

les tumeurs kystiques du pancréas *les «nouvelles» recommandations* *consensus et divergences*

Pr Sébastien GAUJOUX

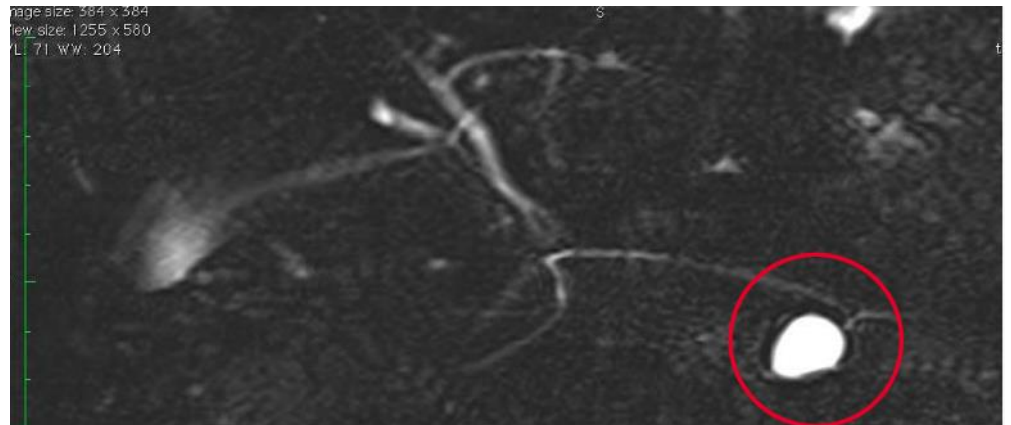
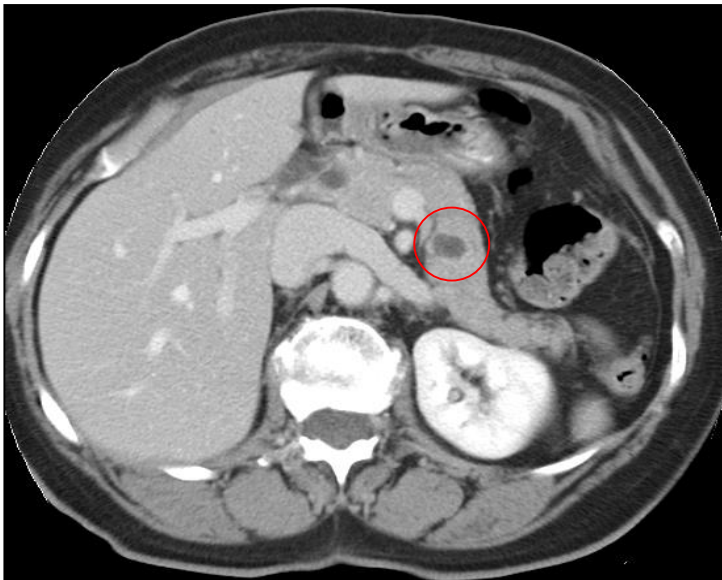
Service de chirurgie digestive hépato-biliaire et endocrinienne
Hôpital Cochin - Paris

Tumeurs kystiques du pancréas

Diagnostic radiologique de plus en plus fréquent

prévalence +/- 8%

jusqu'à 20% des patients sur des séries d'IRM
augmente avec l'âge



Tumeurs kystiques du pancréas

prévalence +/- 8%



France en 2019
67,19 millions

5,3 millions



CFP en 2019
136 inscrits

11

Tumeurs kystiques du pancréas

un large éventail histologique de lésions

Bénin

“Pré-cancéreux”

