

Place de la CPRE dans les sténoses biliaires

ADDOU Sidi Mohamed

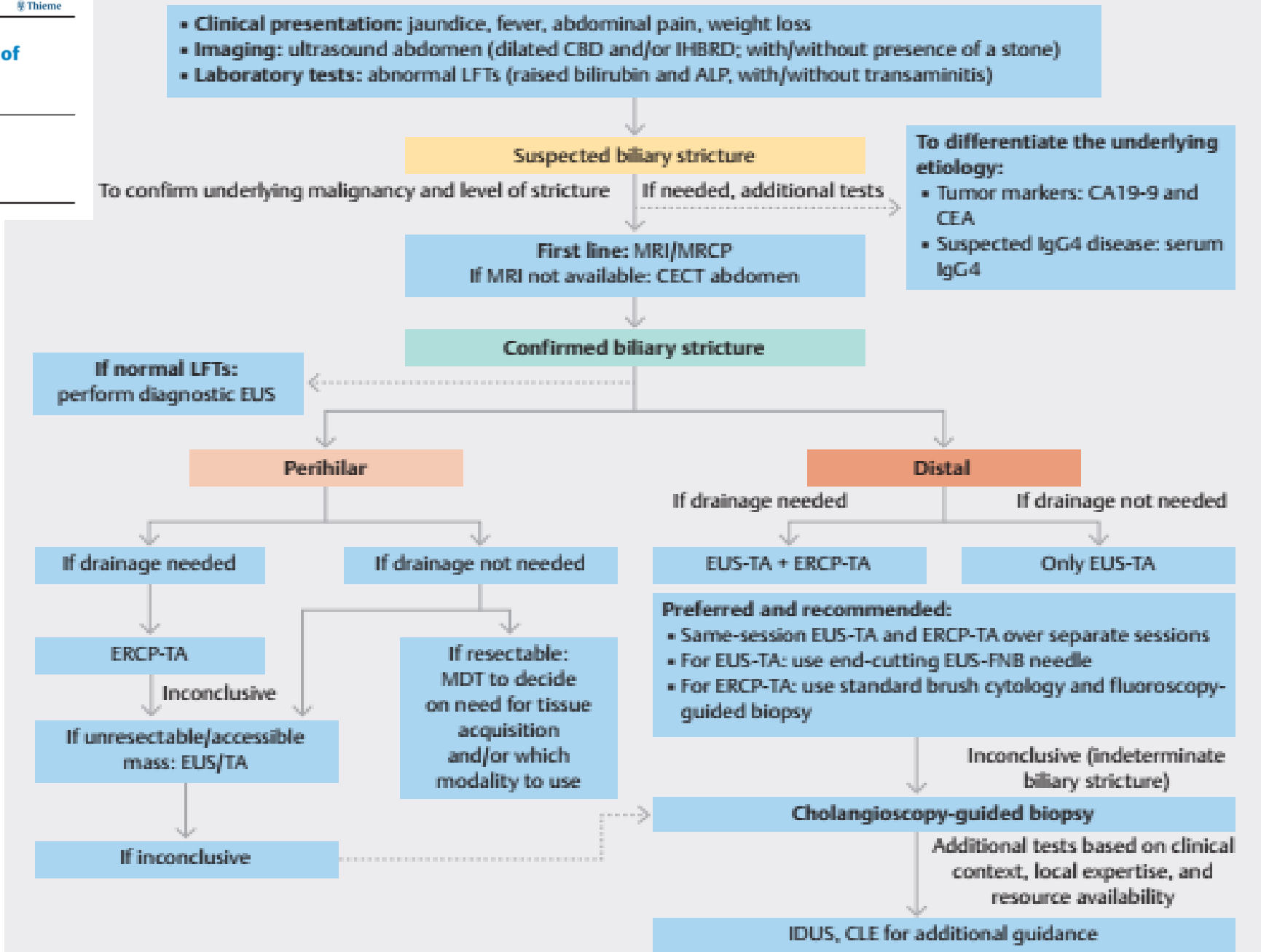
Introduction

- Une sténose biliaire est une zone de rétrécissement localisée au niveau des voies biliaires intrahépatiques ou extrahépatiques
- Elle représente souvent un défi en terme de diagnostic étiologique
- La CPRE permet d'accéder à la voie biliaire par voie rétrograde à partir de la papille, de prélever du tissu au niveau de la sténose et, dans le même temps, de drainer les voies biliaires obstruées
- Les méthodes standards de prélèvement par CPRE sont le brossage et les biopsies à l'aide d'une pince sous contrôle radioscopique

Diagnostic work-up of bile duct strictures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



