

Cancers de la vésicule biliaire

GRABA A., ATTIG M., BOUZID C, BENTABAK K, BOUBNIDER
M W, SAIDANI MW, CHERCHAR K, IMESSAOUDENE Z.,
OUKKAL M*.

Service de Chirurgie Oncologique 'A'

*Service d'oncologie Médicale

C.P.M.C – Alger

Symposium International de Cancérologie Digestive

Palais de la Culture Moufdi Zakaria – Alger-

12 Décembre 2010

Introduction

- Le plus fréquent des cancers des voies biliaires: 80-95%
- Adénocarcinome glandulaire
- Diagnostic tardif ++ 10 à 20 % sont résécables
- Pronostic redoutable
EU: survie à 5 ans: 9% tout stade confondu
- Variation géographique ++ et ethnique
- Prédominance féminine

CVB: Epidémiologie

CVB est la plus fréquente des tumeurs des voies biliaires

* **Amérique latine** Cancer fréquent.

Chili (1) (25,3/10⁵F et 9,3/10⁵ H)

Pérou, Equateur, Colombie

* **Asie:** Inde (1) (8/10⁵ F et 3,3/10⁵ H)

Japon, Chine, Corée

* **Europe orientale:**

Tchéquie (4,5/10⁵ F et 2,4/10⁵ H)

Slovaquie, Pologne

* **Europe Occidentale et USA:** Cancer rare:

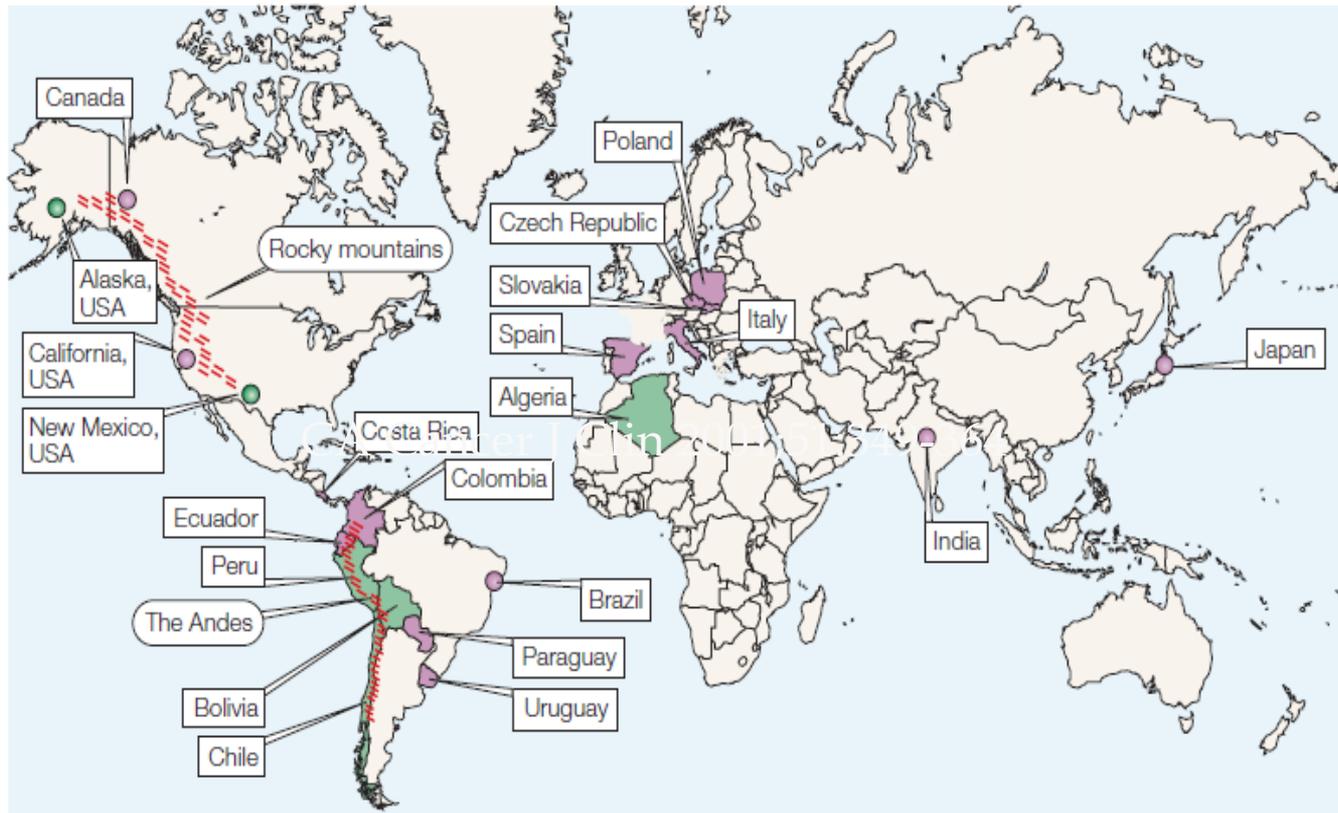
France: 0,8 - 1,5/10⁵

(Randi et al Ann Oncol 2009,20,146-59)

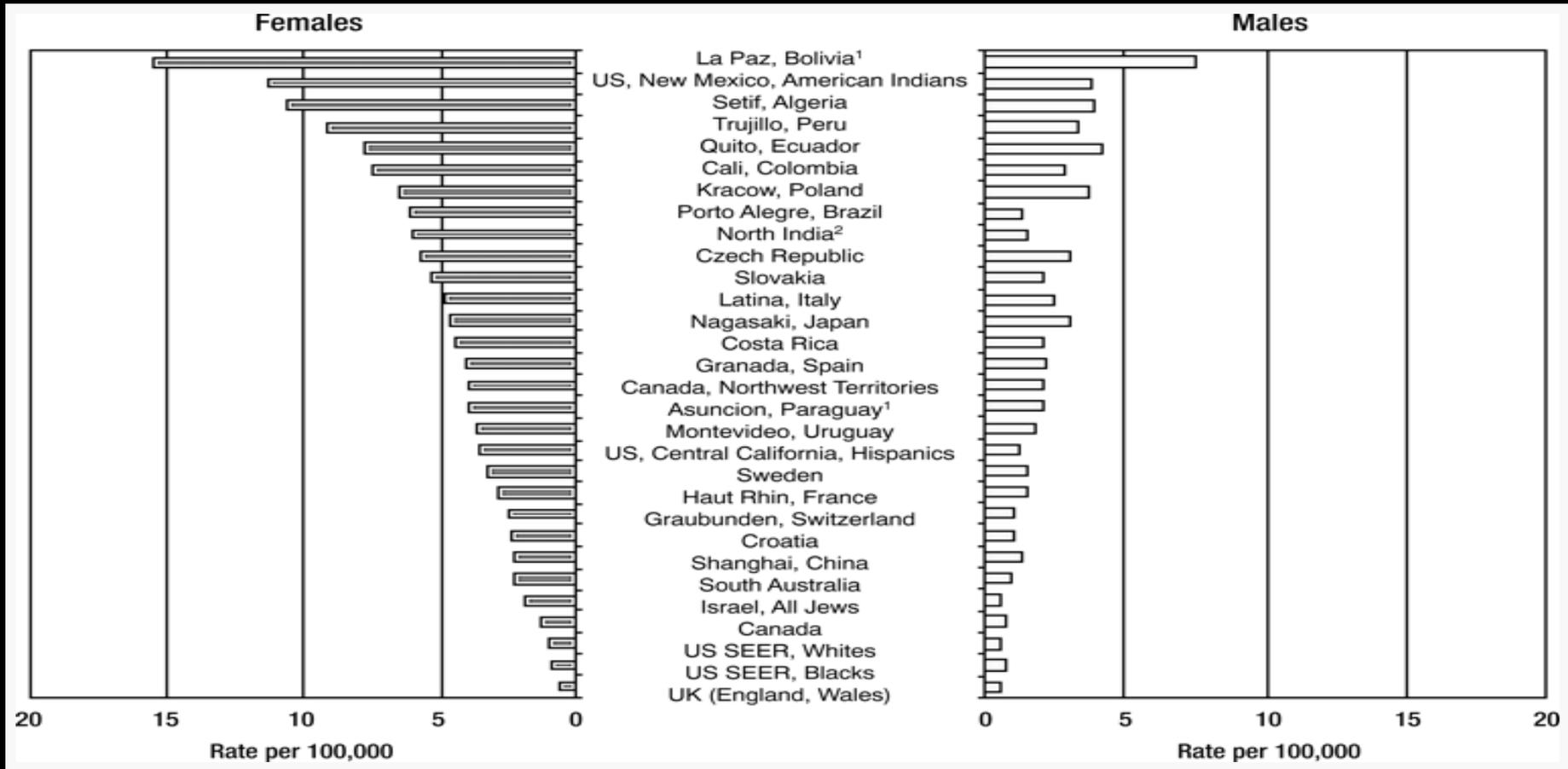
Incidence dans le monde

couleur Verte >9/100000h

violet 4-9/100000h



Incidence et variation géographique des CVB



Cancers digestifs à Alger

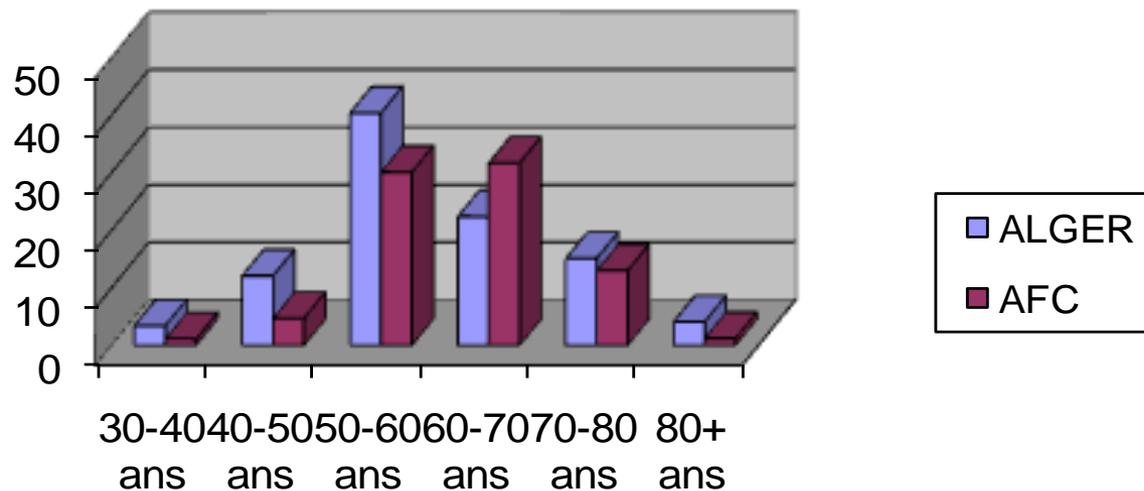
Incidence /femme N/100 000 Habitants		Incidence /homme N/100 000 Habitants	
Colon & rectum	11.0	Colon & rectum	14.8
Estomac	7.4	Estomac	7.9
Vésicule biliaire	4.7	Vésicule biliaire	2.5
Pancréas	1.1	Pancréas	2.0
Grêle	1.1	Foie	1.2
Foie	1.0	Œsophage	0.8
Œsophage	1.0	Grêle	0.7

Registre des tumeurs d'Alger 2006

HISTOGRAMME DES AGES cancer de la vésicule biliaire

AFC : 76 % des patients , plus de 60 ans

ALGER : 55 % des patients , moins de 60 ans



Facteurs de risque(II)

HEPATOBIILIARY

Familial liver and gall bladder cancer: a nationwide epidemiological study from Sweden

K Hemminki, X Li

Gut 2003;52:592-596

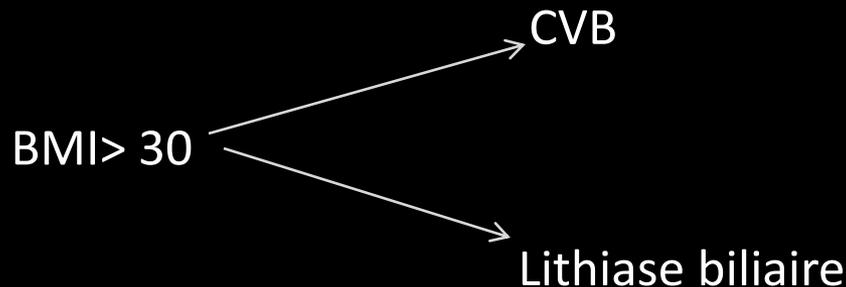
Risque X 5

chez les descendants de patients ayant eu 1 cancer de la Vésicule B

Facteurs de risque(III)

Gallbladder Disease among Obese Patients in Taiwan

Phui-Ly Liew, MD¹; Weu Wang, MD²; Yi-Chih Lee, MHA³; Ming-Te Huang, MD²; Yang-Chu Lin, PhD⁴; Wei-Jei Lee, MD, PhD⁵



Facteurs de risques (IV)

Facteurs hormonaux: multiparité – TRT hormonaux

Int. J. Cancer: **118**, 1591–1602 (2006)

© 2005 Wiley-Liss, Inc.

MINI REVIEW

Gallbladder cancer worldwide: Geographical distribution and risk factors

Giorgia Randi^{1,2*}, Silvia Franceschi¹ and Carlo La Vecchia^{2,3}

¹International Agency for Research on Cancer, Lyon cedex 08, France

²Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri”, Milan, Italy

³Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

Int. J. Cancer: **99**, 762–763 (2002)

© 2002 Wiley-Liss, Inc.



Publication of the International Union Against Cancer

POST-MENOPAUSAL HORMONAL THERAPY AND GALLBLADDER CANCER RISK

Silvano Gallus^{1*}, Eva Negri¹, Liliane Chatenoud¹, Cristina Bosetti¹, Silvia Franceschi² and Carlo La Vecchia^{1,3}

¹Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri,” Milan, Italy

²Field and Intervention Studies Unit, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

³Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

Facteurs de risques (V)

Infections bactériennes des voies biliaires

British Journal of Cancer (2009) 100, 194–199

© 2009 Cancer Research UK All rights reserved 0007–0920/09 \$32.00

www.bjcancer.com

Helicobacter species in cancers of the gallbladder and extrahepatic biliary tract

Hélicobacter +++

Salmonella typhi+

British Journal of Cancer (2009) 100(1), 194 – 199

Lésions pré cancéreuses

- Adénomyomatose* :risque de cancer 6,6%; il augmente à 15,6% si >60 ans.
- Vésicule porcelaine** : 30% de CVB
- Anomalie de la jonction Bilio-panc*** et reflux PB 16%