Malin

Pseudo-kyste

Cystadénome séreux

Kyste rétentionel

Lymphangiome

Abcès

Kyste lympho-épithélial

Kyste hydatique

T kystique des acinis

TIPMP

Cy. mucineux

----->

----->

Adénocarcinome

Carcinome C. acinaire

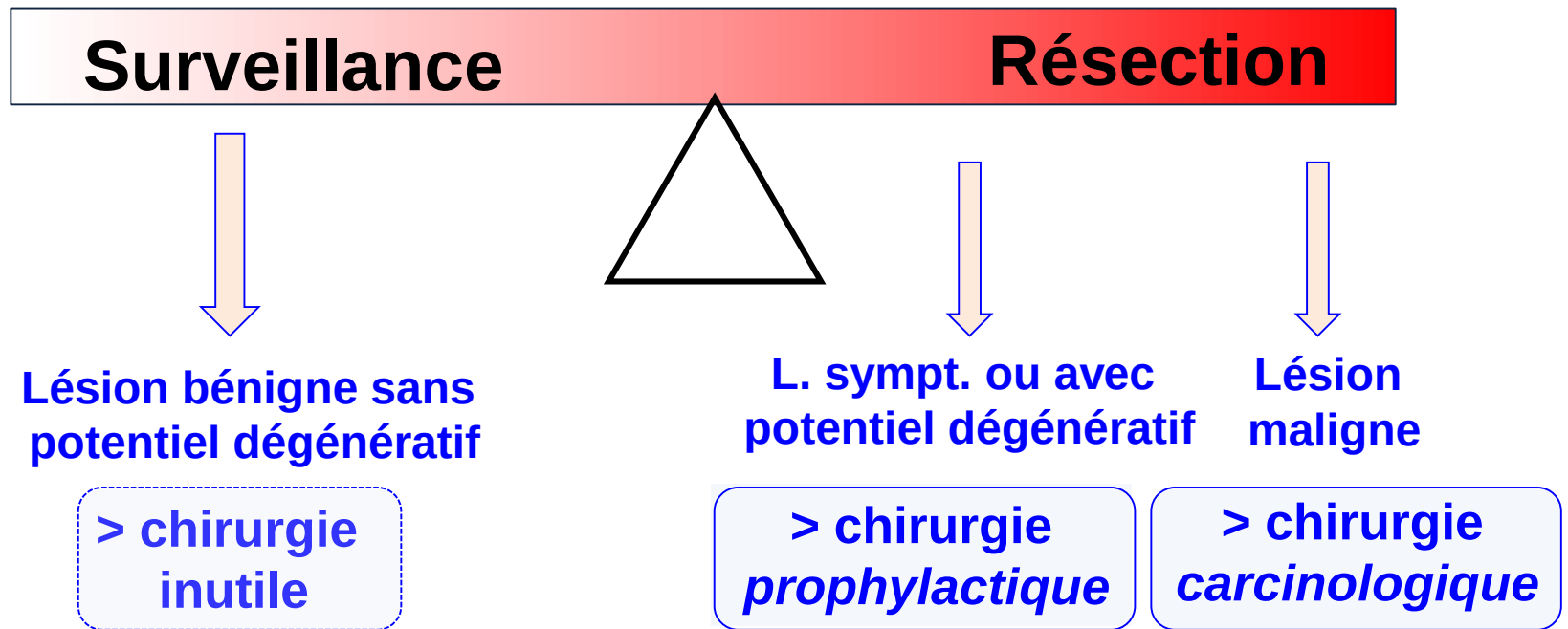
T. neuroendocrine

TSPP

Lymphome

Tumeurs kystiques du pancréas

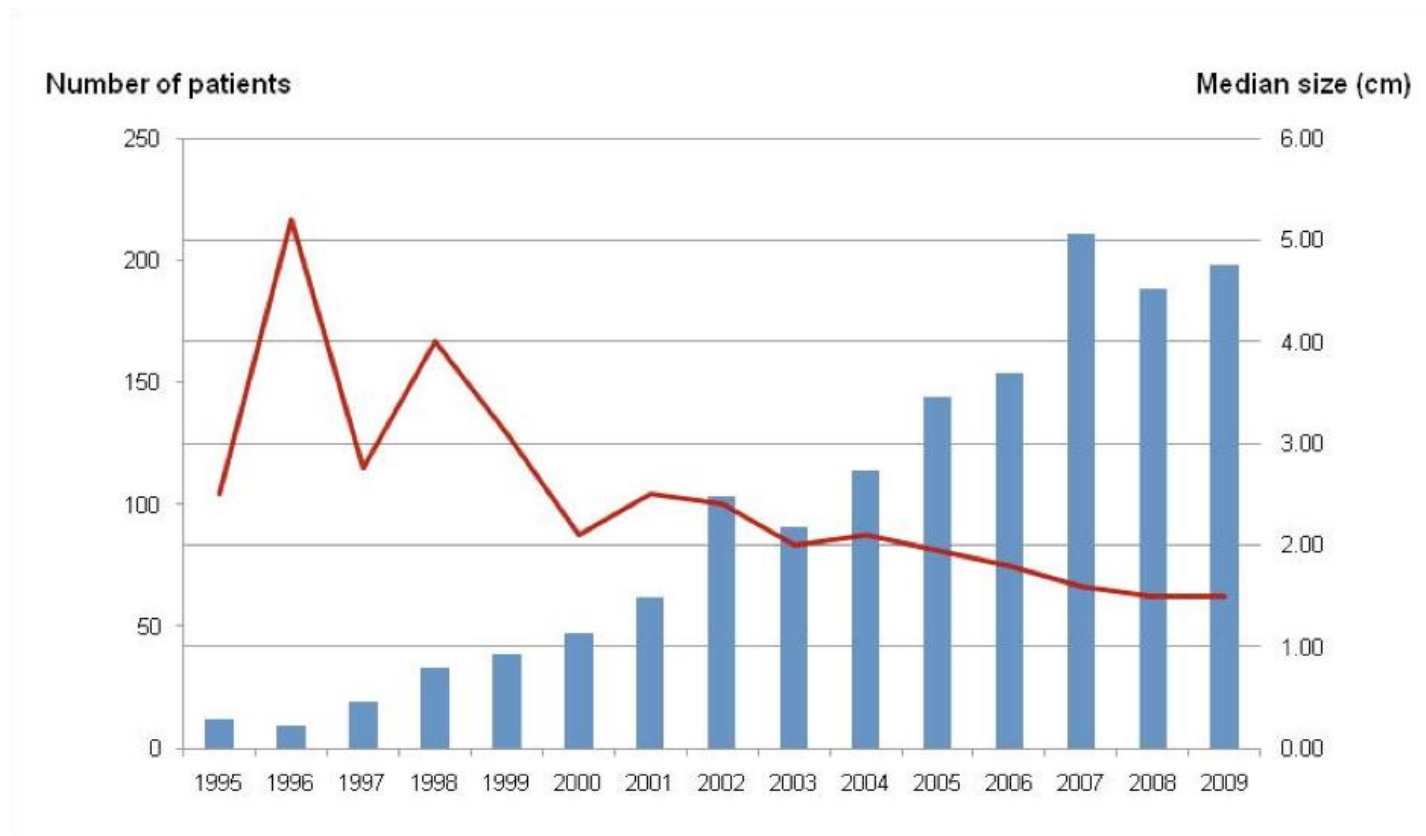
**nécessitant
une approche chirurgicale sélective**



dépendant d'un diagnostic pré-opératoire précis

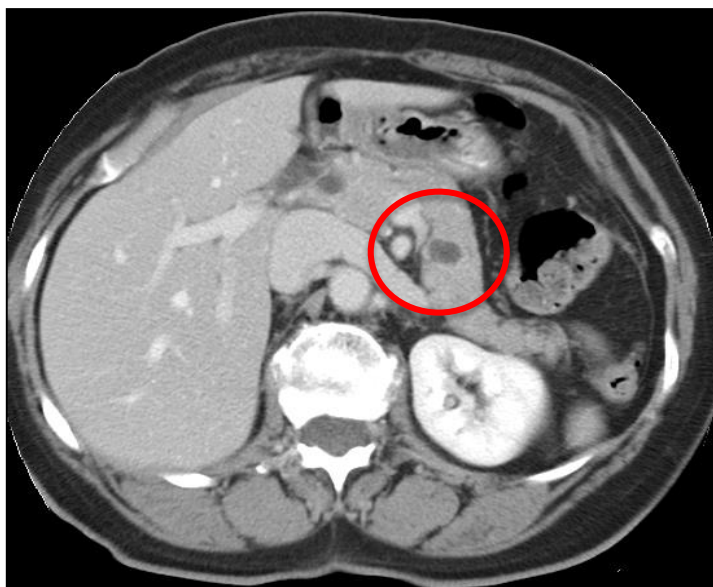
Tumeurs kystiques du pancréas

Évolution du nombre de patients vus et de la taille des lésions



Tumeurs kystiques du pancréas

En pratique....



Tumeurs kystiques du pancréas

**Ne JAMAIS se contenter du diagnostic
de
*“lésion kystique du pancréas”***

**Ne JAMAIS opérer sans savoir...
Ne JAMAIS surveiller sans savoir...**

**Toute lésion kystique du pancréas de taille > 10 mm
doit être spécifiquement explorée**

La caractérisation initiale

+++ élément clé +++

MORPHOLOGIE

Taille
Forme
Diamètre CPP
Forme CPP
Nodules muraux
Composante solide
Septa
Prise de contraste

CLINIQUE/BIOLOGIE

Ictère
AEG
Diabète
Pancréatite aiguë
Douleur
Age physiologique
Opérabilité
CA19.9

La caractérisation initiale

Ne pas hésiter à demander (ou redemander) la triade

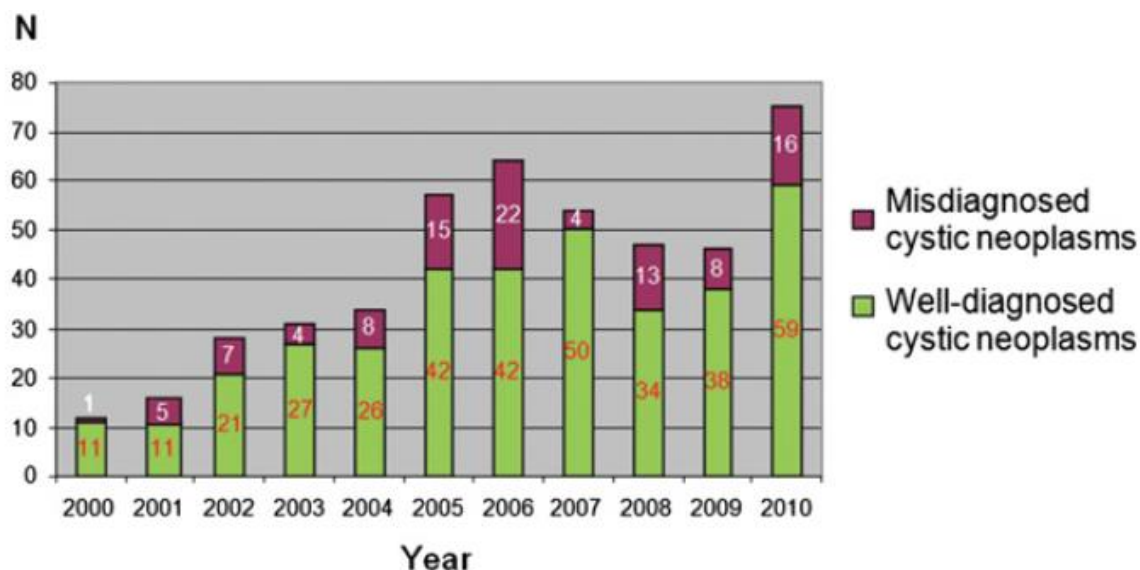
Scanner pancréatique

IRM avec cholangio-pancréatographie

Écho-endoscopie +/- ponction

Un diagnostic pas toujours facile

Pancreatic resections for cystic neoplasms: From the surgeon's presumption to the pathologist's reality



Même dans des centres experts

+/- 20% d'erreur diagnostique!!!

Diagnosis	n (%)
Well-diagnosed cystic neoplasms	373 (78.4)
Misdiagnosed cystic neoplasms	103 (21.6)
Serous cystic neoplasms (n = 69)	
Well diagnosed	51 (73.9)
Misdiagnosed	18 (26.1)
Mucinous cystic neoplasms (n = 123)	
Well diagnosed	98 (79.7)
Misdiagnosed	25 (20.3)
Main duct/mixed-IPMN (n = 156)	
Well diagnosed	126 (80.7)
Misdiagnosed	30 (19.3)
Branch duct-IPMN (n = 75)	
Well diagnosed	54 (72.0)
Misdiagnosed	21 (28.0)
Cystic neuroendocrine neoplasms (n = 15)	
Well diagnosed	8 (53.3)
Misdiagnosed	7 (46.7)
Solid pseudopapillary neoplasms (n = 38)	
Well diagnosed	36 (94.7)
Misdiagnosed	2 (5.3)

