

Surveillance des tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses Qui et comment ?

Philippe Lévy

**Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif
Service de Gastroentérologie-Pancréatologie
Hôpital Beaujon, Clichy.**

Liens d'intérêt

- Interventions ponctuelles comme consultant pour:
 - Mayoly Splinder
 - Abbott



CLUB FRANÇAIS DU PANCRÉAS

Objectifs pédagogiques

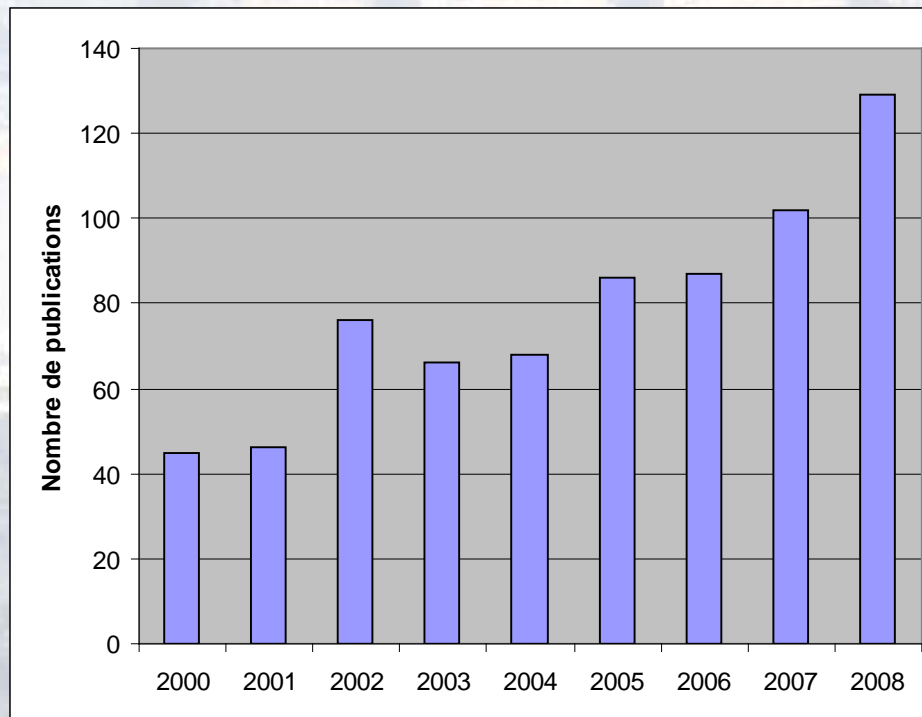
- Connaître les critères d'évolutivité des TIPMP
- Connaître les examens recommandés pour le suivi
- Comprendre le but de la surveillance



TIPMP: La révolution !



- Une des premières causes de pancréatite non alcoolique non biliaire > 50 ans

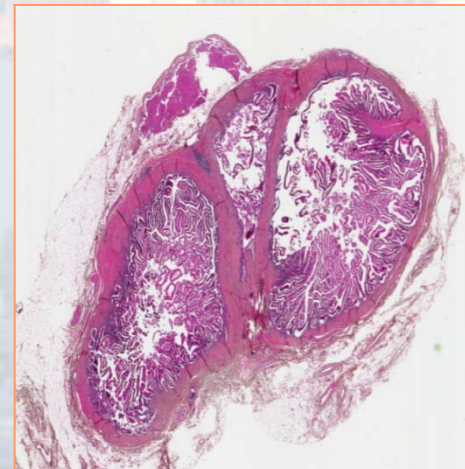
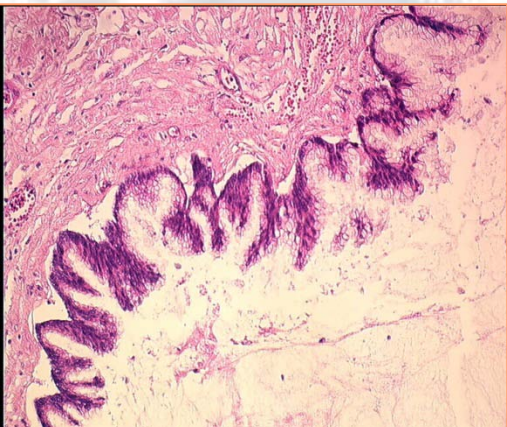


Mode de découverte

- **> 50 % découverte fortuite +++++**
 - TFI, affection génitale ou urinaire ou surveillance d'une affection maligne
- **Douleurs** pancréatiques
- **Pancréatite aiguë: < 1/3**
 - sévère (USI) < 2 %
- Rarement, diabète ou stéatorrhée
- Symptomatologie de **tumeur maligne**
 - L'ictère pas toujours synonyme de dégénérescence

