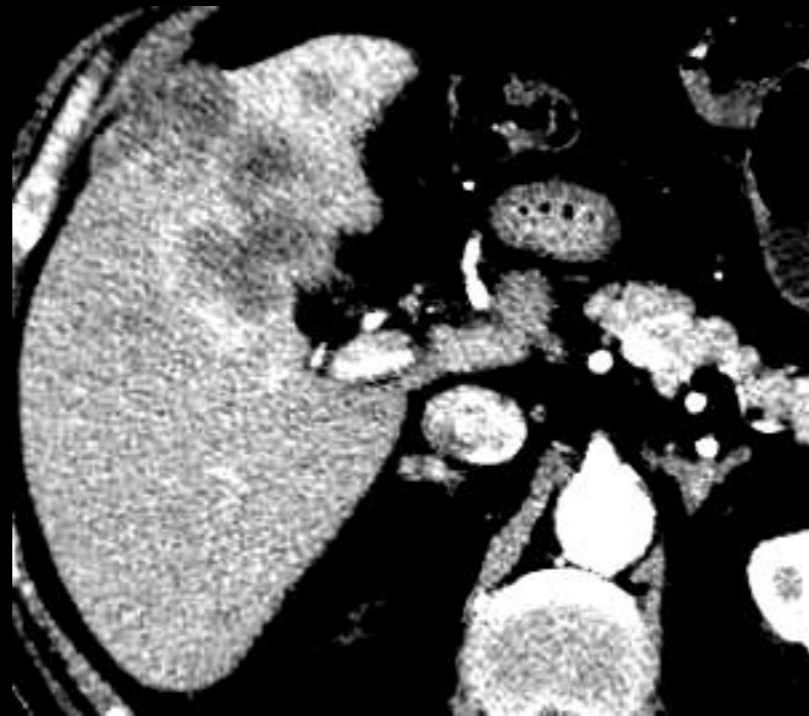
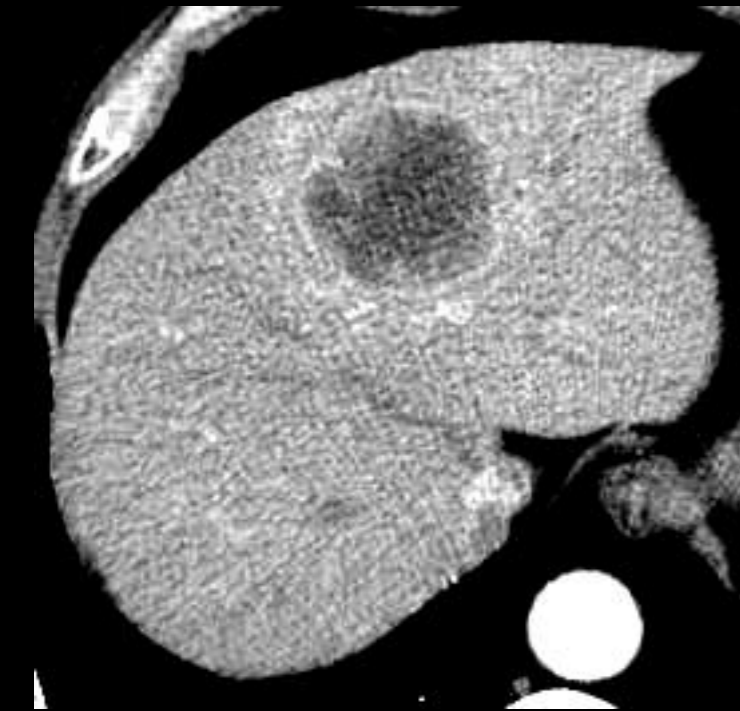
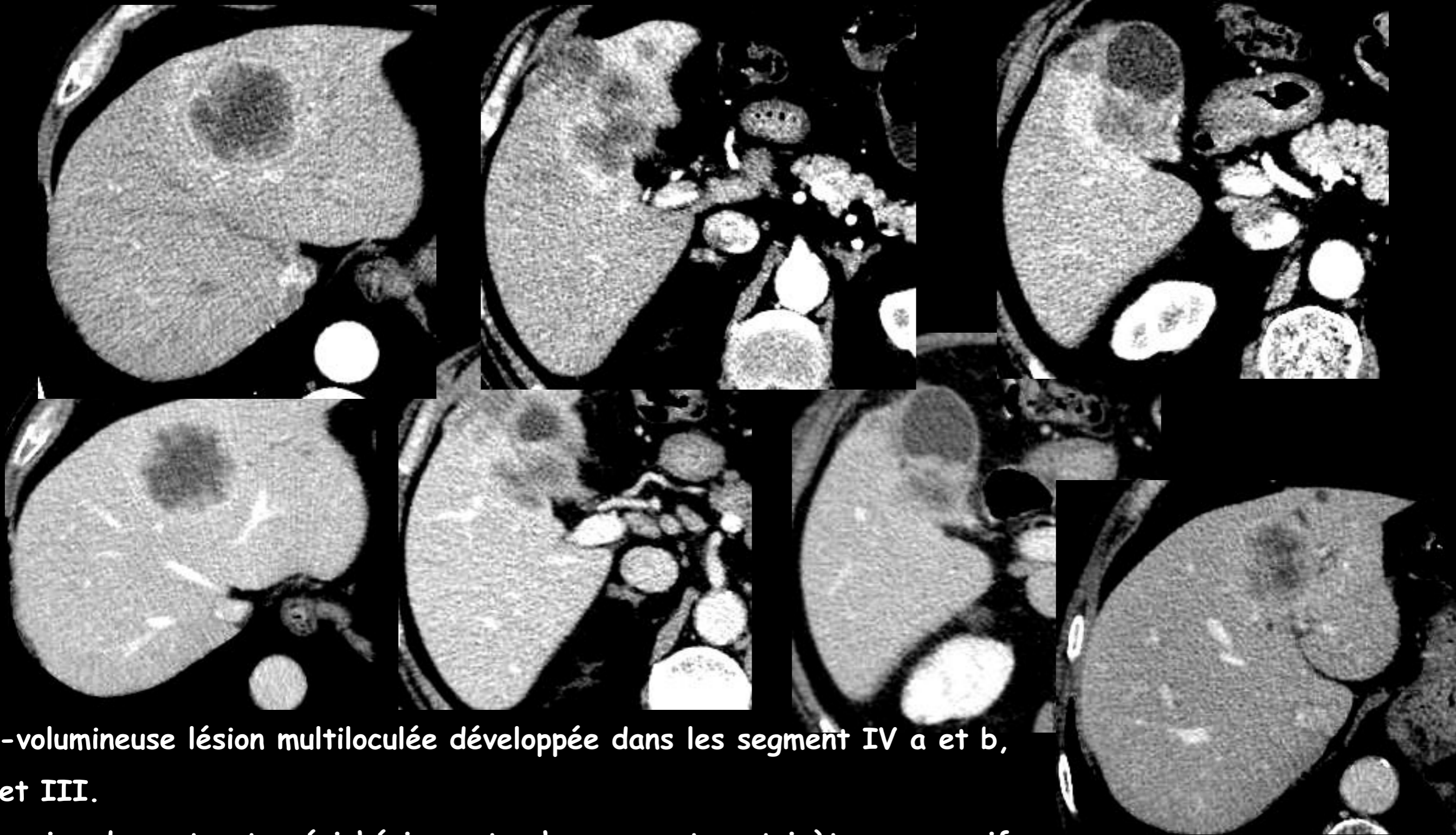


• Patient de 78 ans adressé pour bilan d'extension d'une masse hétérogène du foie gauche. Quels sont les items sémiologiques à retenir pour orienter de diagnostic