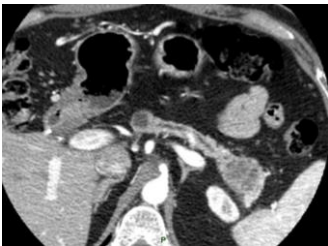
En pratique

Éliminer

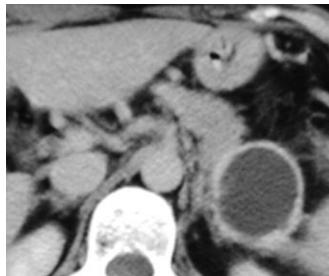
Le pseudo-kyste

Le kyste rétentionnel en amont d'un petit ADK

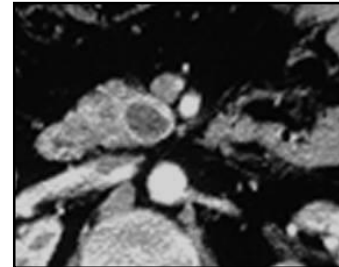
CAS



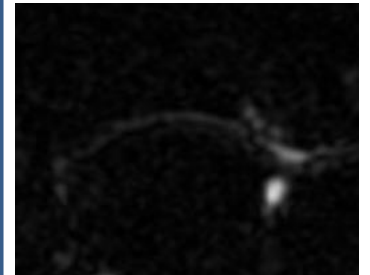
CAM



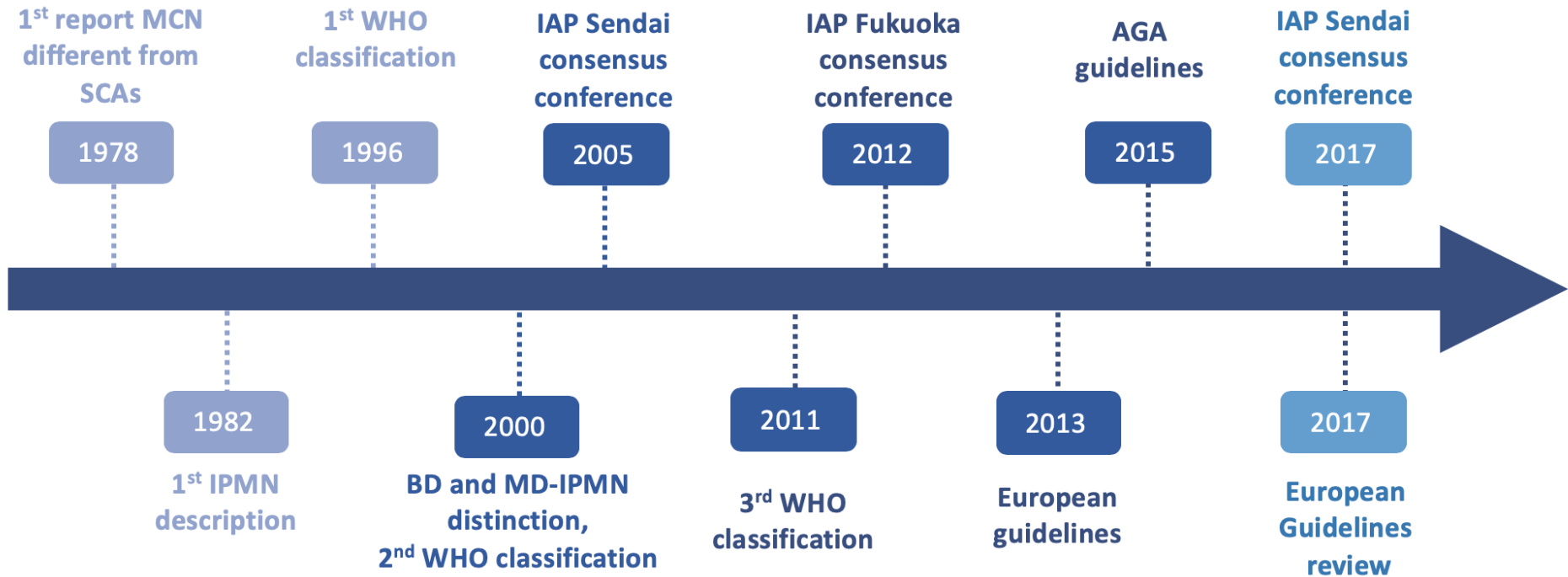
Raretés TNE ky.



TIPMP

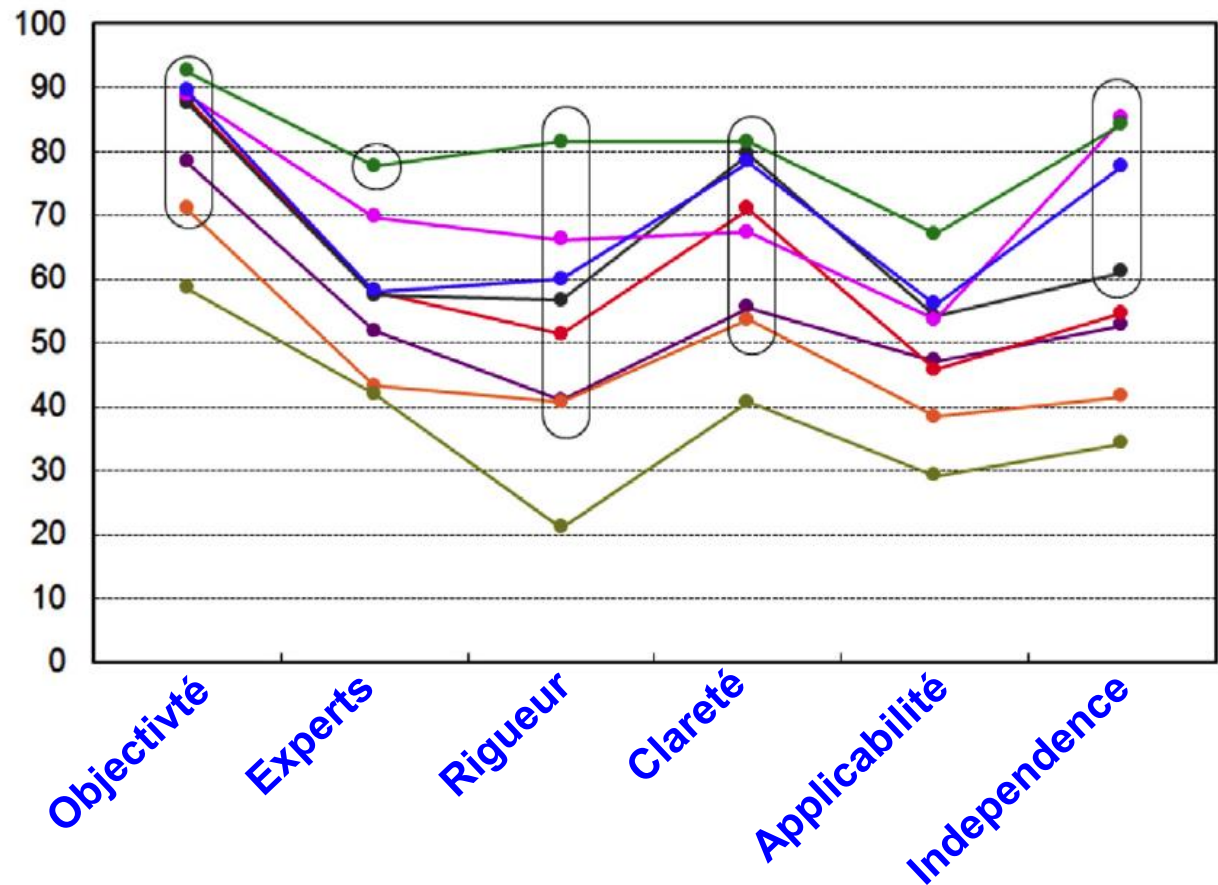
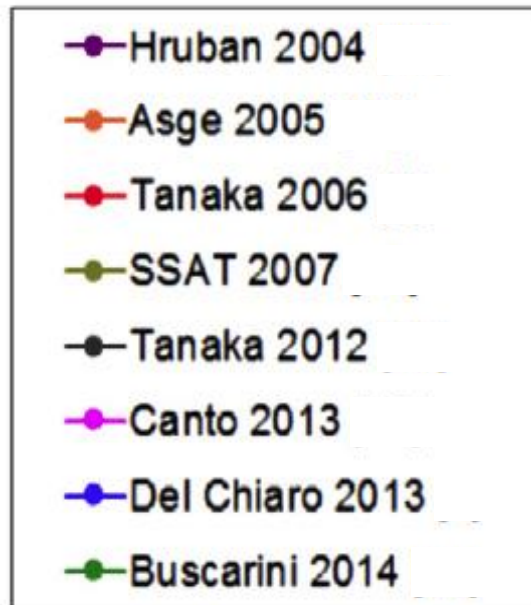


Les recommandations !



Les recommandations !

Essayer de les suivre... si possible!



