

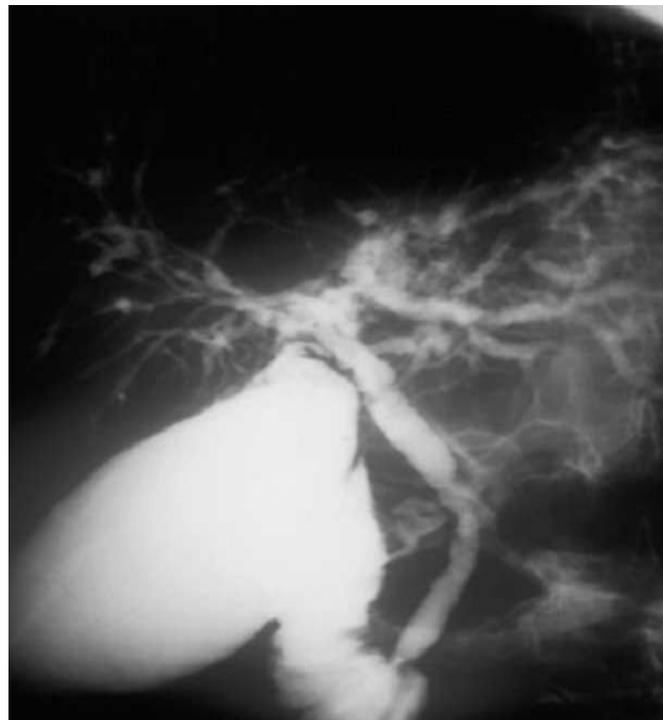
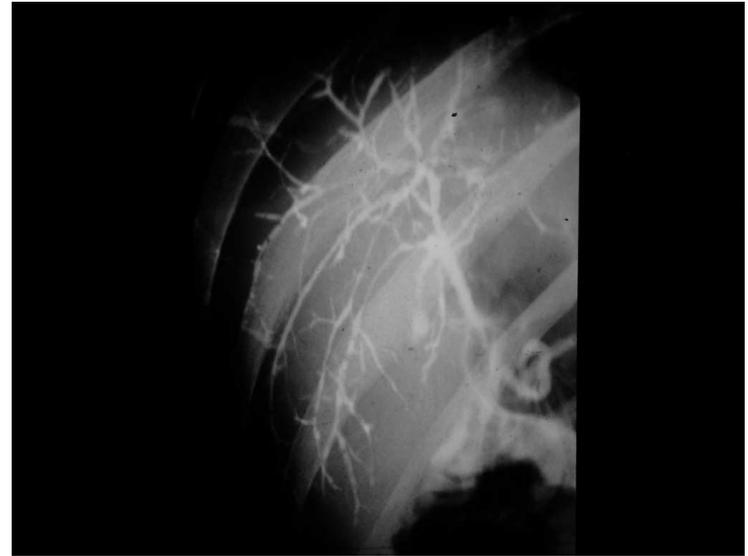
# **CSP: le rôle de l'endoscopie**