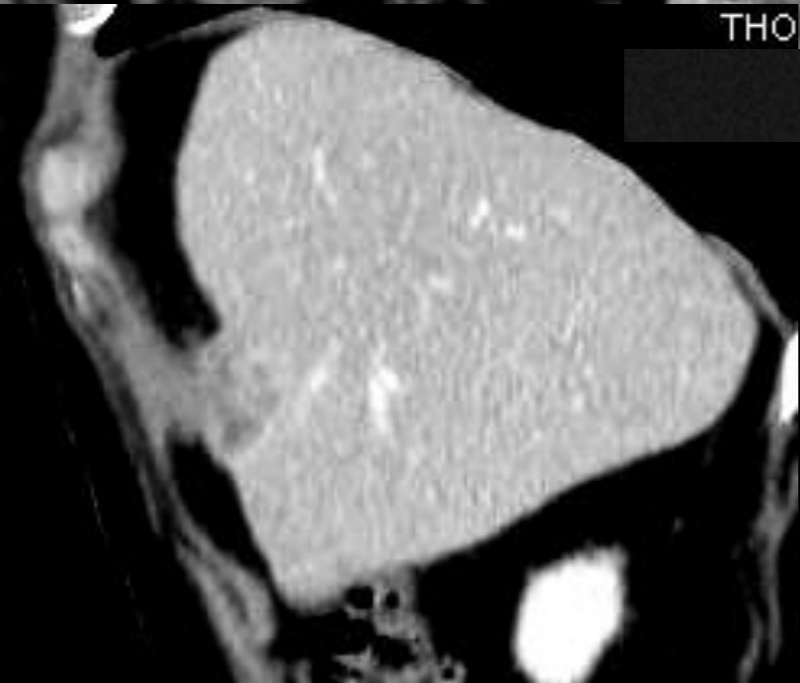
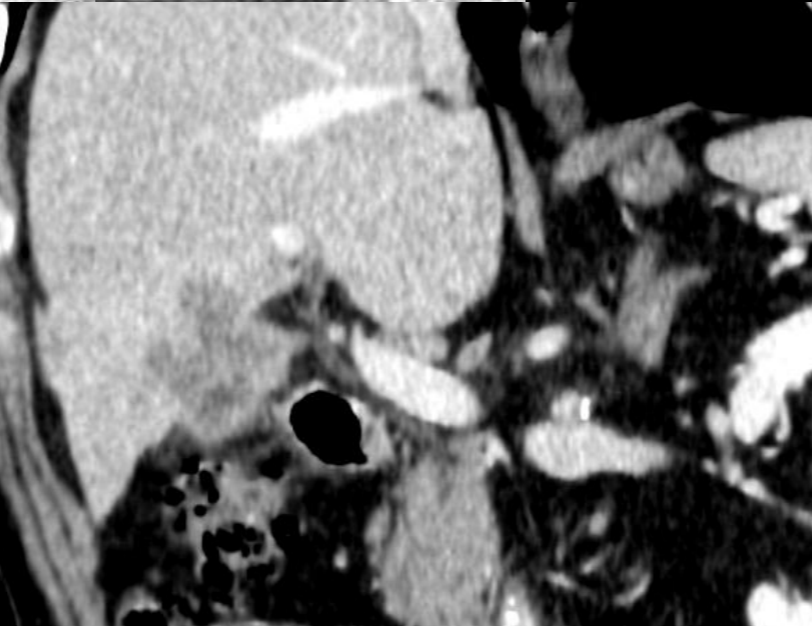
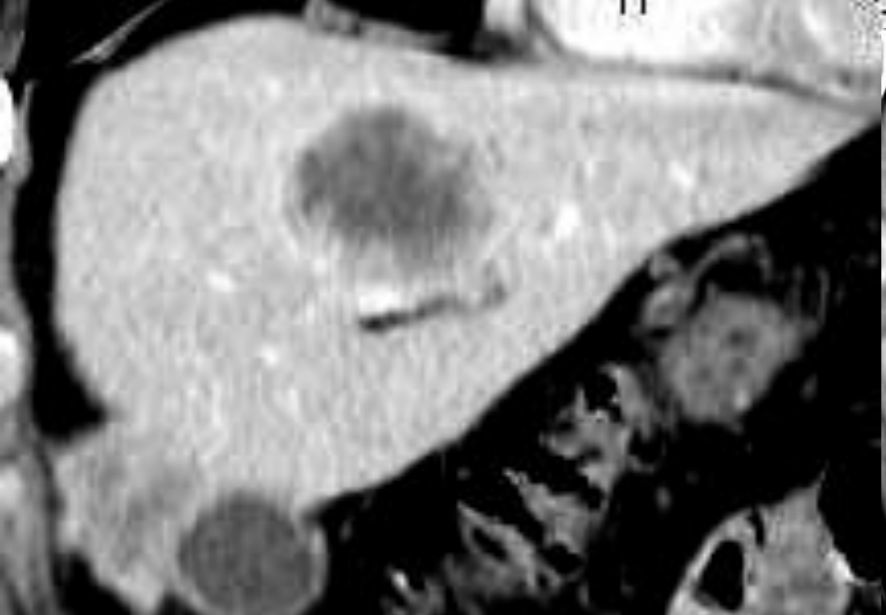
-volumineuse lésion multiloculée développée dans les segment IV a et b, et III.

