- s/f volumineuse masse fibreuse

CC **hilaire** ou VBP **distale**

- découverte précoce
- lésions infiltrantes sténosantes
- male visibles



Qu'elle est la nature de l'obstacle ?

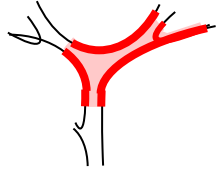


Tm malignes :

- **95 % ADK** +/- différencié, +/- mucineux
- Cancers plus **rares**:
 - cancer épidermoïde
 - lymphome
 - métastases biliaires

Table 1 Etiologies of benign bile duct strictures

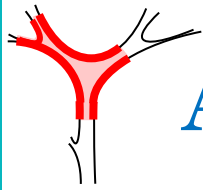
Surgical
Cholecystectomy (open or laparoscopic)
Biliary anastomosis
Orthotopic liver transplant
Biliary reconstruction
Chronic pancreatitis
<i>Clonorchis sinensis</i>
Primary sclerosing cholangitis
Recurrent cholangitis
Sarcoidosis
Abdominal trauma
Ischemic injury
Chemotherapy
Radiation therapy
HIV cholangiopathy
Mirizzi syndrome
Vasculitis
Infection (e.g. tuberculosis or histoplasmosis)
Sphincter of Oddi dysfunction
Choledochal cyst



Nos objectifs



- Savoir évoquer le caractère malin d'une sténose biliaire
- Expliquer les raisons et modalités d'obtention d'une histologie
- Indications de la recherche d'une preuve histologique



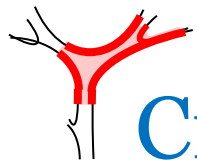
Atteindre objectifs ==> répondre à 3 questions



Qu'elles sont les critères de malignité d'une sténose biliaire avant d'arriver à l'histologie ?

Pourquoi et comment faire le diagnostic histologique ?

Faut-il toujours faire un diagnostic histologique ?



Quels critères de malignité?

Critères clinico-biologiques : **VPP = 95%**

ictère nu progressif

absence de lithiase biliaire

absence ATCD chirurgie biliaire

âge >60 ans

dilatation isolée des VBIH, sténose isolée convergence

VPN : faible ==) en pratique clinique : discutable

Quels critères de malignité?

Critères radiologiques

TDM

Long : 18 mm

Épaississement biliaire > 1,5mm

Raccordement abrupt

Dilatation d'amont +marquée

Seule la prise de contraste
marquée de la paroi biliaire au
tps portal et tardif (VPP:90%)

Bili IRM

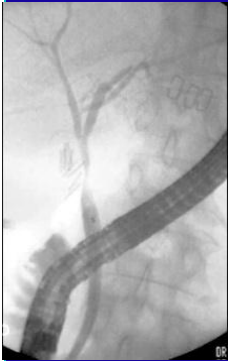
CPRE

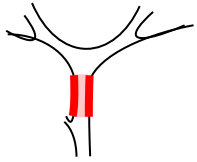
irrégularité + dilation post
sténotique

Axe asymétrique

Raccordement abrupt

Double-duct sign





Intraductal US : Sensibilité 83% à 89%

Exactitude Dgc : 83 à 90%

Critères sonographiques de malignité

Avantages :