*Frédéric Prat, Hôpital Cochin, 2011*

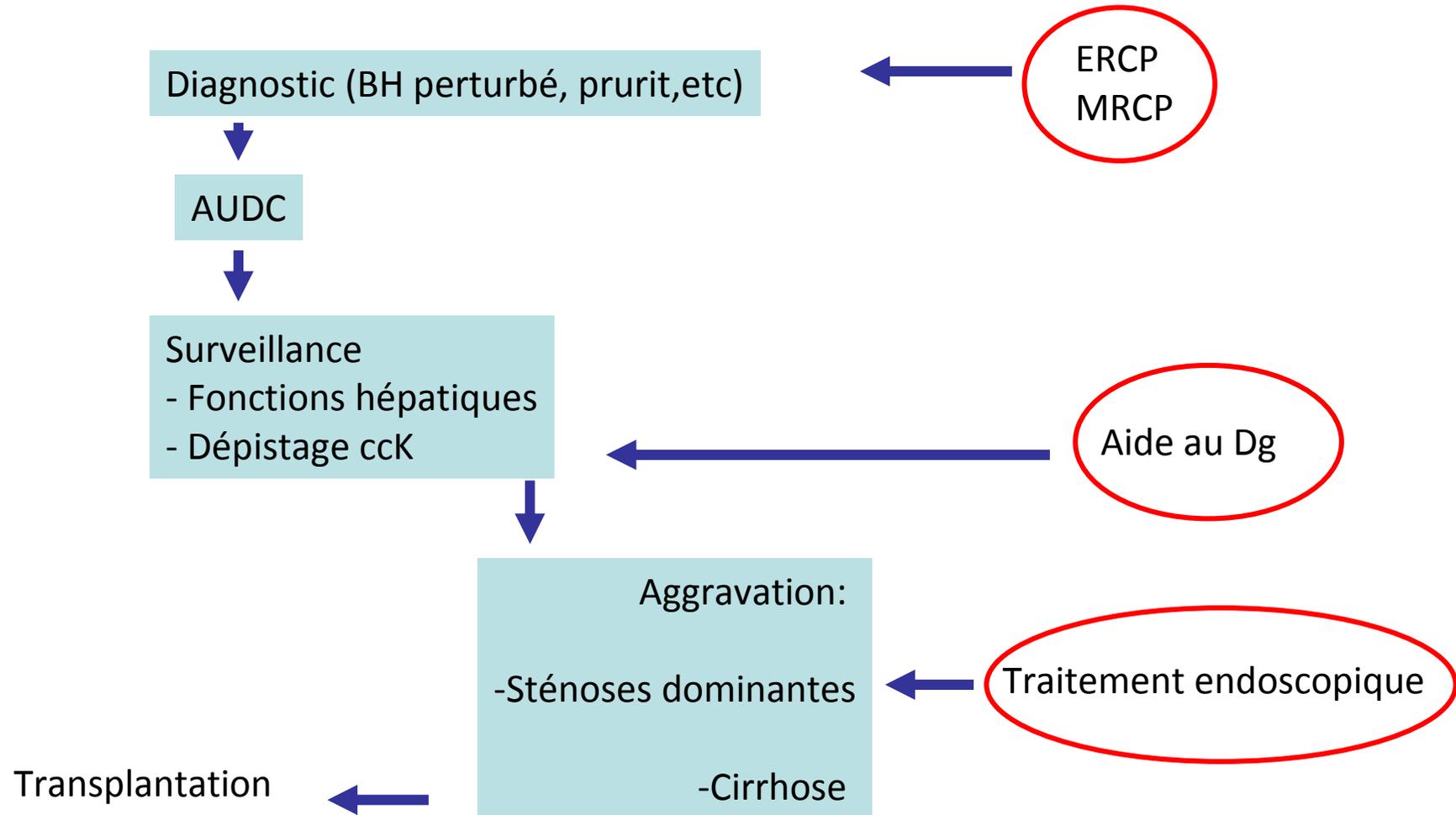
# Les entités pathologiques

- CSP « classique »
  - Associée aux MICI
  - Small duct vs large duct
- Overlap
- CSP associée à la PAI (IgG4)
  