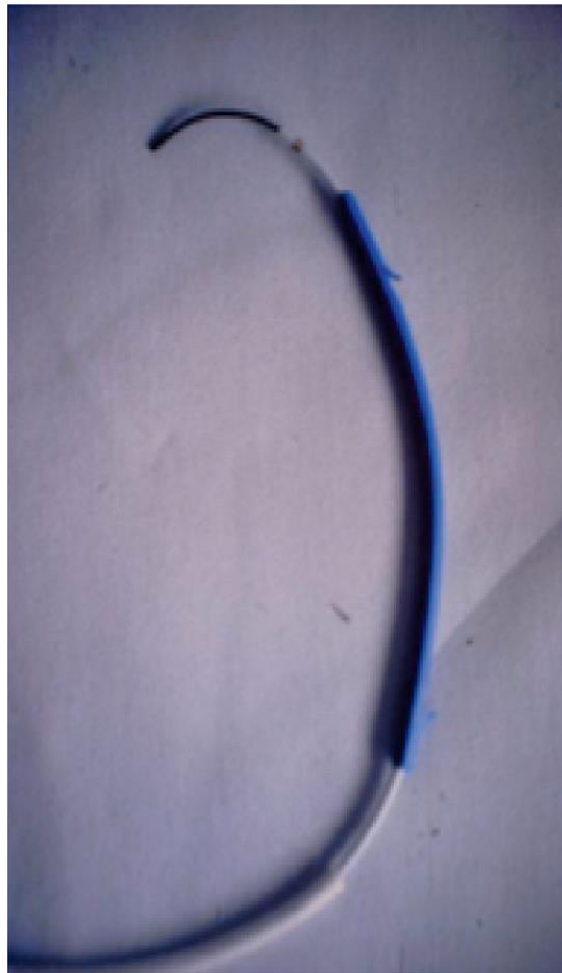
2024



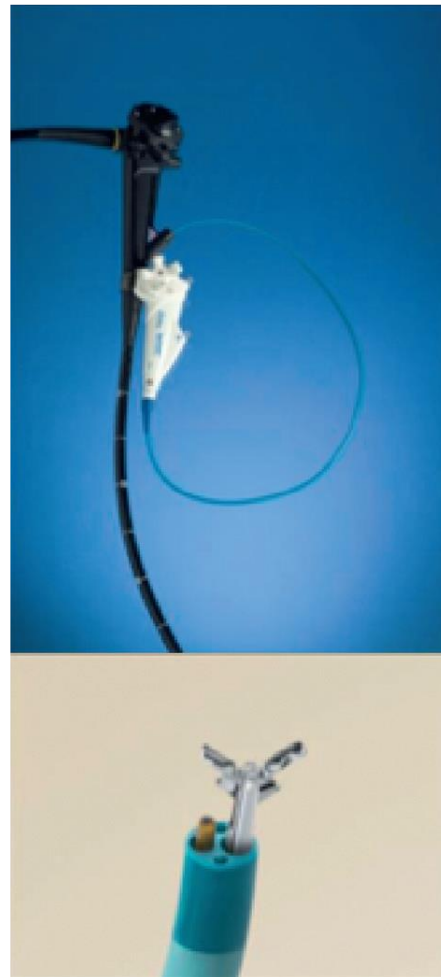
► Fig. 1 Proposed algorithm for the diagnosis of bile duct strictures.



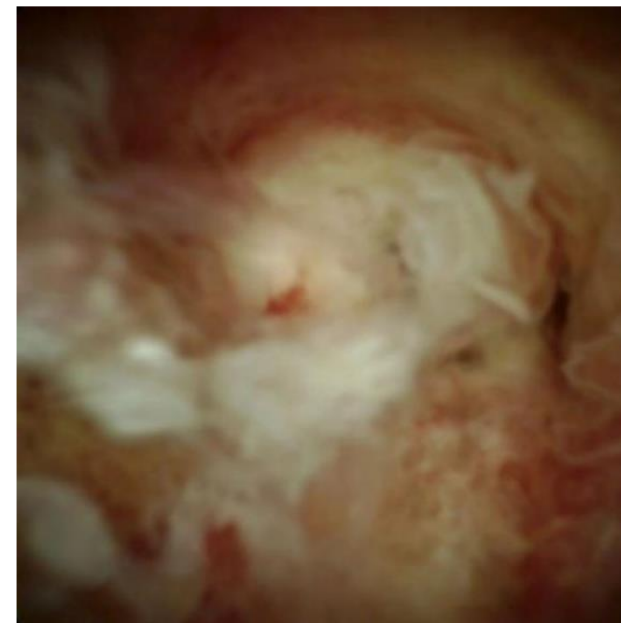
Prothèse métallique



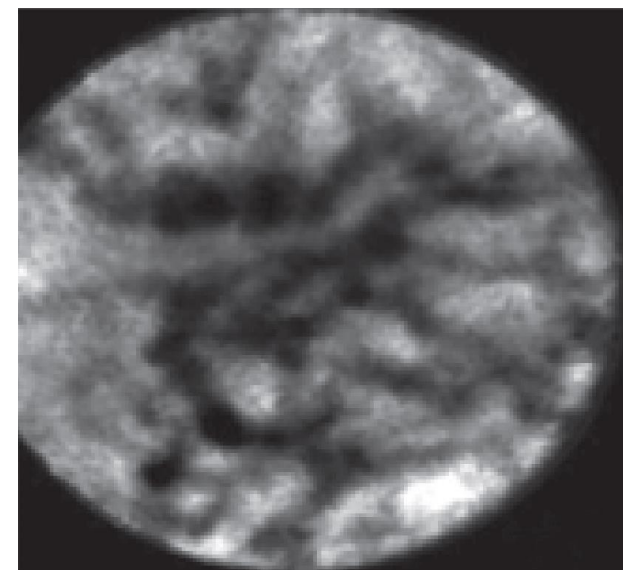
Prothèse plastique



Cholangioscope



sténose biliaire en cholangioscopie



Endomicroscopie confocale



malignant bile duct stricture. long stricture with irregular appearance

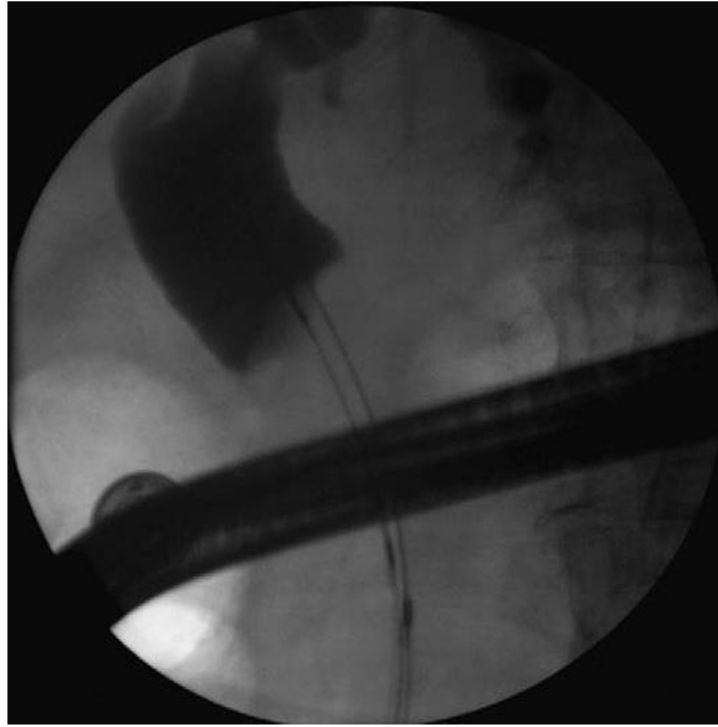


image of brush cytology performed during ERCP



Fluoroscopic image during an endobiliary forceps biopsy

Sténoses malignes

- Cancer du pancréas
- Cholangiocarcinome
- Cancer de la vésicule biliaire
- CHC
- Ampullome
- Lymphome
- Meta : colon, sein, rein ...

