

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES OBSTRUCTIONS BILIAIRES MALIGNES

T Bassaid, E Taleb, M Abdelouahab, N Kriou, M Mouloudi, A Bensalem, HMahmoudi.
Service de Radiologie, HMRUO/2°RM

Résumé

Notre travail consiste à montrer l'efficacité et les complications du traitement palliatif percutané des cancers des voies biliaires.

Matériels et méthodes

Sur 4 ans, plus de 170 procédures de drainage biliaire ont été réalisées pour le traitement de l'ictère par obstacle sur les voies biliaires. La Bili-IRM a été indispensable pour choisir le type de drainage radiologique. Le suivi a été fait sur une période de 4ans. En cas de récurrence de l'ictère, un deuxième geste a été effectué (mise en place d'une deuxième prothèse).

Résultats

Dans tous les cas, l'amélioration clinique a été immédiate dans la première semaine suivant le geste, pas de complications majeures; complications mineures moins de 4%. Quatre patients ont bénéficié d'un deuxième geste pour désobstruction de la prothèse. Le taux de survie moyen est supérieur à 87% à 8mois (résultats comparables aux à ceux de la littérature).

Conclusion

Le drainage biliaire suivi de pose d'endoprothèse toutes les fois que possible est une technique efficace pour le traitement des ictères par cancer des voies biliaires avec un faible taux de complications.

Mots clés : Drainage biliaire percutané; Cancers des voies biliaires ; Endoprothèse métallique ; Radiologie interventionnelle.

INTRODUCTION

Les cancers des voies biliaires sont fréquents et de mauvais pronostic ; l'apparition de l'ictère signe le stade évolué de la maladie en rapport avec une obstruction néoplasique et empêche le plus souvent une prise en charge curative chirurgicale (1). Les traitements palliatifs sont alors les seuls traitements proposés ; le drainage des voies biliaires qu'il soit chirurgical, endoscopique ou percutané est devenu indispensable (1).

Le drainage percutané radiologique est la méthode de choix car de réalisation simple, efficace pour le traitement de l'ictère et ne nécessite qu'un court séjour d'hospitalisation avec un minimum de complications.

Les méthodes radiologiques consistent à la mise en place de drains biliaires et l'insertion d'endoprothèses biliaires (2).

Nous rapportons notre expérience et les résultats obtenus chez 69 malades.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective réalisée durant une période allant d'avril 2010 à juin 2014.

69 patients ayant un ictère secondaire à un cancer des voies biliaires ont été traités par drainage radiologique.

L'indication du traitement palliatif par la radiologie interventionnelle a été posée

après concertation pluridisciplinaire, en raison soit d'une infiltration tumorale avancée, soit de l'existence de facteurs de risque opératoire.

L'ensemble des patients a bénéficié d'un contrôle du bilan d'hémostase (taux de prothrombine > 55%), d'une antibio prophylaxie systématique (amoxicilline + acide clavulanique) 24h avant et après le geste et d'un bilan Radiologique comportant (échographie - TDM- IRM) afin de planifier le geste.

La procédure a été réalisée sous sédation générale sans intubation trachéale.

La technique a consisté à choisir la voie d'abord en fonction du niveau d'obstacle sur les voies biliaires, préalablement déterminée à partir des données de l'échographie, de la TDM et surtout de la Bili-IRM. Dans le cas d'obstacle sous hilaire une seule voie d'abord est réalisée le plus souvent droite, dans le cas d'obstacle hilaire un abord bilatéral est pratiqué.

La procédure de drainage commence par la ponction à l'aide d'une aiguille de Chiba 22G, d'une voie biliaire dilatée repérée sous échographie. Une cholangiographie (figure 1) de repérage est ensuite réalisée afin de permettre une analyse précise des voies biliaires et la classification de Bismuth.

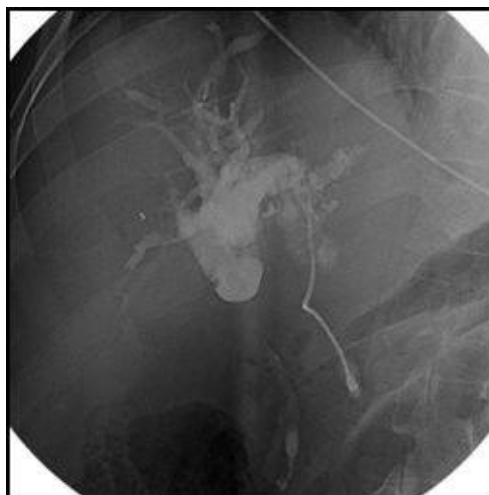


Figure 1: cholangiographie de repérage à l'aiguille fine

La deuxième étape consiste à la mise en place d'un introducteur pour procéder au cathétérisme des voies biliaires par un guide rigide 35F.