- Risque cholangiocarcinome = 20-30%
  - 15-20% lors du Dg
  - 0.5 à 1.5% / an

## Variété de la présentation cholangiographique



# Place de l'endoscopie dans le schéma diagnostique et thérapeutique



# Les méthodes disponibles en 2011: diagnostic

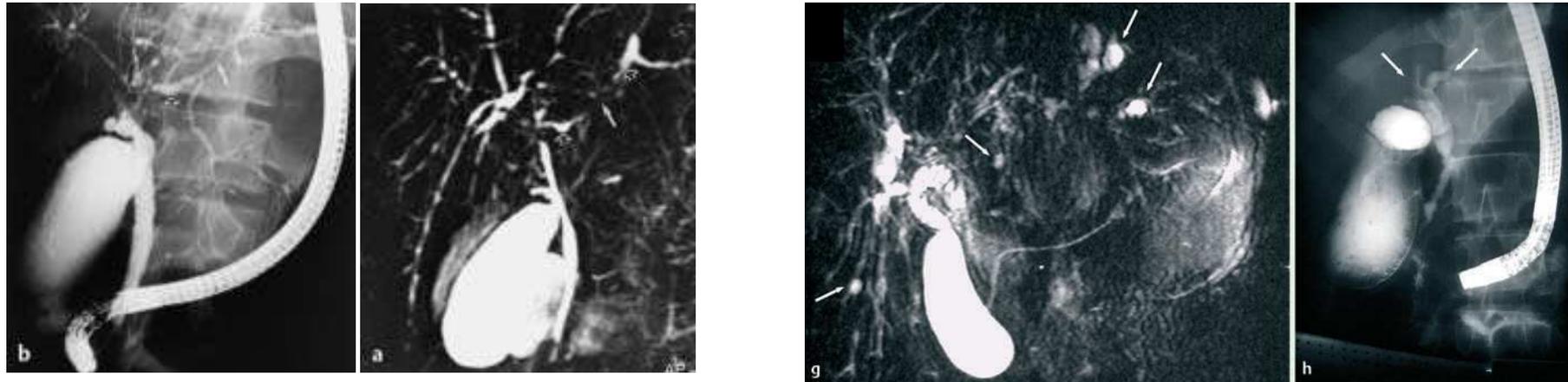
- Opacification rétrograde
  - Brossage, cytologie de la bile, biopsies sous scopie
- Echoendoscopie
  - FNA, IDUS
- Cholangioscopie classique, Spyglass
  - biopsies
- Endomicroscopie confocale (Cellvizio)

# Les méthodes disponibles en 2011: thérapeutique

- **Traitement des sténoses dominantes**
  - Dilatation simple
  - Dilatation + prothèse plastique de courte durée ou DNB
  - Dilatation + prothèses plastiques itératives
  - PM couvertes?
- **Traitement du cholangiocarcinome**
  - Opérable:
    - Tx si in situ
    - Exérèse si invasif
  - Non opérable:
    - PDT si lésions avancées,
    - Radiofréquence sur lésion limitée

# Le diagnostic de CSP

# ERCP ou MRCP?



Auteur	N pts	Se %	Sp %	Prec dg %	Limites
Textor, Endoscopy 2002	146	88	99		Sémio ERC diff de MRC
Weber, Endoscopy 2008	95	86	77	83	Stade précoce, cirrhose, ccK
Berstad CGH 2006	39	80	87	83	
Moff, GIE 2006	36	81-91	85-96		ERC meilleure pour Dg sténoses EH

Talwalkar, Hepatology 2004:  
Coût-efficacité = avantage MRCP initiale, ERCP si négative

# Valeur pronostique du score d'Amsterdam

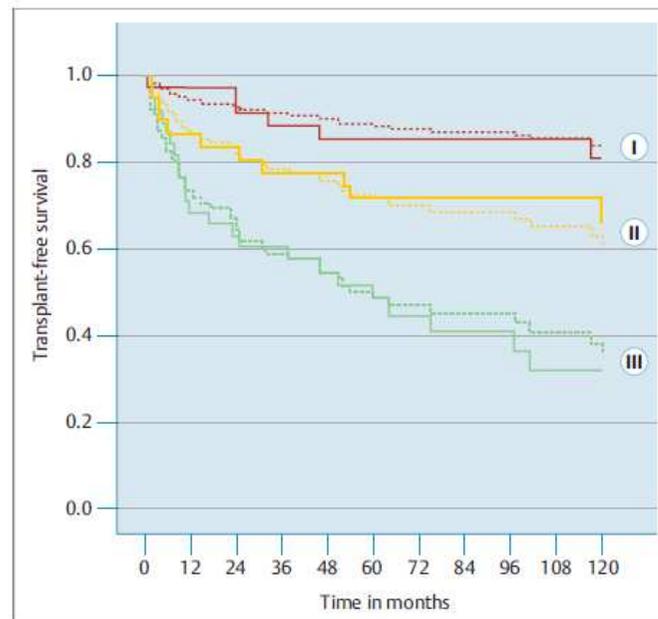
**Table 1** Classification of cholangiographic findings in primary sclerosing cholangitis.

