

QUAND ARRÊTER LA SURVEILLANCE D'UN KYSTE PANCRÉATIQUE ?

Docteure Marine Carpentier-Pourquier

marine.carpentierpourquier@aphp.fr

Sommaire

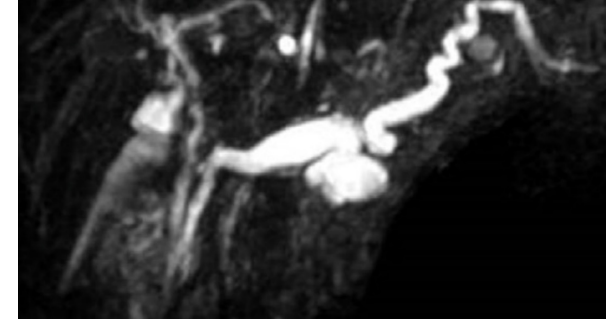
- TIPMP
- Cystadénome séreux
- Cystadénome mucineux
- Autres



Caractérisation - Enjeu - Prise en charge

- Messages clés

TIPMP



- Terrain : Age moyen 65,5 ans, H=F
- Histoire naturelle : Prolifération de l'épithélium canalaire conduisant à une hypersécrétion de mucus, et donc à une dilatation canalaire
- Aspect : Lésions souvent multiples, aspect tubulaire, raccordement au canal pancréatique principal, plutôt dans la tête du pancréas. Atteinte diffuse dans moins de 10% des cas.
- Ponction : Glucose bas (<0,5 g/L), ACE élevé
- Trois types:
 - TIPMP du canal principal (Dilatation \geq 6 mm) : 5% des cas
 - TIPMP mixte : 20% des cas
 - TIPMP des canaux secondaires : 75% des cas
- Lésion préneoplasique (hyperplasie, DBG, DHG) évoluant vers l'adénocarcinome

Enjeu

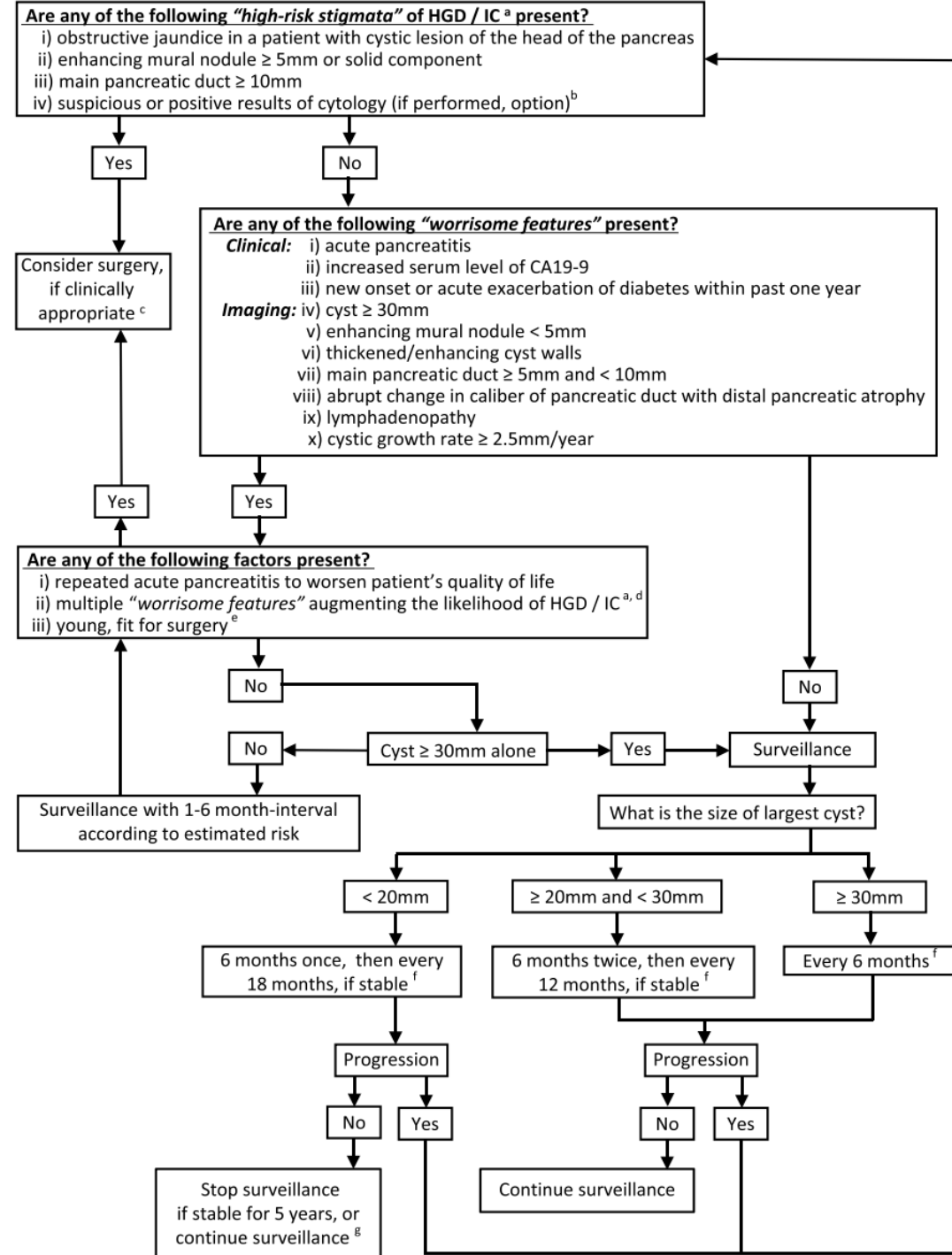
- Incidence cumulée de transformation en dysplasie de haut grade et cancer invasif des TIPMP des canaux secondaires, estimée à :
 - 0,94 – 3,3 % à 5 ans
 - 2,3 à 6,6 % à 10 ans
 - 7,6 à 15% à 15 ans
- Risque de transformation en dysplasie de haut grade ou cancer invasif estimé en fonction du nombre de worrisome features (WF)
 - 0 WF : 5%
 - 1 WF : 22% - 2 WFs : 34% - 3 WFs : 59%
 - 4 ou plus WFs : 100%
- Risque de DHG ou carcinome invasif en cas de TIPMP du canal principal : mal connu
 - 13 % avec un délai médian de 3,5 ans et jusqu'à 63 % après 5 ans d'évolution