+ AGA

+ Fukuoka 2017

+ European 2018

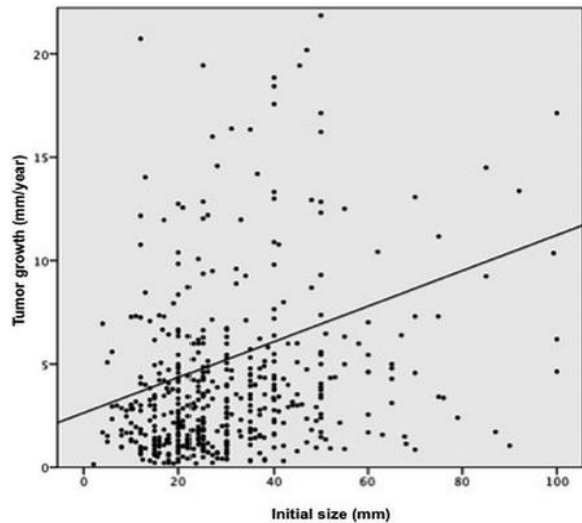
Au moins 10 !!!

Cystadénome séreux

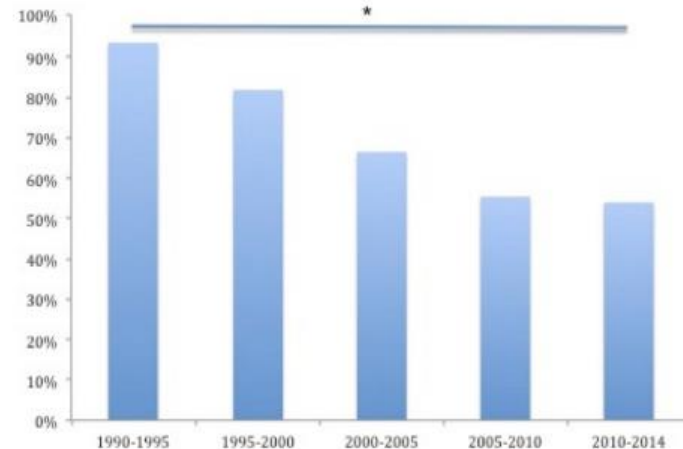
Probabilité de malignité

ZERO – ZERO - ZERO

Aucune corrélation avec
taille, vitesse de croissance ou symptômes



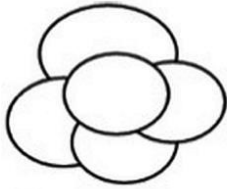
1 à 2 mm/an



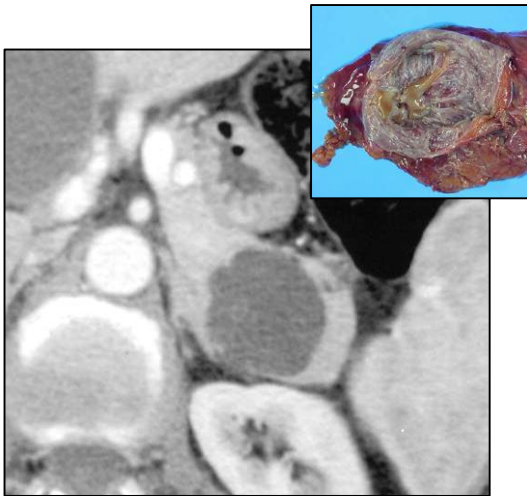
Le taux de resection diminue...
Heureusement!

Cystadénome séreux

Pièges diagnostiques

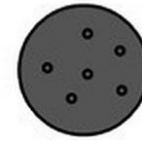


Macrocystic type



≠ Cystadénome mucineux

fin, polycyclique, paroi IV-
ACE bas(<200 ng/mL)



Solid type



≠ TNE Ky

Rare
Octreotide -

Cystadénome séreux

NE PAS OPERER
(sauf rare symptômes)

2012 IPA guidelines

Non mentionnée

PAS de CHIRURGIE

SAUF symptômes compressif

SURVEILLANCE

*à 1 an
ensuite selon sympt.
SI diag. certain*

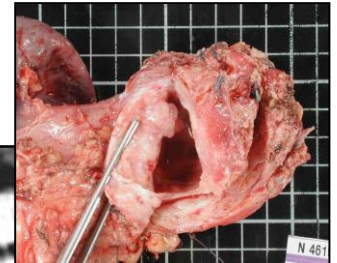
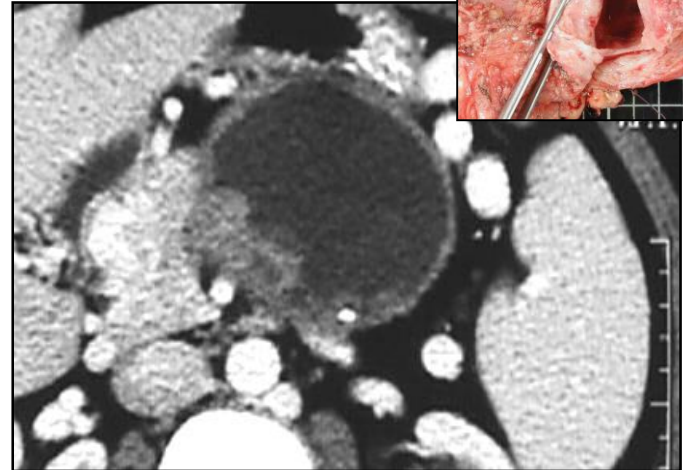
EU guidelines



Cystadénome mucineux

Probabilité de malignité

Corré à la taille > 4 cm
ET la presence de **nodule muraux**



Cystadénome mucineux

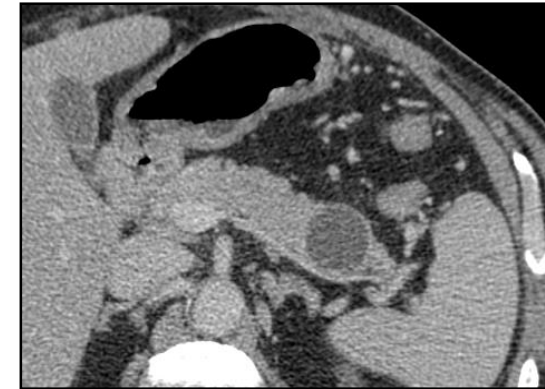
Pièges diagnostiques

CAM vs pseudokyste

femme (95%), dans la queue (97%)

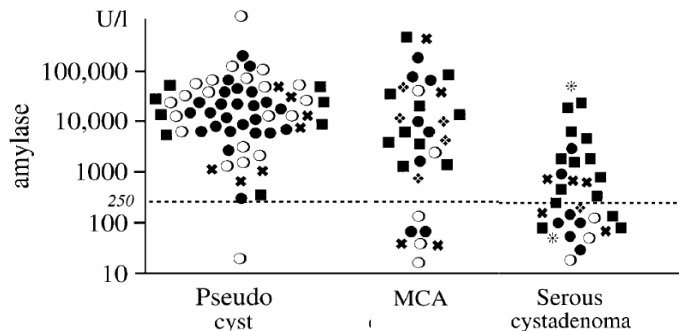
Paroi épaisse

Pas d'antcd de PA ou de trauma

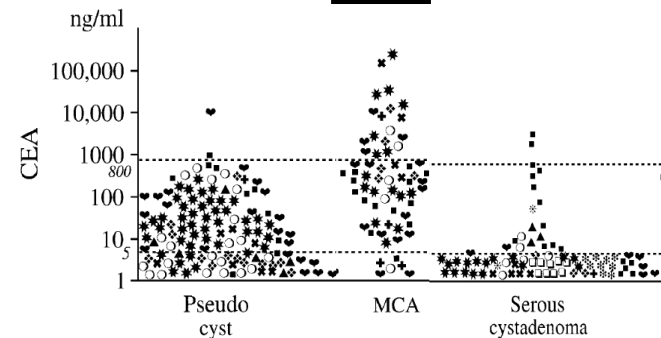


En cas de doute, *marqueur intra-kystique*

amylase



CEA



<250 U/L – élimine un pseudokyste (spe 98%) >800 ng/ml – mine un pseudokyste (spe 98%)

Cystadénome mucineux

CHIRURGIE GENEERALEMENT RECOMMANDÉE

2012 IPA guidelines

CHIRURGIE

SURVEILLANCE
peut être envisagée
chez pts fragiles

CHIRURGIE

CAM $\geq$ 40 mm
symptomatique
Nodules muraux

SURVEILLANCE

CAM < 40 mm
à 6 mois
ensuite annuelle
à vie

EU guidelines



Chirurgie
oncologique vs non-oncologique. vs épargne parenchymat.