Type of duct involvement	Cholangiographic abnormalities
<b>Intrahepatic</b>	
0	No visible abnormalities
I	Multiple caliber changes; minimal dilatation
II	Multiple strictures; saccular dilatations, decreased arborization
III	Only central branches filled despite adequate filling pressure; severe pruning
<b>Extrahepatic</b>	
0	No visible abnormalities
I	Slight irregularities of duct contour; no stricture
II	Segmental strictures
III	Strictures of almost entire length of duct
IV	Extremely irregular margins; diverticulum-like outpouchings

**Table 2** Resultant SUMIHDEHD'' score from intrahepatic (IHD) and extrahepatic (EHD) disease.

EHD	IHD			
	0	I	II	III
0	-	2	3	3
I	1	2	3	3
II	2	3	3	4
III	3	3	4	5
IV	3	3	4	5

The resultant score can be read from the intersection of the pertaining EHD row and IHD column (the combination 0-0 is non-existent because it would preclude a diagnosis of primary sclerosing cholangitis).



**Fig. 3** Kaplan-Meier curves of the observed (straight lines) and expected (dotted lines) transplant-free survival based on the original Amsterdam model (dotted lines) in the Oslo population, ranked according to tertiles of poor (III), medium (II), and best (I) survival estimates. As can be appreciated, the ranking order was contained and ran quite parallel.

*Ponsioen, Endoscopy 2010*

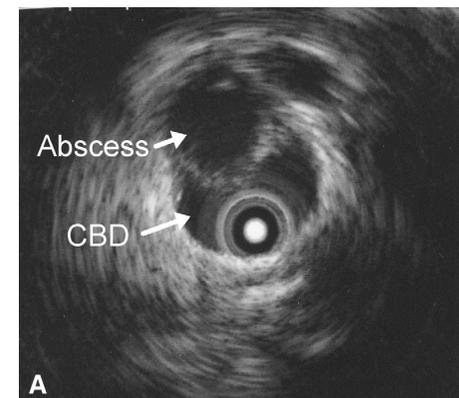
# **Le diagnostic de cholangiocarcinome sur CSP**

# Valeur du brossage cytologique

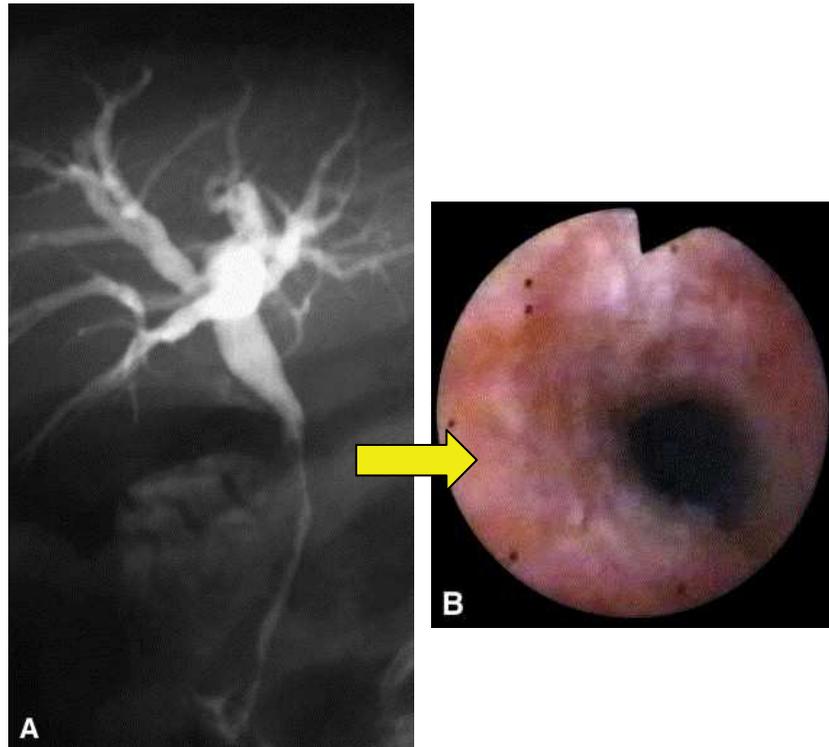
- *Ponsioen, Endoscopy 1999:*
  - 43 pts
  - Se 60%, sp 89%, VPP 59%, VPN 89%
  - Pas d'intérêt de p53 et K-ras
- Se médiocre mais meilleure que le cas général
- Intérêt de la cytologie en phase liquide