*Nabatame N. J Exp Clin Cancer res 2004

**Chiche L . J Chir. 2001-138; N°6

***Adham M.Surgery 2005;Nov

***Sai JK.Gastro intest endosco;2005;feb

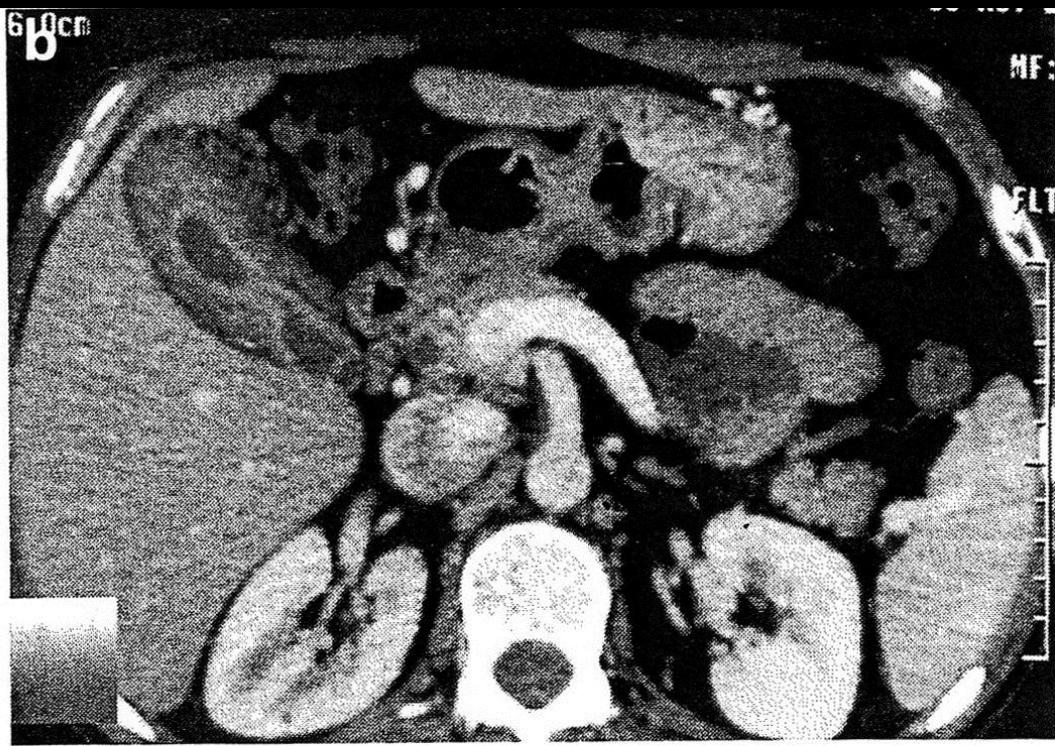
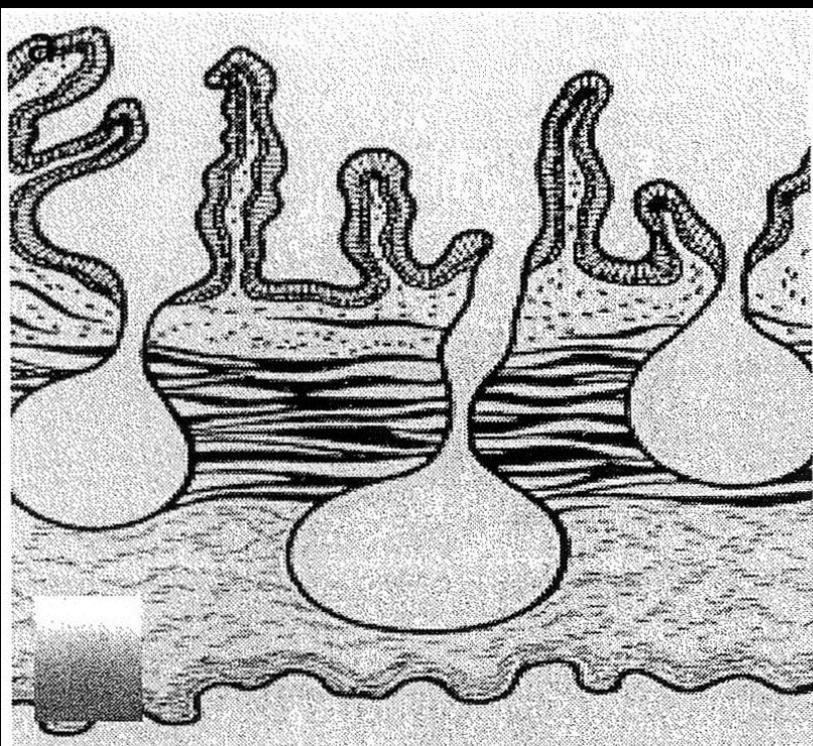


Figure 5 : Adénomyomatose (ou adénomyose) de la vésicule biliaire. a) l'épithélium fait protrusion à travers la musculuse et forme des poches (sinus de Rokitansky-Aschoff). b) aspect tomodensitométrique.

Vésicule porcelaine (30% KC)



Traitement préventif

- Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire asymptomatique ? Non!
- Indication de la cholécystectomie:
 - LV symptomatique
 - Surtout si calcul >3 cm de diamètre
 - Cholécystite chronique
 - Vésicule scléro atrophique
 - Chirurgie de l'obésité

Kianmanesh.R,J Chir, 2007

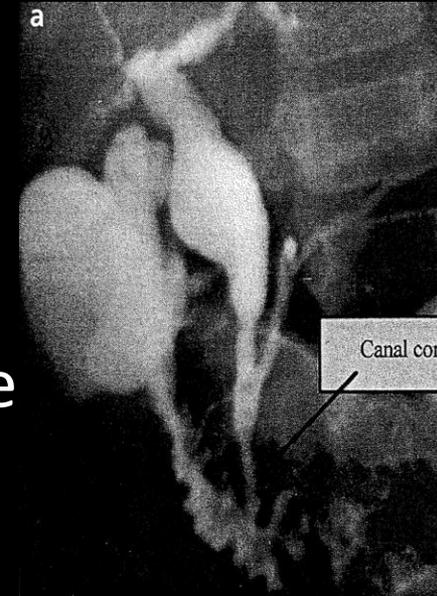
Traitement préventif

- Polypes >10 mm
- 3 polypes
- Age>60 ans
- Associée à une LV ou à une CAL
- Augmentation de la taille du polype aux échographies de contrôle

*Sun XJ; Hepatobiliary Pancreat Dis Int;2004 Nov

Traitement préventif suite

- Anomalie de la jonction bilio pancréatique
 - AJP+kyste du cholédoque=résection de la VBP +cholécystectomie
 - La résection de la VBP: de la portion intra pancréatique jusqu'au toit de la convergence
 - AJP seule=cholécystectomie seule même si vésicule alithiasique

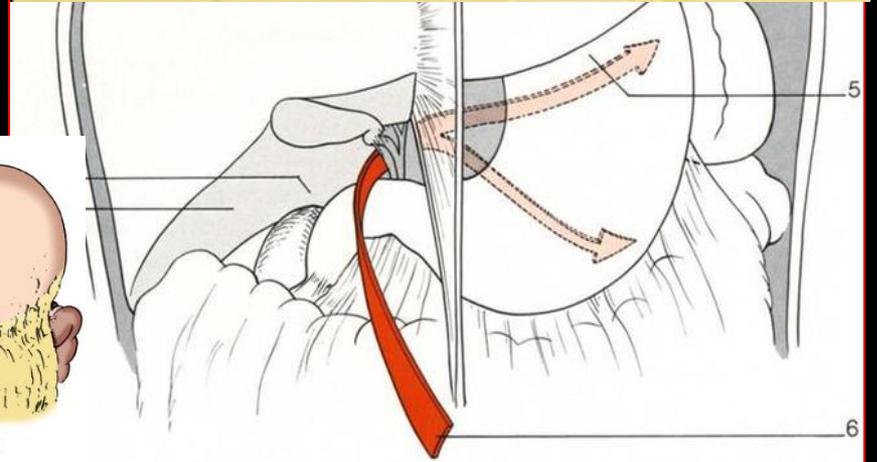
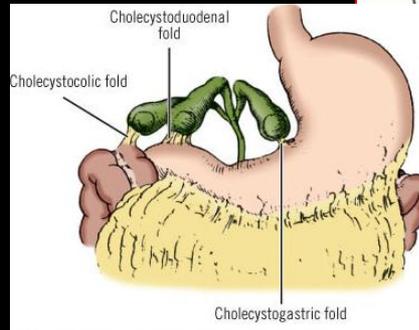


Kianmanesh.R, J Chir, 2001

Situation anatomique

La vésicule biliaire est logée dans la fossette cystique creusée à la face inférieure du foie

- la limite inférieure du foie gauche et du foie droit.
- En contact avec le duodénum et le côlon transverse

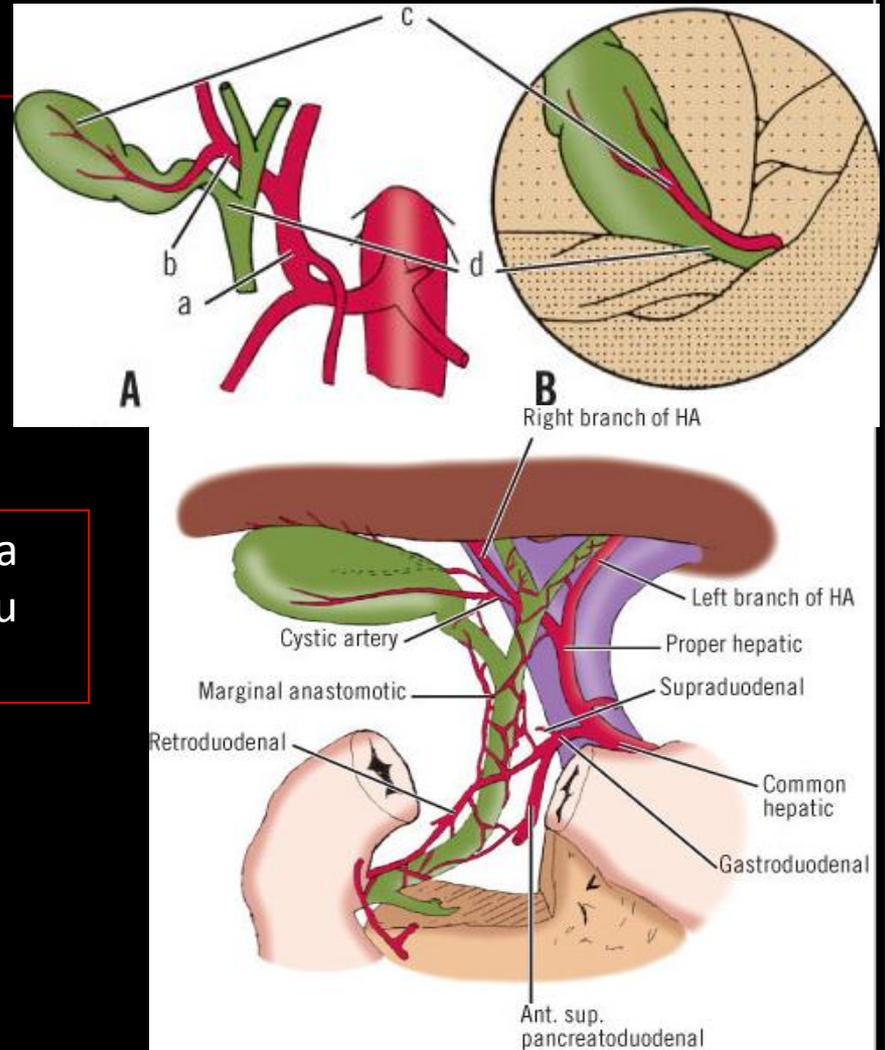


Vascularisation artérielle

Artère cystique

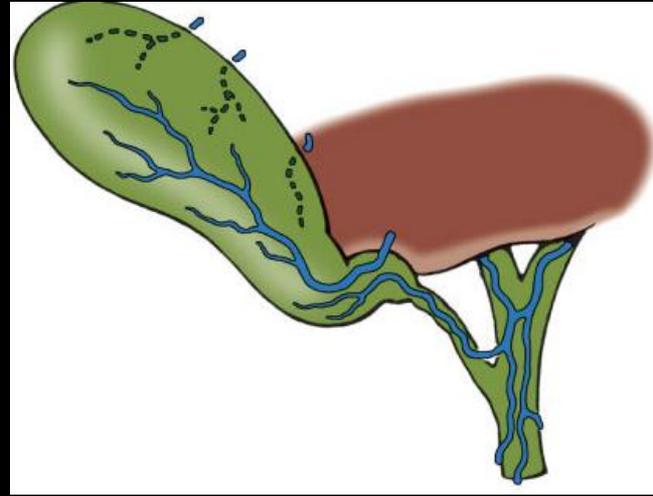
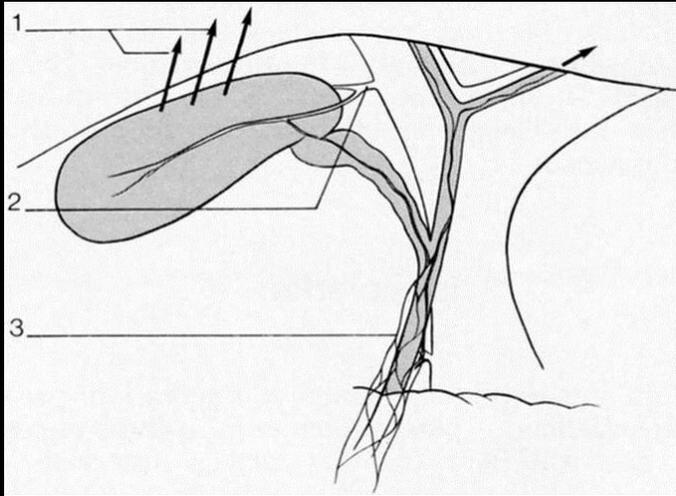
au niveau du col de la vésicule, se divise en deux branches droite et gauche.

ce qui nécessite sa ligature au plus près de la paroi vésiculaire pour ne pas léser le rameau droit de l'artère hépatique propre



Vascularisation veineuse

- **Le retour veineux de la voie biliaire principale et de la vésicule se fait vers la veine porte.**
- La vésicule, quant à elle, peut se drainer également **directement dans des petites branches** intra hépatiques portales.



En cas de cancer vésiculaire, il existe donc une dissémination hématogène rapide vers le foie à partir de ces petites branches veineuses de drainage.