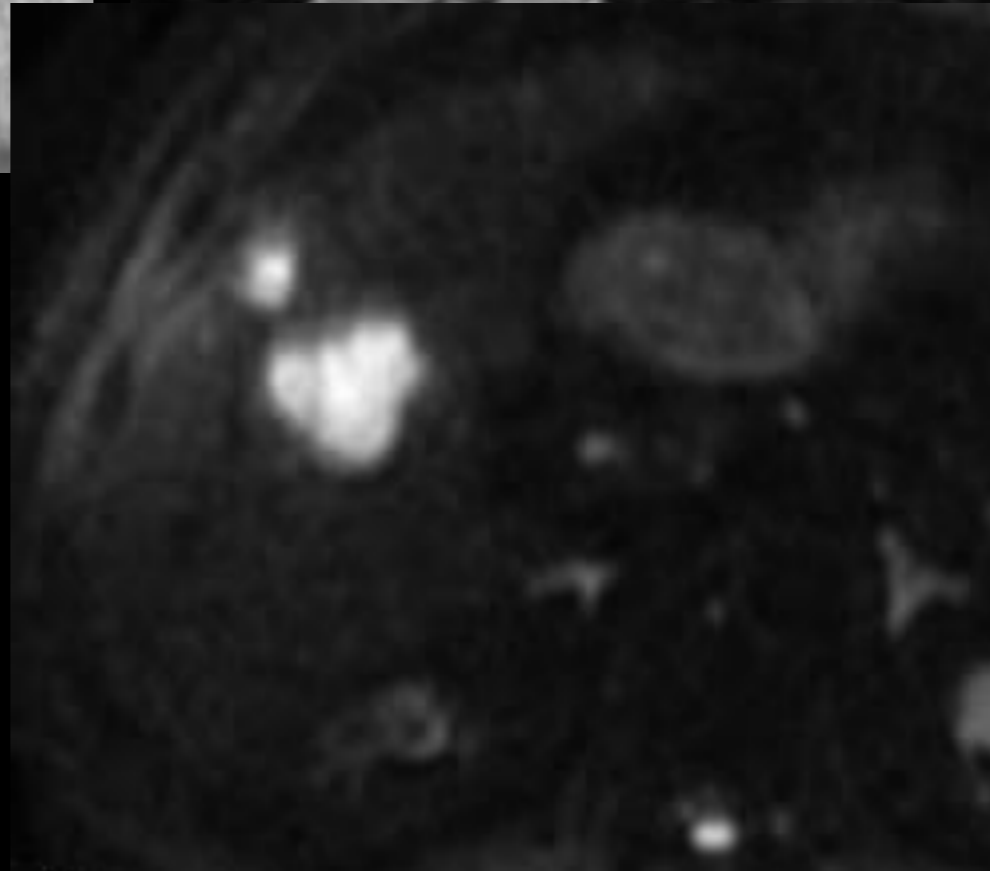
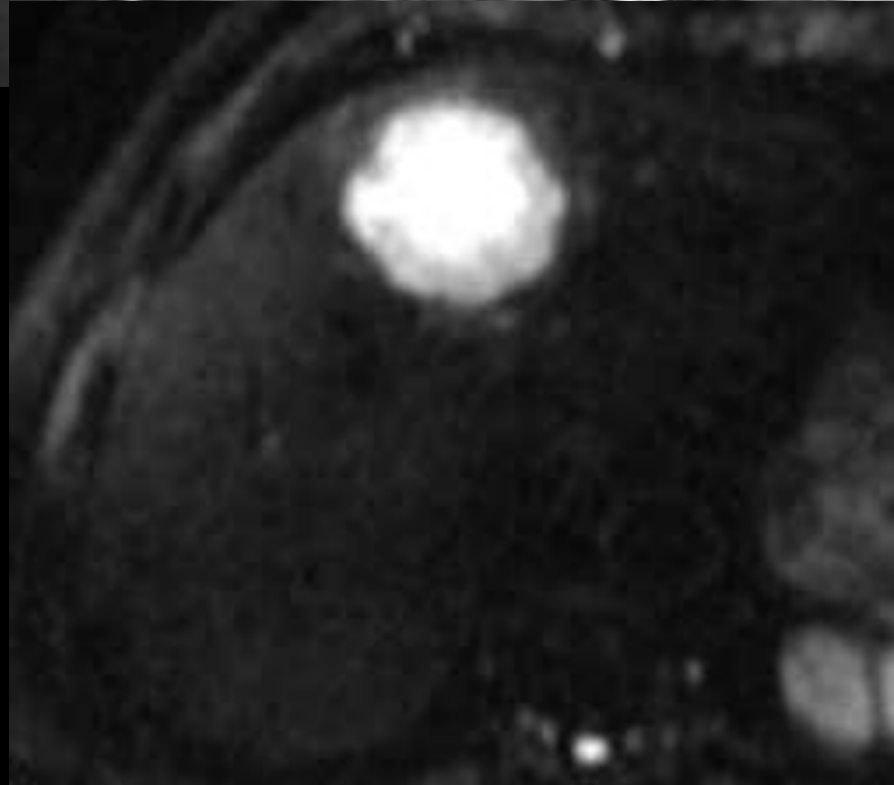
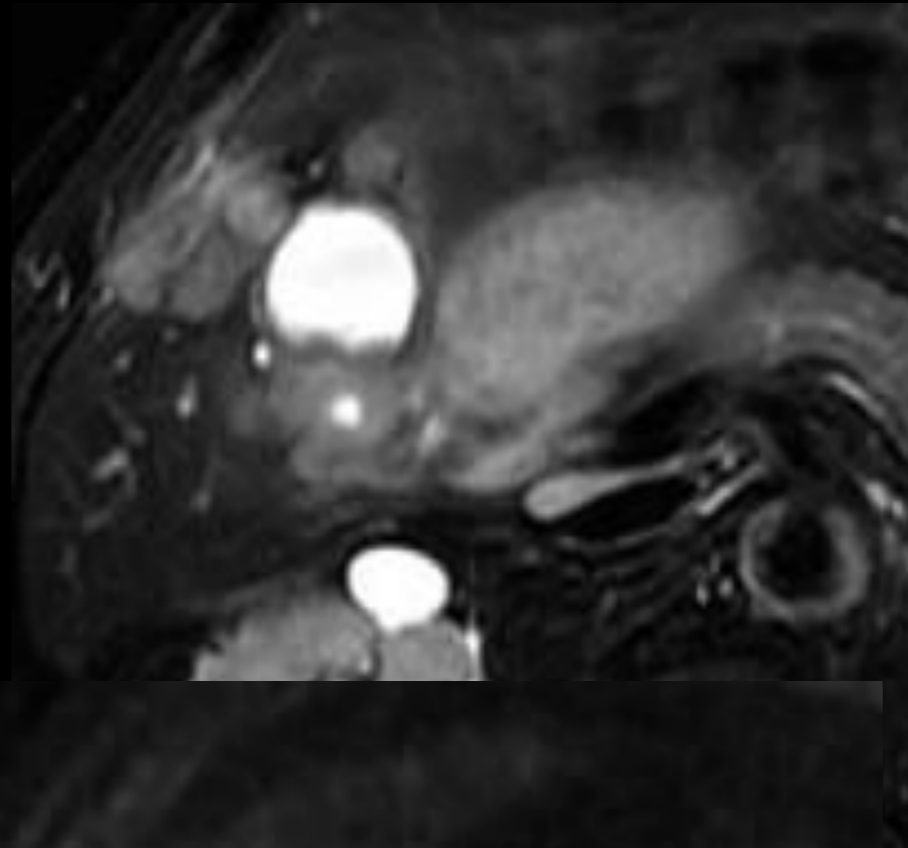
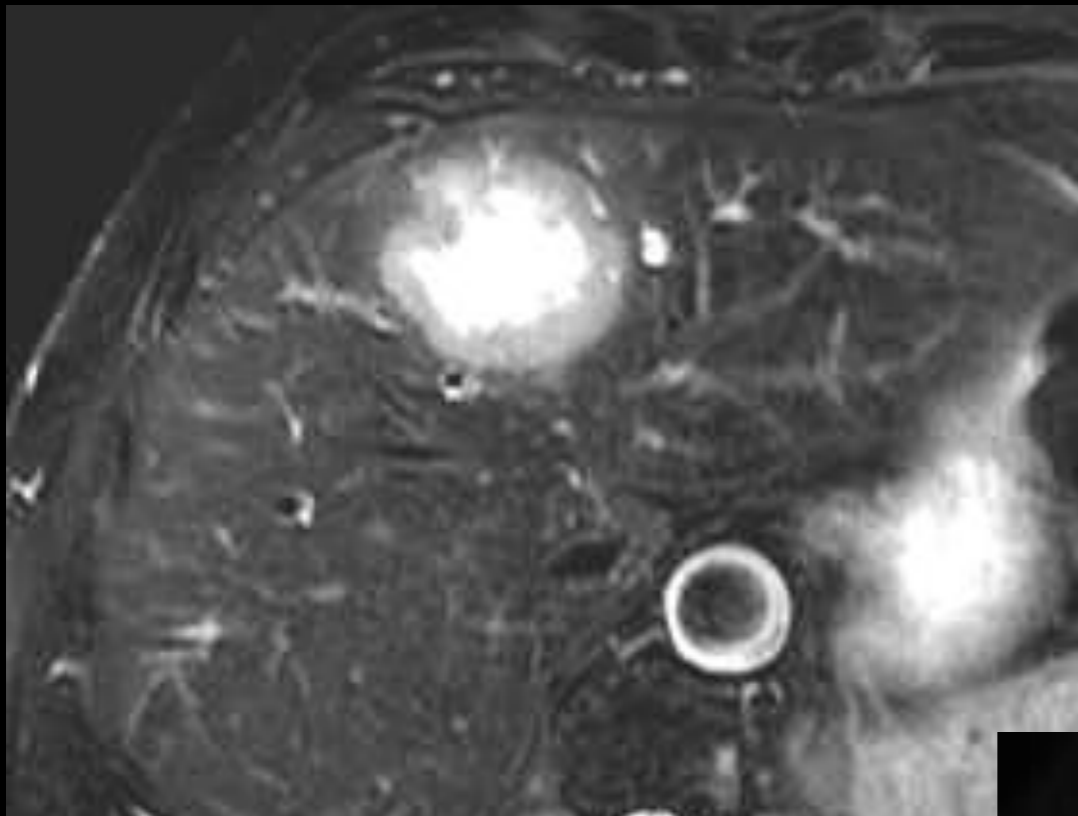
-prise de contraste périphérique et rehaussement centripète progressif lent correspondant à un tissu massivement fibreux collagène