# Les techniques ultrasonores

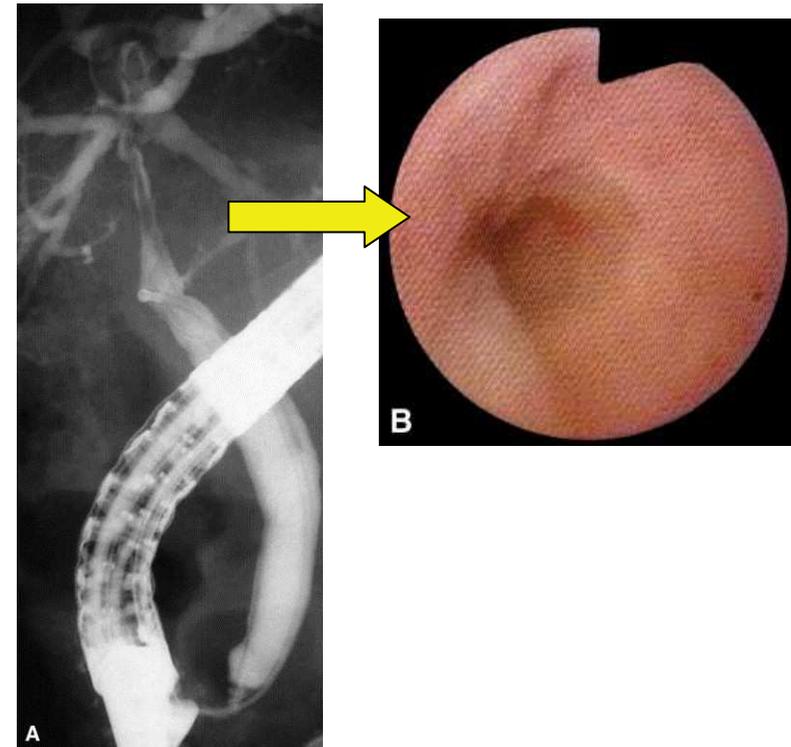
- EEH:
  - Etude de la VBP
  - Étude de la papille
- EUS-FNA: ponction de GG hilaires
- Distinction CSP classique vs PAI-CSP (papille « enflée », IgG4) *Kubota GIE 2008*
- IDUS: exploration des sténoses dominantes
  - *Tischendorf Scand J Gastro 2007: 40 SD, 8 ccK, se 87.5% sp91%*



# la cholangioscopie rétrograde



**Sténose maligne**



**Sténose bénigne**

# Cholangioscopie pour le diagnostic des sténoses biliaires

## Diagnostic utility of peroral cholangioscopy for various bile-duct lesions

Yoshihiro Fukuda, MD, Toshio Tsuyuguchi, MD, Yuji Sakai, MD, Shin Tsuchiya, MD, Hiromitsu Saisyō, MD  
Chiba, Japan

**97 pts; 76 sténoses**  
**Identification 38 K/38 et 33 lésions bénignes/38**

	Précision diagnostique	Sensibilité	Spécificité
CPRE + prélèvements	78	58	100
Idem + cholangioscopie	93	100	87

*Fukuda et al, Gastrointest endosc 2005 ;62 :374-82*

# Cholangioscopie pour le diagnostic du ccK au cours de la CSP

	CPRE	cholangioscopie	P
Se	66% (8/12)	92% (11/12)	025
Sp	51% (21/41)	93% (38/41)	<0.001
Précision Diagnostique	55% (29/53)	93% (49/53)	<0.001
VPP	29% (8/28)	79% (11/14)	<0.001
VPN	84% (21/25)	97% (38/39)	<0.001