Sténoses bénignes

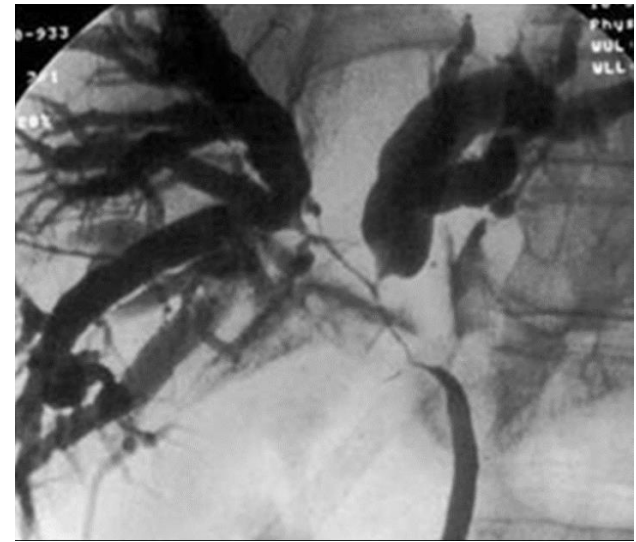
- Iatrogène :
 - Après cholecystectomie
 - Sur anastomose biliaire pour TH
 - Radiothérapie
- Fibro inflammatoire :
 - Pancréatite chronique
 - Pancréatite auto immune
 - CSP
 - Cholangite à IgG4
 - Sarcoidose
- Vasculaire :
 - cholangiopathie portale
 - Ischémie
- Autres :
 - Syndrome de Mirizzi
 - HIV

Sténoses malignes

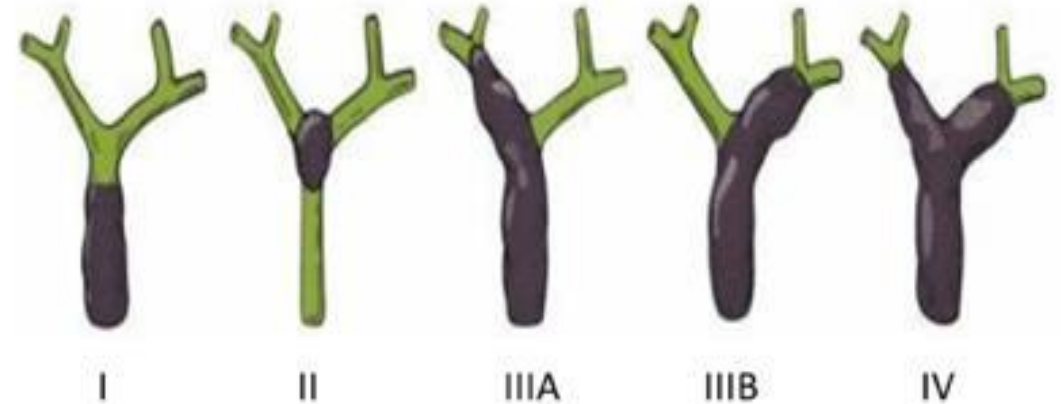
- La majorité des sténoses biliaires sont malignes (76-85%)
- Le maître-symptôme est l'ictère associé le plus souvent à un prurit, un amaigrissement et une altération de la qualité de vie
- Le drainage endoscopique :
 - But thérapeutique avant l'instauration d'une chimiothérapie avec normalisation de la bilirubine
 - But symptomatique pour améliorer la qualité de vie (prurit, douleur)
 - En urgence devant une angiocholite

Sténoses malignes

Les sténoses hilaires malignes



- Le cholangiok représente 90 %, carcinome de la vésicule biliaire, CHC, tumeurs lymphoprolifératives ou métastatiques
- classification de Bismuth-Corlette :
 - Type I = plancher de la convergence
 - Type II = toit de la convergence
 - Type IIIa = canaux biliaires secondaires D
 - Type IIIb = canaux biliaires secondaires G
 - Type IV = atteinte bilatérale canaux biliaires secondaires

