

Case report

Carcinome épidermoïde de la vésicule biliaire: à propos d'un cas

Mohamed Hedfi¹, Taieb Jomni^{1&}, Cherif Abdelhedi¹, Karim Sassi¹, Adnene Chouchene¹

¹Hôpital des FSI, La Marsa, Rue Fadhel, Ben Achour 2070, Tunisie

[&]Corresponding author: Taieb Jomni, Hôpital des FSI, La Marsa, Rue Fadhel, Ben Achour 2070, Tunisie

Key words: Carcinome, vésicule biliaire, cholestase anictérique, cholécystectomie

Received: 03/11/2015 - Accepted: 25/11/2015 - Published: 29/12/2015

Abstract

Patient âgé de 59 ans ayant consulté pour un syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit évoluant depuis quatre jours. La palpation trouvait une défense et la biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique associé à une cholestase anictérique. A l'échographie la vésicule biliaire était distendue, multi lithiasique, à paroi épaissie, associée à un aspect hypoéchogène du segment IV du foie et une thrombose de la branche portale gauche. L'exploration per opératoire, montrait un pyocholécyste, une vésicule biliaire enchâssée dans le foie avec une importante pédiculite et un segment IV induré sans abcès hépatique. Une cholécystectomie avec drainage étaient réalisées. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié occupant toute la vésicule biliaire et infiltrant toute la paroi en dépassant la séreuse. Cette tumeur était classée stade pT3 selon la classification TNM et la limite d'exérèse proximale était tumorale. Malgré une chimiothérapie palliative à base de Gemzar- Cisplatine l'évolution était rapidement défavorable.

Pan African Medical Journal. 2015; 22:382 doi:10.11604/pamj.2015.22.382.8350

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/382/full/>

© Mohamed Hedfi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Le carcinome épidermoïde vésiculaire est une tumeur très rare, représentant moins de 2% des tumeurs malignes de la vésicule [1]. Il est caractérisé par une progression rapide vers un envahissement locorégional et des métastases hépatiques. Son caractère invasif, associé à un diagnostic souvent tardif expliquent son très mauvais pronostic. Nous rapportons une nouvelle observation d'un carcinome épidermoïde primitif de la vésicule biliaire en discutant les particularités cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette entité.

Patient et observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 59 ans, tabagique à 40PA, aux antécédents d'ulcère gastroduodéal traité médicalement il y a 20 ans. Il a consulté pour syndrome douloureux et fébrile de l'hypochondre droit évoluant depuis quatre jours sans trouble du transit. A l'examen, il était subfébrile à 38°C, anictérique, et la palpation trouvait une défense de l'hypochondre droit. A la biologie, la CRP était à 136mg/l, les γ GT et PAL étaient légèrement élevés à 1.5 fois la normale. Les transaminases, les globules blancs, l'amyplasémie ainsi que la lipasémie étaient normales. Une échographie abdominale montrait une vésicule biliaire (VB) distendue multi lithiasique à paroi épaissie, siège d'un sludge et une lame d'épanchement sous hépatique autour du lit vésiculaire sans dilatation des voies biliaires intra ni extra hépatiques. Le segment IV était hypoéchogène avec une thrombose de la branche portale gauche et des ganglions au niveau du hile hépatique. La TDM abdominale objectivait une VB distendue entourée de collections hépatiques perivésiculaires confluentes associées à une thrombose porte gauche partielle (**Figure 1**, **Figure 2**). Le patient a été opéré par voie sous costale droite. L'exploration per opératoire, montrait un pycholécyste, une VB enchâssée dans le foie avec une importante pédiculite et un segment IV induré sans abcès hépatique. Une cholécystectomie avec drainage étaient réalisées avec des suites immédiates simples. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié occupant toute la VB et infiltrant toute la paroi en dépassant la séreuse (**Figure 3**). La limite d'exérèse chirurgicale proximale était tumorale, sans embols vasculaires ni engainement peri nerveux. Cette tumeur était classée stade p T3 selon la classification TNM. Une TDM thoraco-abdominale faite un mois après l'intervention montrait un envahissement des segments II, IV, VI et VII avec importante infiltration de la graisse autour et persistance de la thrombose porte gauche. Une chimiothérapie palliative à base de Gemzar- Cisplatine était entamée puis arrêtée après 5 cures suite une altération rapide de l'état général et la survenue d'une hémorragie digestive haute.