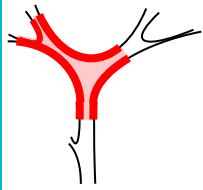
Canulation biliaire facile

Eviter sphincterectomie

Haute résolution + détails image sténose et tissu entourant

Staging => sélection patients pour resection

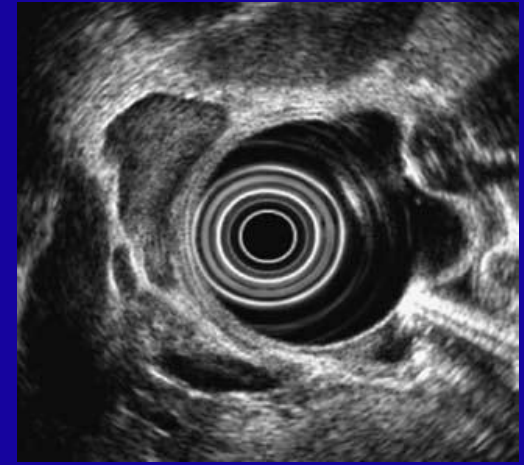
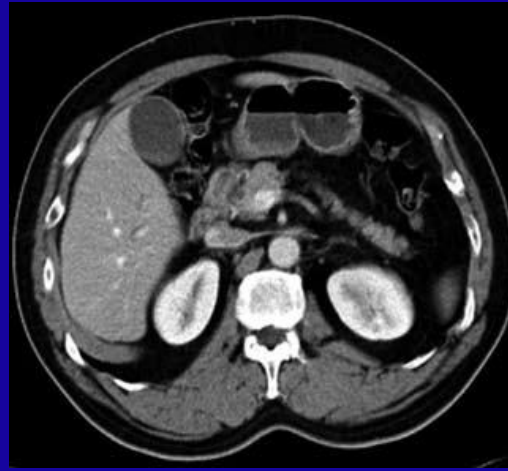
- Épaississement excentré des voies biliaires
- Surface irrégulière
- Disparition 3^{ème} couche de la paroi biliaire
- Masse hypo-échogène
- **Infiltration voisinage**
- **ADP (+)**
- **Envahissement vasculaire**



EES Sténose inexpliquée ?



- Homme de 62 ans avec Kc des voies biliaires



Lee *et al* : EUS “criteria”
pancreatic head mass

irregular bile duct wall,

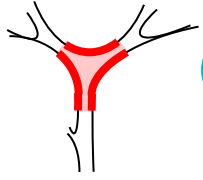
or bile duct thickness > 3 mm

Sensitivity : 90,5%

Specificity : 100%

PPV : 100%

NPV : 86,9%



Quelle est l'importance de l'histologie ?



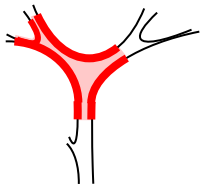
- Irrégularité des bords
- L'asymétrie de l'axe

not specific to malignant strictures but were seen also in benign strictures (26% et 35%)

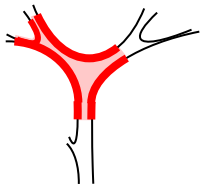
gradual tapering

abrupt narrowing

common in strictures due to cholangiocarcinoma,
as well as in benign strictures



Même si l'aspect radiologique peut aider à différencier une sténose bénigne d'une sténose maligne, les critères proposés semblent être insuffisants et le diagnostic histologique est facteur décisionnel primordial « traitement »
médical / instrumental /chirurgical



Pourquoi faire un Dgc histologique ?