Endoscopy  
2005

J. J. W. Tischendorf  
M. Krüger  
C. Trautwein  
N. Duckstein  
A. Schneider  
M. P. Manns  
P. N. Meier

**Cholangioscopic Characterization of Dominant Bile Duct Stenoses in Patients with Primary Sclerosing Cholangitis**

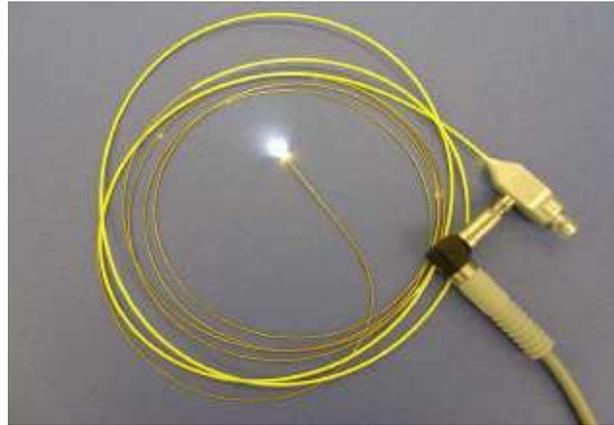
**Indications potentielles dans la CSP:**

**Sténose dominante**

**Ca19-9 > 100 (Chalasan, Hepatology 2000)**

**Bilan pré-Tx**

# Le renouveau de la cholangioscopie

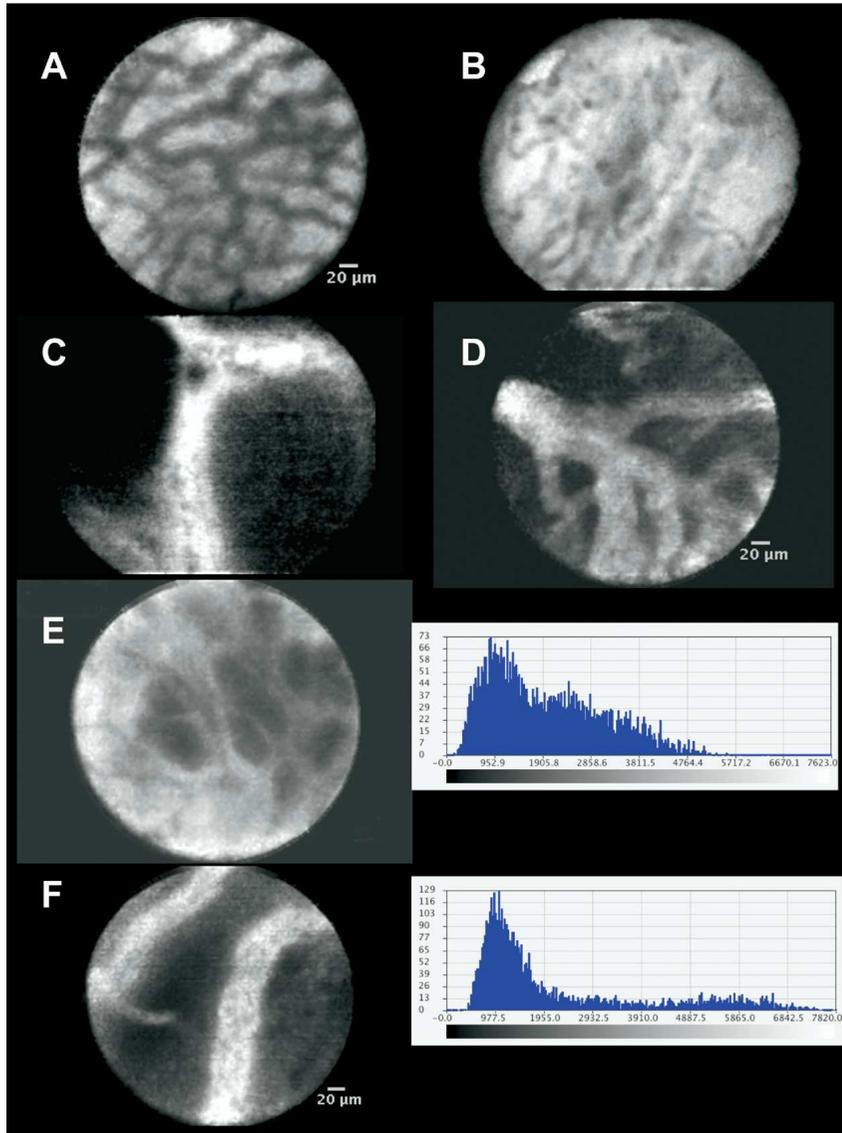


Le système Spyglass

# Etude française Spyglass

- Étude multicentrique Inca-endoscopie (9 centres en France)
- 3 indications:
  - **CSP**
    - **Sténose dominante**
    - **Bilan pré-transplantation**
    - **Ca19-9 > 100 U/ml**
  - Sténose biliaire indéterminée
  - TIPMP canal principal avec perspective chirurgicale
- 80 patients inclus, **10 CSP**

# L'EMC (pCLE)



← Sténose bénigne

← Sténose maligne

Intérêt dans la CSP  
non démontré

A Meining et al, CGH 2008

# **Le rôle de l'endoscopie thérapeutique**

# Endoscopie thérapeutique: quand?

- Sténose dominante symptomatique
  - Ictère
  - Prurit invalidant
  - Détérioration de la fonction hépatique
- Attente de greffe
- Traitement palliatif du cck
- (+/- curatif local si superficiel et non opérable)

# Endoscopie thérapeutique: pour quel bénéfice?

- Qualité de vie: résolution des symptômes
  - 1 an 80%
  - 3 ans 60%
- Durée de vie sans Tx: allongement par rapport à la durée prédite (Mayo clinic) :
  - *Baluyut, GI Endosc 2001*: 63 pts traités (dilatations), suivi 34 mois: survie à 5 ans prédite = 65%, observée 83% (p=0.03)
  - *Gluck, Clin J Gastro 2008*
  - *Stiehl, J Hepatol 1997* } survie à 4 ans > survie prédite

## Résultats du traitement endoscopique dans la CSP avec sténose dominante

Auteur, année	N	Méthode	Morbidité	Amélioration