Tumeurs neuroendocrines kystiques

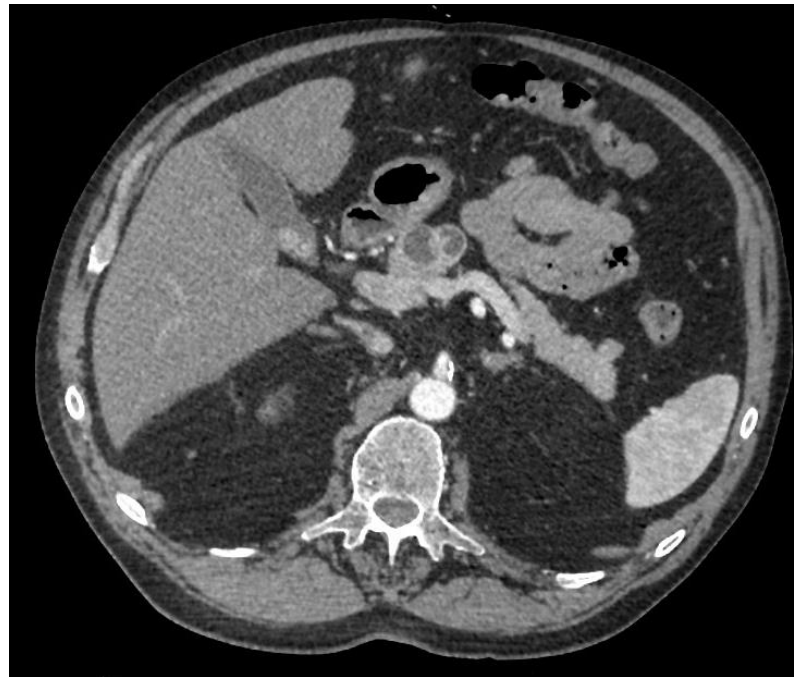
Probabilité de malignité

la taille +/- 2 cm

les symptômes - le grade

l'imagerie (atypie – dilatation canalaire)

age – ^{18}F FDG



Tumeurs neuroendocrines kystiques

COMME LES TNE SOLIDES NF

IPA guidelines

Non mentionnée

CHIRURGIE

> 2 cm

SURVEILLANCE

**Si < 2 cm
asymptomatiques
pas de signe de malignité**

EU guidelines



Les autres raretés...

La somme des diagnostics rares est « fréquente »

- Transformation kystique des acinis
- Kyste lympho-épithélial (épithélium malpighien kératinisant)
- Lymphangiome kystique (tumeur vasculaire bénigne rare)
- Kyste rétentionnel (... un peu fourre-tout)
- Autres bizaromes (Abcès, kyste hydatique...)

SAVOIR RESTER HUMBLE

Ne pas hésiter à refaire les examens

Ne pas hésiter à additionner différentes modalités d'examens

STAFFER les dossiers (RCP)

TIPMP

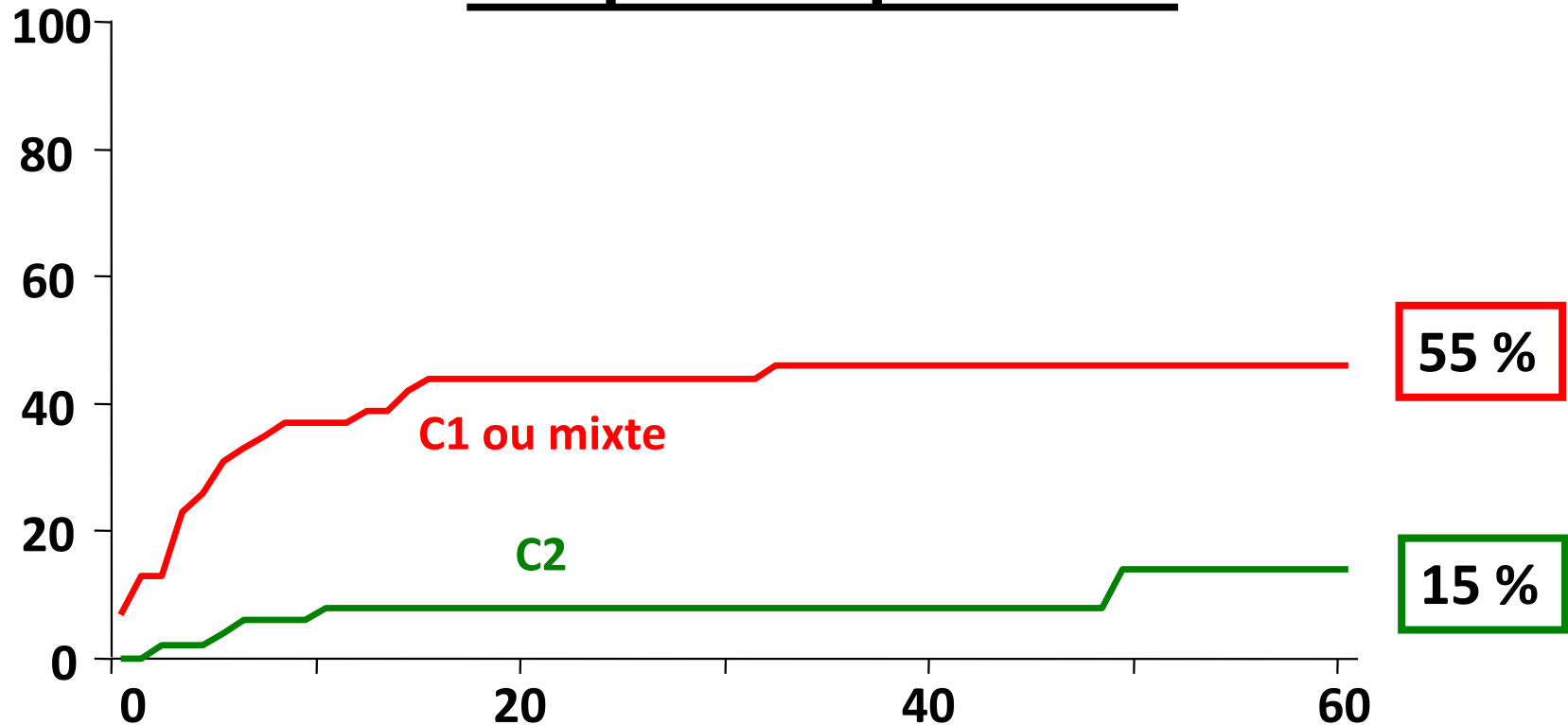
Probabilité de malignité

Beaucoup plus difficile à apprécier...



TIPMP

Ce que l'on pensait?

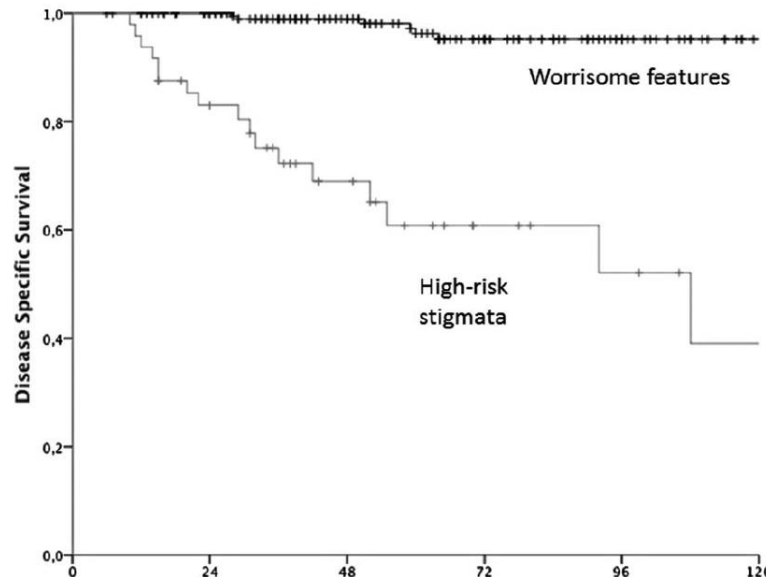


TIPMP

Ce qui est vrai...