Histologie

- Prolifération anormale de l'épithélium d'un canal pancréatique
- Sécrétant du mucus
- Dilatation canalaire macroscopique
- Appartenant au groupe des tumeurs mucineuses



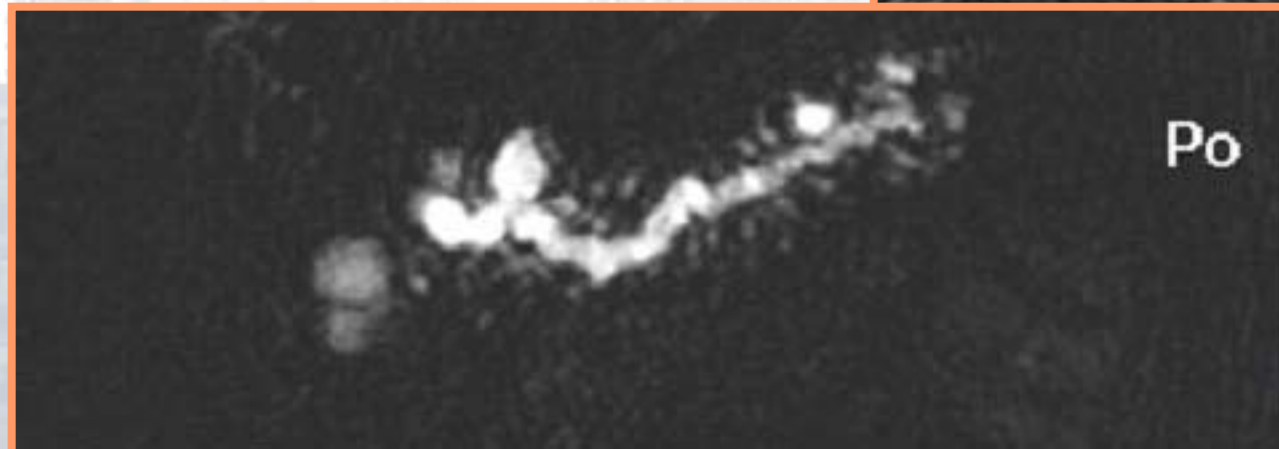
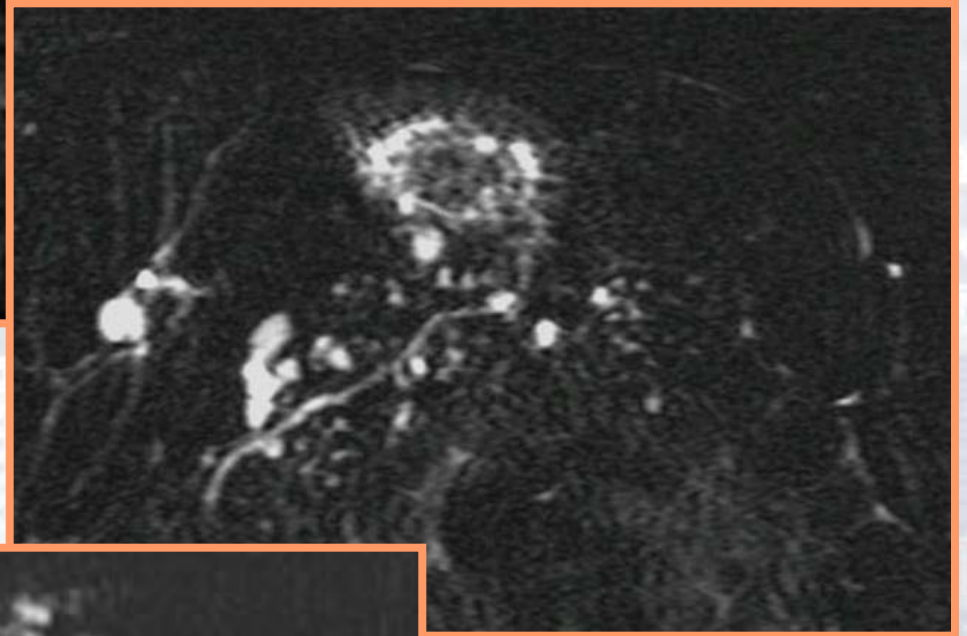
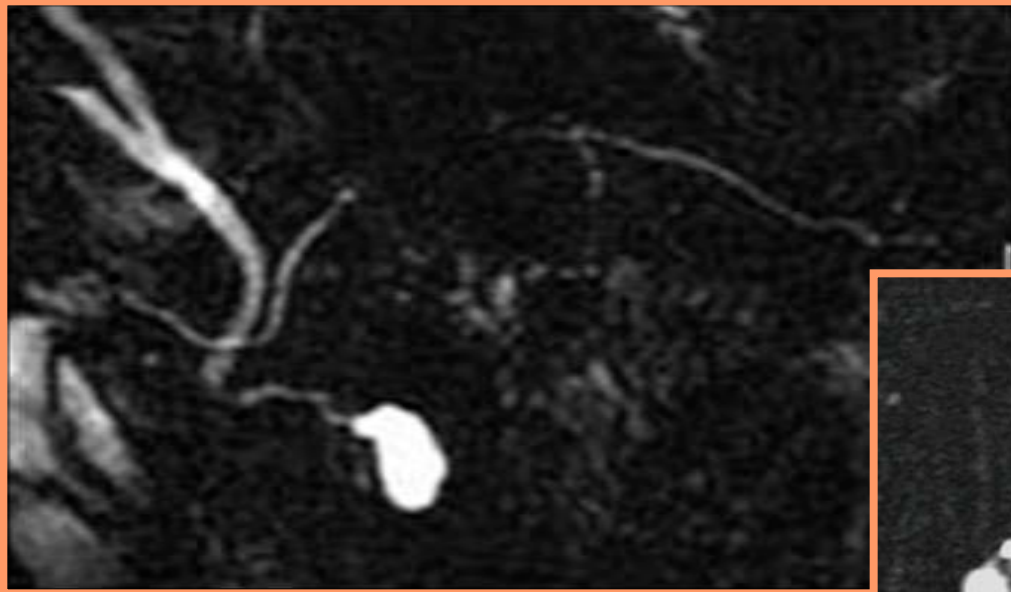
Histologie