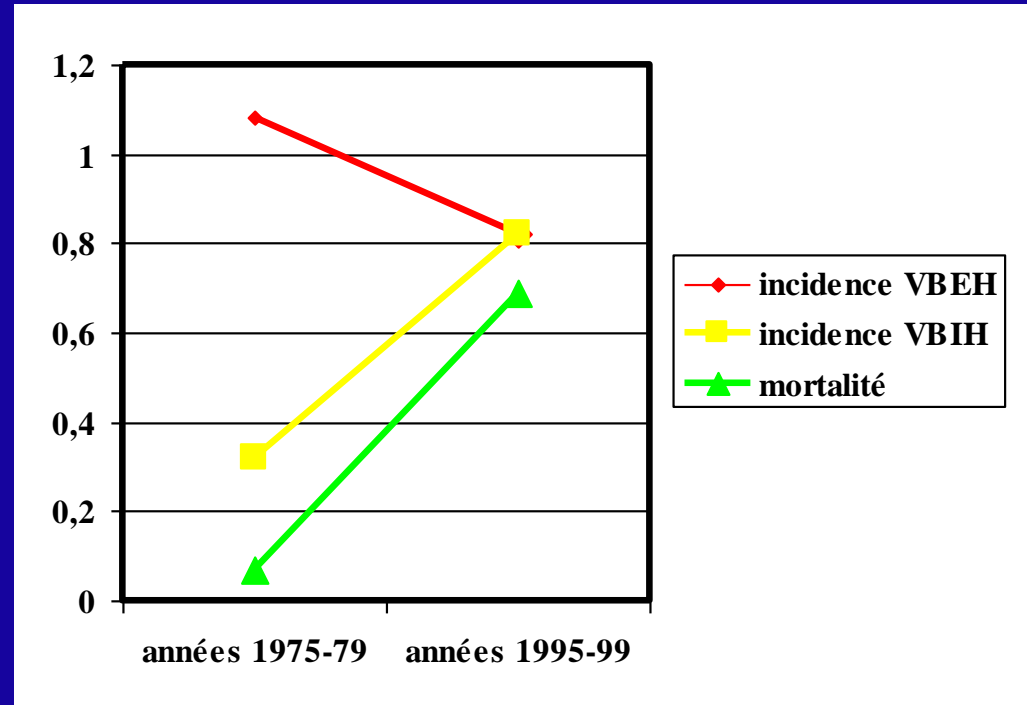
Arguments épidémiologiques

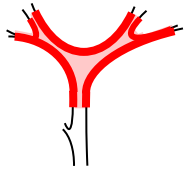
- Cholangiocarcinome :
rare mais incidence en augmentation

Localisation :
2/3 VBEH
1/3 VBIH

France :
2000 nouveau cas/ an

USA :
3500 à 5000 cas annuels
incidence 0,8/100 000



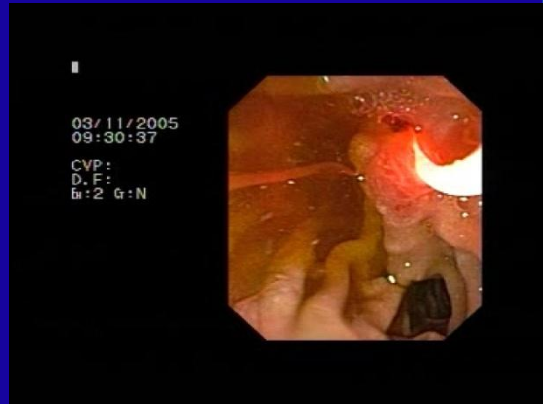


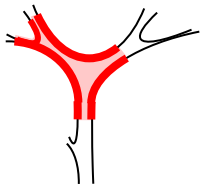
Pourquoi faire un Dgc histologique ?

Amélioration de la prise en charge



- Amélioration de l'espérance de vie des patients traités par carboplatine ou gemcitabine
- Amélioration de l'espérance de vie des patients traités par thérapie photodynamique

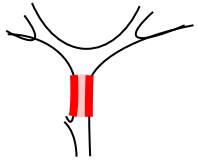




Preuve cytologique ou histologique

indispensable

avant traitement néo-adjuvant ou palliatif



Pourquoi faire un Dgc histologique ?

Problème de fausse sténose maligne



Diagnostic de malignité : **difficile** (pseudotumeur inflammatoire hilaire +++)

Santoro : **5 à 15%** des sténoses bénignes (inflammatoire) opérées pour **suspicion** de cholangiocarcinome



pseudotumeurs inflammatoires restent de découverte
fortuite sur pièce opératoire

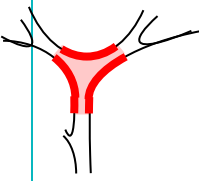


Motivation ↗ ↗: obtention de la preuve du
caractère néoplasique
« sténose supposée maligne »

Comment faire le diagnostic histologique ?



- ✓ Au cours d'une CPRE sous control radioscopique :
 - brossage endocanalaire
 - aspiration de bile
 - biopsie ou ponction à l'aiguille fine
- ✓ Ponction à l'aiguille fine s/EUS : (EUS-FNA)
- ✓ Cholangioscopie : classique ou SpiGlass



Comment faire le diagnostic histologique ?

Brossage endocanalaire



Au cours d'une CPRE sous control scopique:

fil guide

sphincterectomie

cathéter de 6 Fr

Brosse avec repères radio-opaques

introduction  pole proximal de la sténose

plusieurs mvt aller-retour au travers de la sténose

Contenu de la brosse

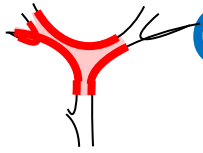
étalé sur lame de cytologie conventionnelle

ou brosse coupée : mise dans

pot de formol

préparation pour cytologie mono couche (Thin Prep)





Comment faire le diagnostic histologique ?