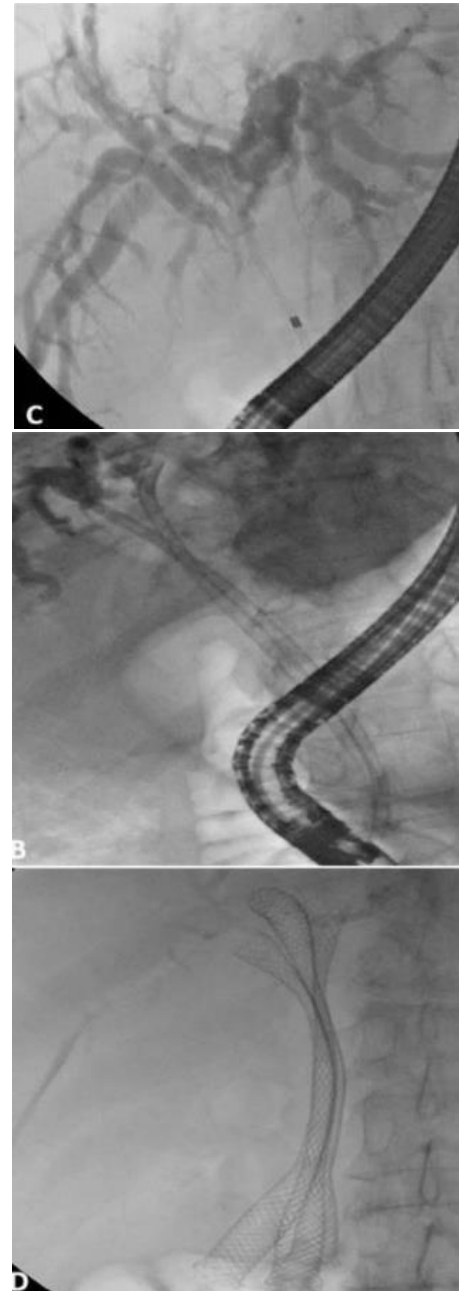


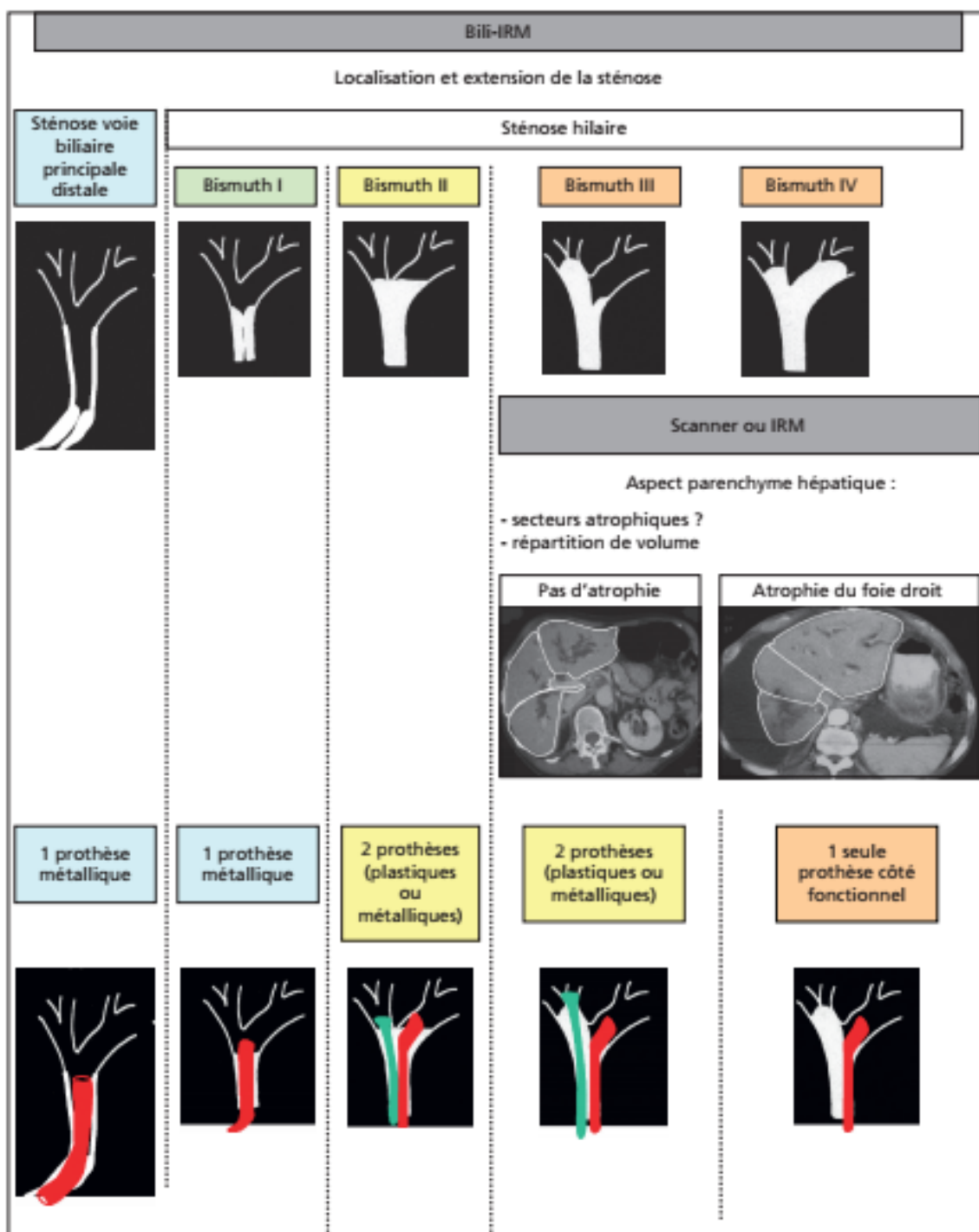
Sténoses malignes

Les sténoses hilaires malignes

Comment choisir le drainage biliaire ?

- Le drainage biliaire n'est jamais une urgence en dehors de l'angiocholite
- Drainer les secteurs opacifiés
- Drainer les secteurs fonctionnels
- Pas de supériorité drainage bilatéral vs unilatéral
- Si résection envisagée, drainer le futur foie restant par prothèse plastique
- Si palliative : prothèses métalliques/plastiques
- CPRE puis si échec ou drainage incomplet, EUS foie gauche +/- drainage percutané





Stratégie de drainage endoscopique d'une sténose biliaire maligne non opérable

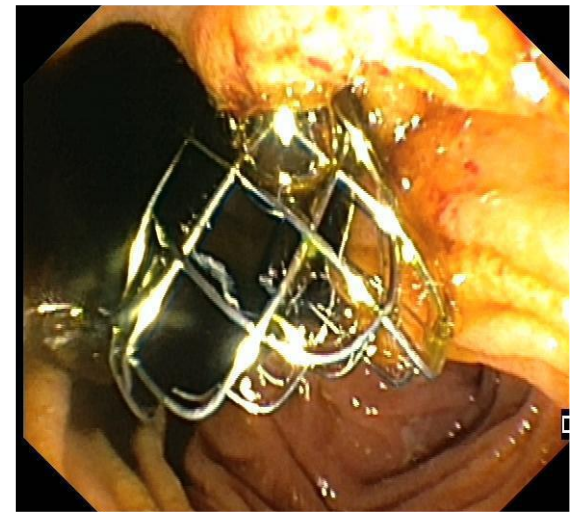
Sténoses malignes

Les sténoses distales

l'ADK pancréatique est la cause la plus fréquente

- Tumeur résécable avec ictère isolé et bilirubine $> 350 \mu\text{mol/L}$ sans angiocholite \longrightarrow DPC
- Tumeur résécable avec ictère isolé et Bilirubine $> 350 \mu\text{mol/L}$ avec angiocholite \longrightarrow Prothèse métallique non couverte 4 à 6 cm puis DPC 4 à 6 semaines après
- Tumeur non résécable : la prothèse biliaire métallique est actuellement le standard du traitement avec un bénéfice de la couverture en termes de durée de perméabilité plus longue