- Peut toucher tout ou partie du système canalaire
- Continue ou discontinue +++
- Localisée dans le canal principal, les canaux secondaires ou les deux
- Tous les secteurs de la glande peuvent être atteints
 - Surtout la tête
 - Surtout le crochet

Histologie

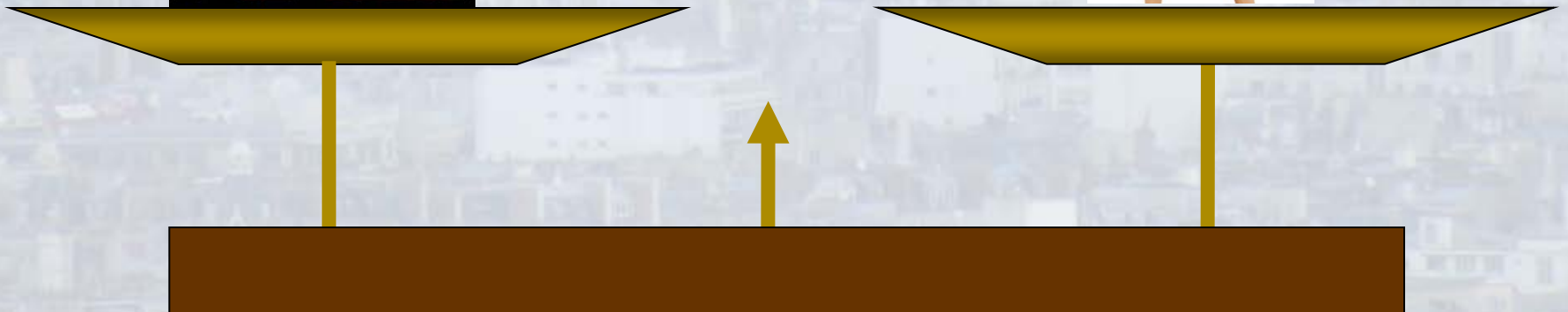
- 4 types :
 - gastrique
 - intestinal,
 - pancréato-biliaire
 - oncocytique
- Expression différente des mucines de type 1 et 2
- Risque de dégénérescence différent