Brossage endocanalaire : performances

Auteur/année	Nbre (patients)	sensibilité	spécificité
Ponchon 1995	233	35%	97%
Lee 1995	149	37%	100%
Jailwala 1999	133	30%	100%
Ornellas 2006	50	40%	100%
Temiño López- Jurado 2009	62	62%	100%
total	627	40%	99%

Conclusions: brush cytology has intermediate sensitivity with a high specificity. Due to its simplicity brush cytology should be performed in all cases of biliary strictures detected on ERCP, and in case of repeated ERCPs additional cytology brushings are recommended.

Comment faire le diagnostic histologique ?

Aspiration de bile

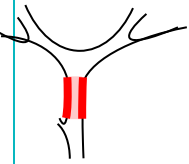
Etude comparative: 115 malades avec 120 examens cytologiques, 03 groupes :

- aspiration seule
- brossage seul
- combinaison brossage-aspiration

Technique	sensibilité
Bile	42%
Brossage	40%
Bile+brossage	65%

Conclusion:

La cytologie associée de la bile et des brossages biliaires est recommandée lors de toute CPRE thérapeutique des voies biliaires pour toute sténose présumée maligne et non opérable ou bénigne



Comment faire le diagnostic histologique?

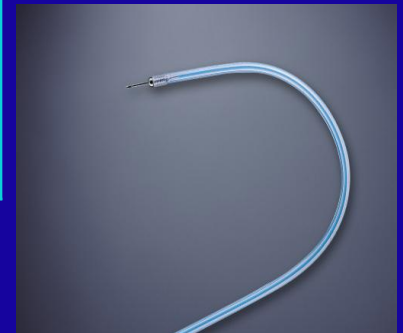
Biopsie ou ponction à laiguille fine

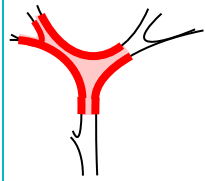


	nbre	sensibilité	spécificité
Ponchon 1995	128	43%	97%
Schoefl 1997	103	65%	100%
Jailwala 2000	133	37%	100%
Momagk 2002	60	52%	100%

Conclusion :

du fait de sa faible exactitude diagnostique son usage exclusif n'est pas fiable pour un Dgc définitif en préop d'une sténose biliaire





Augmentation de Sensibilité



Résultats modestes ← un seule prélèvement

Amélioration des résultats ← réalisation de Σ cytobrossages

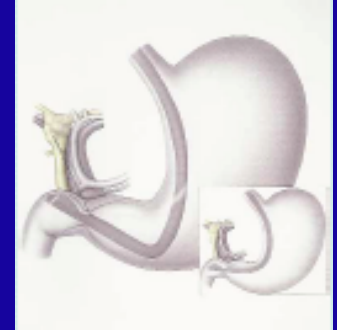
Résultats meilleurs ← combinaison de #techniques de prélèvement

Comment faire le diagnostic histologique ?

Ponction sous écho-endoscopie (EUS-FNA)

Au cours EUS

- Sonde linéaire
- À travers l'estomac ou le duodénum
- Ponction à l'aiguille fine sous visualisation directe



Sténose des voies biliaires :

tumeurs péri hilaires

ADP

tumeurs pancréatiques



Pas de ponction si voies biliaires dilatées: risque cholépéritone

Comment faire le diagnostic histologique ? (EUS-FNA)



Auteur/année	nbre	sensibilité	spécificité	VPP	VPN
Fritsher-Ravens 2003	43	89%	100%	100%	67
Byrne 2004	35	45%	100%		
Eloubeidi 2004	28	86%	100%		
De Witt 2006	24	77%	100%	100%	29%

Conclusion:

EUS-FNA présente une meilleur sensibilité que les autres techniques conventionnelles et une excellente spécificité mais elle a tjr une faible VPN
=> répétition des prélèvements ou une combinaison à d'autres techniques

Comment faire le diagnostic histologique ?