Sténoses malignes



- **Les sténoses distales**

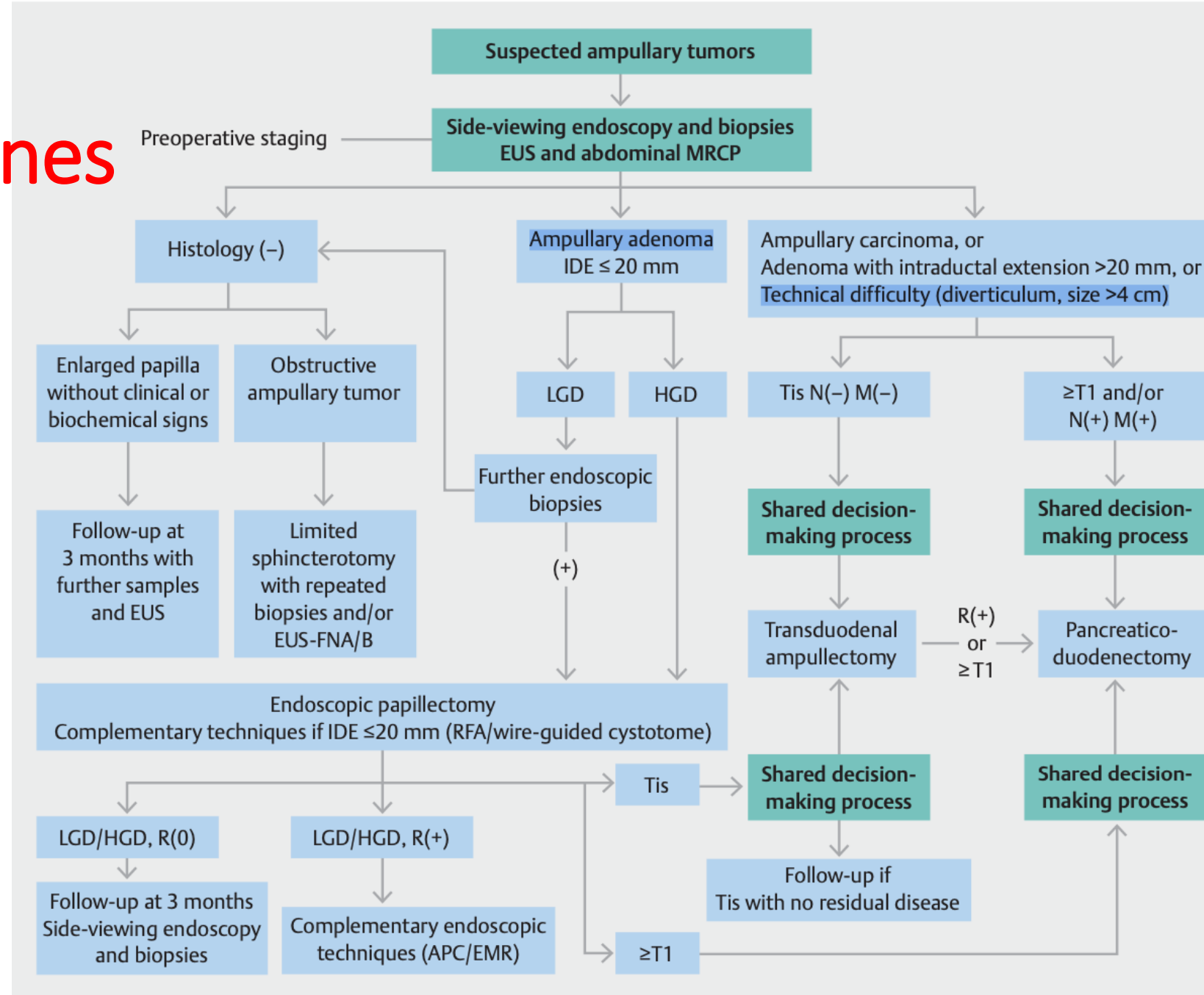
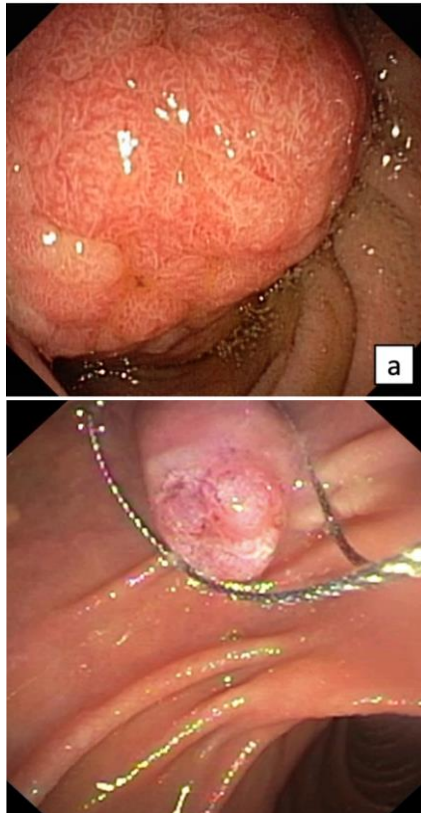
Cholangiocarcinome distal

cholangioK distaux représentent environ 20 à 40% des cholangioK

- Lésion résécable : le drainage pré op n'est pas recommandé sauf si d'angiocholite, bili >250 ou 300 $\mu\text{mol/l}$, chir retardée ou chimio néoadjuvante
 - Le drainage endoscopique est préféré à la voie percutanée
 - Prothèse métallique de 10mm (couverte ou non : résultats similaires)
- Lésion non résécable : drainage palliatif
 - par CPRE en 1^{er} intention car sup au drainage chirurgical et radiologique
 - Prothèse métallique
 - Si échec, drainage par EE ou radiologique