Low progression of intraductal papillary mucinous neoplasms with worrisome features and high-risk stigmata undergoing non-operative management: a mid-term follow-up analysis

Gut



96.2%

5-year DSS
 $p < 0.0001$

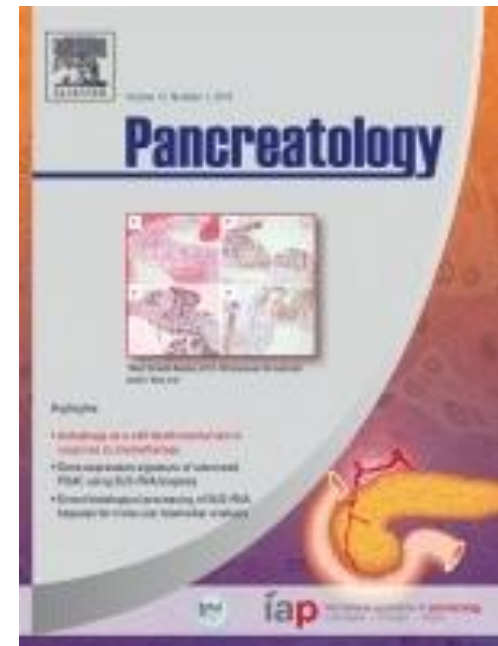
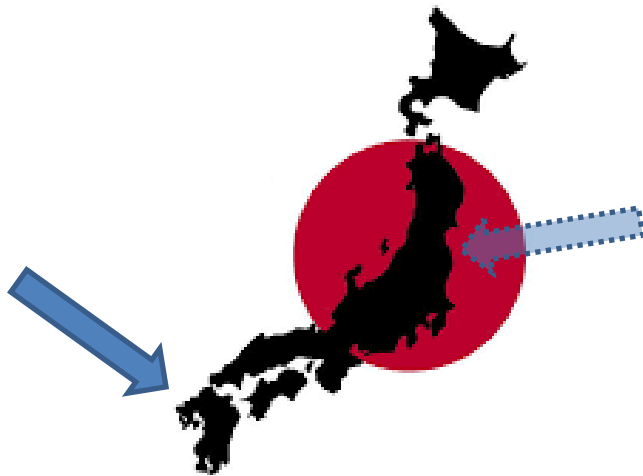
60.2%

Un risque de sur-traitement (C2)

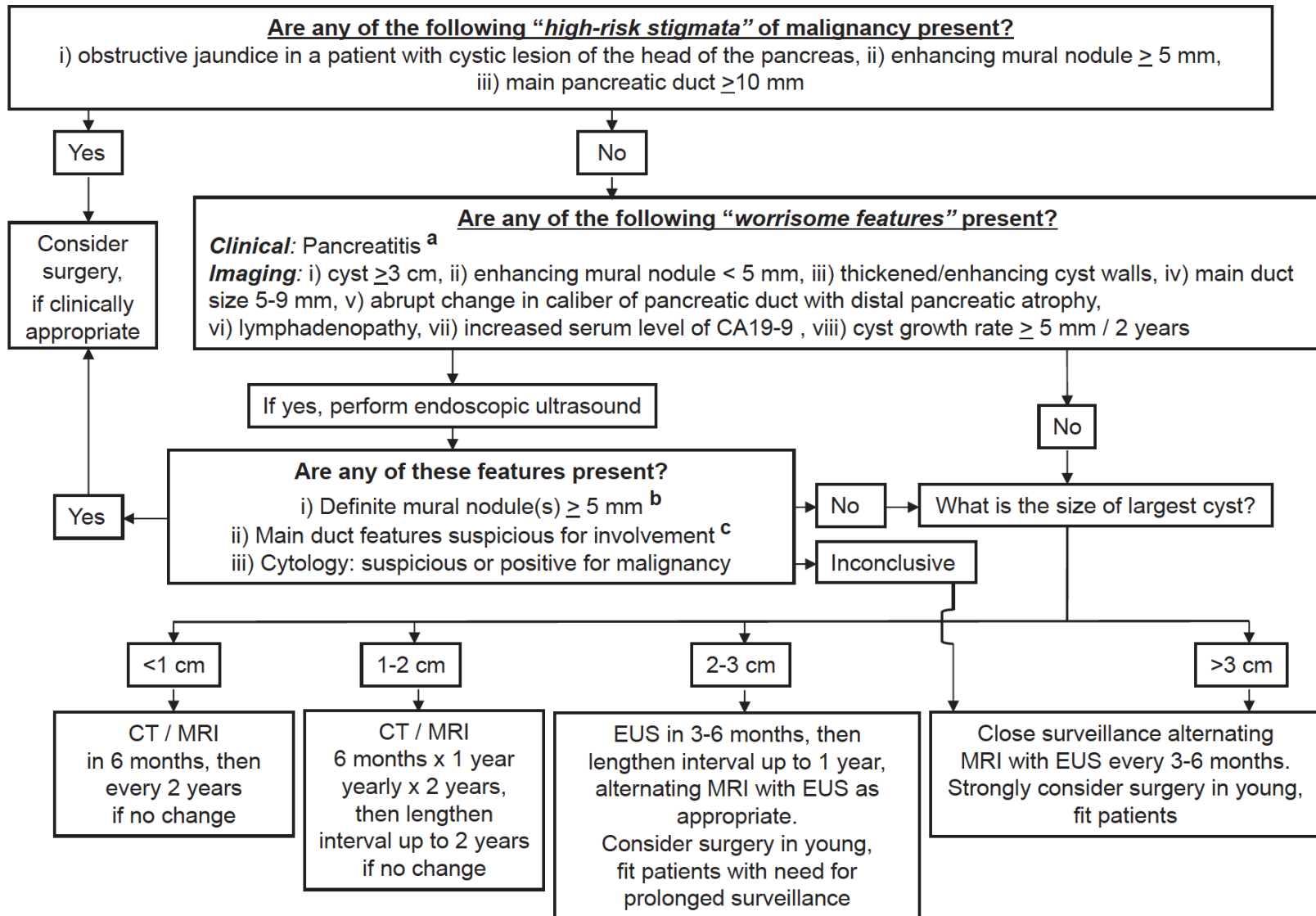
TIPMP 2016 *Fukuoka consensus*

Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas

Masao Tanaka ^{a,*}, Carlos Fernández-del Castillo ^b, Terumi Kamisawa ^c, Jin Young Jang ^d,
Philippe Levy ^e, Takao Ohtsuka ^f, Roberto Salvia ^g, Yasuhiro Shimizu ^h, Minoru Tada ⁱ,
Christopher L. Wolfgang ^j



TIPMP 2016 Fukuoka consensus



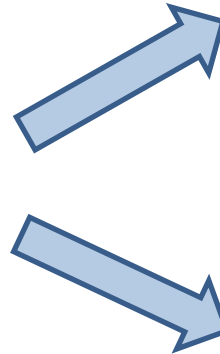
TIPMP 2016 Fukuoka consensus

Si PRESENT



High risk stigmata
(critères de haut risque)

- Ictère
- CPP ≥ 10 mm
- Nodule mural > 5 mm IV+



Si ABSENT, rechercher les
worrisome features ?
(critères inquiétants)

TIPMP 2016 Fukuoka consensus

Worrisome features (critères inquiétants)

- Taille > 3 cm
- CPP > 5-9 mm
 - Paroi épaissie/IV+
- Nodules muraux < 5 mm IV+
- Changement de calibre CPP et atrophie d'amont
- Augmentation taille 5 mm/2 an
 - Adénopathie
 - CA 19.9 élevé
 - Pancréatite aigue

Si PRESENT



Si PRESENT
échoendoscopie
à la recherche de
Nodule mural > 5 mm
Atteinte CPP
(nodule, mucine, paroi ep.)
Cytologie suspecte/ K