-épaississement diffus des parois vésiculaires prédominant dans la région du collet , qui infiltre la région du lit vésiculaire et se poursuit dans la masse fibreuse du segment IV



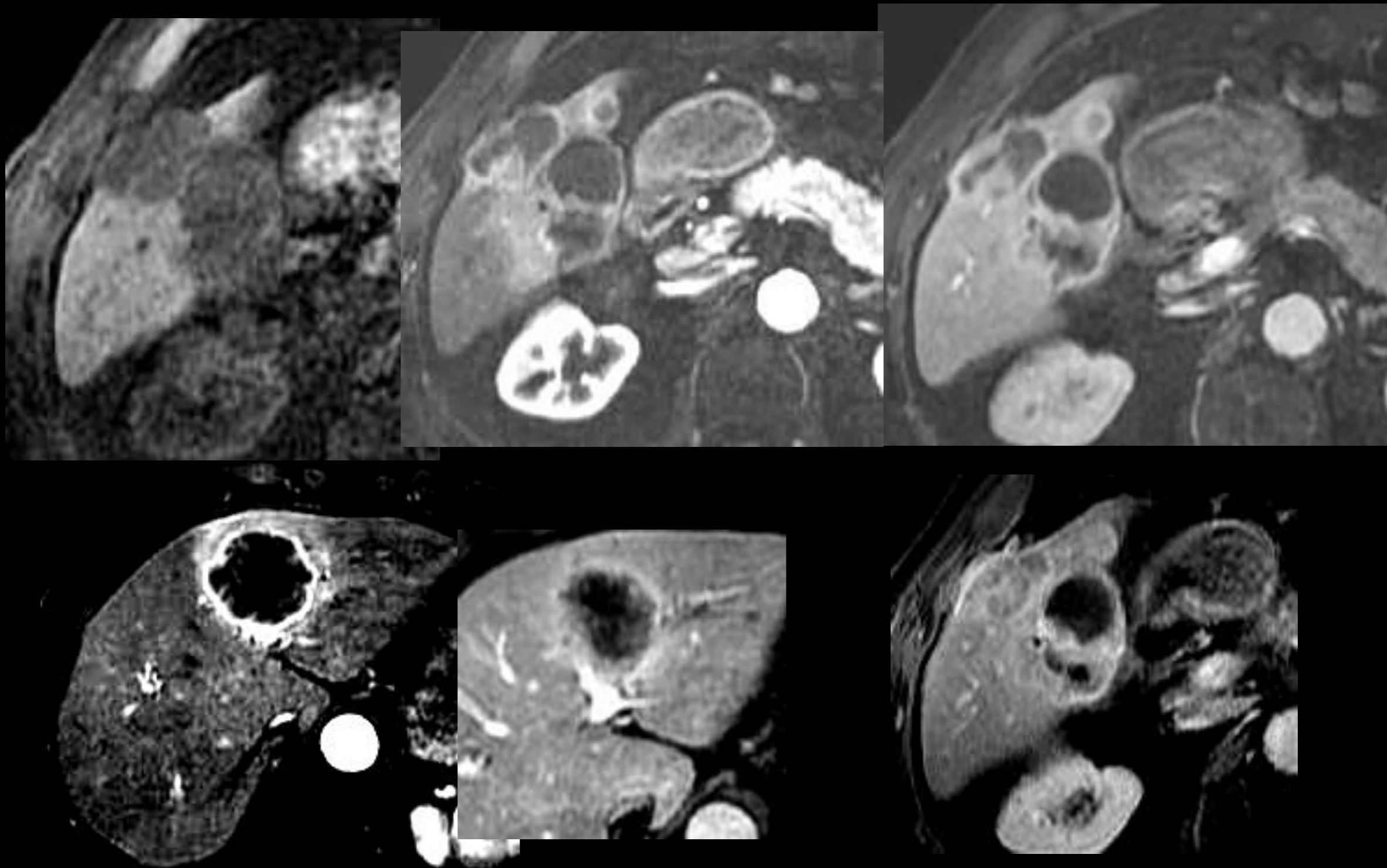
Temps tardif





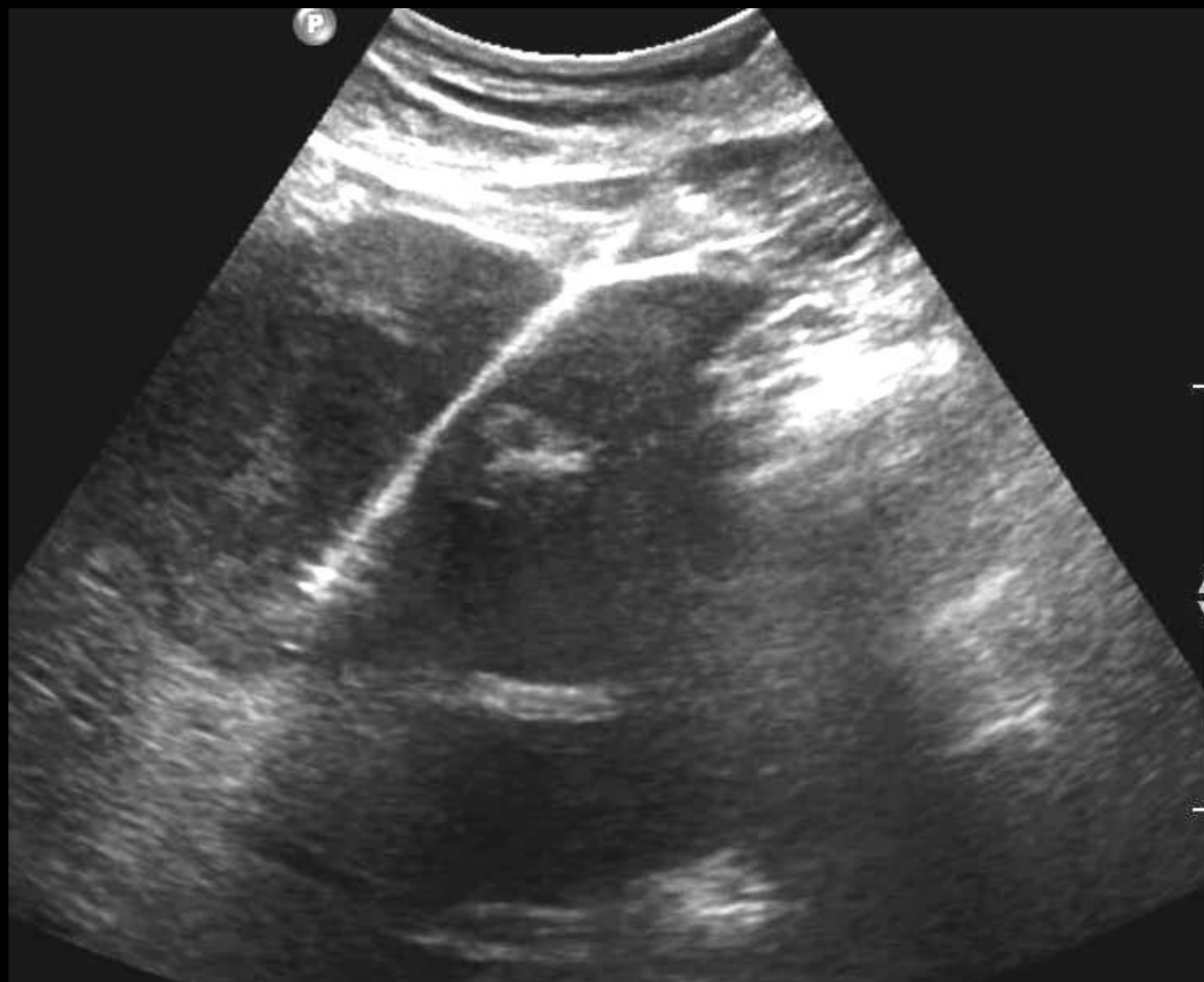
multiples lésions en hypersignal T2 tissulaire, les plus volumineuses présentant une portion liquide nécrotique centrale,