En cas de franchissement de la sténose par le guide, un drain interne externe est inséré puis une endoprothèse métallique autoexpansive de 1cm de diamètre est mise en place au milieu de la sténose, en cas de non franchissement de la sténose un drain externe de 8F est inséré en amont de la sténose et une nouvelle tentative pour un drainage interne est programmée après quelques jours (4 à 5 jours) avec mise en place d'une prothèse.

RESULTATS

Notre étude comporte 69 patients, repartis en 39 Hommes et 30 femmes avec un sex-ratio de 1.3.

L'âge moyen est de 56 ans avec des extrêmes allant de 45 à 80 ans.

La cause d'obstacle biliaire était due à l'infiltration des voies biliaires extrahépatiques par la tumeur maligne dans tous les cas. Les principales étiologies retrouvées [Tableau 1] sont le cholangiocarcinome (figure 2), le cancer de la tête du pancréas (figure 3) et le carcinome vésiculaire (figure 4).

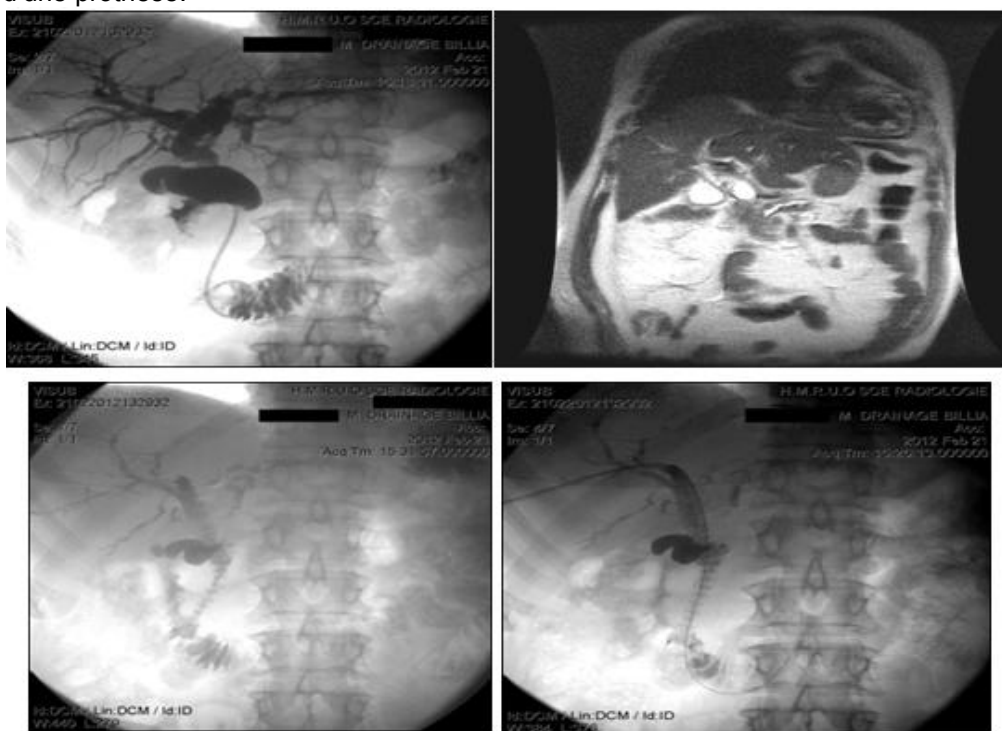


Figure 2: Adénocarcinome de la tête du pancréas. A : IRM. Cancer de la tête du pancréas. Mise en place d'une prothèse métallique autoexpansive de 8cm dans la VBP. B: Drainage externe interne de décompression. C et D: Prothèse perméable dans la VBP faisant saillie de 1cm dans le duodénum.



Figure 3: CCA. Mise en place d'une prothèse biliaire. A : Bili-IRM montrant un CCA hilaire. B Prothèse biliaire de 8cm dans la VBP. Positionnement de la prothèse, C : largage ouverture de la prothèse, D : contrôle de la perméabilité de la prothèse(D).