Si ABSENT



Si > 2 cm

TIPMP

TIPMP qui DOIVENT être réséquées

2016 IPA guidelines

***High risk
stigmata***

ictère
CPP > 10 mm
NM IV+ > 5 mm
Cytologie: HGD ou Inv IPMN

***Absolute
indication***

**+ masse
solide**

EU guidelines



ATTENTION à la NOMENCLATURE

high risk stigmata = absolute indication

TIPMP

TIPMP qui PEUVENT être surveillée

2016 IPA guidelines

Epaiss^t paroi kyste
Chang^t calibre CPP
N
Croiss. >5mm/2 an
T > 3 cm

Worrisome features

Pancréatite
NM IV+ < 5mm
CPP 5–9 mm
Ca 19-9 augmenté

Relative indication

+ diabète
croiss. > 5 mm/1 an
T > 4 cm
symptômes

EU guidelines



ATTENTION à la NOMENCLATURE

worrisome features= relative indication

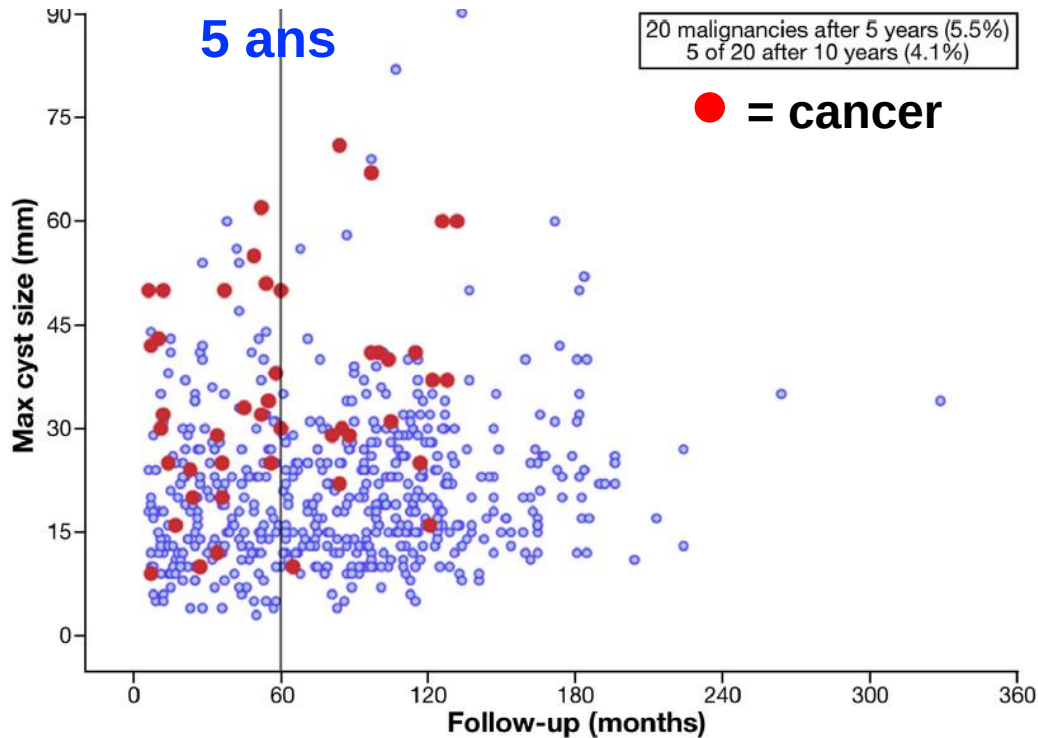
TIPMP

Surveillance – quels enjeux?



La surveillance ... pourquoi ?

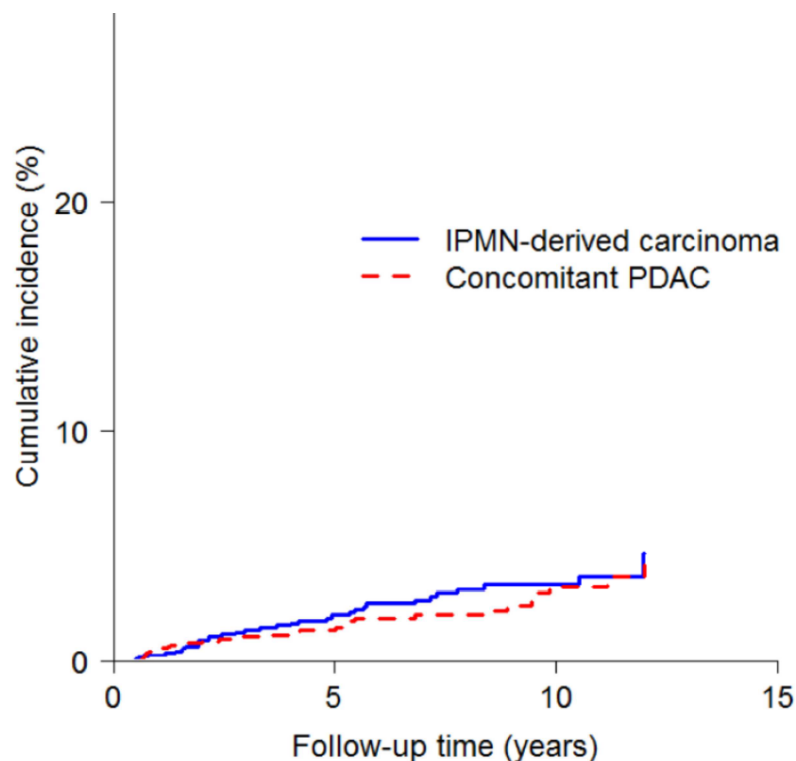
Long-term Risk of Pancreatic Malignancy in Patients With Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm in a Referral Center



Risque de CIS/cancer – 7.5% à 10 ans
Risque présent au delà de 10 ans – X 15/ pop générale
TIPMP C2 < 15 mm stable pendant 5 ans – risque faible

La surveillance ... pourquoi ?

Long-term Risk of Malignancy in Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms

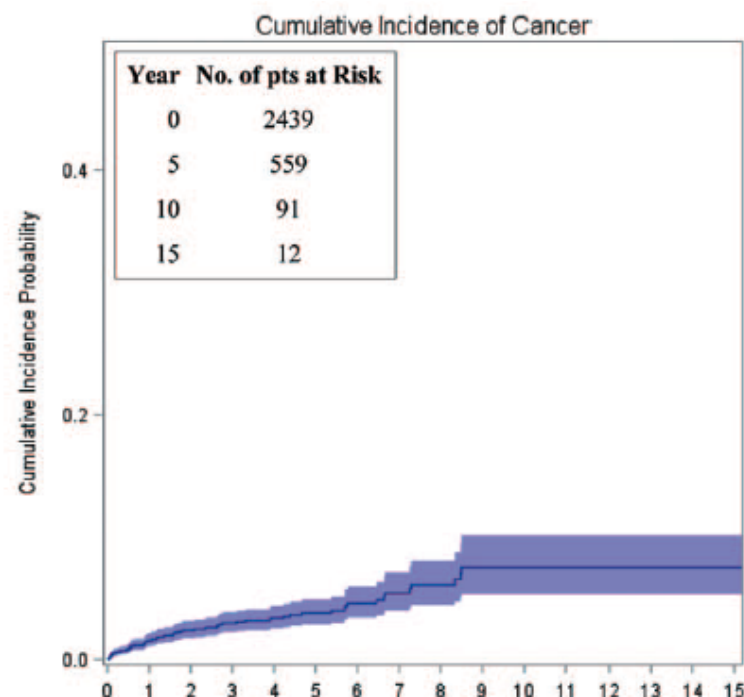
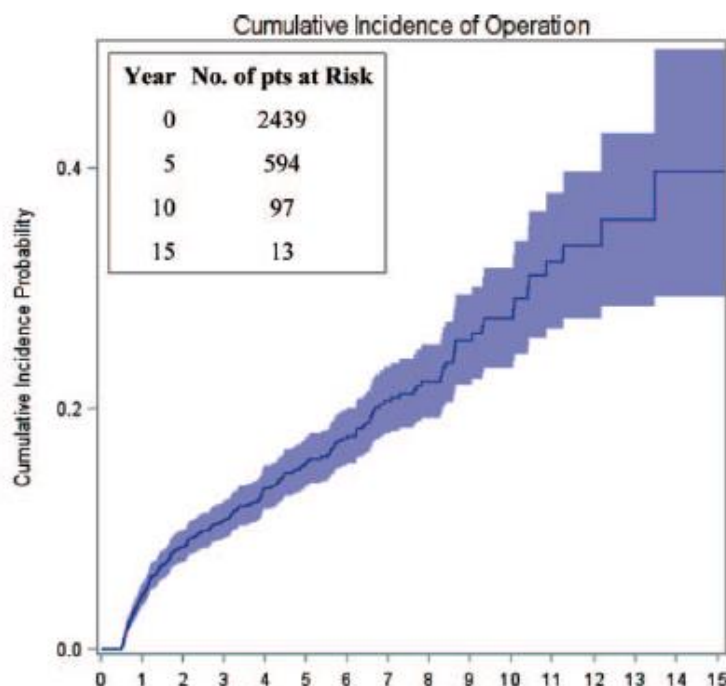


TIPMP C2 > 5 ans incidence ADK 3.5% à 10 ans et 12% à 15 ans

La surveillance ... pourquoi ?

Should Patients With Cystic Lesions of the Pancreas Undergo Long-term Radiographic Surveillance?

Results of 3024 Patients Evaluated at a Single Institution



TIPMP stable 5 ans – risque de cancer du pancréas x 3 / pop. générale

TIPMP

La surveillance

2016 IPA guidelines

influencée
par la taille

(méthode
et
Intervalles)

**surveillance NECESSAIRE
après diagnostic
et
résection**

Pas influencée
par la taille

EU guidelines



= tant que le patient est possiblement opérable

TIPMP

La surveillance selon l'AGA



TIPMP

La surveillance selon l'IAP

QUI surveiller

ABSENCE de
High risk stigmata
(critères de haut risque)

POSSIBLE PRESENCE
Worrisome features
(critères inquiétants)

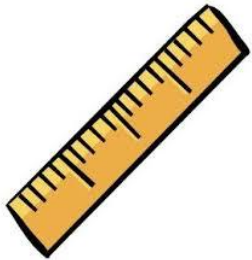
ABSENCE de
Nodule mural > 5 mm
Atteinte CPP
(nodule, mucine, paroi ep.)
Cytologie suspecte/ K



TIPMP

La surveillance selon l'IAP

COMMENT surveiller ...