Sténoses malignes

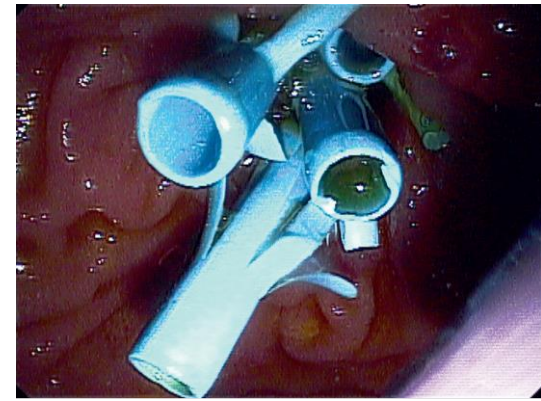
• Les sténoses distales Ampullome



ESGE Guidelines

1. Vanbiervliet Geoffroy et al. Endoscopic management of ... Endoscopy 2021; 53: 429–448

Sténoses bénignes

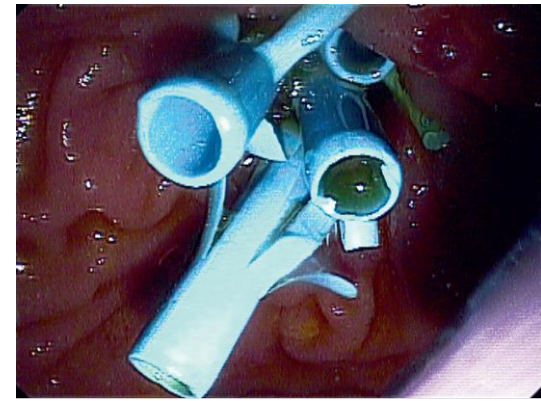


- Post-opératoires représentent 95 % des sténoses biliaires bénignes
- Fistules biliaires post-chirurgicales : Le traitement par prothèse plastique est efficace dans plus de 80 % des cas et une simple sphinctérotomie sans prothèse en cas de fuite mineure (< 200 mL par jour) pourrait être suggérée
- En cas de perte de substance au niveau de la voie biliaire principale, il sera nécessaire de mettre en place une ou plusieurs prothèses plastiques et de réaliser un drainage percutané du biliome

Bhattacharjya S, Puleston J, Davidson BR, Dooley JS. Outcome of early endoscopic biliary drainage in the management of bile leaks after hepatic resection. *Gastrointest Endosc* 2003 ; 57 : 526-30.

Poley JW, Cahen DL, Metselaar HJ, et al. A prospective group sequential study evaluating a new type of fully covered self-expandable metal stent for the treatment of benign biliary strictures (with video). *Gastrointest Endosc* 2012 ; 75 : 783-9.

Sténoses bénignes



- **Sténose post cholécystectomie** : Le traitement par prothèses plastiques multiples est efficace dans 74 à 90 % des cas
- **Post TH** : calibration par prothèses plastiques itératives reste à privilégier

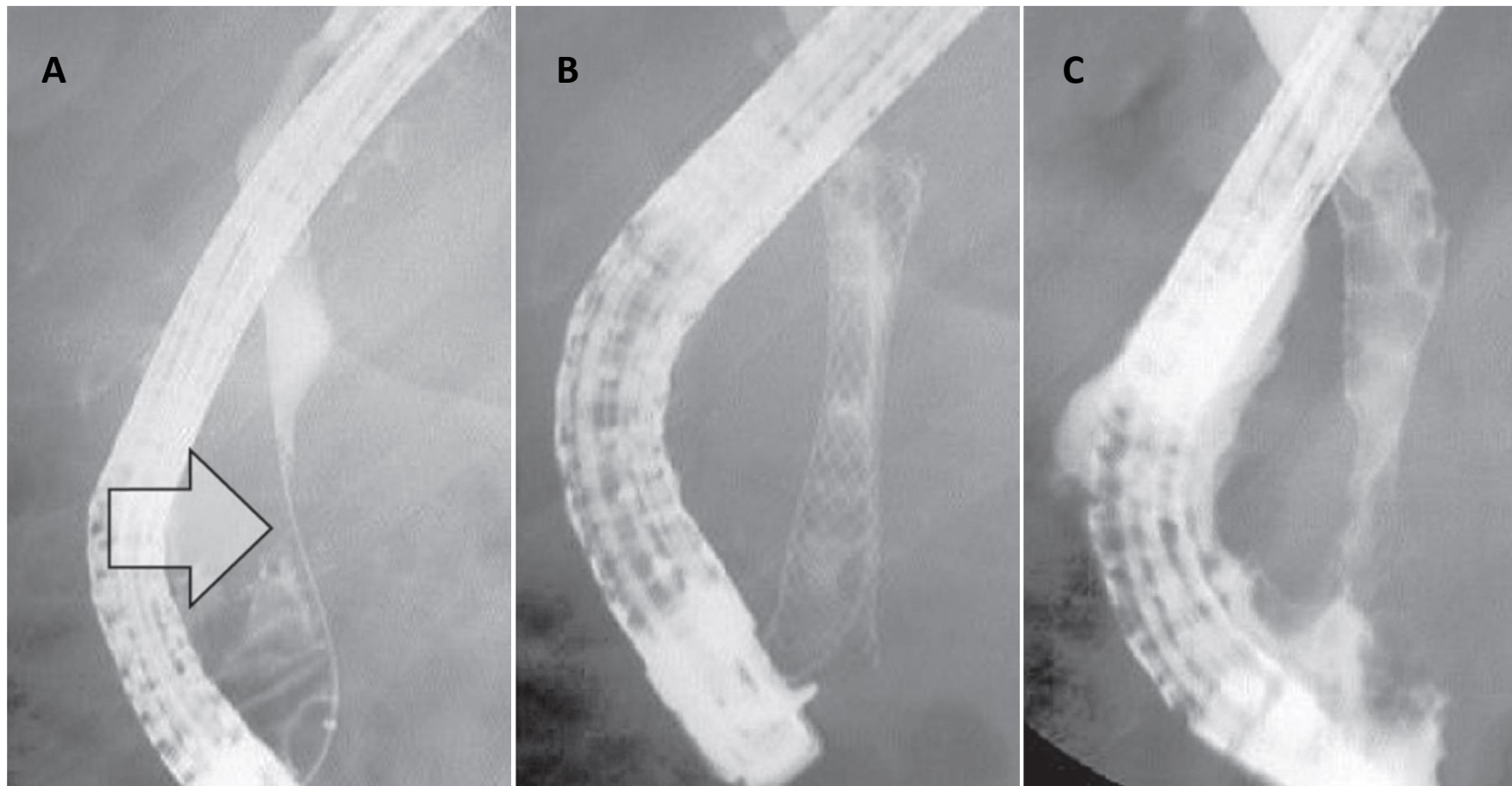
Bhattacharjya S, Puleston J, Davidson BR, Dooley JS. Outcome of early endoscopic biliary drainage in the management of bile leaks after hepatic resection. *Gastrointest Endosc* 2003 ; 57 : 526-30.

Poley JW, Cahen DL, Metselaar HJ, et al. A prospective group sequential study evaluating a new type of fully covered self-expandable metal stent for the treatment of benign biliary strictures (with video). *Gastrointest Endosc* 2012 ; 75 : 783-9.