hypersignal en diffusion



-Lésions en hyposignal T1 spontané avec prise de contraste périphérique se majorant progressivement sur les séquences tardives

localisation secondaires , à la jonction des segments II et IV envahissant la branche portale gauche



- Ponction biopsie sous échographie
- Histologie : **adénocarcinome** moyennement différencié d'origine bilio-pancréatique de type **cholangiocarcinome**

le cancer de la vésicule biliaire

Epidémiologie

- 6^{ème} rang des tumeurs digestives malignes (3%)
- la + fréquente des tumeurs malignes biliaires
- prévalence 3/100000 aux USA
- âge moyen de découverte 73 ans
- prédominance féminine (x4)

Facteurs de risque

lithiase vésiculaire : **macrocalculs** ++ => inflammation chronique => dysplasie muqueuse

surpoids

tabagisme

vésicule porcelaine ?

infection chronique des VB (*Salmonella typhi*)

associations *CSP*, *MICI*,

anomalies congénitales des VB : malformations de la jonction canalaire bilio-pancréatique favorisant un reflux pancréatobiliaire ex kystes du cholédoque

, et *PAF*, communément admise



GASTROINTESTINAL IMAGING January-February 2013

RadioGraphics

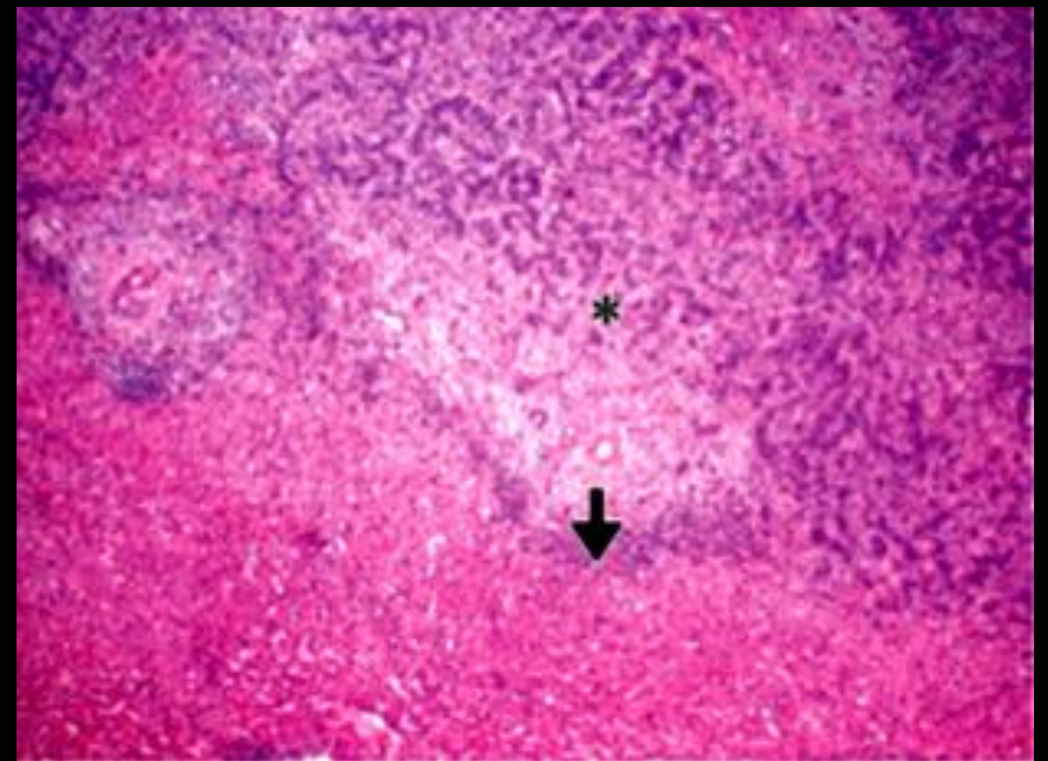
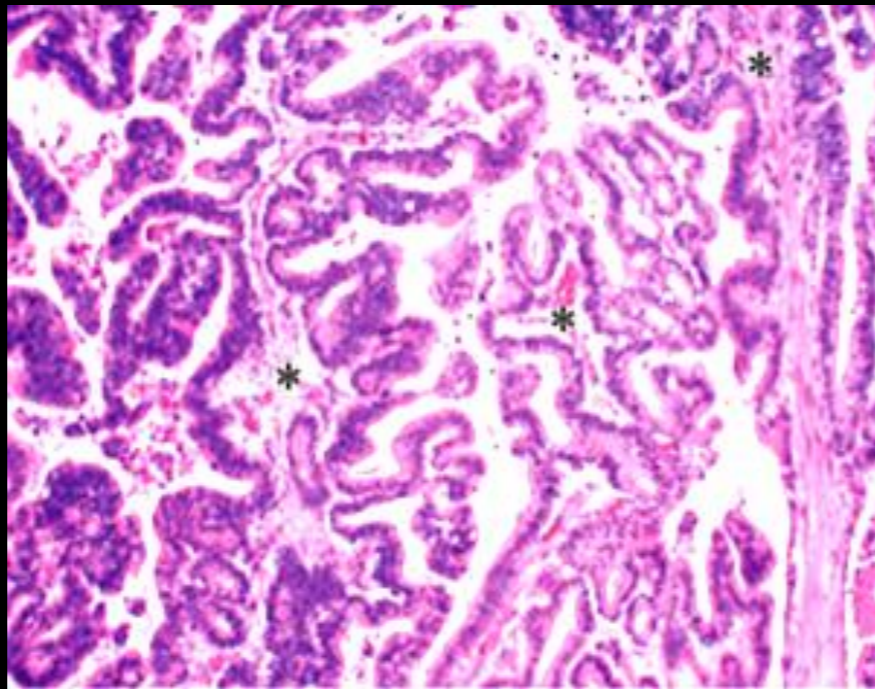
AIRP Best Cases in Radiologic-Pathologic Correlation

Gallbladder Carcinoma with Direct Invasion of the Liver¹

Hesham M. Hussain, MD • Mark D. Little, MD • Shi Wei, MD, PhD

Anatomie pathologique

- 90% **ADK ++** : nombreux sous-type : papillaire, intestinal, fovéolaire gastrique, à cellules claires, mucineux ou à cellules en bague à chaton, souvent plusieurs types
- 10% **carcinome à cellules squameuses ou adénoquameux** (pronostic -)
- possible carcinome épidermoïde, carcinome indifférencié, carcinome cribriforme ou carcinosarcome