Discussion

Le cancer de la vésicule biliaire ne représente que 3 à 4% des cancers digestifs. Il reste de mauvais pronostic et peu étudié du fait de sa rareté [1]. Encore plus rare, le carcinome épidermoïde est une entité histologique qui ne représente que moins de 2% des cancers de la VB [2,3]. Son épidémiologie est similaire aux adénocarcinomes vésiculaires avec un sex ratio de 3/1 et un âge moyen de survenue entre 40 et 60 ans [4]. Son évolution est caractérisée par sa capacité de prolifération deux fois plus rapide que celle de la composante glandulaire [5]. Cette dernière tend à envahir les ganglions lymphatiques, les structures vasculaires et les voies

biliaires, tandis que la composante épidermoïde possède une agressivité surtout locale avec envahissement fréquent des structures adjacentes comme le foie, le tractus biliaire, le duodénum ou l'angle colique droit, ce qui explique les limites de sa résecabilité et le moins bon pronostic par rapport à l'adénocarcinome. En effet, le devenir de ces patients serait uniquement amélioré par une résection sans résidu tumoral (R0), quand celle-ci est possible [6]. Comme pour les autres cancers vésiculaires, le rôle étiopathogénique d'une lithiasie vésiculaire sous-jacente présente dans 60 à 90 % des cas est évoqué. Dans une étude menée par Cariati et al [7], colligeant 75 cas de cancers vésiculaires de la période allant de 1986 à 2012, l'association à des macrolithiasis a été observée dans 88,88% des cas pour les carcinomes épidermoïdes contre 68.2% des cas pour les adénocarcinomes. La carcinogénèse des lithiasis vésiculaires pourrait résulter de traumatismes itératifs et de l'irritation chronique. Cependant, des dérivés carcinogènes des acides biliaires peuvent également jouer un rôle [8]. L'histogénèse de ces tumeurs est toujours obscure mais il est possible que ces tumeurs dérivent d'une lignée cellulaire exprimant deux phénotypes. Des cellules métaplasiques squameuses pourraient ainsi se développer en réponse à une irritation d'un adénocarcinome pré existant réalisant une métaplasie d'un adénocarcinome en cellules épithéliales [9,10]. L'association de cellules squameuses métaplasiques et adénomateuses dans certaines études sont en faveur de cette hypothèse [3,10]. Les signes cliniques sont peu spécifiques et ressemblent aux autres tumeurs vésiculaires qui ont toutes la particularité de se manifester tardivement à un stade évolué de la maladie [4]. Takeyoshi et al ont rapporté un cas clinique où la découverte était à un stade infra clinique sur une pièce de cholécystectomie pour cholécystite aigue [9]. Le traitement curatif des carcinomes épidermoïdes ne diffère pas des autres carcinomes et dépend de l'extension locorégionale. Il demeure basé sur la résection chirurgicale, étendue sur le lit vésiculaire. Malgré la faible extension lymphatique, qui est une caractéristique du carcinome épidermoïde, un curage ganglionnaire est recommandé [10]. Seule la résection R0 peut améliorer le pronostic de ces carcinomes épidermoïdes. Comme pour les adénocarcinomes vésiculaires, la réalisation d'une cholécystectomie chez les patients à haut risque (calcul de plus de 3cm, polype >1cm, reflux pancréatico-biliaire, vésicule en porcelaine, adénomomateuse segmentaire, cholecystite xanthogranulomateuse) reste encore le moyen de prévention le plus performant. La thérapie combinant la gemcitabine et la cisplatine prescrite pour notre patient est considérée comme le traitement palliatif standard indiqué pour les cancers irrésécables [10]. L'utilisation des agents de ciblage moléculaire moins toxiques pourraient être aussi faire partie du potentiel thérapeutique de ces cancers dans le futur (**Figure 3**).

Conclusion

Les carcinomes épidermoïdes de la vésicule biliaire sont des tumeurs rares. Pour améliorer le pronostic qui reste malheureusement sombre, il est nécessaire de réaliser des études multicentriques colligeant plusieurs cas afin de mieux dégager les caractéristiques cliniques, oncogénétiques ainsi que d'éventuelles implications thérapeutiques.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Vésicule biliaire distendue, entourée de plages hypodenses du segment IV en rapport avec des foyers de suppuration

Figure 2: Thrombose portale gauche partielle avec troubles perfusionnels hépatiques

Figure 3: Prolifération carcinomateuse infiltrant à différenciation épidermoïde agencée en amas. Le revêtement de type biliaire de surface est d'aspect régénératif