Drainage veineux de la vésicule

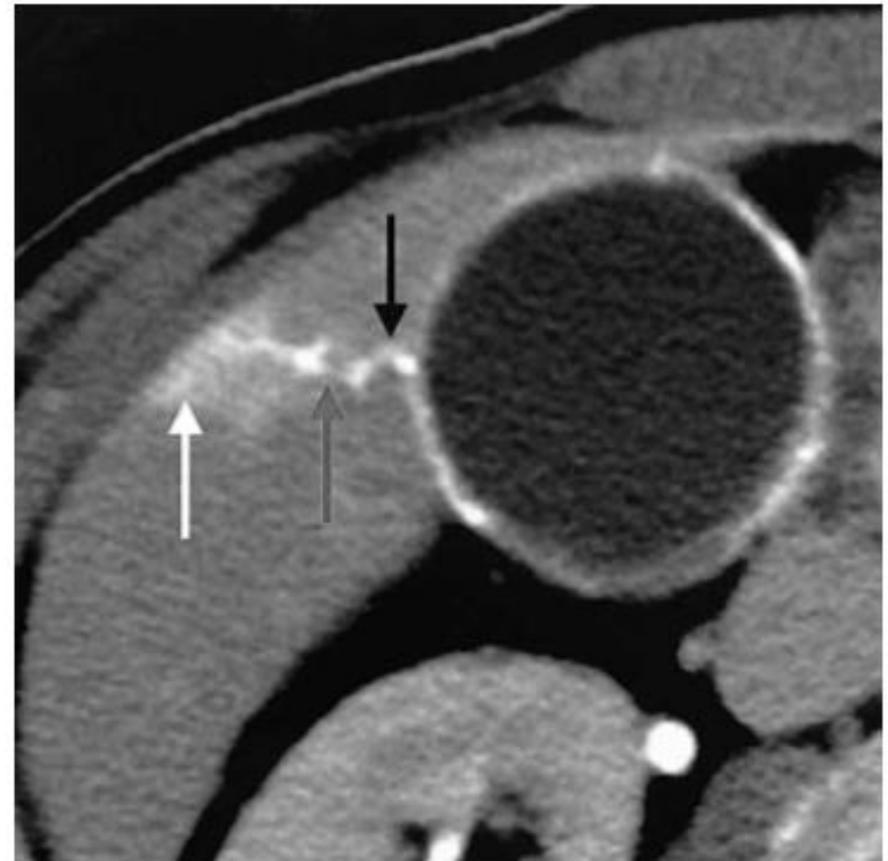
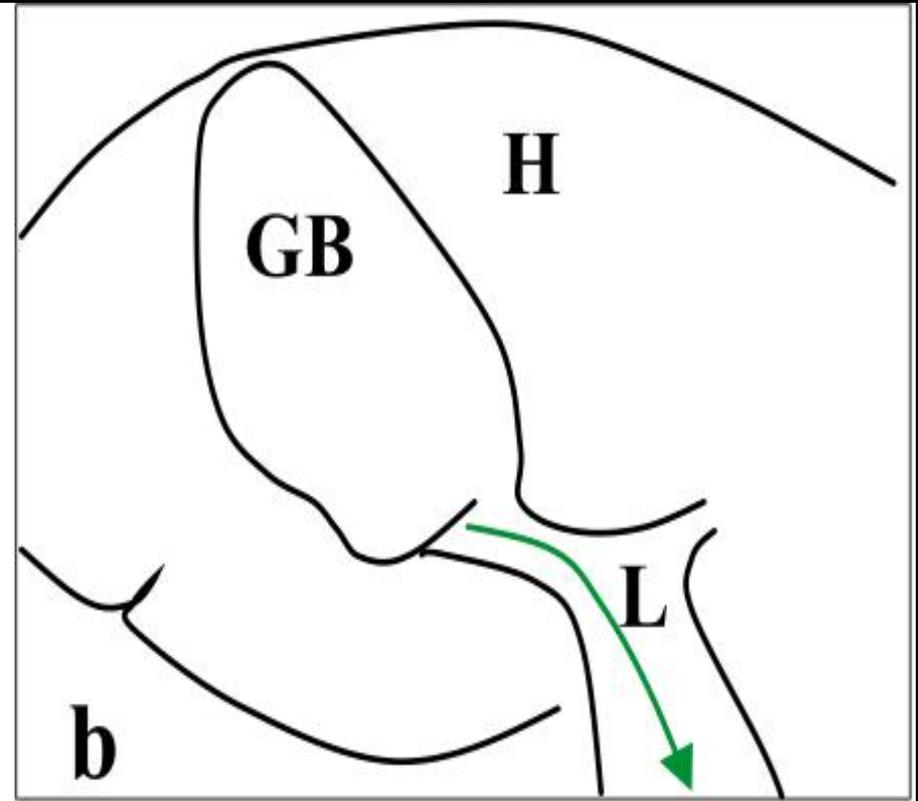
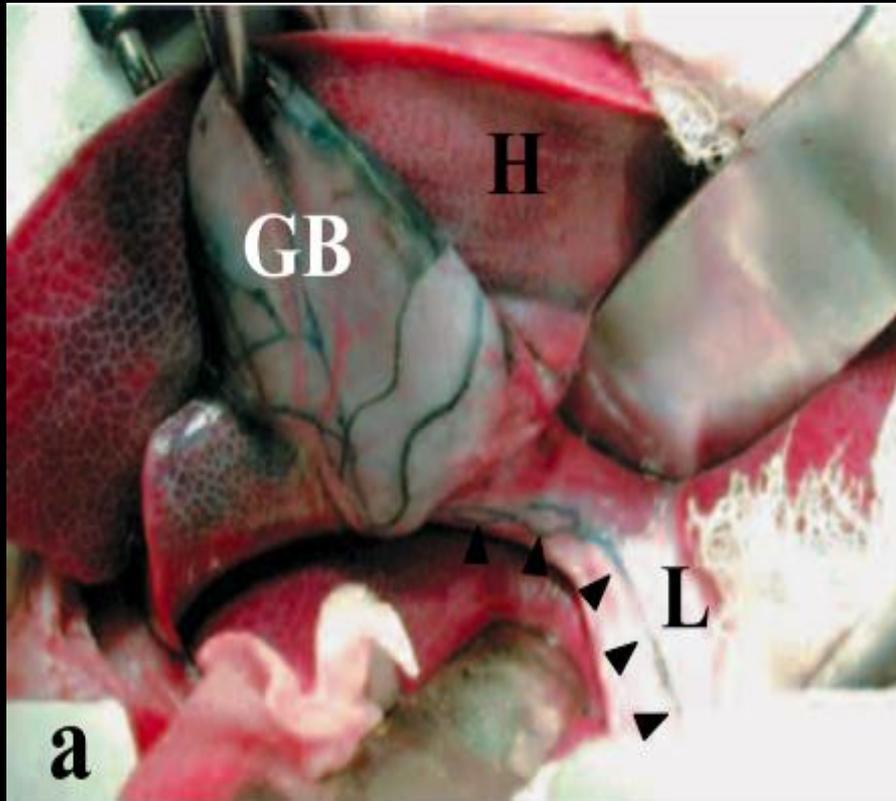
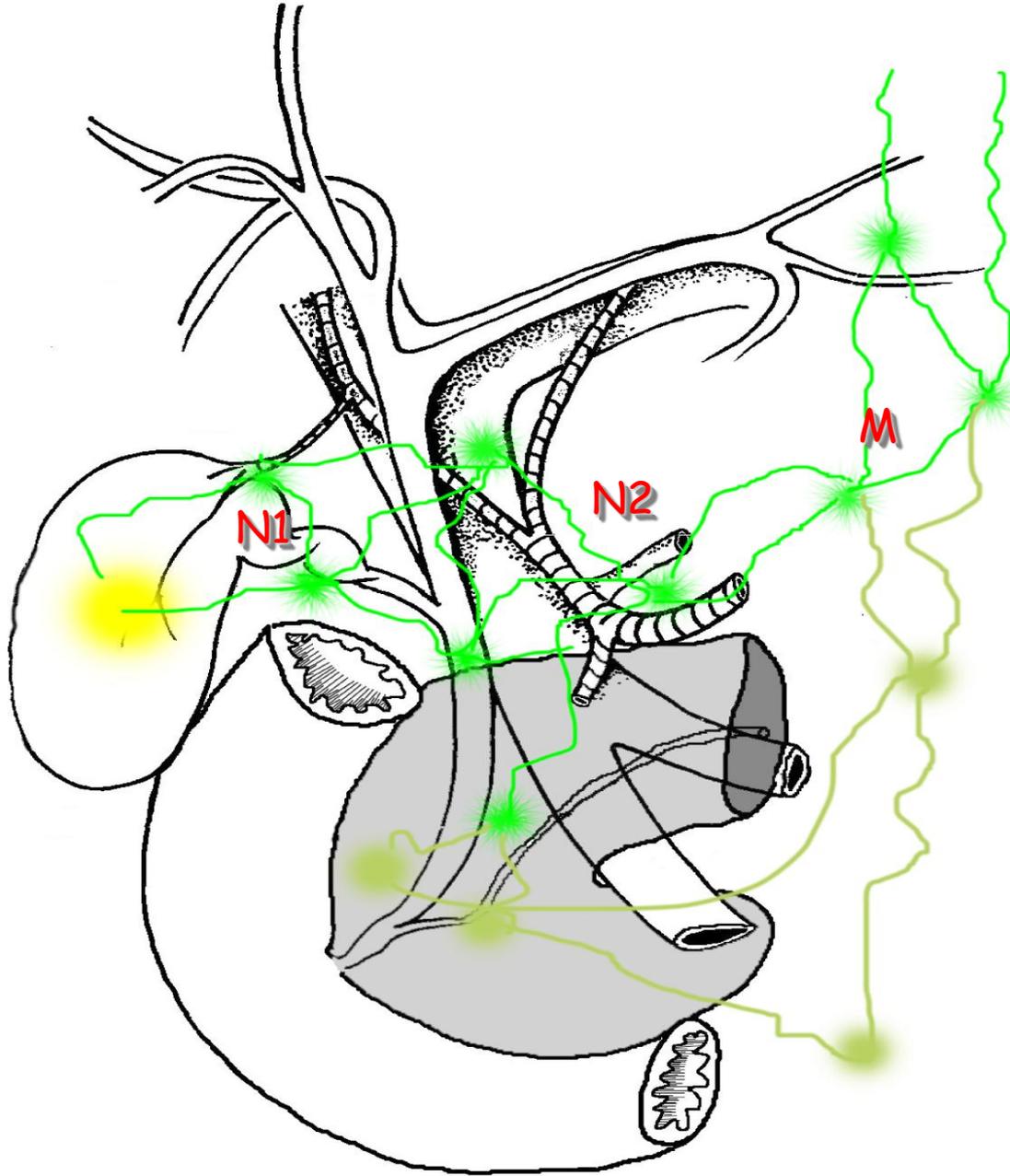


Fig 5. The cystic vein passing through the hepatic bed. The cystic vein (*black arrow*) flows out from the body of the gallbladder, through the hepatic bed, into P5 (*gray arrow*), and subsequently forms sinusoidal filling (*white arrow*).

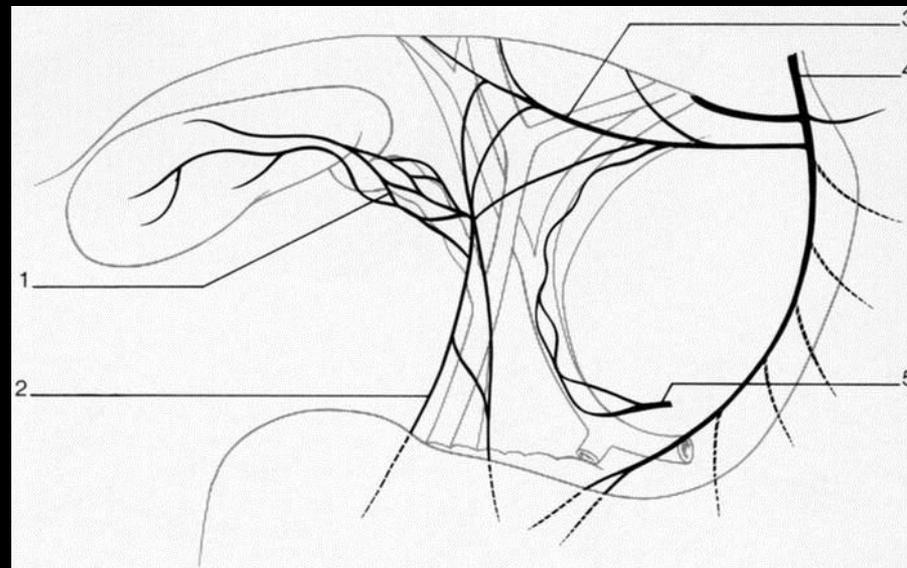
Drainage lymphatique de la vésicule biliaire





INNERVATION

- L'innervation des voies biliaires provient du pneumogastrique gauche et du plexus solaire par le plexus hépatique.
- Ainsi donc, lors de la réalisation d'une vagotomie tronculaire, on provoque une dénervation partielle de la voie biliaire dont les conséquences à long terme sont cependant peu connues.



Circonstances de découverte

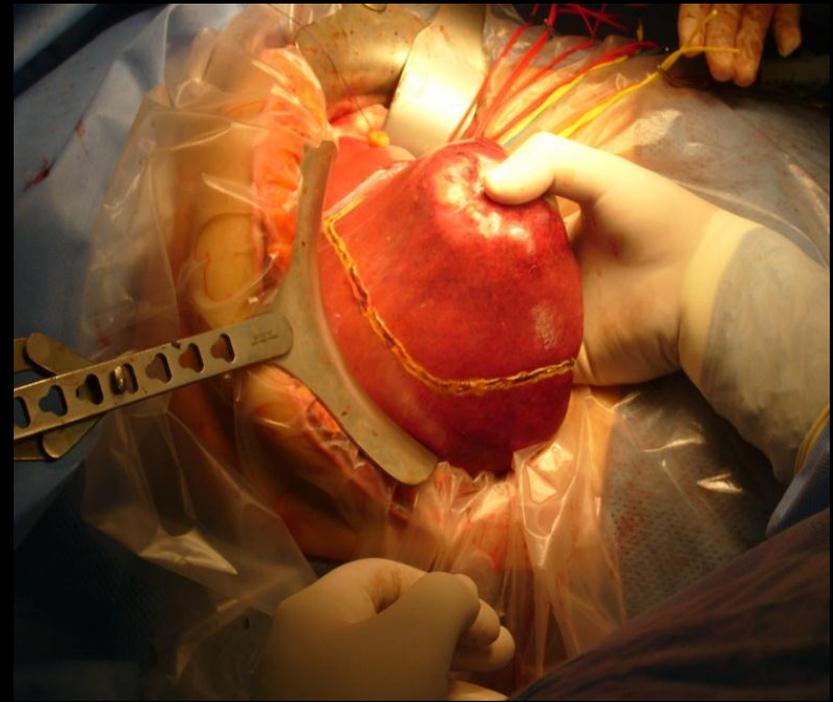
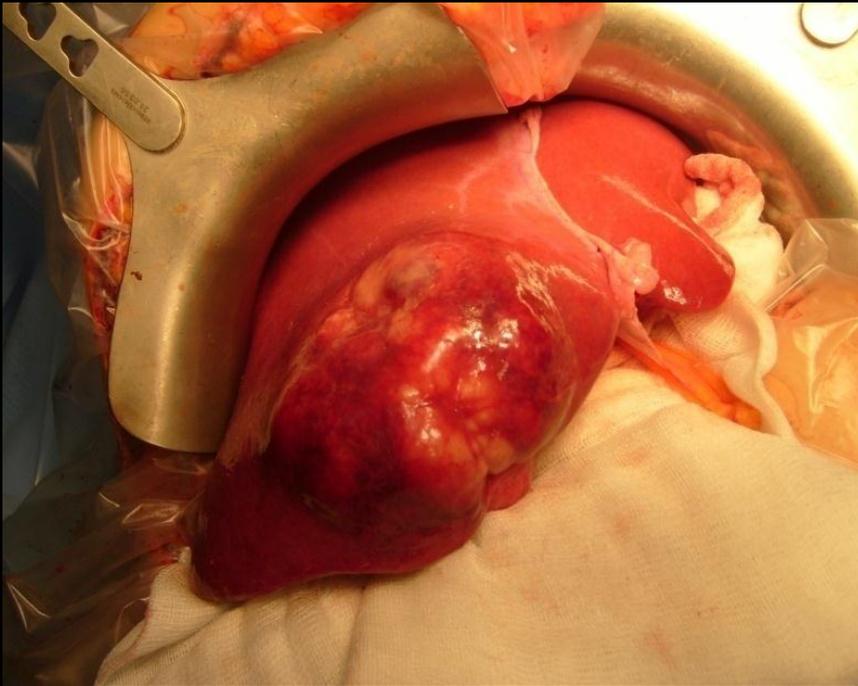
- CVB suspecté d'emblée:
 - douleurs de type biliaire : 75%* (41,5%*)
 - ictère : 45%* (25,5%*)
 - masse sous hépatique palpable 25%*
 - perte de poids 50%* (22%*)
- CVB de découverte fortuite: 50 à 70% (51%*)
- Découverte histologique (1 à 2% des cholecystectomies)

* Série CPMC

* Série AFC 2009

Si doute de cancer sur le bilan pré-op

- C'est une contre-indication à un abord coelioscopique
 - le risque de dissémination péritonéale ↑
 - le risque d'effraction vésiculaire ↑
 - Risque d'écoulement de bile et de cellules néoplasiques.
 - Vaporisation des cellules néoplasiques au cours de l'électrocoagulation et dissémination par le pneumop
 - Cette dissémination se fait préférentiellement par les trajets des orifices de trocars.
 - *L Chiche J Chir 2001, 138, 336-341*
 - *XA de Aretxabala et al. World J Surg 2004, 28, 544-547*
 - *TO Goetze et al. World J Surg 2009, 33, 2161-2163*



**Bilan pré thérapeutique du
cancer de la vésicule biliaire**

Echographie abdominale

Sensibilité 85%

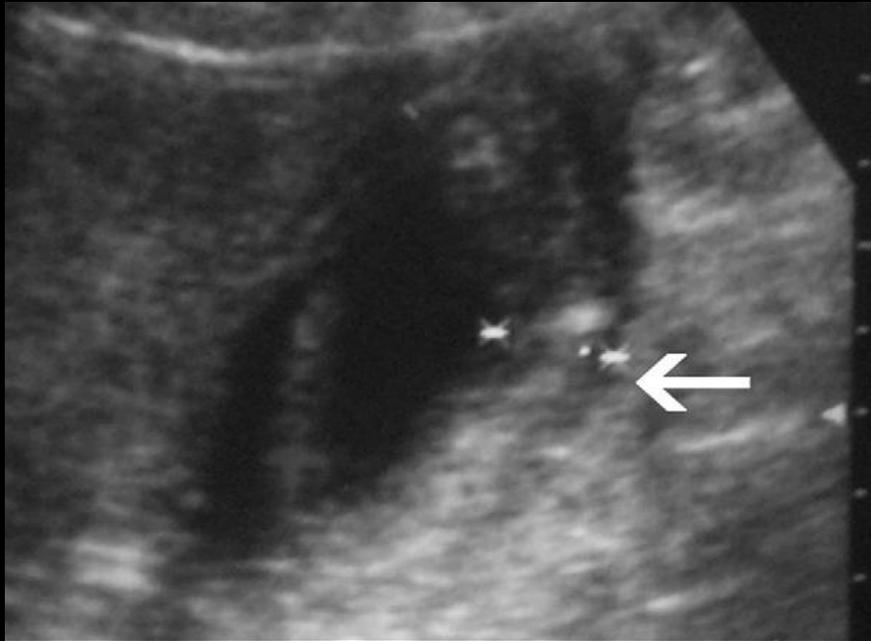
Spécificité 80%

Tumeur hétérogène sans cône d'ombre post

Paroi irrégulière avec perte du liseré entre foie et vésicule

Masse du lit vésiculaire

Présence d'un calcul unique de grande taille avec interruption focale de la muqueuse