< 1 cm

**TDM/IRM
à 6 mois
puis tous 2 ans
si pas de
changement**

1-2 cm

**TDM/IRM
tous 6 mois-1 an
tous an- 2 ans
tous 2 ans
si pas
changement**

2-3 cm

**EE
à 3-6 mois
Alternier EE
et IRM tous
ans**

>3 cm

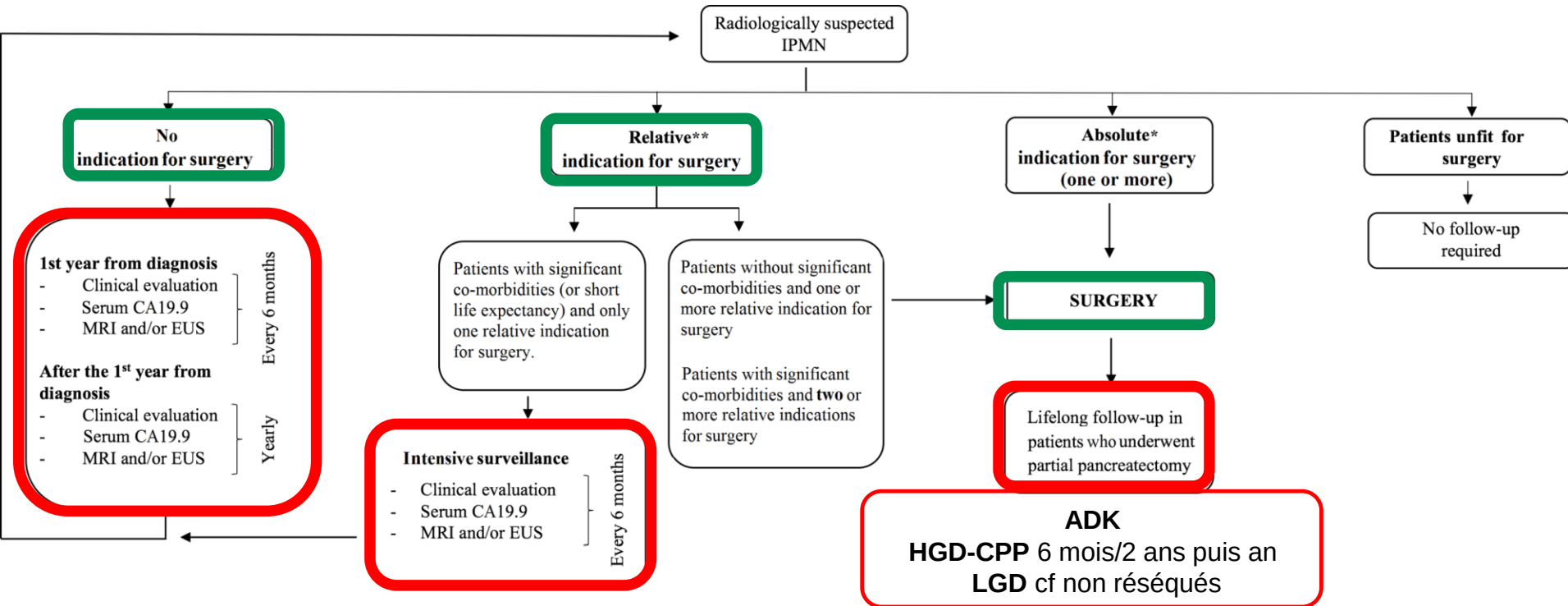
**EE à 3-6 mois
Alternier
EE et IRM
tous ans**



TIPMP

La surveillance selon les European guideline

QUI et COMMENT surveiller ...



Take home message

**Ne JAMAIS se contenter du diagnostic de
*“lésion kystique du pancréas”***

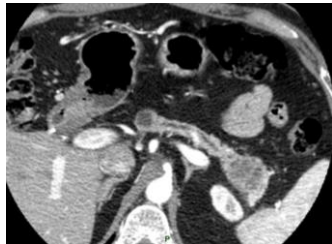
**Ne JAMAIS opérer sans savoir...
Ne JAMAIS surveiller sans savoir...**

**Rarement une urgence
+++ réfléchir à plusieurs +++
RCP PANCREAS**

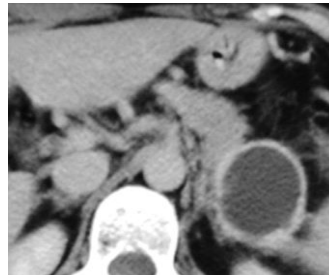
Take home message

Les recommandations sont solides pour

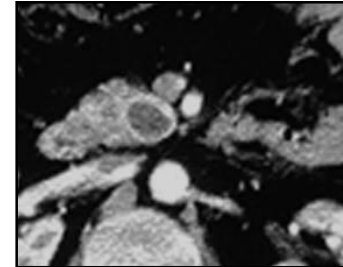
CAS



CAM



**Raretés
*TNE Ky.***



Take home message

Pour les TIPMP

Les recommandations sont encore « *grossières* »
surtout pour la *chirurgie prophylactique* et la *surveillance*

TIPMP C1

le risque

Le SOUS-TRAITEMENT

TIPMP C2

le risque

Le SUR-TRAITEMENT

Surveillance à vie, associant TDM, IRM et EE

les tumeurs kystiques du pancréas *les «nouvelles» recommandations* *consensus et divergences*

Pr Sébastien GAUJOUX

Service de chirurgie digestive hépato-biliaire et endocrinienne
Hôpital Cochin - Paris

Hôpitaux Universitaires Paris Centre

les tumeurs kystiques du pancréas *les «nouvelles» recommandations* *consensus et divergences*

Pr Sébastien GAUJOUX

Service de chirurgie digestive hépato-biliaire et endocrinienne
Hôpital Cochin - Paris

Hôpitaux Universitaires Paris Centre

les tumeurs kystiques du pancréas *les «nouvelles» recommandations* *consensus et divergences*

Pr Sébastien GAUJOUX

Service de chirurgie digestive hépato-biliaire et endocrinienne
Hôpital Cochin - Paris

Hôpitaux Universitaires Paris Centre

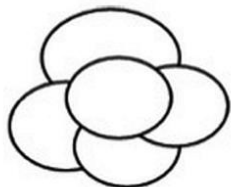
Cystadénome séreux

= tumeurs kystiques pancréatiques sans potentiel de dégénérescence

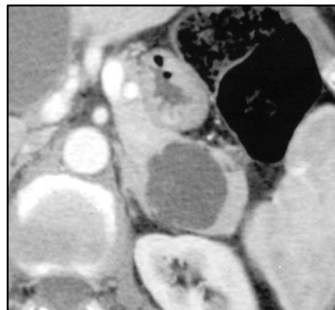
CYSTADENOME SEREUX ATYPIQUE

Femme	70%
Symptôme	<15%
Calcification	centrale (25%)
Aspect	microKy (75%), paroi fine, IV-
Wirsung	normal, sans comm.
Croissance	lente (mm/an)
Dégénérescence	Exceptionnelle - nulle

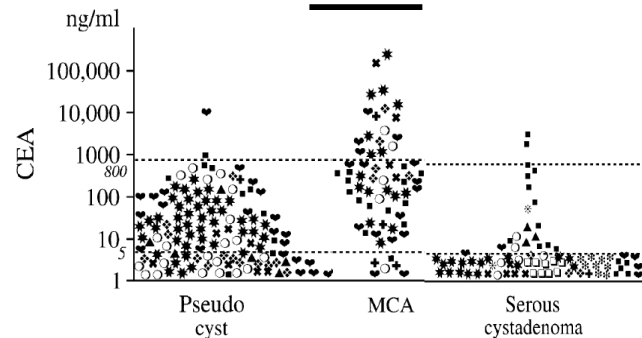
IRM



Macrocystic type



ACE



>800 ng/ml –
élimine séreux
(spe 98%)

Cystadénome mucineux

CYSTADENOME MUCINEUX TYPIQUE

Femme	95%
Localisation (C-Q)	95%
Capsule	Epaisse, IV+
Calcification	Périphérique (25%)
Aspect macro	Orange-like, homogène
Wirsung	non communicant, ni dilaté
Dégénérescence	oui (> 4 cm, bourgeon)

IRM +/- EE



Pas de lésion invasive SI

Asymptomatique

<3 cm

Sans nodules muraux

Avec un CA 19.9 normal

Quand arrêter le bilan ?

Pas de critères inquiétants – *clinique ou biologique*

Taille < 1 cm

Age contre-indiquant un geste chirurgical

Lésion bénigne ... sous réserve d'un diagnostic certain

Pseudo-kyste - Cystadénome séreux - Kyste rétentionel - Lymphangiome - Abscès
Kyste lympho-épithélial - Kyste hydatique - Transformation kystique des acinis

**Mais souvent nécessité
de poursuivre une surveillance
devant le doute diagnostic!**

Conclusion

“God put the pancreas in the back because he did not want surgeons messing with it...”



Theodor Billroth (1829-1894)