■ High risk stigmata :

- Ictère obstructif et lésion kystique de la tête du pancréas
- Nodule mural ≥ 5 mm prenant le contraste
- Dilatation du canal pancréatique principal ≥ 10 mm
- Cytologie positive ou suspecte

■ Worrisome features :

- Pancréatite aiguë
- CA 19.9 sérique augmenté
- Apparition ou déséquilibre récent (<1 an) d'un diabète
- Kyste ≥ 3 cm
- Nodule mural < 5 mm prenant le contraste
- Paroi kystique épaissie ou prenant le contraste
- Dilatation du canal pancréatique principal entre 5-9 mm
- Changement brutal de calibre du CPP avec atrophie pancréatique distale
- Adénopathies
- Croissance kystique > ou - à 2,5 mm en 1 an



Arrêt de la surveillance

- Terrain : Patient inopérable compte-tenu de ses co-morbidités, espérance de vie basse
- Arrêt de la surveillance à 5 ans POSSIBLE : Niveau de preuve 2+ / Grade C
 - ✦ Pas de modification de la lésion sur les 5 dernières années
 - ✦ Pas de worrisome features ou de high risk stigmata
 - ✦ Kyste < 20 mm

SAUF SI :

- Patient jeune
- Risque familial ou génétique

Cystadénome séreux



- Terrain : Femme, 60 ans
- Aspect : Lésion unique, polylobulée, parois très fines, fines cloisons internes, vascularisée, aspect en nid d'abeille, cicatrice stellaire centrale pouvant être complètement ou partiellement calcifiée
- Ponction : contenu homogène, citrin, glucose élevé (>0,5 g/L), ACE <5 ng/mL, lipase basse
- Histologie : Cellules épithéliales cuboïdes, riches en glycogène, produisant un liquide aqueux
- Variantes : Macrokystique, Microkystique, Mixte, ou Solide
- Evolution :
 - Augmentation de taille dans 37% des cas (4 mm / an)
 - Compression exceptionnelle : VBP, CPP

Enjeu

- Dégénérescence exceptionnelle : 0,1 % de cystadénocarcinome
- Lésion bénigne

6.1 Does malignant SCN exist? is there a risk of malignant transformation?

SCN is a benign entity. There are essentially no deaths that are attributable to dissemination/malignant behaviour of an SCN. Specific mortality due to an SCN is nearly zero^{198 199} (GRADE 2C, strong agreement).