Miller. G et al EJSO 34(2008) 306- 312

Okamoto M et al Am J Gastro entero vol 94, n 2, 1999

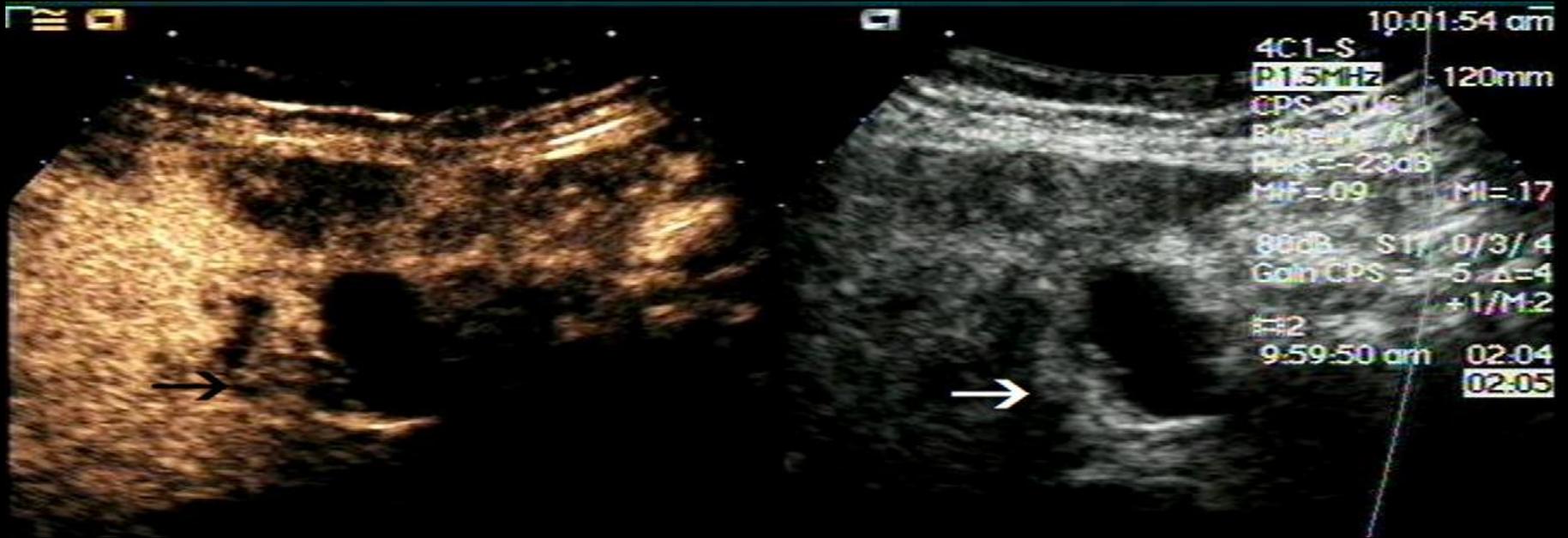
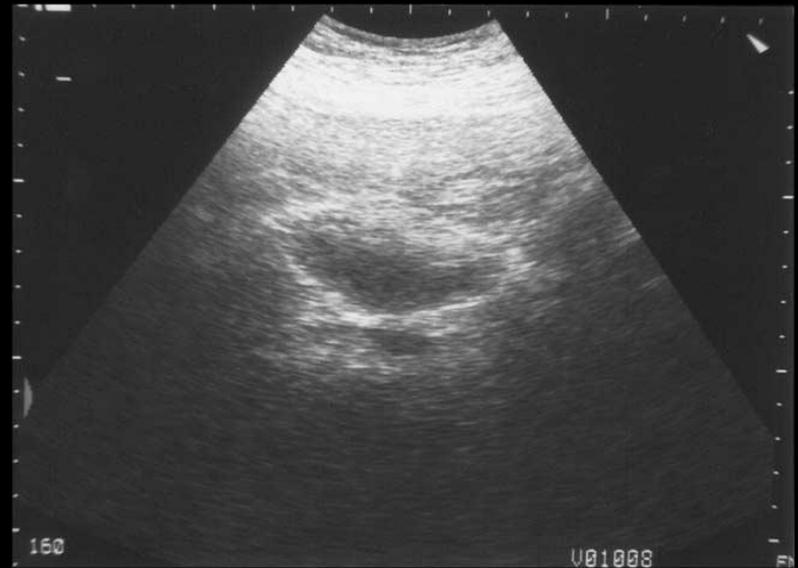
Vialle. R et al Gastro entero clin biol (2008) 32, 931- 941

Gourgiotis. S et al Am J surg (2008) 196, 252- 264

Misra. S et al Lancet oncol 2003; 4, 167- 176

échographie

Hyper vascularisation au doppler



Tomodensitométrie

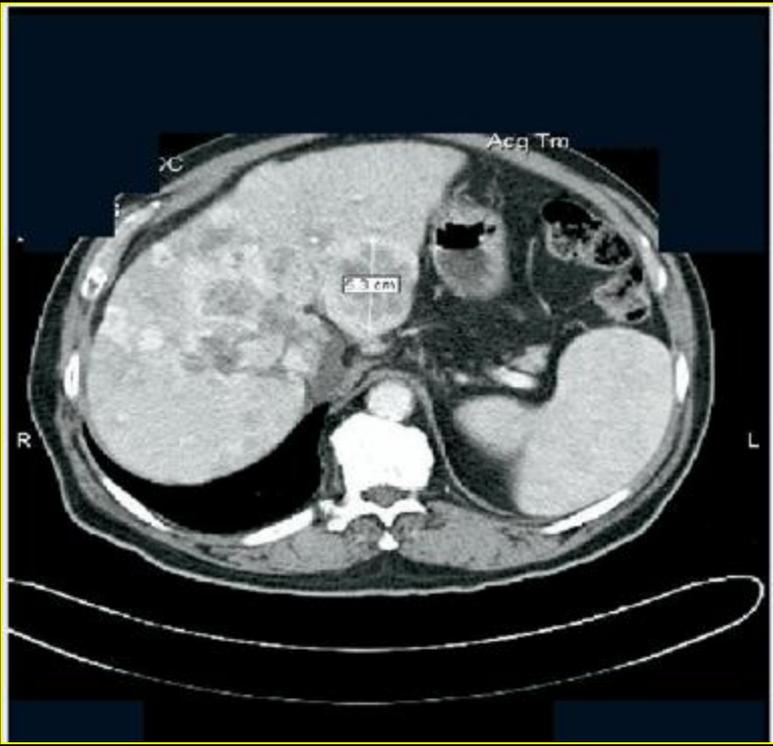
- Objective la néoplasie
- Envahissement hépatique et voisinage
- Adénopathies, métastases
- Reconstructions(multi barrettes)
- Volumétrie hépatique

Miller. G et al EJSO 34(2008) 306- 312

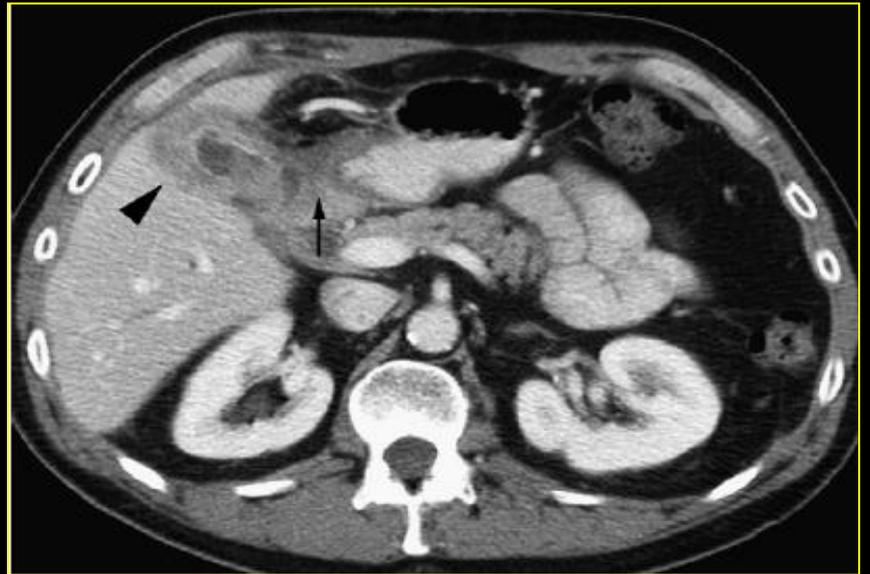
Misra. S et al Lancet oncol 2003; 4, 167- 76

Gourgiotis. S et al Am J surg (2008) 196, 252- 264

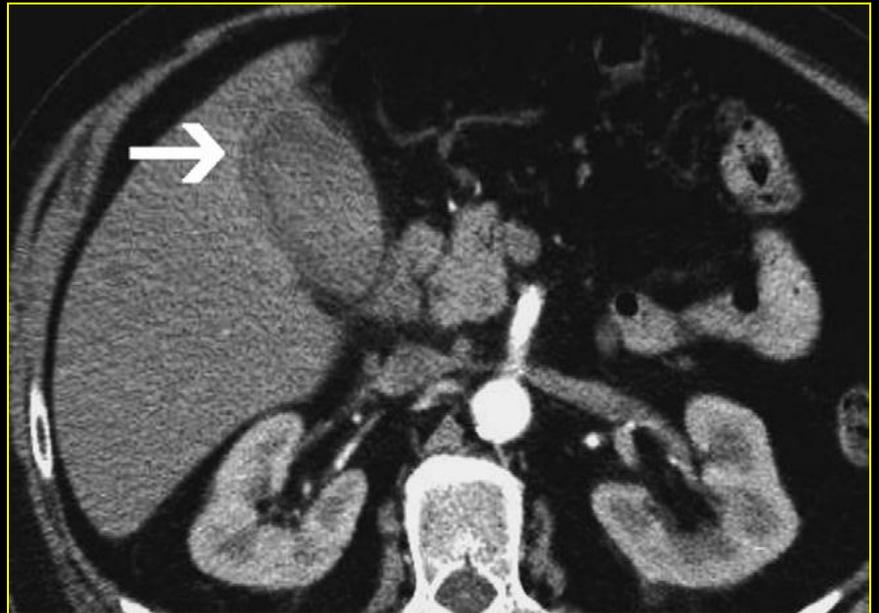
Vialle. R et al gastro entero clin biol (2008) 32, 931- 941



Curr Probl Surg, July 2007



G. Miller, W.R. Jarnagin / EJSO 34 (2008) 306e312



Gastroentérologie Clinique et Biologique (2008) 32, 931—941

IRM

Hypo intense en T1

Hyper intense en T2

tumeur et envahissement hépatique:

sensibilité 67%

spécificité 89%

envahissement biliaire (bili-IRM) :

sensibilité 100%

spécificité 89%

envahissement vasculaire(angio IRM):

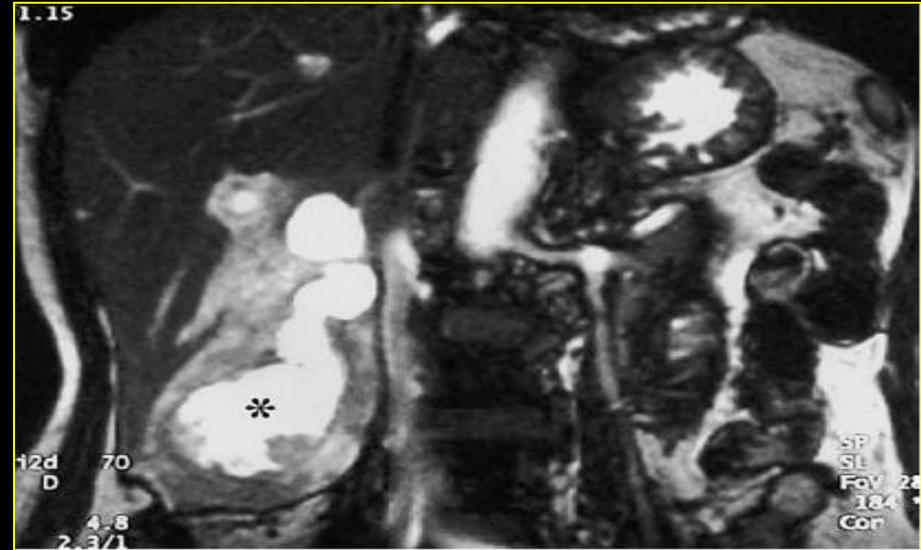
sensibilité 100%

spécificité 87%

Metastases ganglionnaires:

sensibilité 56%

spécificité 87%

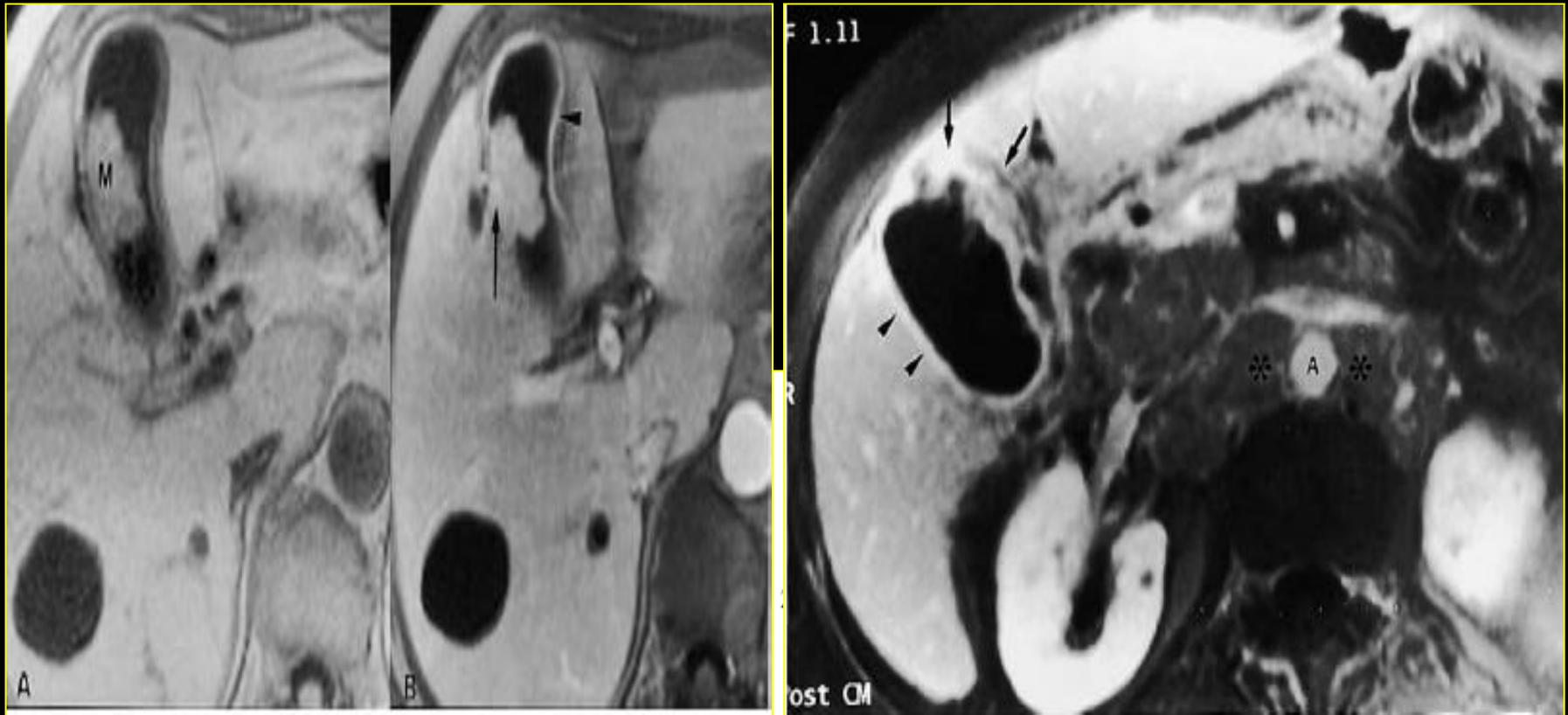


Miller.G EJSO 34(2008)

Misra. S Lancet oncol 2003

Gourgiotis. S, Am J surg(2008)

Jeng-Hwei Tseng J clin imaging 26(2002)



Diagnosis and staging of gallbladder carcinoma Evaluation with dynamic MR imaging

Jeng-Hwei Tseng^{a,*}, Yung-Liang Wan^a, Chien-Fu Hung^a, Koon-Kwan Ng^a, Kuang-Tse Pan^a,
Andy Shau-Bin Chou^a, Nai-Jen Liu^b

Echoendoscopie

Infiltration pariétale vésiculaire

Ponction tumeur et ADP

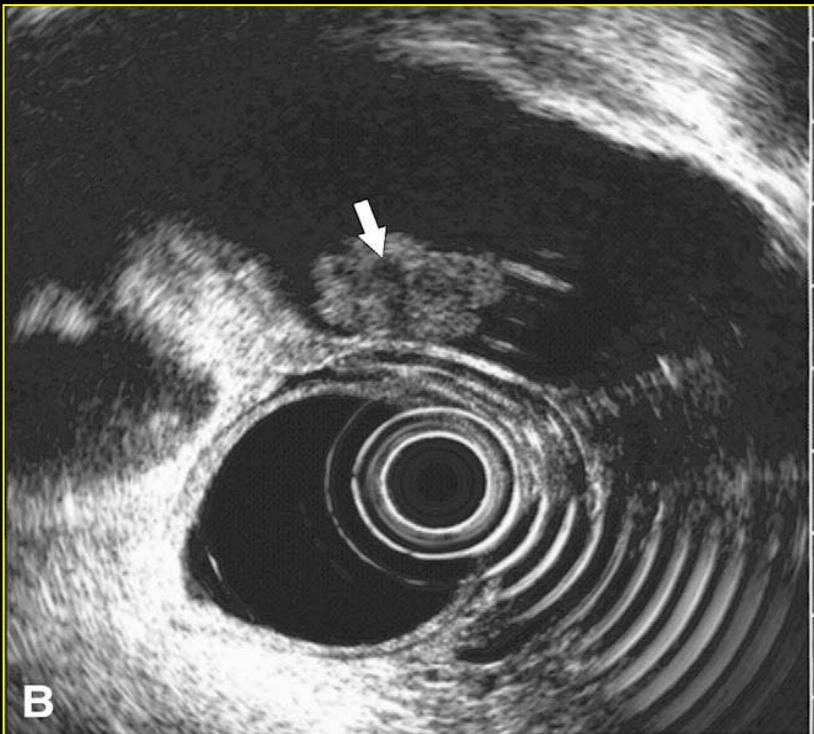


Tableau 4 Classification échoendoscopique des cancers de la vésicule biliaire.