CP-IRM+++



Épidémiologie

- Âge moyen: 65 ans
 - extrêmes en dessous de 20 ans
- Sex-ratio équilibré

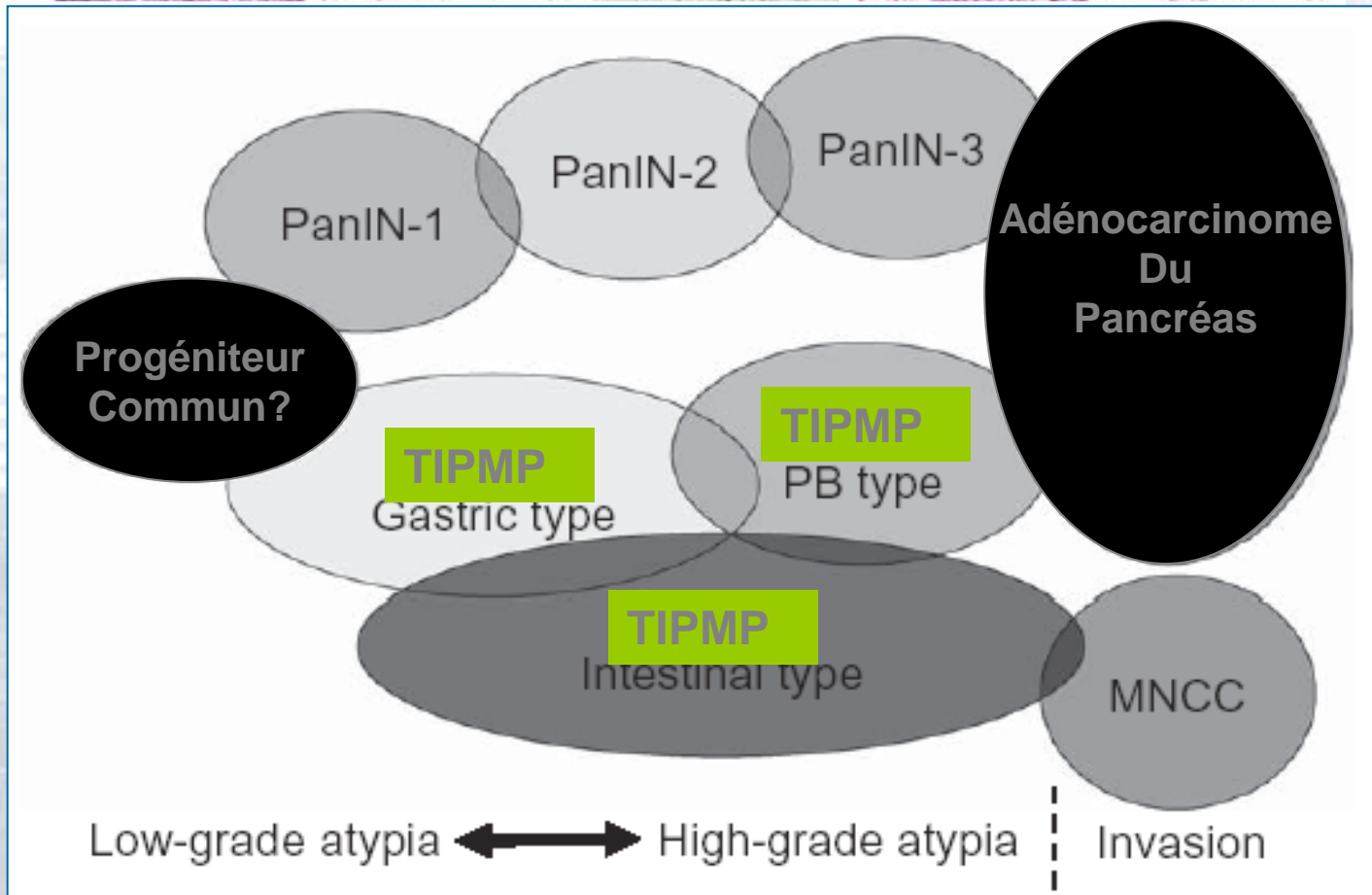
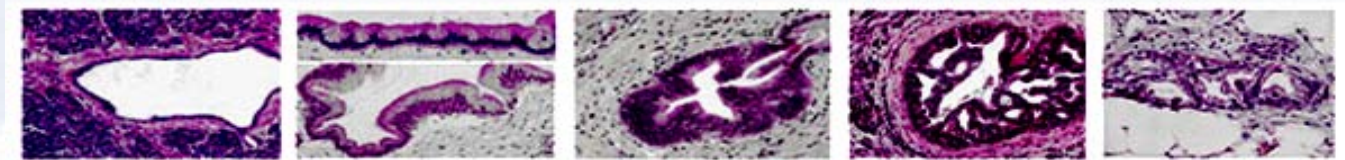