Références

1. Del Pozo AC, De Battista S, Velasco D, Pianzola H, Rodriguez J. Epidermoid carcinoma of gallbladder: analysis of our casuistic. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2005;35(3):162-164. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Pelicano H, Carney D, Huang P. ROS stress in cancer cells and therapeutic implications. *Drug Resist Updat*. 2004 Apr;7(2):97-110. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Malka D, Dromain C, Landi B, Prat F, De Baere T, Delpero JR and al. Cancers of the biliary system. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006 Sep;spdc No2+30:2S62-2S74. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Rekika W, Ben Fadhela C, Boufarouaa AL, Mestiri H, Khalfallah MT, Bouraouia S, Mzabi-Rgayaa S. Case report: Primary pure squamous cell carcinoma of the gallbladder. *Journal of Visceral Surgery*. 2011 Apr;148(2):e149-51. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Chan KM, Yu MC, Lee WC, Jan YY, Chen MF. Adenosquamous/squamous cell carcinoma of the gallbladder. *J Surg Oncol*. 2007 Feb 1; 95(2):129-34. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Oohashi Y, Shirai Y, Wakai T, Nagakura S, Watanabe H, Hatakeyama K. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder warrants resection only if curative resection is feasible. *Cancer*. 2002 Jun 1;94(11):3000-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Cariatia A, Piromalli E, Cetta F. Gallbladder cancers: associated conditions, histological types, prognosis, and prevention. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014 May;26(5):562-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Michaud DS. The epidemiology of pancreatic, gallbladder, and other biliary tract cancers. *Gastrointest Endosc*. 2002 Dec;56(6 Suppl):S195-200. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Roppongi T, Takeyoshi I, Ohwada S, Sato Y, Fujii T, Honma M et al . Minute squamous cell carcinoma of the gallbladder: a case report. *Jpn J Clin Oncol*. 2000 Jan;30(1):43-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
10. Khaira HS, Awad RW, Thompson AK. Squamous cell carcinoma of the gallbladder presenting with a biliary-colic fistula. *Eur J Surg Oncol*. 1995 Oct;21(5):581-2. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 1: Vésicule biliaire distendue, entourée de plages hypodenses du segment IV en rapport avec des foyers de suppuration

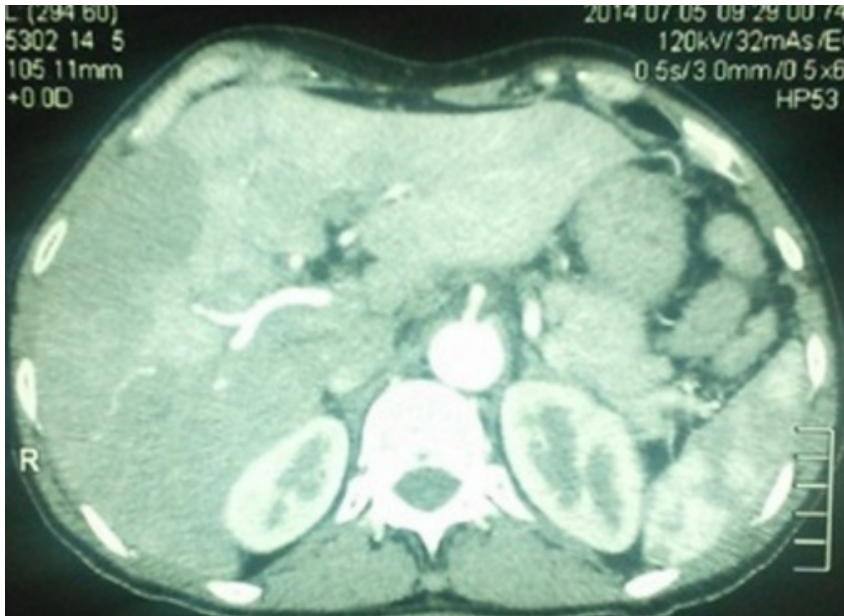


Figure 2: Thrombose portale gauche partielle avec troubles perfusionnels hépatiques

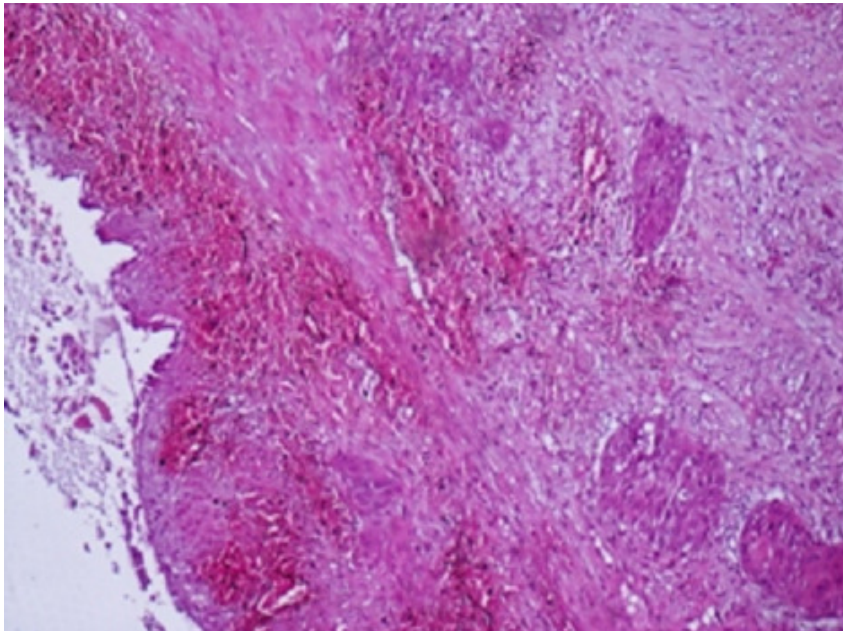


Figure 3: Prolifération carcinomateuse infiltrant à différenciation épidermoïde agencée en amas. Le revêtement de type biliaire de surface est d'aspect régénératif