Cholangioscopie



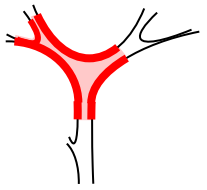
← classique

Spy Glass →

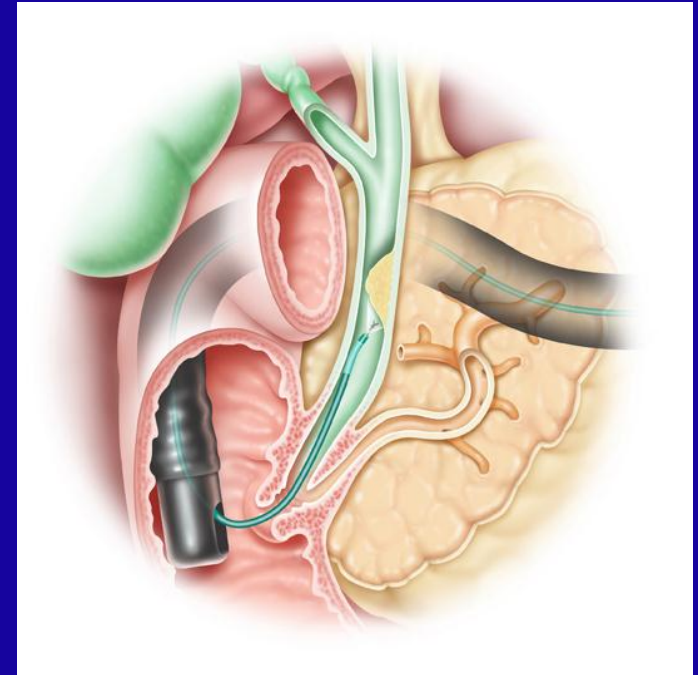


Intérêt Dgc:

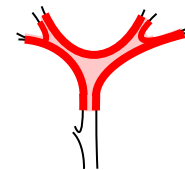
- ✦ Macroscopie lésion endobiliaire
- ✦ Bx dirigées +++



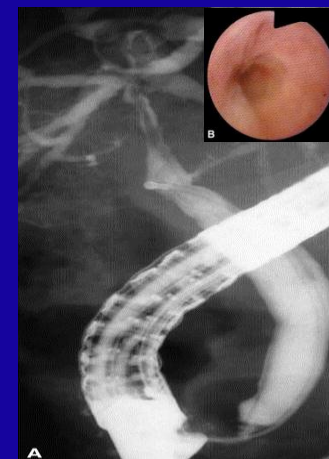
Cholangioscopie : SpyGass



Cholangioscopie : SpyGass Performances



Fukuda 2005 (n = 97)	sensibilité	Spécificité
CPRE	58%	100%
Cholangioscopie	100%	87%



Tishchendorf 2006(n=53)	sensibilité	Spécificité
CPRE	66%	51%
cholangioscopie	92%	93%

Conclusion:

la cholangioscopie trans-papillaire augmente significativement la capacité à distinguer une sténose bénigne d'une sténose maligne

Faut-il toujours proposer un diagnostic histologique
devant toute sténose ?



Non

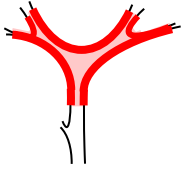
Quand ne pas biopsier ?



Si Dgc **évident** :

- Kc pancréas
- Contexte de bénignité (pancréatite chronique calcifiante)
- Sténose post- chirurgie biliaire (TH , cholécotomie, ...)

**Si suspicion de CC devant une lésion résécable
(sauf si haut risque opératoire =) Bx)**



Quand la biopsie est utile ?

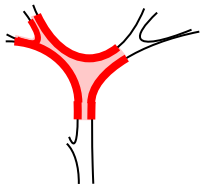
Si facteur de risque :

- CSP
- Hépatite C
- Kyste du cholédoque (20×)
- Maladie de Caroli (7-10%)
- Infection Clonorchiasis
- Papillomatose des voies biliaires

-Si forte suspicion de CC :

chez un malade non
résécable (TRT palliatif)

-Si critères clinico-
biologiques de malignité



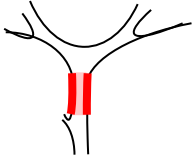
conclusion (1)



Presque tous les obstacles biliaires (- sténose VBIH)
: accessibles à l'endoscopie

Ne pas négliger une possibilité de lésion bénigne
devant une sténose avec tout les caractères de
malignité

Proposer association des différentes techniques avec
prélèvements multiples et répétés++ en cas de
résultats négatifs (VPN=50%)



conclusion (2)



Intérêt de ponction sous EES (ADP ou masse associée)

place de la cholangioscopie (SpyGlass)

Rôle de l'histologie chez un patient résécable discutable, chez un patient non résécable est indispensable