Sténoses bénignes

- **Pancréatite chronique :**

- Indications du drainage c'est Obstruction biliaire persistante (ictère, angiocholite) ou cholestase persistante (PAL>2 3N, >1 mois)
- Le calibrage de la sténose : prothèse métallique couverte ou prothèses plastiques multiples



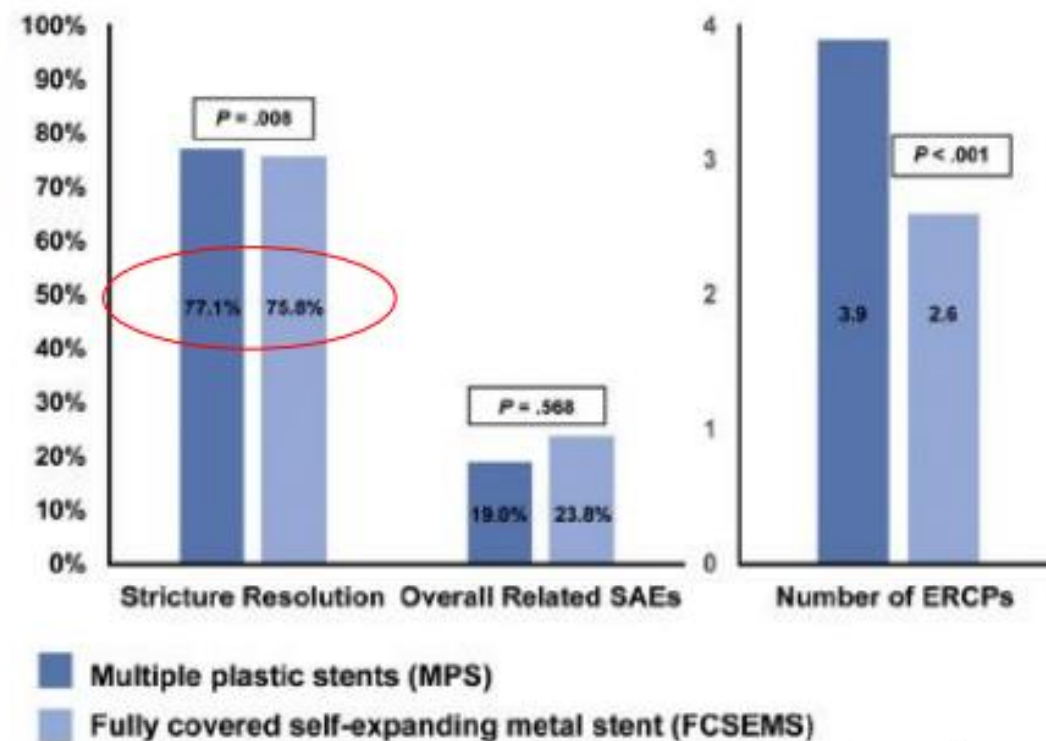
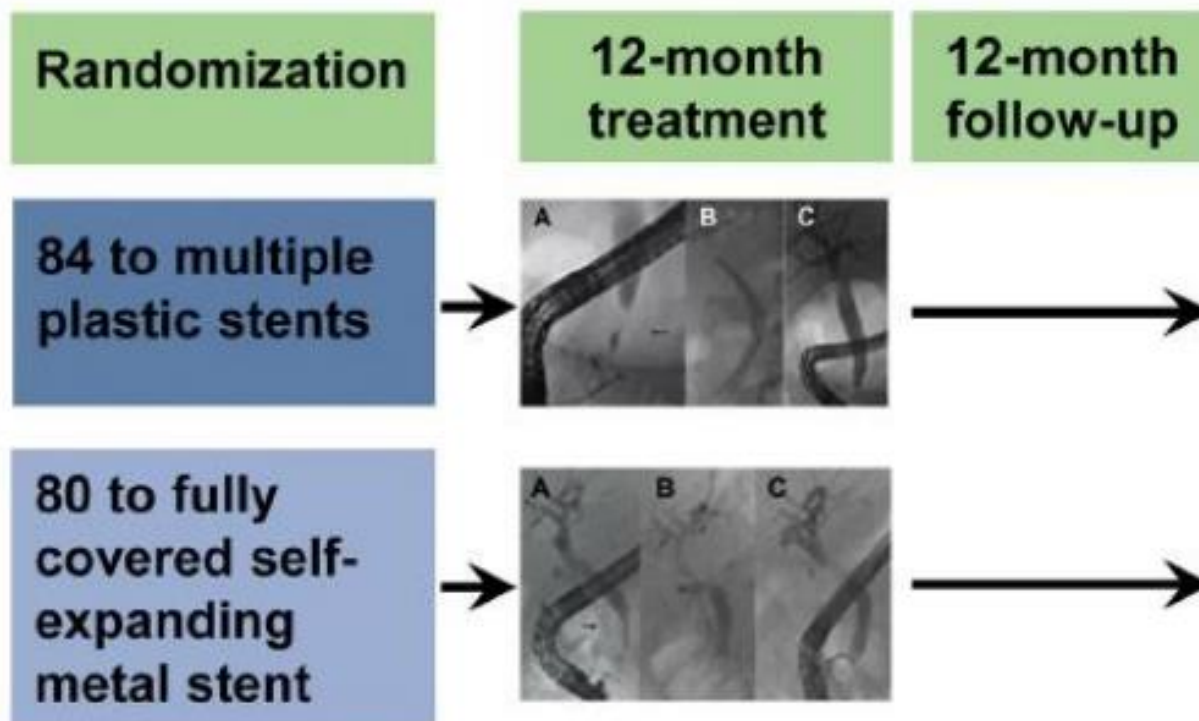
Cholangiographie chez un patient ayant une sténose de la voie biliaire principale (flèche) compliquant une pancréatite chronique :

A) initialement, B) après mise en place de la prothèse biliaire métallique couverte, C) après son retrait.