Le nœud du problème: le risque de dégénérescence

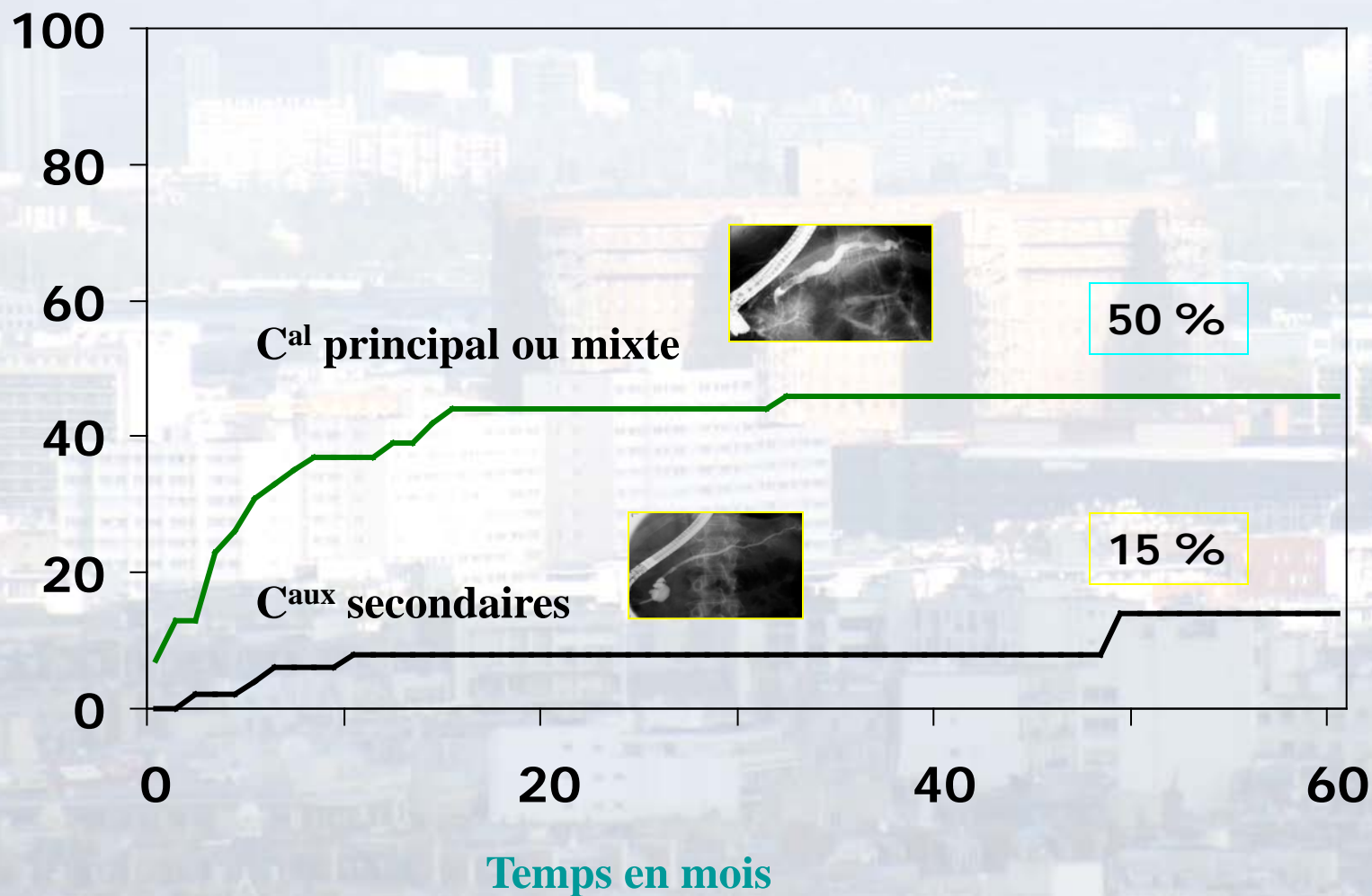


Carcinogenèse des TIPMP :