ADK papillaire : zone centrale fibrovasculaire, entourée d'une couche unique ou pseudostratifiée de cellules tumorales pleiomorphes, avec hyperchromasie et ratio nucléocytoplasmique élevé
envahissement du parenchyme hépatique adjacent

modalités de révélation

- **fortuite** lors d'une cholécystectomie (anapath extemporanée au moindre doute +++)
- **douleurs** HCD, AEG, ictère
- 40-65% masse dans la lumière vésiculaire avec **extension hépatique** de contiguïté
- 15-25% polype vésiculaire (>1cm++)
- 20-30% **épaississement pariétal vésiculaire focal ou diffus**

modalités de dissémination

Invasion hépatique directe et métastases hépatiques : 30-80%

- **drainage** de la surface hépatique de la vésicule par des veines communiquant avec les veines hépatiques adjacentes
- **paroi vésiculaire fine** pas de sous-muqueuse et couche musculieuse unique, extension facile à partir de l'épithélium de surface où se développe la tumeur

Invasion **colon 9%** et **duodenum 12%** (fistules)

- dissémination lymphatique :
- 50% atteintes ganglionnaires au diagnostic (gg du canal hép commun, du canal cystique, puis péripancréatiques et para-aortiques)
- dissémination hématogène :
- estomac, duodénum, pancréas, mésentère, carcinose péritonéale +/-
poumons, os

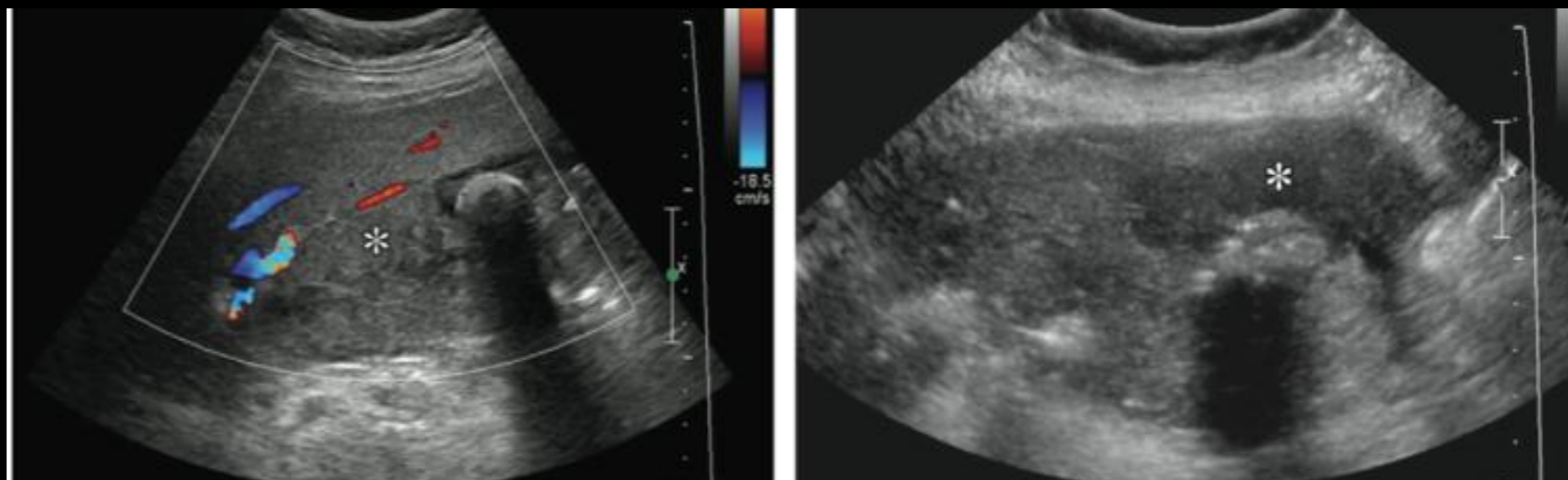
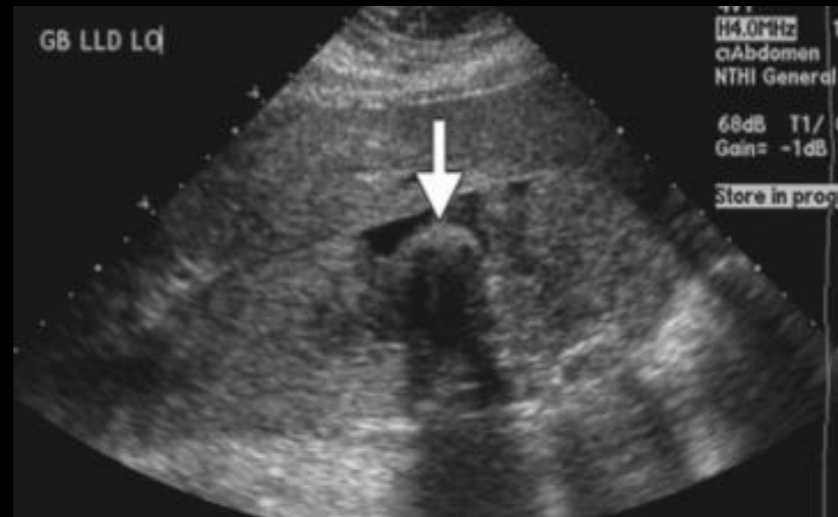
imagerie échographique

souvent en 1ère intention (disponibilité, faible coût, non irradiante)

- détection précoce difficile
- polype, épaissement pariétal irrégulier, masse en lieu et place de la vésicule