Endoscopic ultrasound classification of gallbladder cancer.

Type	Forme	Couche hyperéchogène externe
A	Pédiculée	Préservée
B	Sessile et/ou protrusion à large base	Préservée
C	Sessile et/ou protrusion à large base	Amincie
D	Sessile et/ou protrusion à large base	Rompue

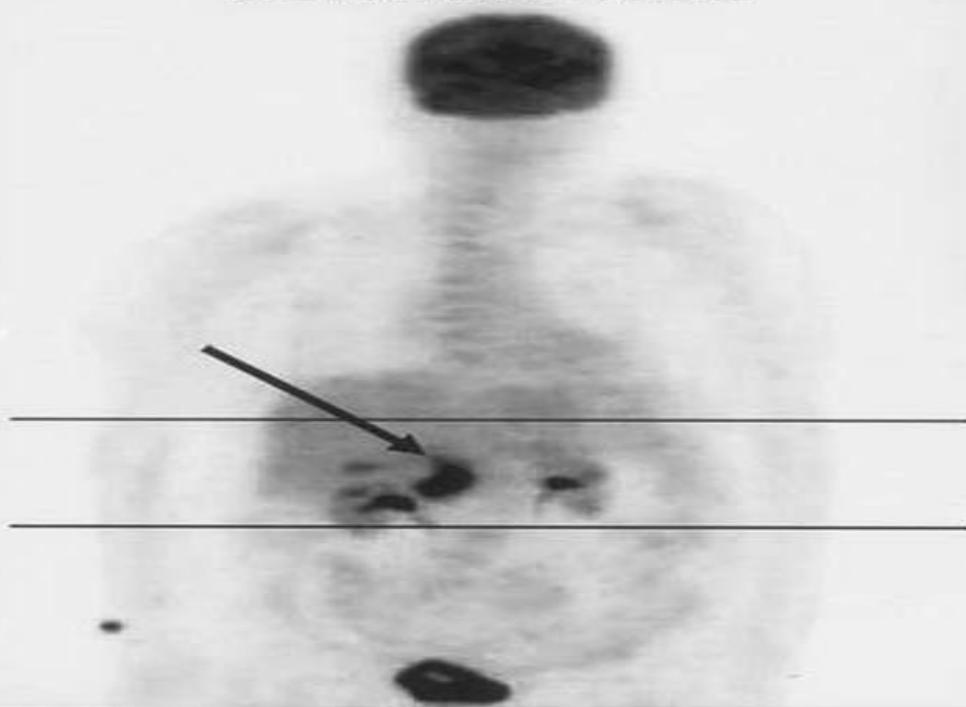
Gastroentérologie Clinique et Biologique (2008) 32, 931—941



Positron-emission tomography with fluorine-18-fluoro-2-deoxy-D-glucose for gallbladder cancer diagnosis

Antonio Rodríguez-Fernández, M.D.^{a,*}, Manuel Gómez-Río, M.D., Ph.D.^a,
José Manuel Llamas-Elvira, M.D., Ph.D.^a, Simeón Ortega-Lozano, M.D.^a,
Jose Antonio Ferrón-Orihuela, M.D., Ph.D.^b, Jose Manuel Ramia-Angel, M.D., Ph.D.^b,
Alfonso Mansilla-Roselló, M.D., Ph.D.^b, María Dolores Martínez-del-Valle, M.D., Ph.D.^a,
Carlos Ramos-Font, M.D.^a

CORONAL VIEW



TRANSAXIAL VIEW

Laparoscopie

Diagnostic de la carcinose péritonéale

Diminue de 10 à 40% les laparotomies inutiles

Permet des biopsies

Gourgiotis. S et al Am J surg (2008) 196, 252- 264

Peschaud. F et al, Ann chir (2006) 125- 148

Misra S et al, Lancet oncol 2003; 4, 167- 76

CPRE

Intérêt réduit pour le Diag

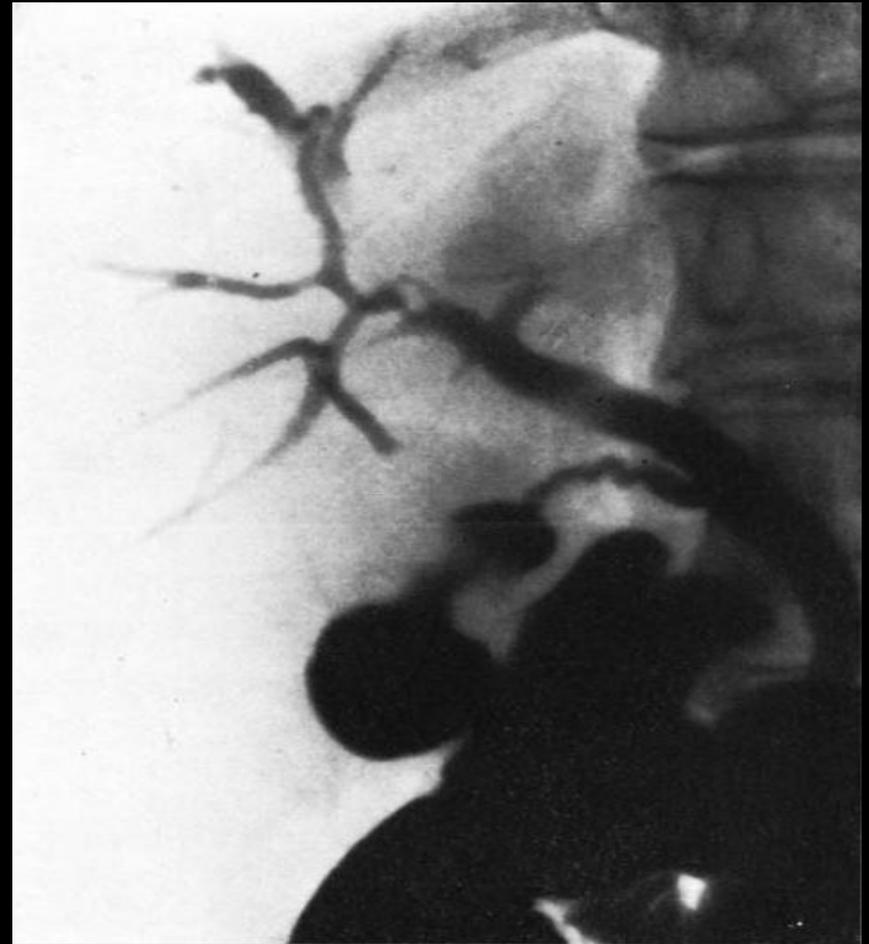
Non de routine

Cytologie de la bile:

Sensibilité 81%

Spécificité 91%

Pose de prothèse biliaire



Takao itoi et al Gastro intest endo vol 59; 2004

Takao itoi et al Gastro intest endo vol 64; 2006

Hernandez. C et al endoscopica et radio cine 1976

Marqueurs tumoraux

ACE > 4 ug/l sensibilité 50%
 spécificité 93%

CA 19- 9 > 20 U/ml sensibilité 79, 4%
 spécificité 79, 2%

Intérêt dans le suivi

Misra S et al Lancet oncol 2003; 4
Gourgiotis S et al Am J surg (2008) 196

Recommandations de la FFCD 2005

Thésaurus NCD 2008

Bilan d'extension:

- TDM thoraco- abdomino- pelvienne
- IRM, Angio- IRM
- TDM cérébrale et scinti osseuse si signes d'appel
- TEP

Alternative:

- écho endoscopie +/- ponction
- laparoscopie

Classification UICC/AJCC 2002

– Classification pTNM

- Tis: carcinome in situ
 - T1a : envahissement de la lamina propria
 - T1b : envahissement musculéuse
 - T2 : tissu conjonctif au delà de la musculéuse sans dépasser la séreuse ou le foie
 - T3 : envahissement de la séreuse sur le bord libre de la vésicule et/ou de 2 cm de foie par contiguïté et/ou d'un autre organe ou structure adjacente
 - T4 : extension de plus de 2 cm dans le foie ou atteinte de la veine porte ou de l'artère hépatique et/ou plusieurs organes extra-hépatiques
- N0-1 : envahissement ganglionnaire
- M0-1 : envahissement coeliaque ou métastase

Classification UICC/AJCC 2002

- Groupement

- Stade I A : T1 N0 M0

- Stade I B : T2 N0 M0

- Stade II A : T3 N0 M0

- Stade II B : T1-3 N1

- Stade III : T4 N0,N1

- Stade IV : M1 tout T et N

Cis T1a T1b T2 T3



Découverte per-opératoire d'un cancer de la vésicule biliaire

1) Vésicule en place:

- Coeliochirurgie = conversion
- laparotomie = examen extemporané

2) Après cholécystectomie

- ouverture systématique de la pièce opératoire et examen attentif (inspection de la muqueuse et palpation de la paroi) par le chirurgien
- Examen extemporané si lésion suspecte:
Se 90% et Sp 100% en dehors de la cholécystite aiguë.

Quelle conduite en cas de découverte per-opératoire?

Si cholécystectomie coelioscopique: examen histologique extemporané

Intervention radicale possible : **conversion**

Intervention radicale non possible:

1. éviter la contamination néoplasique
2. complément thérapeutique ultérieur

Si cholécystectomie conventionnelle:
(extemporané)

- si cancer: trt radical (conditions réunies)
- sinon TRT radical secondaire (centre expert).

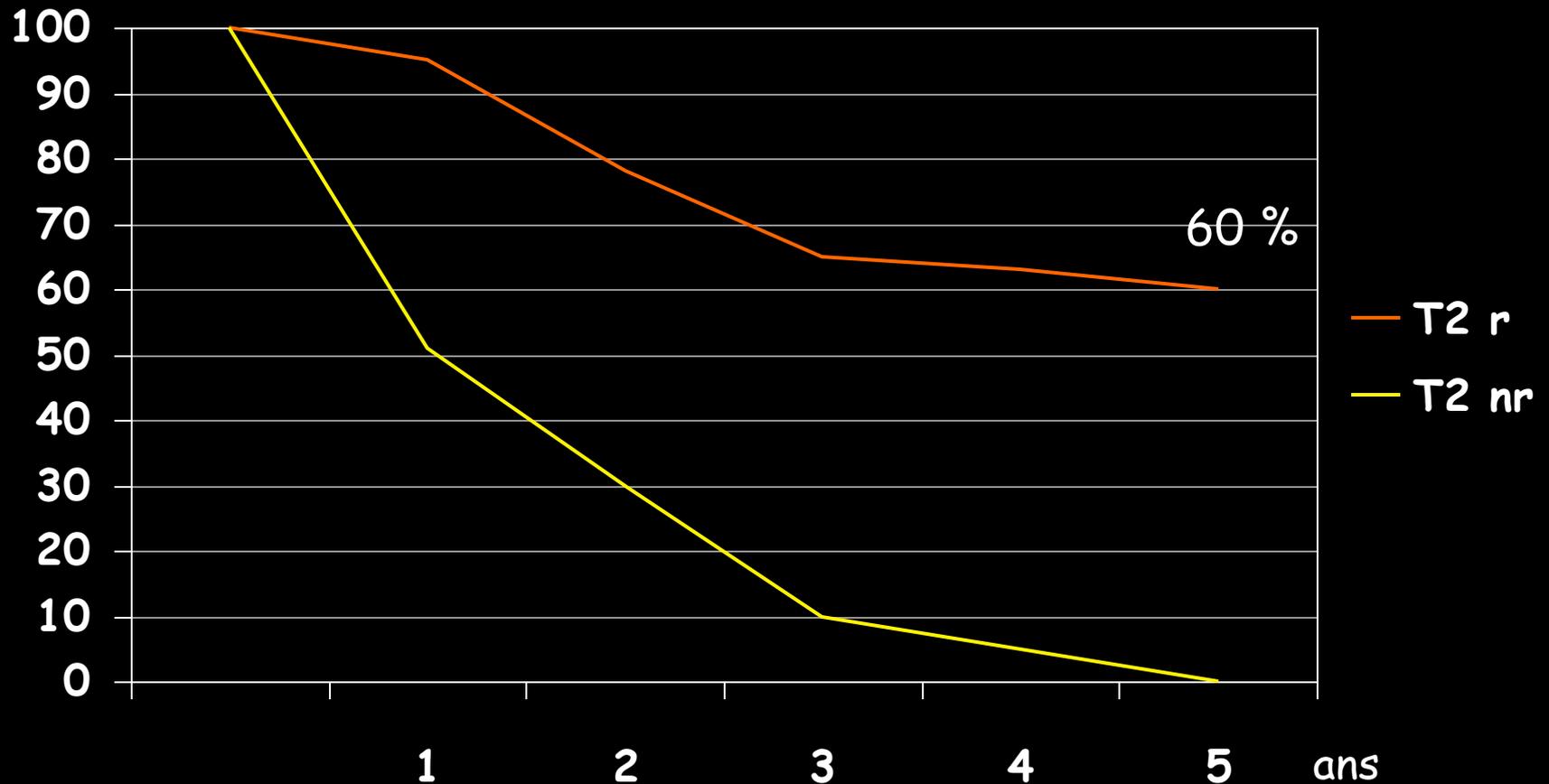
Découverte post opératoire

- 3/4 sont découverts par l'examen anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie qui doit être systématique.
- Le patient est le plus souvent rentré à domicile, se croyant guéri d'une pathologie bénigne et non préparé au diagnostic de cancer.
- Il doit alors être reconvoqué pour poursuite de la prise en charge.

Pourquoi et qui réopérer ?

% de survie

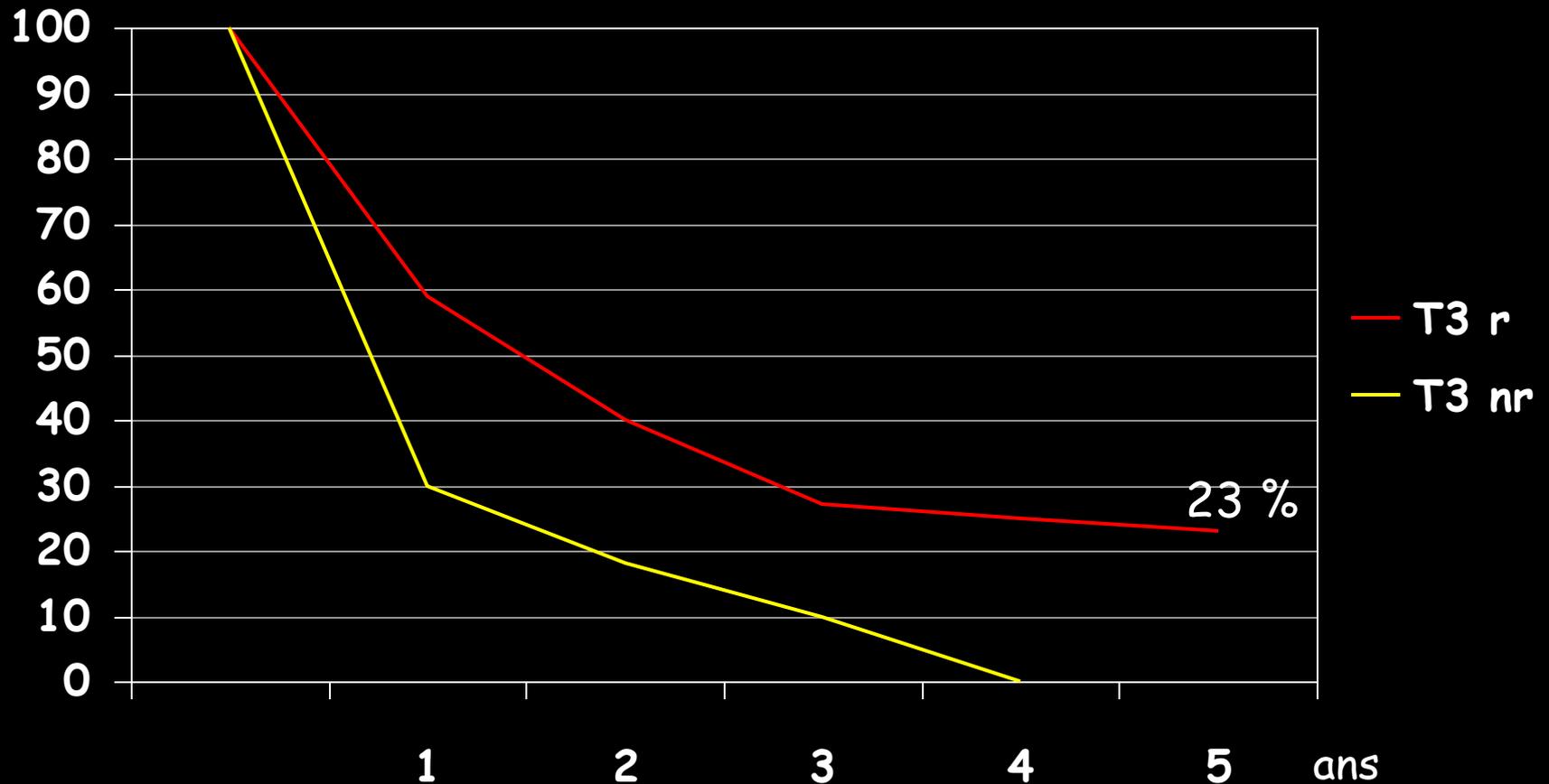
r : réintervention
nr : non réintervention



Pourquoi et qui réopérer ?