ressemble à celle du cancer colique

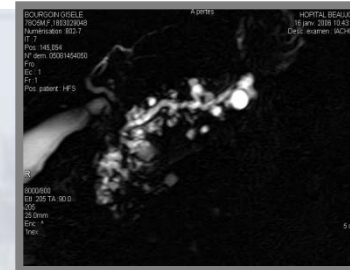
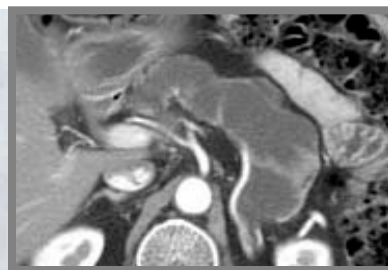
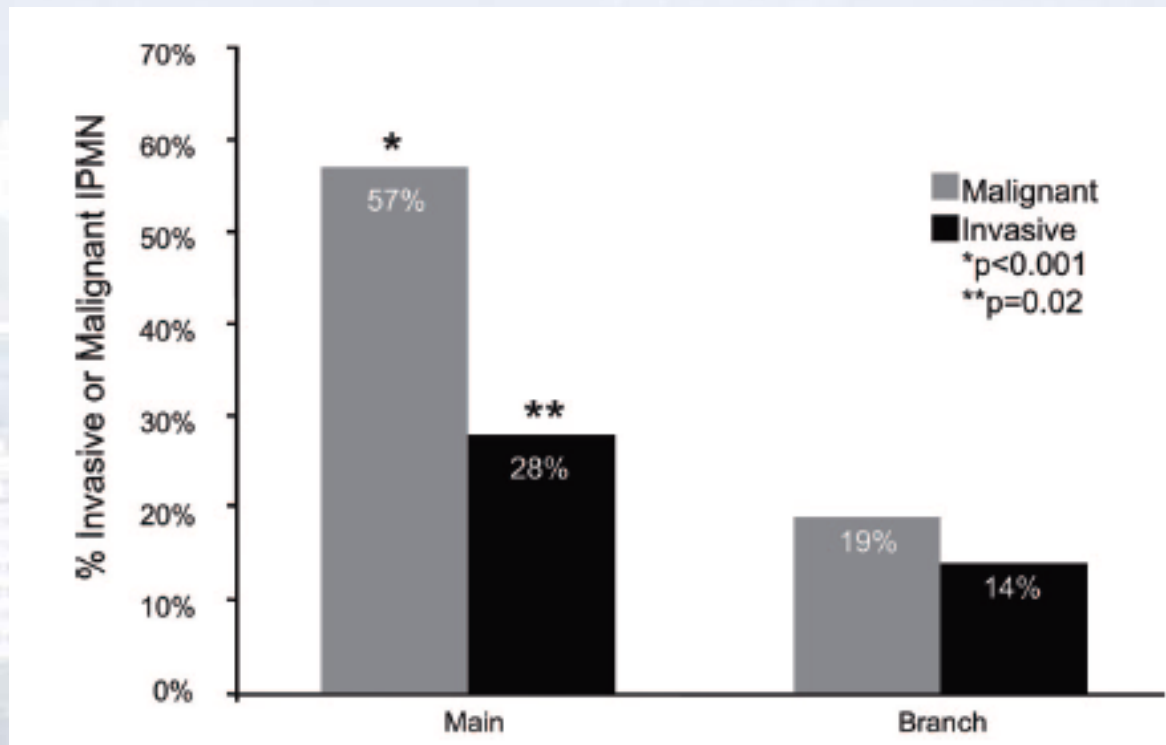


Risque actuariel de développer une dysplasie de haut grade ou un cancer en fonction de la topographie