- hypoéchogène, peu

vascularisée au doppler



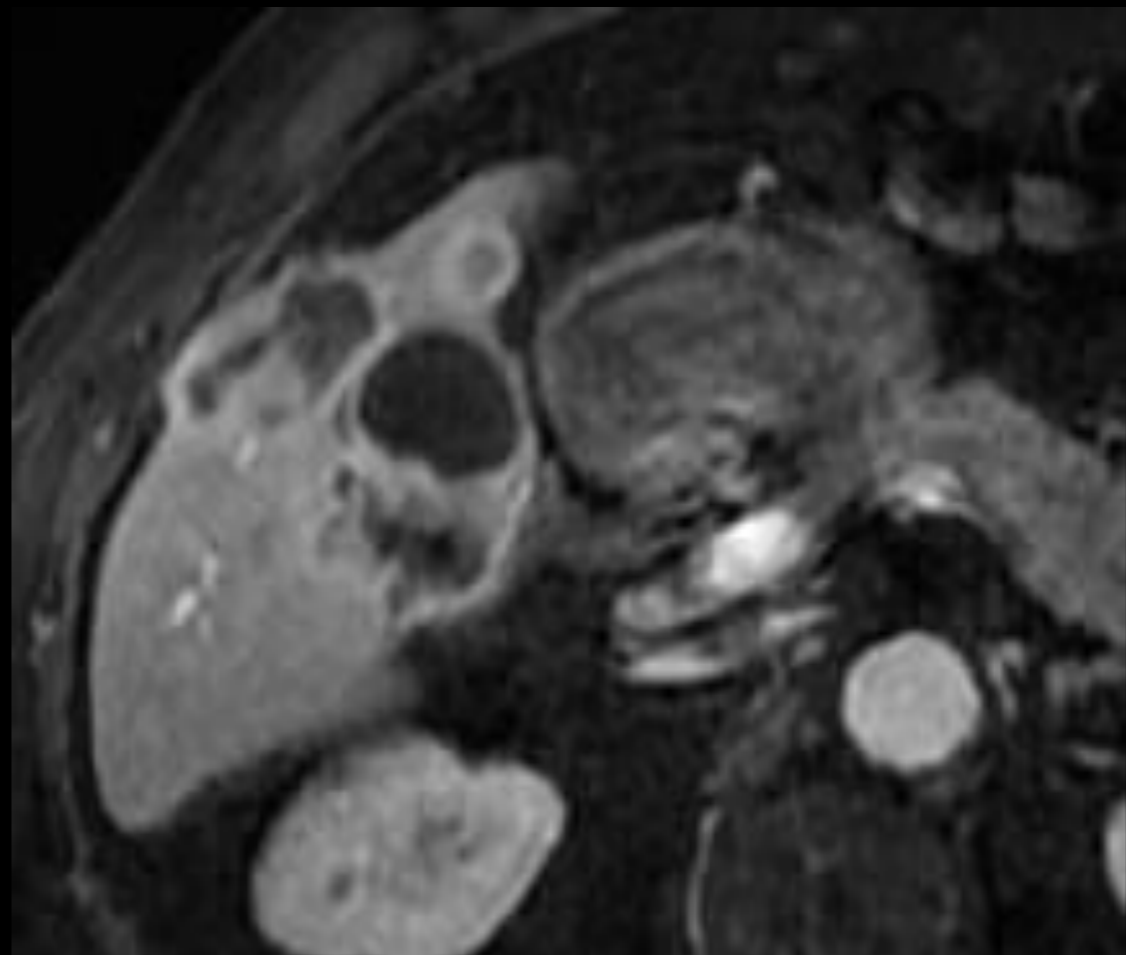
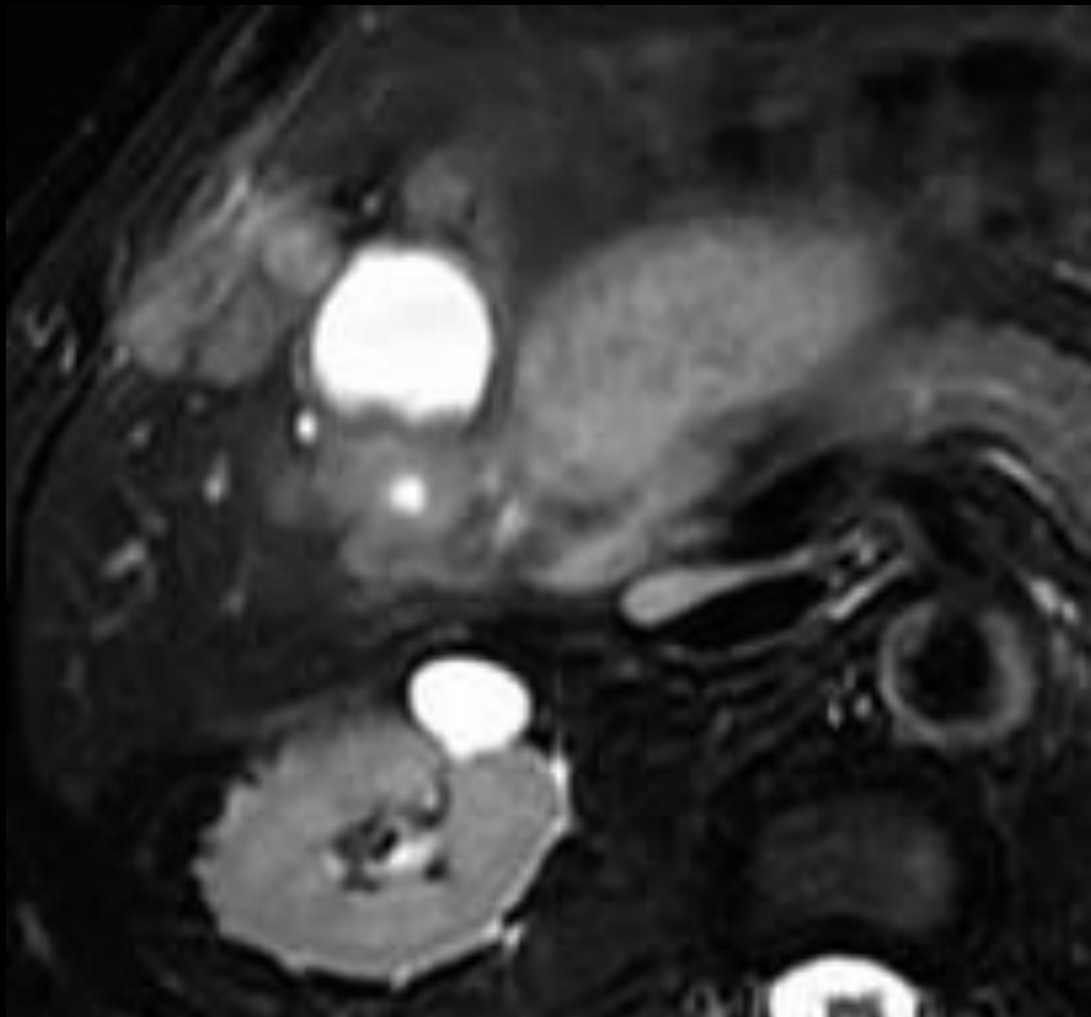
imagerie -scanner

- détection, envahissement local (T), résecabilité, gg, métastases, suivi post chir
- masse hypo à isodense, zones de nécrose et zones viables rehaussées
- rehaussement souvent prolongé (fibreuse)



imagerie -IRM

- évaluation de l'invasion des VB notamment en cas d'ictère, avant drainage palliatif
- tumeur en hypoT1 hyperT2, rehaussement précoce, cholangioIRM



imagerie -IRM

- seul ttt curatif = **chirurgie**, sauf T4 et M1
- dérivation des voies biliaires si envahies

Tis, T1a	<ul style="list-style-type: none"> • Cholécystectomie suffisante (si vésicule biliaire retirée intacte) • Curage ganglionnaire : non recommandé
≥ T1b	<ul style="list-style-type: none"> • Cholécystectomie, plus : <ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs T1b, tumeurs T2 limitées de la vésicule biliaire envahissant uniquement le lit vésiculaire et < 20 mm : résection du lit vésiculaire (segments IVb-V) • Tumeurs ≥ T2 ou N+ : résection de la voie biliaire principale et des segments hépatiques envahis • ± résection/reconstruction vasculaire • Curage ganglionnaire : <ul style="list-style-type: none"> • pédiculaire systématique (N.B. : la présence de ganglions pédiculaires positifs n'est pas une contre-indication à la résection) • para-aortique : non recommandé (N.B. : en cas de ganglions para-aortiques positifs, résection étendue non recommandée)

Extension		M0			M1
		N0	N1*	N2**	
Tis	<i>In situ</i>	0	-	-	-
T1a	Lamina propria	I			
T1b	Muscleuse				
T2	Tissu conjonctif péri-musculaire	II	IIIB		
T3	Péritoine viscéral (perforation) Foie (par contiguïté) 1 organe/structure extra-hépatique (par contiguïté)***	IIIA			
T4	Tronc porte Artère hépatique ≥ 2 organes/structures extra-hépatiques (par contiguïté)***	IVA			

* le long du canal cystique, du canal hépatique commun, de l'artère hépatique commune et de la veine porte.