% de survie

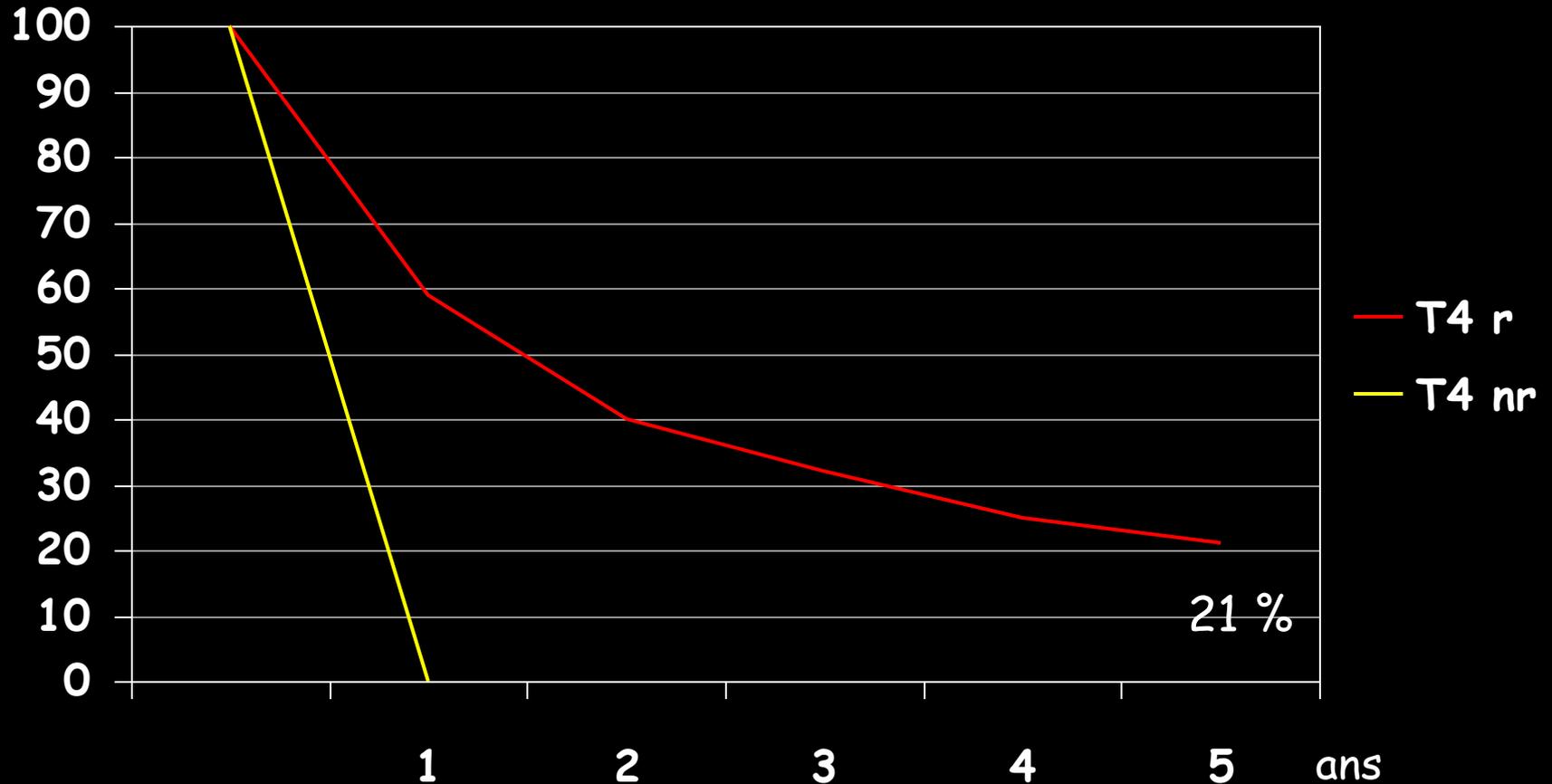
r : réintervention
nr : non réintervention



Pourquoi et qui réopérer ?

% de survie

r : réintervention
nr : non réintervention



Quelle Conduite en Cas de découverte Post – opératoire? (I)

- pT1 a: La cholécystectomie suffit (pas de réintervention) sauf si marge infiltrée.
- pT1 b: Sujet à controverse , 20% de N+
bisegmentectomie **IV ant/ V** + curage pédiculaire
(Goetze :survie à 5 ans 79% apres XT contre 42% (p:0,03))
- pT2: Cholécystectomie radicale.
Bisegmentectomie **IV ant /V** +
lymphadénectomie extensive: Artère hépatique,
ggl Duod-Panc, racine AMS.

Quelle conduite en cas de découverte post opératoire? (II)

pT3 et pT4M0: extemporané sur les ggl cœliaques

Si N- : Chirurgie radicale R0 possible:

Bisegmentectomie **IV ant/V** voire hépatectomie droite élargie avec extension aux organes infiltrés + curage extensif.

Si N+ para aortique → M1. Traitement palliatif

pT4 M1 → pas de réintervention

TRT palliatif de l'ictère +/- chimiothérapie palliative si possible ou trt symptomatique).

Quand réopérer ?

Pour les T1b ...

Table V. Comparison of time interval between two surgeries with operability.

Time interval between two surgeries

≤ 1 month

2–3 months

≥ 4 months

Operable

14 (73.6%)

31 (68.8%)

9 (75%)

Inoperable

5 (26.4%)

14 (31.2%)

3 (25%)

Comment traiter ?:

la cholécystectomie radicale

- Enlever le lit vésiculaire: bisegmentectomie IVant et V – hépatectomie droite élargie au IVant si nécessité
- Curage ganglionnaire jusqu'à la région coeliaque et rétroduodénopancréatique
- Faut il réséquer la voie biliaire principale ?
- Exérèse des orifices de trocart en cas de cholécystectomie laparoscopique

Pourquoi enlever le lit vésiculaire ?

- La dissémination se fait par voie hématogène veineuse et lymphatique
- Le drainage veineux de la vésicule biliaire se fait vers les veines des segments 4 et 5
- Le drainage lymphatique vésiculaire se fait vers les canaux intra-hépatiques des segments 4 et 5 en cas de blocage lymphatique au niveau du collet vésiculaire ou du pédicule hépatique.

Relation entre T et N et le taux de résection

Relationship of nodal or peritoneal disease to T-stage

	Resected	Lymph node Metastases	Peritoneal or Liver Metastases
T2	58%	33%	16%
T3	27%*	58%*	42%*
T4	13%*	69%*	79%*

* $P < .05$ versus T2.

Envahissement biliaire

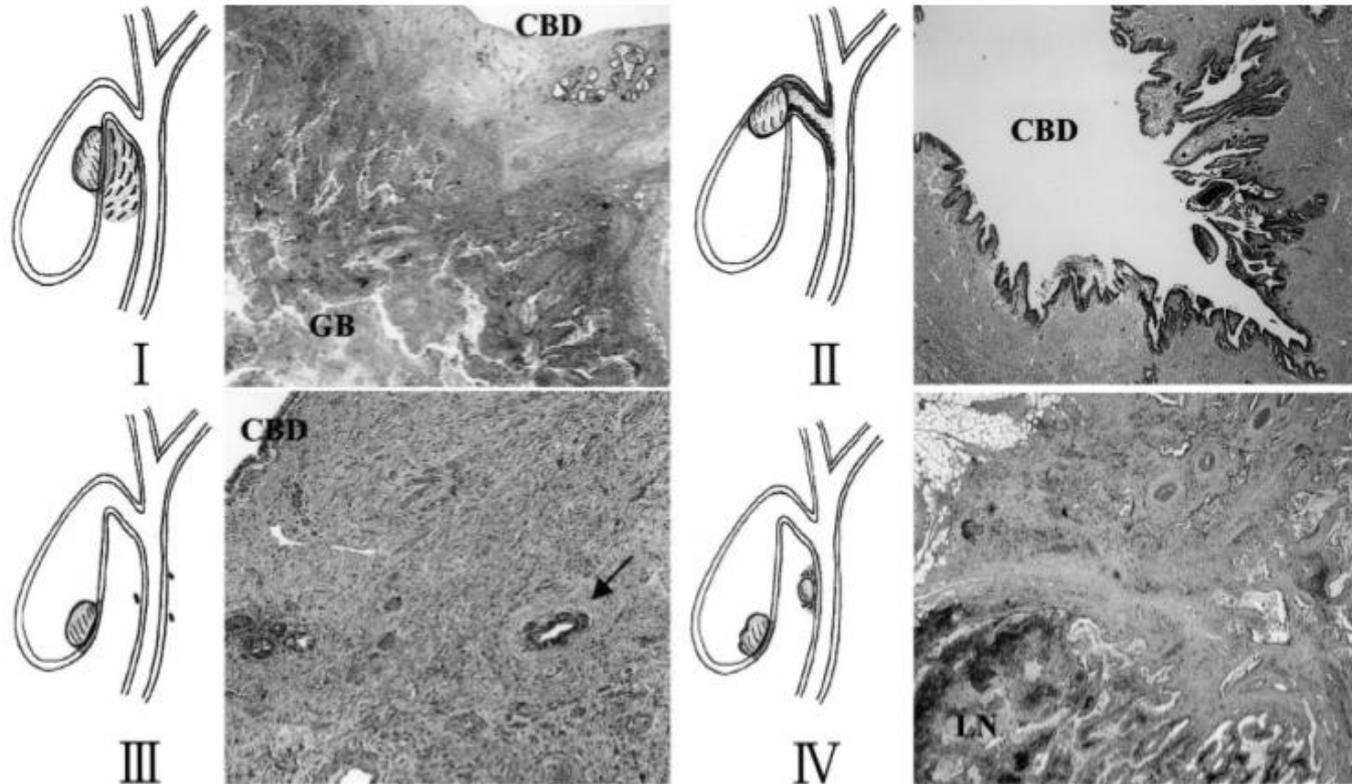


Fig 1. The types of spread into the hepatoduodenal ligament and/or extrahepatic bile duct in advanced gallbladder carcinoma. *Type I*, direct spread from the primary tumor; *type II*, continuous intramural spread along with the cystic duct and the extrahepatic bile duct; *type III*, noncontiguous metastatic spread (arrow) separate from the primary tumor; *type IV*, permeation of cancer cells from metastatic lymph nodes to the tissues of the hepatoduodenal ligament. *CBD*, Common bile duct; *GB*, gallbladder; *LN*, lymph node.

Quelle attitude vis à vis de la VBP?:
Résection de la VBP de nécessité
Elle est fonction du siège de la tumeur+++

- Les Kc du col de la vésicule Biliaire PT2 nécessitent l'exérèse du canal hépatique droit et de la VBP avec Hépatectomie droite (KAPOOR – YAMAGUSHI)
- Les Kc du canal cystique → exérèse de la VBP.
- Les Kc du corps et du fond vésiculaire PT3: une hépatectomie droite élargie au IV antérieur avec conservation ou exérèse de la VBP

La VBP doit-elle être réséquée de principe ou préservée dans la chirurgie radicale R0 du cancer de la vésicule biliaire ?

- La résection de la VBP : améliore le curage ganglionnaire et prévient les récurrences .
- T.ARAIDA * dans une série rétrospective japonaise de 4243 cas ne retrouve aucun bénéfice à réséquer la VBP de manière systématique .
- La résection de la VBP indiquée si AJBP, Kyste du cholédoque, ictère , cystique infiltré

* Surg Today (2009)39:770-779

Cancers de la Vésicule Biliaire: Série du C.P.M.C

Patients et méthodes

Étude rétrospective (1)

De Janvier 1998 à Juin 2008

281 cas de cancers vésiculaires pris en charge dans le service:

- **non opérés = 56 cas (20%)**
 - **chirurgie curative = 47 cas (17 %)**
 - **chirurgie palliative = 178 cas (63 %)**
- soit une opérabilité de 80%**

Etude rétrospective CPMC (2)

47 Interventions à visée radicale

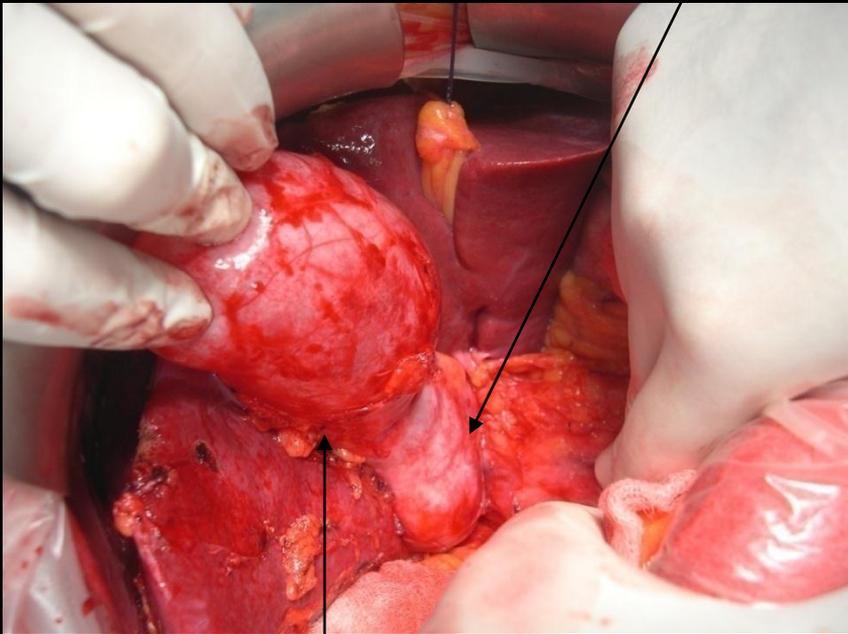
- **Sexe** (ratio = 0.24)
 - Homme 9 20%
 - Femme 38 80%
- **Age** (moyen 62 ans, extrêmes 41-75 ans)
 - ≥ 60 ans 30 65%
 - < 60 ans 17 35%
- **Type de résection**
 - Résection 1^{ère} (R) 27 57%
 - Résection 2^{ème} (RR) 20 43%