Cases reported as ‘malignant’^{200–202} do not fulfil the WHO criteria for an SCN.

Prise en charge

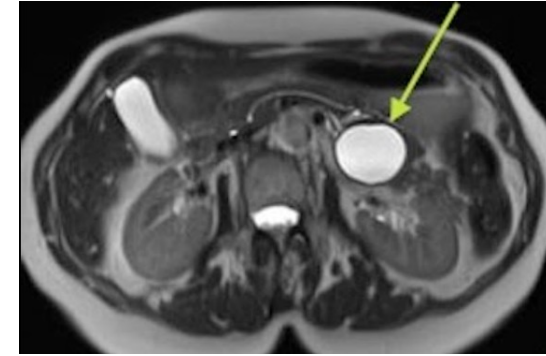
■ Arrêt de la surveillance :

- Patient asymptomatique + diagnostic de certitude (radiologique)
- Surveillance radiologique unique à 1 an du diagnostic
- Imagerie uniquement en cas de symptômes
- GRADE 2C, accord fort

■ Surveillance :

- Uniquement si le diagnostic est incertain
- Surveillance identique à celle des TIPMP des canaux secondaires
- GRADE 2C, accord fort

Cystadénome mucineux



- Terrain : Femme, 50 ans, plutôt symptomatique
- Aspect : Lésion unique, macrokystique, plutôt uniloculaire, corporéo-caudale, sur le bord postérieur du pancréas, non communicante, calcifications périphériques, paroi épaissie, prenant le contraste
- Ponction : Glucose bas, ACE et CA 19-9 élevés
- Histologie : **Stroma ovarien**, revêtement mucineux, lésion dysplasique.
- Risque d'évolution vers le cystadénocarcinome

Enjeu

- Histoire naturelle méconnue
- Selon les séries chirurgicales : 10-20 % voire 34% des cystadénomes mucineux présentent un cancer invasif
- En cas de lésion < 4 cm : 0,03% sont associées à un cancer invasif
- En cas de lésion > 8 cm : Toujours en dysplasie de haut grade voire présence de cancer invasif

The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. Gut 2018

Nilson LN and al, Pancreatology 2016

Le Baleur Y, Pancreatology 2011

Prise en charge

- Résection chirurgicale : ≥ 40 mm ou symptomatique ou nodule mural
 - Pas de surveillance ultérieure en l'absence de malignité sur la pièce opératoire

- Surveillance :
 - 3 - 4 cm : Discussion au cas par cas en fonction de l'âge, des comorbidités, du risque chirurgical du patient, et de la préférence du patient
 - < 3 cm + Pas de critères d'inquiétude + asymptomatique : Surveillance identique aux TIPMP d'après les recommandations européennes :
 - Tous les 6 mois la première année
 - Puis une fois par an
 - **Arrêt de la surveillance** : Patient non opérable

Autres

- TNE kystique : Idem TNE pancréatique -> TNCD, RCP RENATEN, Pas d'arrêt de la surveillance
- Tumeur pseudo-papillaire et solide ou Tumeur de Frantz : Chirurgie, puis suivi annuel pendant au moins 5 ans
- Lymphangiome kystique : Pas de risque de dégénérescence, surveillance clinique
- Pseudokyste : Pas de risque de dégénérescence, surveillance clinique
- Kyste lympho-épithélial : Pas de risque de dégénérescence, surveillance clinique
- Lésion kystique de nature indéterminée :
 - <15 mm et pas de signes d'inquiétude : surveillance annuelle pendant 3 ans par IRM puis en cas de stabilité, tous les 2 ans
 - ≥ 15 mm : Suivi / 6 mois pendant 1 an puis surveillance annuelle
 - Arrêt de la surveillance en cas d'inopérabilité du patient

Messages clés

1. Importance d'un diagnostic précis de la lésion
2. Connaître le risque lié à cette lésion
3. Estimer la morbi-mortalité liée à la chirurgie chez son patient
4. Décision collégiale



Merci