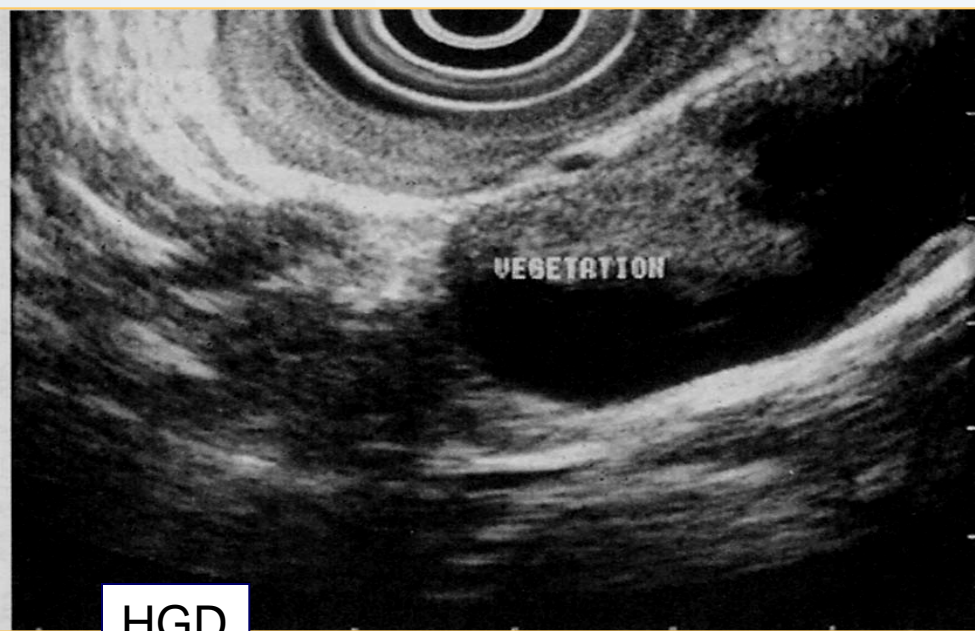
TIPMP : facteurs de risque de malignité

Atteinte du canal principal

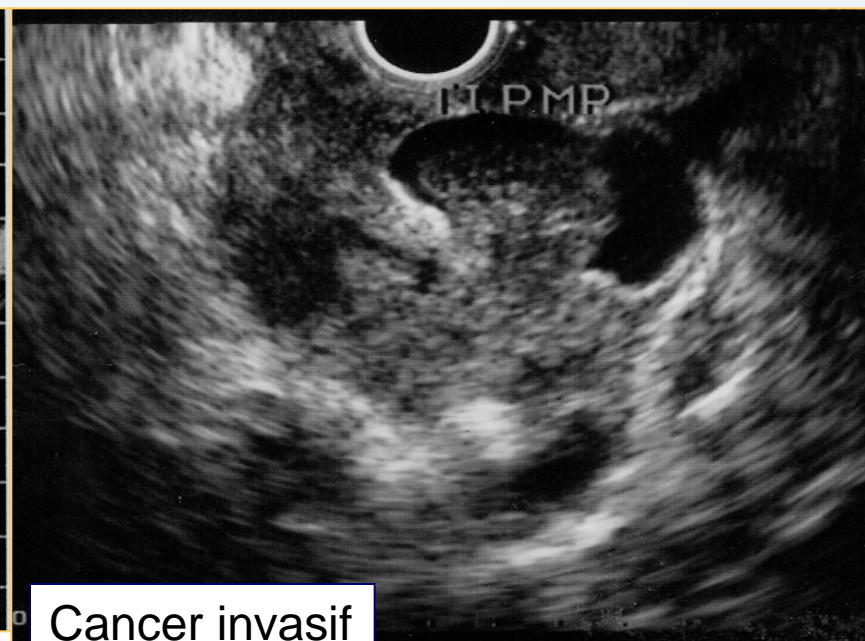


TIPMP : facteurs de risque de malignité

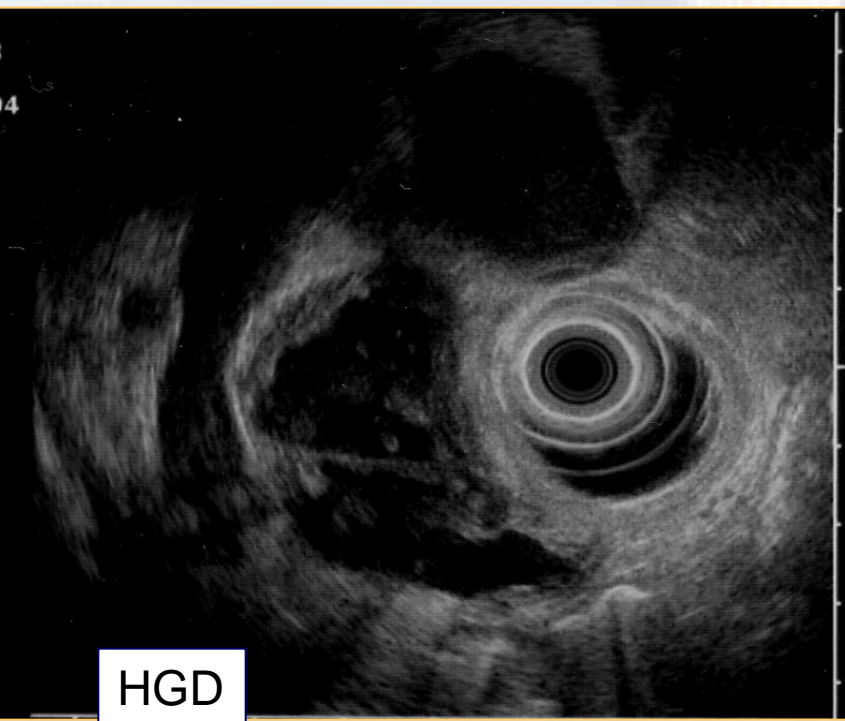
- Bourgeon > 3-5 mm
 - 93% carcinome in situ en cas de bourgeons
- Masse solide
 - VPP= 84% pour un carcinome invasif
93% pour un stade > in situ
- Diamètre Cx 2^{aires} > 30mm ???
 - NON