Lombard, 1992	6	Prothèse	50%	5/6
Lee, 1995	53	SE, prothèses, dilatations	18%	77%
van Milligen, 1996	25	Prothèse	14%	Ct terme: 84% Lg terme: 57%
van Milligen, 1997	16	Proth courte durée (9jrs)	7%	med19 mois: 81%
Ponsioen, 1999	32	Proth courte durée (11jrs)	16%	Ct terme: 83% 3 ans: 60%
Linder, 2001	15	dilat et/ou prothèses	33%	53%

# Endoscopie thérapeutique: appareillage bref ou prolongé?

- Ponsioen et al, Am J gastro 1999:
  - 32 pts, stent 11 jrs
  - 83% amélioration, efficacité plusieurs années
- Van Milligen, GIE 1996:
  - 25 pts, stent changé / 2-3 mois
  - 84% amélioration, 57% restent asymptomatiques

# Endoscopie thérapeutique: avec quel risque?

Auteur	N pts	Morbidité globale	Angiocholite
Bangarulingam, Am J gastro 2009	168 (CSP) vs 981 (contrôle)	11% (CSP) vs 8% NS	4% vs 0.2% P < 0.0002
Van den Hazel, Endoscopy 2000	83	9%	Accru si CPRE thérapeutique
Gluck J Clin Gastro 2008	106	7.3%	NA
Etzel GIE 2008	30 (CSP) vs 70 (contrôle)	12.9% vs 8.6% NS	Accru si CPRE thérapeutique et urgence

- Risque général de la CPRE non modifié mais plus d'infections surtout si thérapeutique
- Pas de risque accru de cck ou de complications de la Tx

# Pour résumer -1- diagnostic

- Place moins importante dans le Dg initial et la surveillance courante (IRM), mais:
  - ERCP reste nécessaire si MRCP négative
  - Penser à l'EE
- Exploration des sténoses dominantes, ou recherche cck (Ca19-9>100, AEG, etc)
  - Cholangioscopie ++
  - EE

# Pour résumer -2- thérapeutique

- Traitement des sténoses dominantes efficace, prolonge la vie avant transplantation
- Méthode optimale à voir au cas par cas, drainage bref à privilégier
- En cas de cck, prise en charge classique, endoscopie pour le palliatif ou le patient non opérable