Résultats du Traitement radical

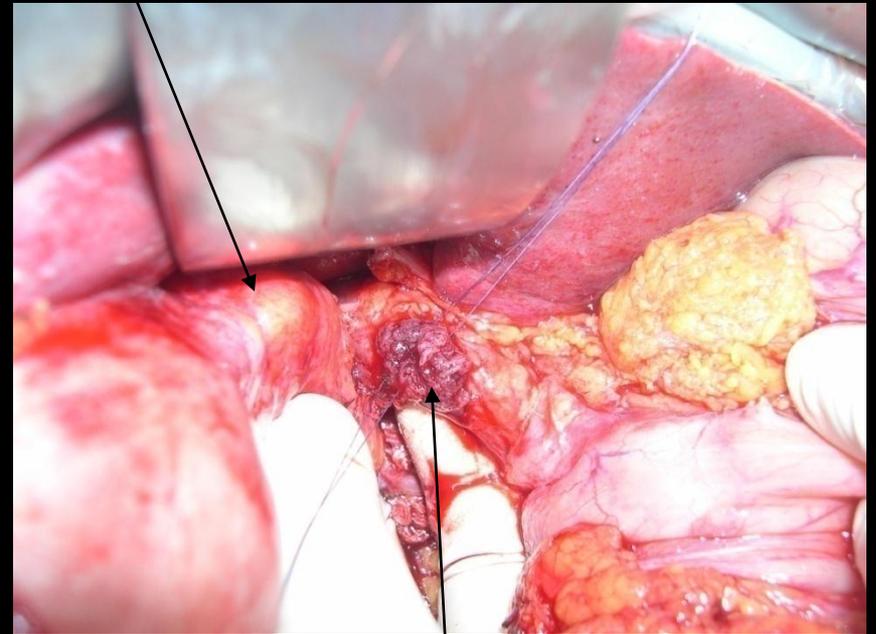
Type d'intervention	N patients	%
• Résection hépatique		
– Bisegmentectomie IV antérieur-V	43	93
– Trisegmentectomie IV antérieur-V-VI	2	2
– Hépatectomie droite élargie au IV ant	2	5
• Curage ganglionnaire		
– 1 ^{er} relais	13	26
– 1 ^{er} , 2 ^e relais	34	74
• Exérèse de la VBP	6	13
• Exérèse pastille duodénale	1	2

Cancer de la vésicule biliaire

Canal cystique

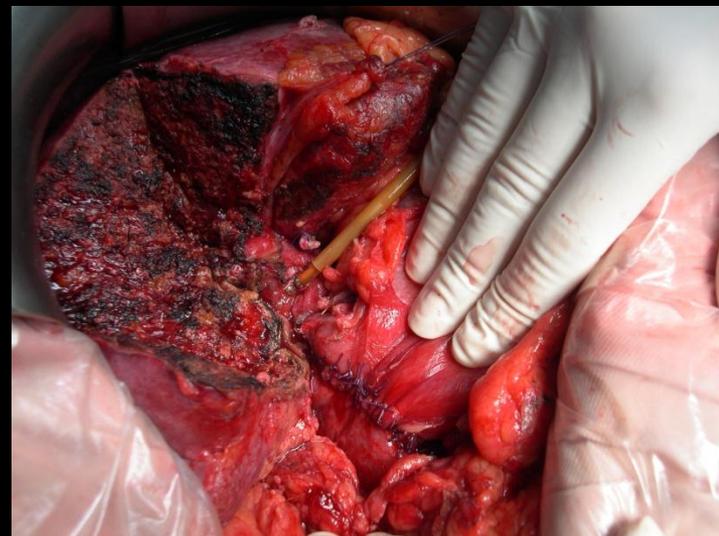
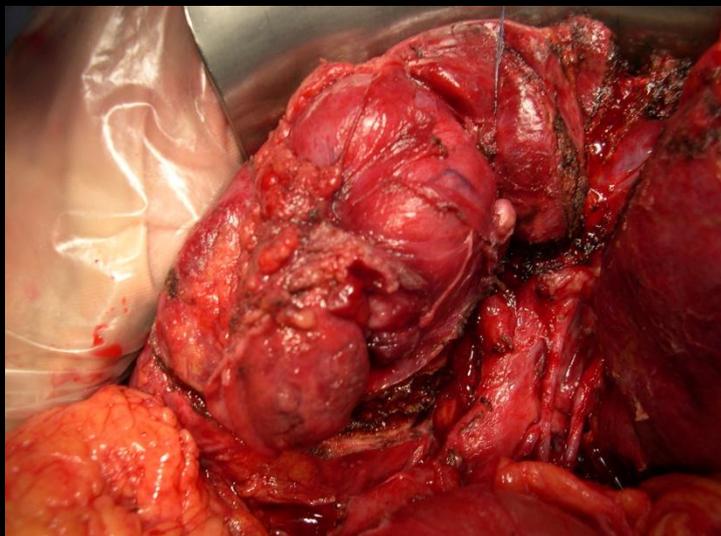
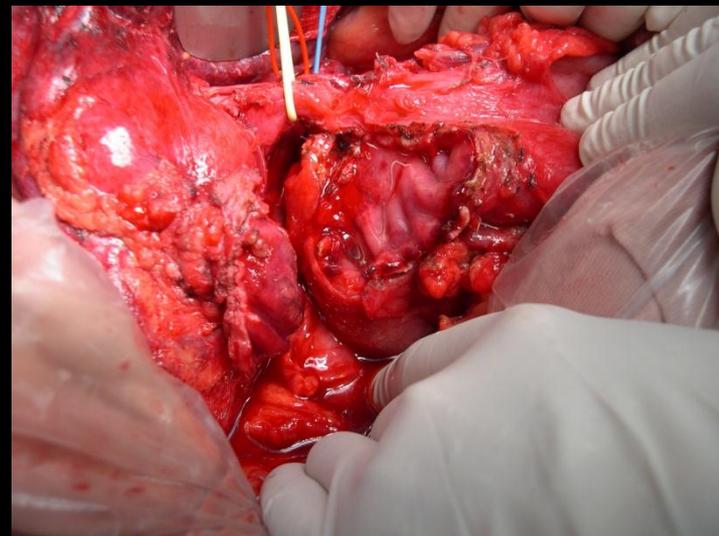
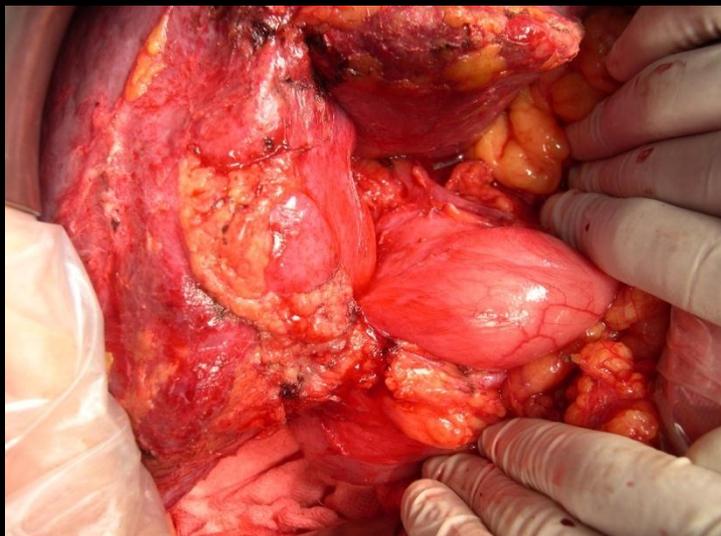