Tableau 1: Principales étiologies retrouvées

Étiologie des obstacles biliaires	Nombre de patients
<i>Cholangiocarcinome</i>	22
<i>Cholangiocarcinome bas cholédoque</i>	02
<i>Adénocarcinome du pancréas</i>	20
<i>Carcinome vésiculaire</i>	21
<i>Ampullome vatérien</i>	1
<i>Métastase (tumeur gastrique envahissant la convergence biliaire supérieure)</i>	3
TOTAL	69

Le cathétérisme biliaire avec drainage a été techniquement possible dans tous les cas, nous avons réalisé 10 drainages externes, 5 drainages interne-externes et 41 poses d'endoprothèses biliaires métalliques auto-expansives [Tableau 2], 11 patients ont bénéficié d'une pose de 2 endoprothèses en raison d'une dissociation des voies biliaires droites et gauches sur un obstacle hilaire (figure 5).

chez tous nos patients à court, moyen et long terme par l'équipe chirurgicale au niveau de la consultation de chirurgie générale, nous avons constaté une diminution des signes cliniques et biologiques de l'ictère avec Amélioration de l'état général chez 41 Malades dans les 21 jours suivant le drainage Chez 6 malades ayant un cancer évolué, on a noté une amélioration partielle puis décès avant j30 par évolution de la maladie.



Figure 4: Cancer de la vésicule biliaire. Mise en place de deux prothèses biliaires. Prothèse biliaire de 8cm dans la VBP. Prothèse de 6cm canal hépatique gauche /canal hépatique droit

Tableau 2: Type de drainage biliaire réalisé

Type de drainage	Drainage externe	Drainage interne-externe	Prothèse métallique autoexpansive
Nombre de malades	15	08	46

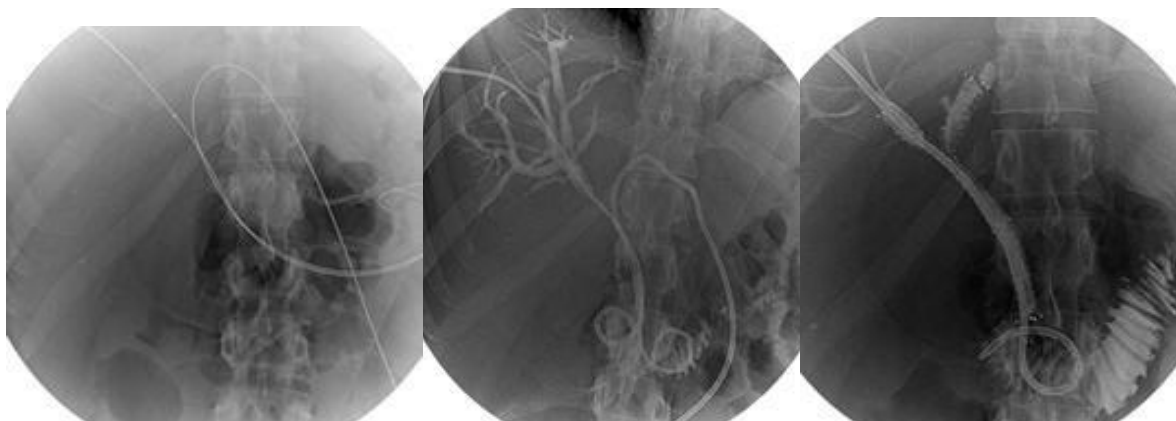


Figure 5: Métastase hilare d'un adénocarcinome gastrique envahissant la convergence biliaire. A: Double drainage droit et gauche. B et C: Pose de deux endoprothèses métalliques.

La surveillance clinique a été réalisée.
 Au cours de cette étude, que nous poursuivons, 7 malades sont décédés avant 1mois suite à l'évolution de la maladie, la durée moyenne de survie est de 8 mois chez 58 malades, la durée de survie la plus longue observée chez 4 malades est de 18, 25, 30 et 36mois.
 Complications

Nous n'avons pas eu de complications majeurs à type de choc septique, choc hémorragique et ou décès post-procédure. Dans notre série 21patients ont eu de complications mineures, infectieuses avec fièvre et hyperleucocytose jugulés par l'antibiothérapie chez 5 Malades.

Nous n'avons pas eu de complications hémorragiques grave ayant nécessité un traitement spécifique.

Des complications hémorragiques mineures, sans conséquences cliniques chez 11 malades, constatées par une hémobilie à travers le drain qui s'est tarie spontanément en moins de 72 h.

Des obstructions des prothèses chez 4 malades avec réapparition de l'ictère, survenue 6 à 7 mois après la pose de la prothèse, nous avons procédé à une désobstruction et la mise en place d'une nouvelle prothèse avec succès.

Discussion

Les drainages biliaires sont utilisés en pathologie biliaire depuis plus de 20 ans, Ils constituent un geste palliatif utile et reconnu par de nombreuses équipes dans les sténoses biliaires d'origine maligne (3, 4,5).