Sténoses bénignes

Fully Covered Self-Expanding Metal Stent vs Multiple Plastic Stents to Treat Benign Biliary Strictures Secondary to Chronic Pancreatitis: A Multicenter Randomized Trial

RCT of MPS versus FCSEMS to treat benign biliary strictures in chronic pancreatitis

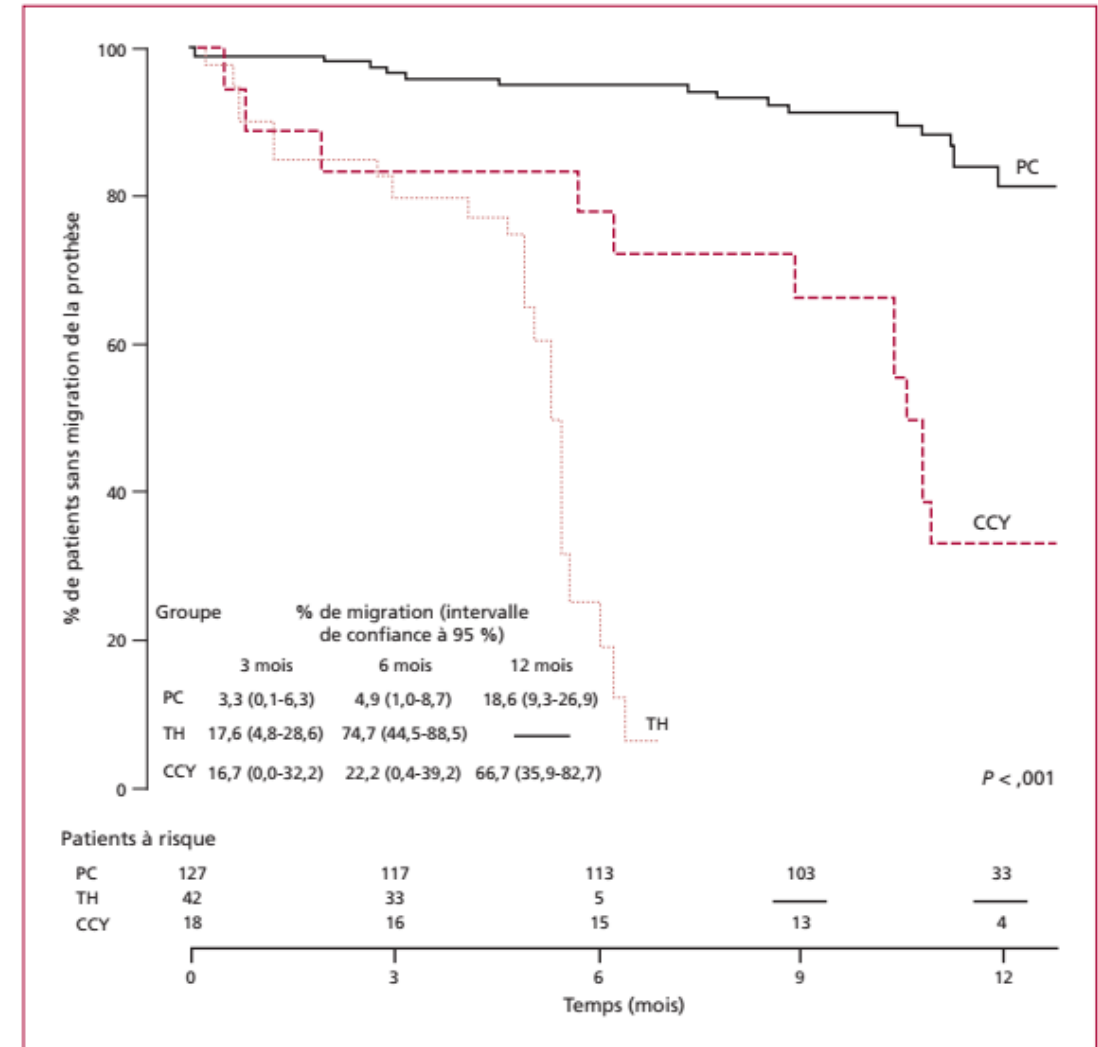


- Résultats équivalents en terme :
- De résolution sténose à M24 >75%
 - Effets secondaires ~ 20%
 - Moins CPRE dans le bras FC SEMS

Gastroenterology

Cette large étude prospective multicentrique montre une efficacité de 75 % du calibrage des sténoses biliaires bénignes par des prothèses métalliques couvertes. Après un délai médian de 20 mois suivant le retrait de la prothèse, le taux de récurrence n'était que de 15 %

Risque de récurrence d'obstruction biliaire chez les 135 malades suivis après le retrait de leur prothèse



Deviere J, Nageshwar Reddy D, Püspök A, et al. Successful management of benign biliary strictures with fully covered self-expanding metal stents. Gastroenterology 2014 ; 147 : 385-95.

Sténoses bénignes

- **La CSP** : inflammation et fibrose des parois des voies biliaires intra-hépatiques et extra-hépatiques
- Le problème principal est le diagnostic de la sténose dominante. Une sténose dans la région du hile est fréquente, et il est souvent difficile de déterminer s'il s'agit d'un cancer associé ou d'une sténose inflammatoire
- Le traitement endoscopique de la sténose dominante extrahépatique peut prolonger la survie et retarder la nécessité d'une transplantation
- Le traitement consiste en une dilatation, En cas de sténose longue ou de récurrences multiples très précoces après dilatation, on peut envisager une calibration de courte durée par prothèse plastique pour une à deux semaines

Sténoses bénignes

- **la cholangite sclérosante liée à l'IgG4** : reconnue depuis 2002, se caractérise par un épaissement diffus de la paroi biliaire, donnant apparence de tube épais
- **Cholangite folliculaire** : c'est une affection rare et méconnue qui se manifeste souvent par une sténose focale des voies biliaires au niveau du hile hépatique et qui simule un cholangiocarcinome à l'examen radiologique

Sténoses bénignes

- **Cholangite ischémique** : causes (lésion de l'artère hépatique, chimioembolisation, l'athérosclérose, les troubles de la coagulation, la drépanocytose et les soins prolongés en unité de soins intensifs). Le diagnostic est extrêmement difficile. L'ischémie focale se manifeste par une sténose focale, l'ischémie diffuse se manifeste par une cholangite sclérosante. La voie biliaire hilaire est souvent atteinte
- **Cholangite à éosinophiles** : caractérisée par une infiltration de cellules inflammatoires, éosinophiles. Elle peut se manifester par une cholangite sclérosante diffuse ou des sténoses focales, dans de rares cas seul un épaissement de la paroi sans sténose est observé

Points forts

- La CPRE a un rôle prépondérant dans la prise en charge des sténoses biliaires
- Elle permet en plus des autres examens de différentier entre sténose bénigne et maligne
- Le traitement endoscopique consiste, en fonction de l'étiologie, en une dilatation mais surtout un calibrage par une ou plusieurs prothèses plastiques ou une prothèse métallique avec tendance actuelle vers les SEMS FC dans les sténoses bénignes