Vésicule biliaire

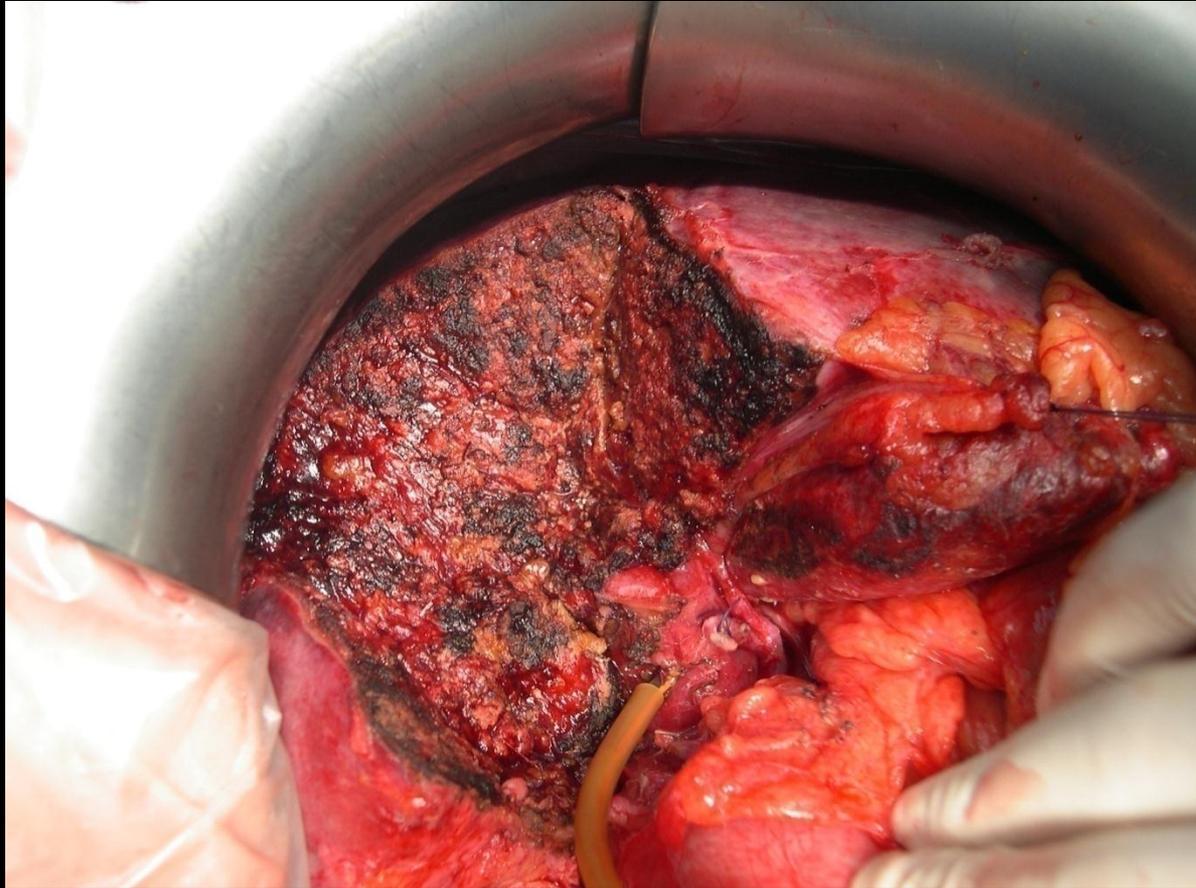


Bourgeon tumoral dans la VBP

CVB avec envahissement duodénal



Bisegmentectomie IV-V

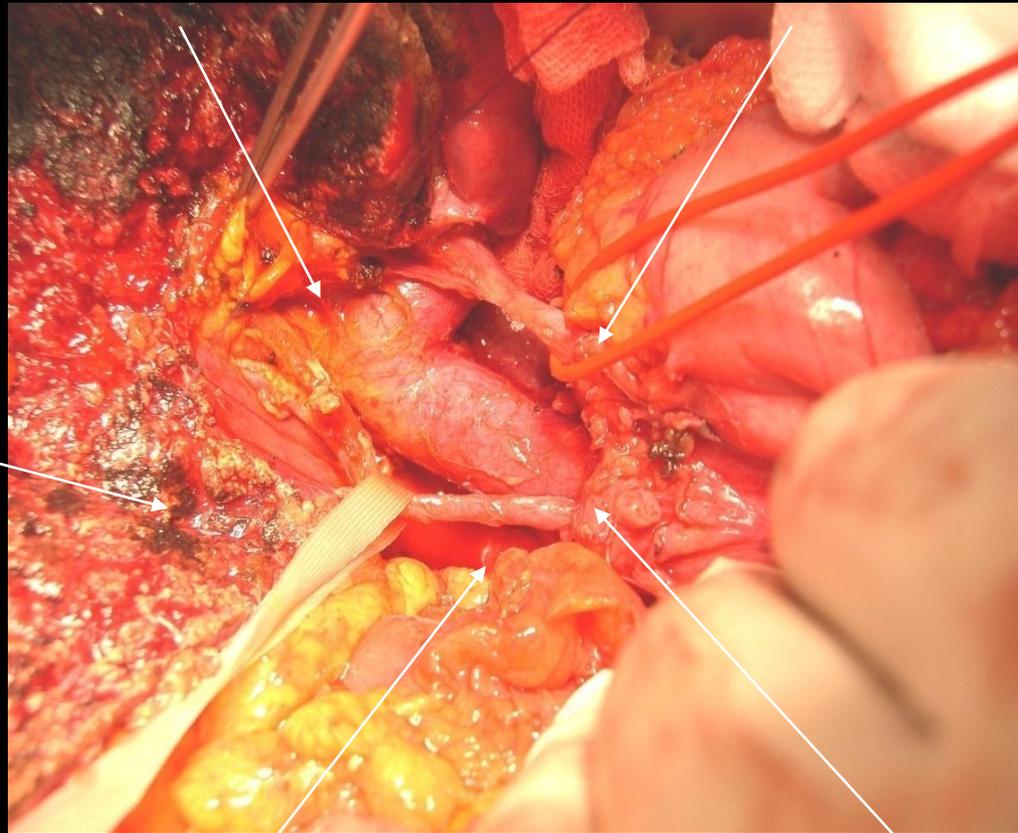


Curage ganglionnaire avec résection de la VBP

Convergence biliaire

Artère hépatique gauche

Tranche de section
hépatique

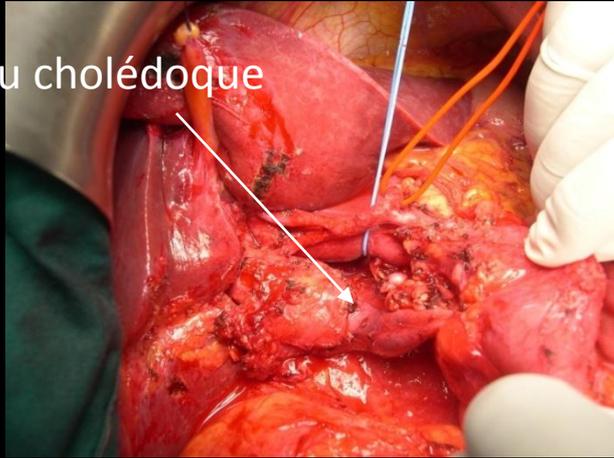


Artère hépatique droite

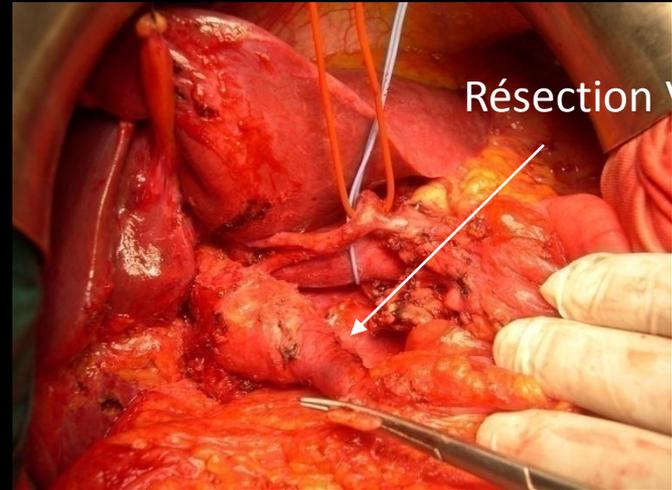
Tronc porte

CVB et kyste du cholédoque

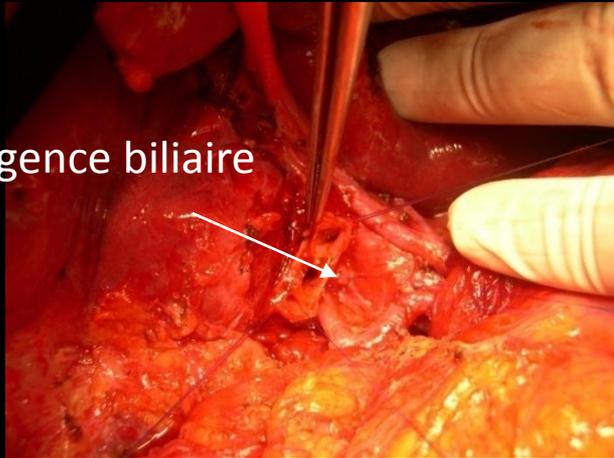
Kyste du cholédoque



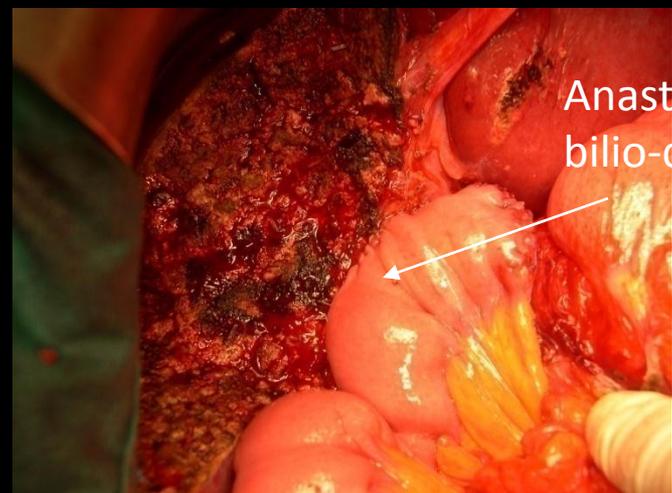
Résection VBP



Convergence biliaire



Anastomose bilio-digestive



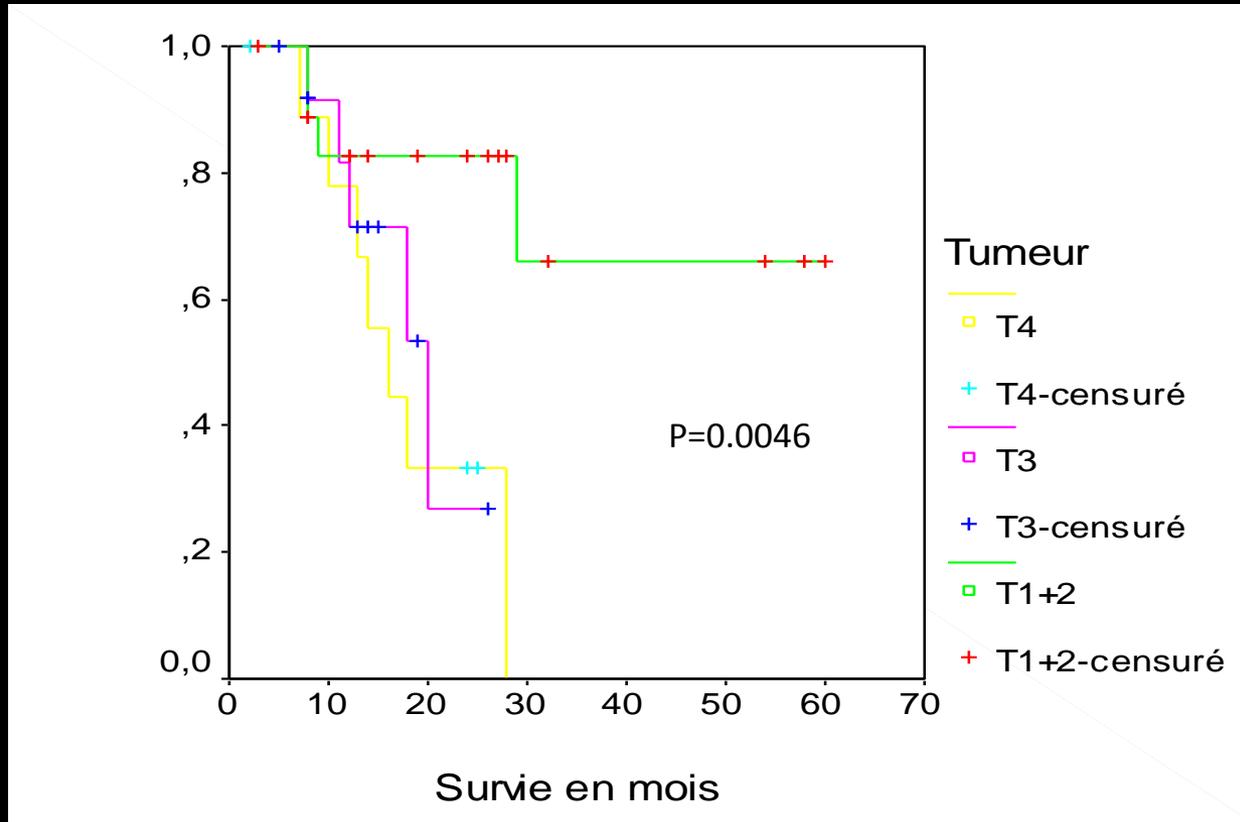
Groupement par stade

Stade	TNM	N patients	%
Stade 0	Tis N0 M0	0	0
Stade I	T1 N0 M0	3	6
Stade II	T2 N0 M0	11	24
Stade III	T1,T2 N1 M0 T3 N0,N1 M0	12	24
Stade IVA	T4 N0,N1 M0	6	13
Stade IVB	AnyT N2 M0 AnyT AnyN M1	15	33

Résultats immédiats (n=46)

Morbi-mortalité	N patients	%
Mortalité	2	4.3
• Instabilité hémodynamique (J4)		
• Abscès sous phrénique → SDRA (M1)		
Morbidité	7	15
• Chirurgicale		
– Abscès sous hépatique	3	
– Fistule biliaire externe	1	
• Médicale		
– Broncho-pneumopathie	1	
– Épanchement pleural	1	
– Thrombose porte	1	

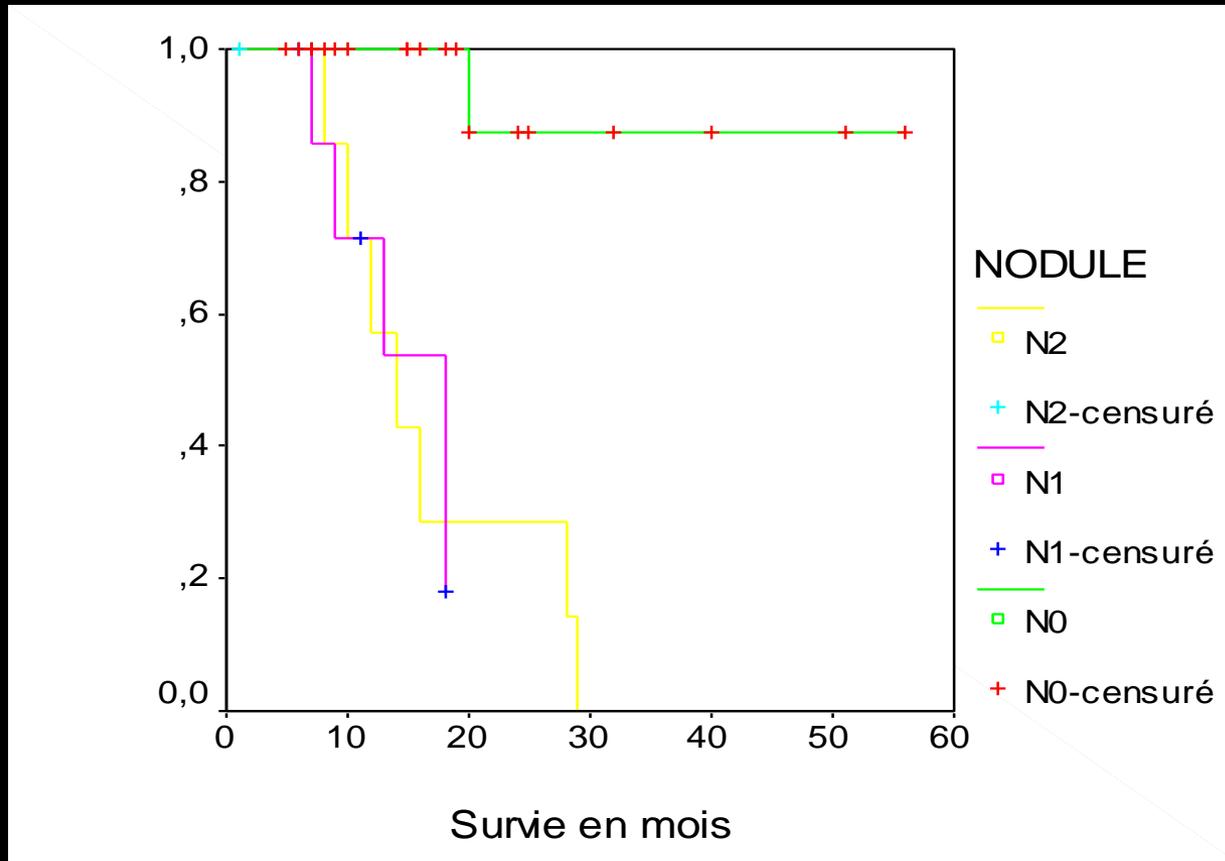
Survie en fonction du « T »



n	1an (%)	2 ans (%)	3ans (%)	p
---	---------	-----------	----------	---

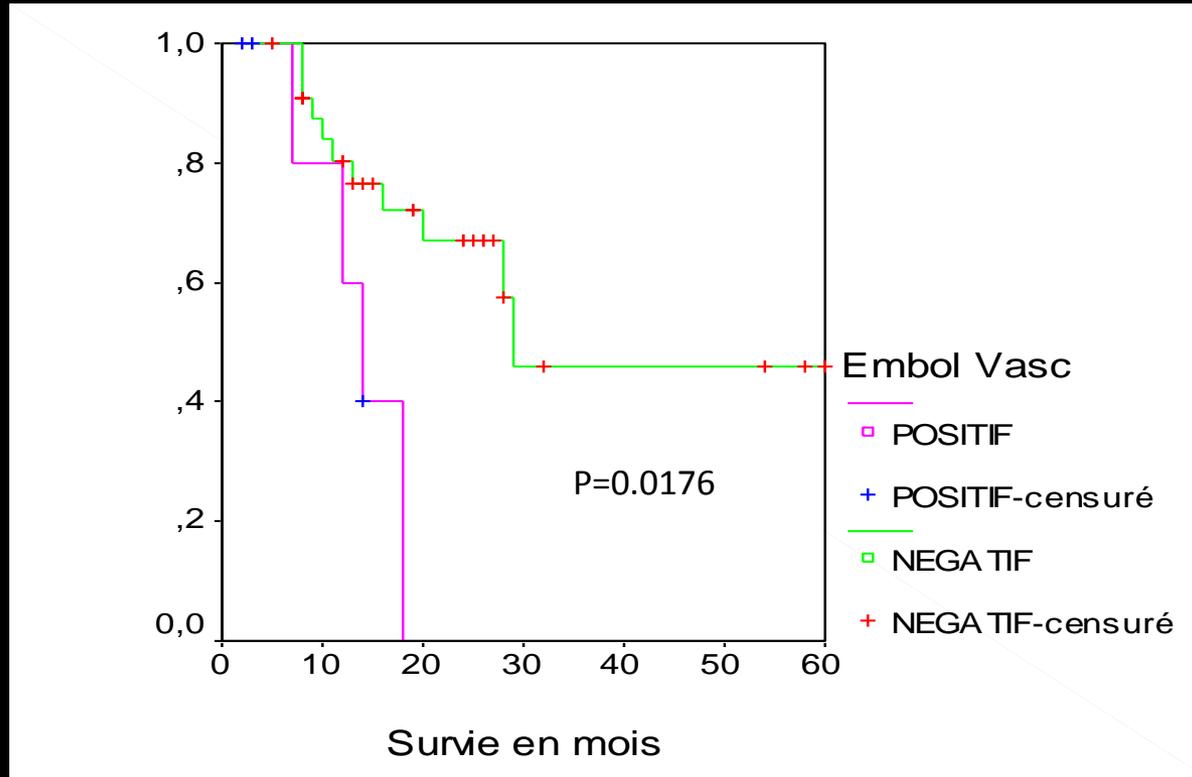
T1+2	17	91.5	73	73	0.0046
T3	11	71	24	-	
T4	9	66	28	0	

Survie en fonction du « N »



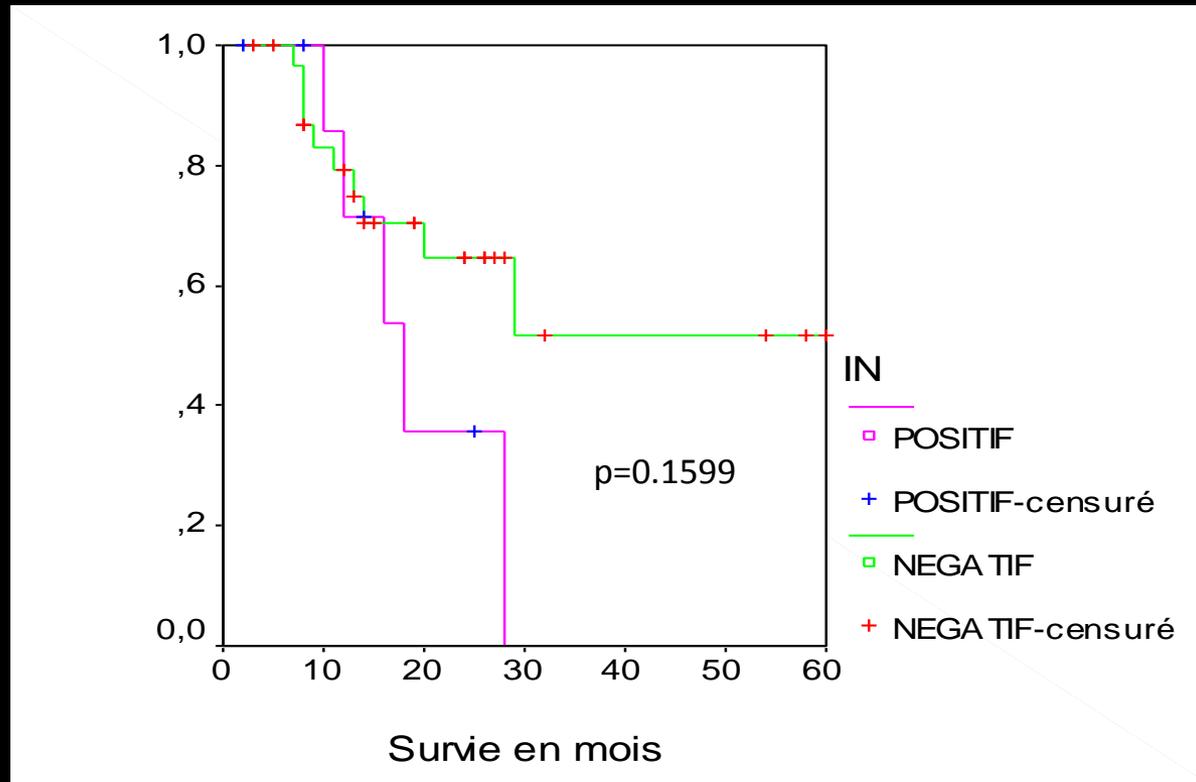
	n	1an (%)	2 ans (%)	3ans (%)	p
N négatif	24	85	78	78	0.0008
N positif	18	69	27	0	

Survie en fonction des embols vasculaires



	n	1an (%)	2 ans (%)	3ans (%)	p
EV négatif	34	80	67	46	0.0176
Evpositif	7	60	0	-	

Survie en fonction de l'infiltration nerveuse



	n	1an (%)	2 ans (%)	3ans (%)	p
IN négative	32	79	65	52	0.1599
IN positive	7	68.5	34	0	NS

Chimiothérapie et Radiothérapie

- Chimiothérapie palliative : Consensus
ASCO 2009 : Gemcitabine + Cisplatine >
Gemcitabine seule dans les CVB évolués ou
métastatique (8.5/6.5 mois)
- Chimiothérapie adjuvante (Essais cliniques)
(Essai en cours au CPMC)
- Radiothérapie et RTCT: En adjuvant et néo-
adjuvant dans les formes localement
avancées non métastatiques (essais non
concluants) .

Facteurs pronostiques des cancers de la vésicule

- Le stade évolutif (UICC)
- Les métastases ganglionnaires
- L'envahissement du pédicule hépatique
 - vers la voie biliaire principale
 - vers la veine porte et l'artère hépatique
- L'envahissement du foie et les metas hepaticues
- L'histologie
 - type histologique
 - envahissement péri-neural
 - L'ictère: survie à 5 ans 13% vs 32% anictérique
médiane 6,8 mois vs 26,2 mois
- Possibilité de faire une exérèse R0 avec une mortalité opératoire acceptable

Comment améliorer le pronostic ?

- Diagnostic précoce au stade utile
- Examen ana-path systématique des pièces de cholécystectomie
- Traiter les lésions précancéreuses
- Développer la cholecystectomie radicale
- Associer les TRT adjuvants (?)
- Diminuer les laparotomies inutiles par la coelioscopie exploratrice
- Développer le drainage biliaire endoscopique et par voie percutanée
- Faciliter la résection hépatique par la technique d'embolisation portale

Conclusion

- **La chirurgie radicale reste le seul traitement potentiellement curateur des CVB:38% à 3ans série CPMC et 24 % à 5 ans série AFC (2009)**
- **Le traitement chirurgical radical doit comporter au minimum**
 - Une bisegmentectomie IV antérieur-V emportant le processus tumoral
 - Un curage ganglionnaire du 1^{er} et 2^{ème} relais.
- **Seuls, les cancers in situ et T1a sont traités par cholécystectomie simple**
- **L'amélioration du pronostic ne peut passer que par**
 - Une identification des populations à risque
 - un diagnostic précoce
 - le traitement des lésions précancéreuses
 - Et une agressivité chirurgicale raisonnable : exérèse R0