** péri-aortiques, péri-caves, du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure.

*** Estomac, duodénum, côlon, pancréas, épiploon, canaux biliaires extra-hépatiques...

RT et CT controversées, études pour et contre ttt adjuvant qd marges négatives, qd positives RT seule en général

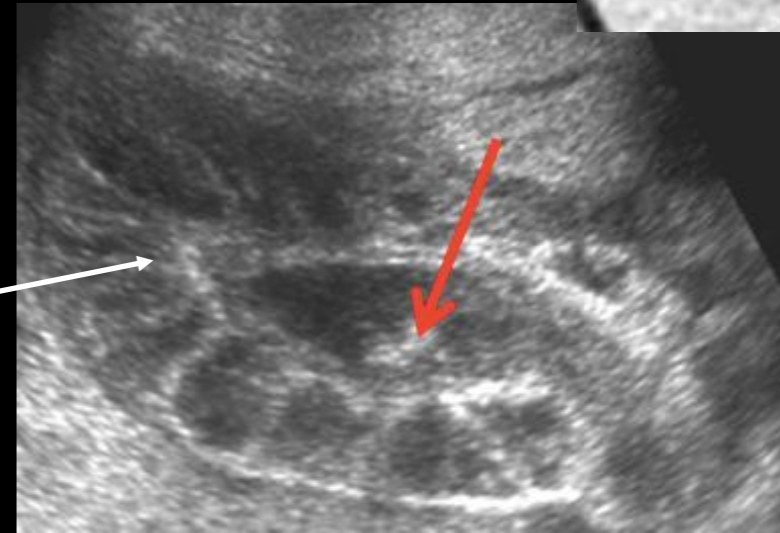
pronostic

- péjoratif, environ 5% de survie à 5 ans (6 mois à partir du diagnostic)
- exérèse chirurgicale complète possible dans moins de 10% des cas

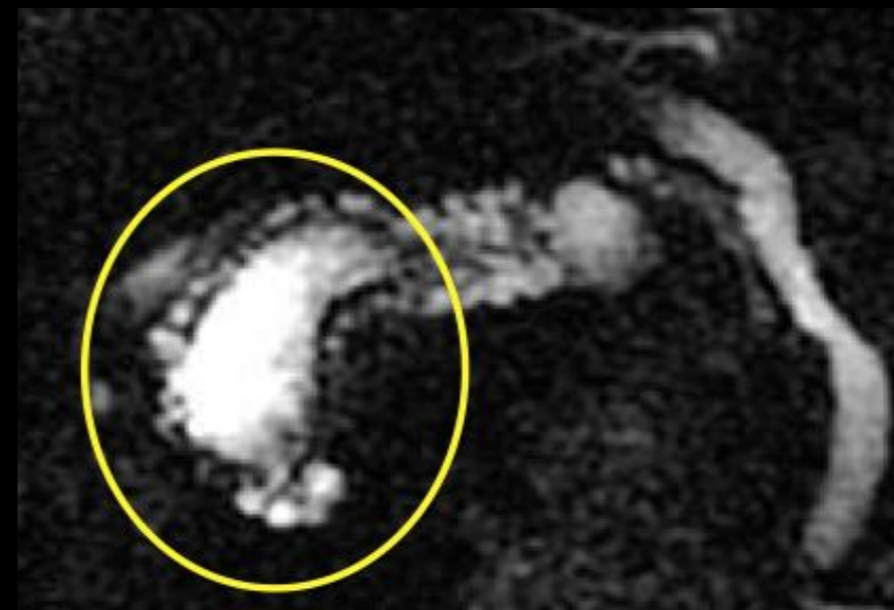
diagnostic différentiel

- cholécystite chronique : lithiase et paroi irrégulière, pas d'infiltration extra-vésiculaire

- cholécystite xanthogranulomateuse



- adénomymatose : souvent fond vésiculaire, diverticules intramuraux = sinus de Rokitansky-Aschoff



...

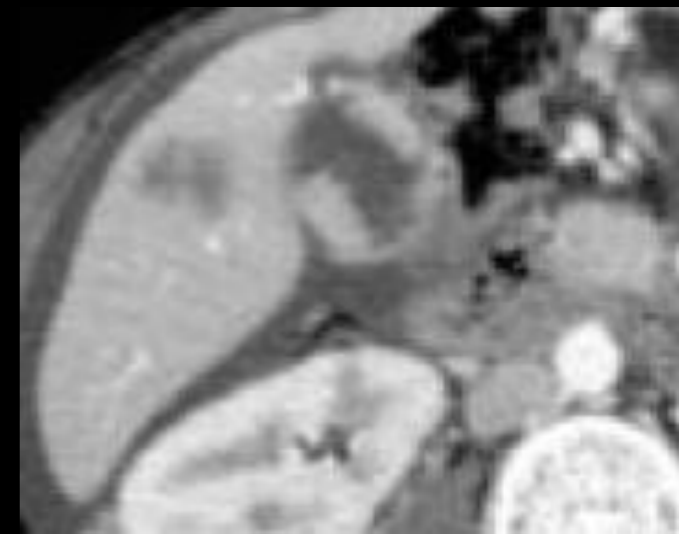
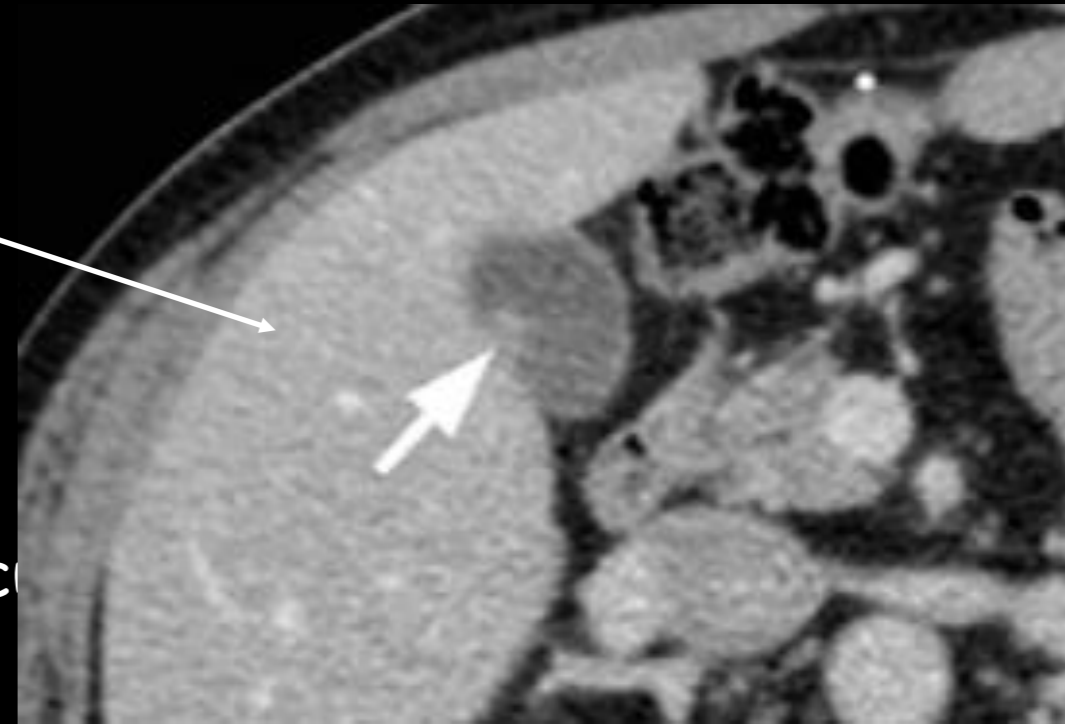
diagnostic différentiel

- **adénome vésiculaire** : femme > 50 ans , lithiase, lésion polypoïde sessile ou pédiculée, reste de la paroi non épaissi, en pratique polype > 1 cm souvent malin => chir

- métastase (melanome ++)

- **cholangiocarcinome intra-hépatique** étendu à la vésicule

- toute cause d'épaississement pariétal : œdème +++ , ~~HTP, IC...~~



au total

- cholangiocarcinome vésiculaire : tumeur la + fréquente des voies biliaires, ADK ++
- mauvais pronostic (dg tardif), femme âgée, macrocalcul vésiculaire (calculo-cancer)
- écho, scan ++, +/- IRM (dérivation VB)
- chirurgie
- petit cancer découvert sur pièce de cholécystectomie : nécessité de curage ganglionnaire secondaire, mauvais pronostic ; ana path extemporanée systématique sur toute vésicule suspecte