Nous avons introduit la technique de drainage à l'HMRUO/2RM en 2008, qui a remplacé le traitement chirurgical palliatif des ictères obstructifs malins autrefois pratiqué.

Concernant les indications dans notre série, nous nous sommes appuyés sur les données de la littérature (6,7, 8) pour ne retenir que les patients non opérables dont la pathologie est avancée.

La radiologie interventionnelle remplace avantageusement un éventuel geste de chirurgie palliative car le coût est inférieur, nécessite qu'une durée d'hospitalisation très courte, et procure un meilleur confort pour le patient.

Parmi les gestes possibles, le drainage biliaire interne par endoprothèses offre un meilleur confort pour le malade, Sans contraintes d'entretien avec peu de risque infectieux (par rapport à la pose de simples drains biliaires internes ou externes).

Chaque fois que possible (franchissement de la sténose) nous avons choisi la pose d'endoprothèses métalliques autoexpansives chez des malades avec une espérance de vie de plus de 6 mois.

Certain auteurs (7) optent pour le drainage de plusieurs secteurs hépatiques avec poses de 3 à 4 endoprothèses biliaires à

la fois avec un risque de complications graves très élevé. Par prudence, nous avons opté pour une attitude peu agressive, en nous limitant à la mise en place de deux endoprothèses drainant les secteurs hépatiques nous paraissant efficaces

Les complications infectieuses, sont les complications les plus souvent rencontrées en cas de drainage biliaire percutanée, parfois sont redoutables avec un risque de choc septique (4, 5).

Dans notre série nous avons eu 5 complications infectieuses jugulés par une antibiothérapie.

Les complications hémorragiques sont précoces parfois en per procédure, elles sont dû à la ponction percutanée avec lésion des vaisseaux sanguins, rarement grave nécessitant une transfusion ou un geste d'embolisation, le plus souvent transitoire, disparaissent en moins de 48 heures. Notre série, le geste de drainage est compliqué par une hémobilie dans 7 cas, tarie spontanément en 48 heures.

Les complications tardives des drainages biliaires sont dominées par l'obstruction secondaire des endoprothèses dû à l'envahissement tumoral, qui survient 6 à 7 mois après la pose (6, 7, 8) et la chute des drains

Nous avons eu 3 obstructions de prothèses où nous avons réintervenu et placé une autre prothèse avec succès et 4 chutes de drains que nous avons remplacés.

Conclusion

Le drainage biliaire est une technique reconnue du traitement palliatif des ictères obstructifs malins, Les manœuvres doivent être indiquées et pratiquées de façon rigoureuse

Les complications, en particulier les complications à type d'hémorragie ou d'infection doivent être évitées en réunissant *les conditions préalables indispensables*: tests d'hémostase – aseptie rigoureuse – couverture antibiotique

Lorsque l'ensemble de ces conditions sont réunies les drainages biliaires constituent

une *bonne alternative à la chirurgie*, dans les cas où celle-ci ne serait que palliative. Enfin, l'idéal reste le *diagnostic précoce*, où l'imagerie intervient à part entière, afin que les patients bénéficient d'une chirurgie curative.

Références

- 1.d'Alincourt A, Hamy A, Thibaud C, Redon H, Paineau J, Lerat F. Ictères obstructifs néoplasiques : apport des prothèses métalliques percutanées. Gastroenterol Clin Biol 2000;24:770-5.
- 2.Paul BAURET, Pierre BLANC. Prothèses biliaires et obstructions malignes des voies biliaires extrahépatiques. Gastroenterol Clin Biol 2000;24:765-766.
- 3.Speer AG, Cotton PB, Russell RCG, Mason RR, Hatfield ARW, Leung JWC, et al. Randomised trial of endoscopic versus percutaneous stent insertion in malignant obstructive jaundice. Lancet 1987;2:57-62.
- 4.Paik WH, et al. Palliative treatment with advanced type III or IV hilar cholangiocarcinoma. Gastrointest Endosc 2009 ; 69 : 55-62.
- 5.Pappas P, et al. Percutaneous insertion of metallic endoprotheses in the biliary tree in 66 patients. Abdomen Imaging 2003 ; 28 :678-83.
- 6.Inal M, Aksungur E, et al. Percutaneous placement of metallic stent in malignant biliary obstruction. Cardio- vasc Intervent Radiol 2003 ; 26 : 40-5.
- 7.Maillard M, et col. Mise en place d'endoprothèses biliaires métalliques dans les tumeurs hilaires complexes. JRDI 2012 ; 93 : 814- 821 .
- 8.Vidal V , CS Ho , P Petit . Journal de Radiologie 2004 ;85/10 : 1707