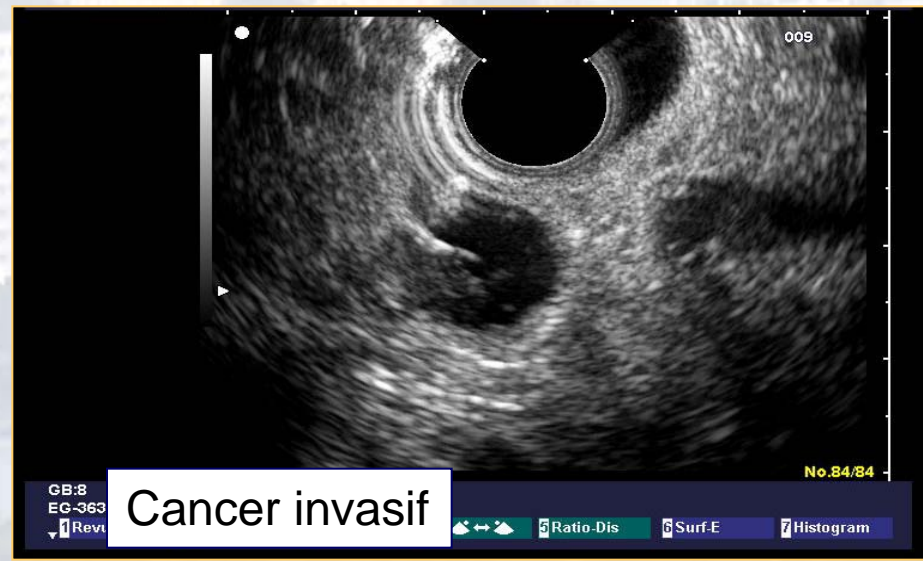
HGD



Cancer invasif

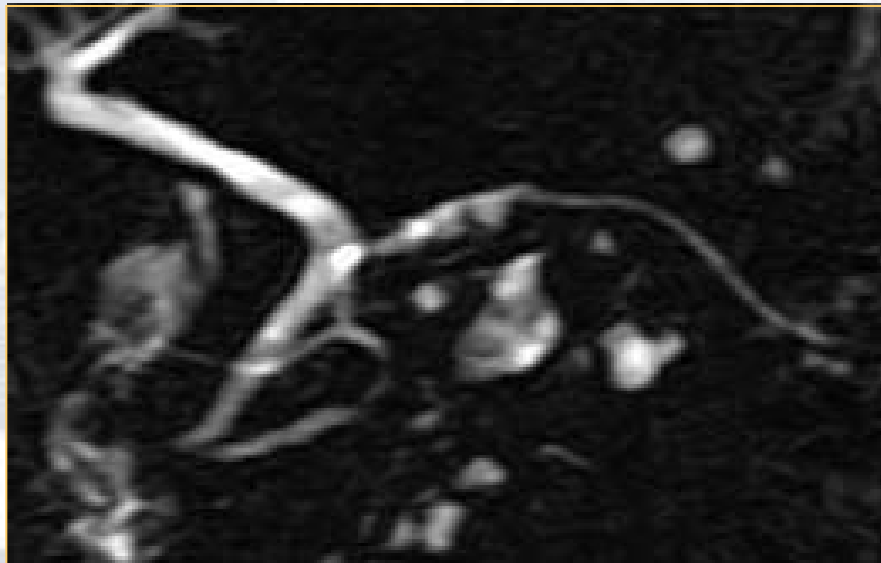


HGD

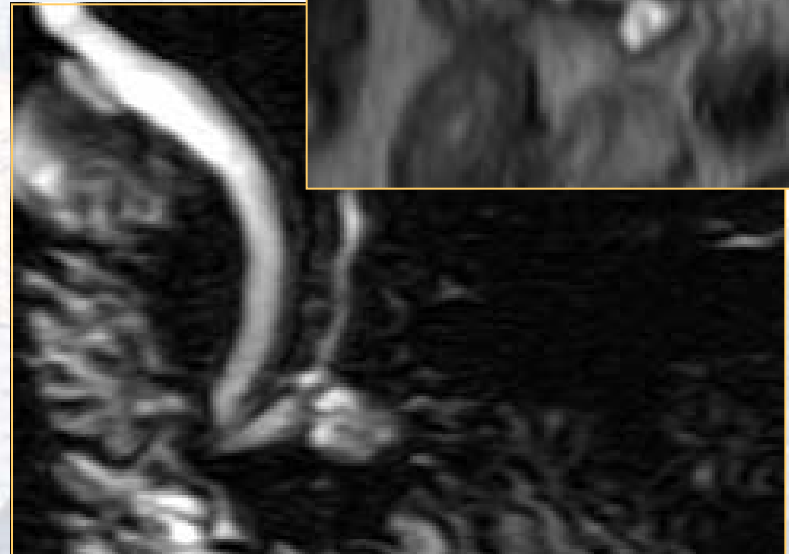


Cancer invasif

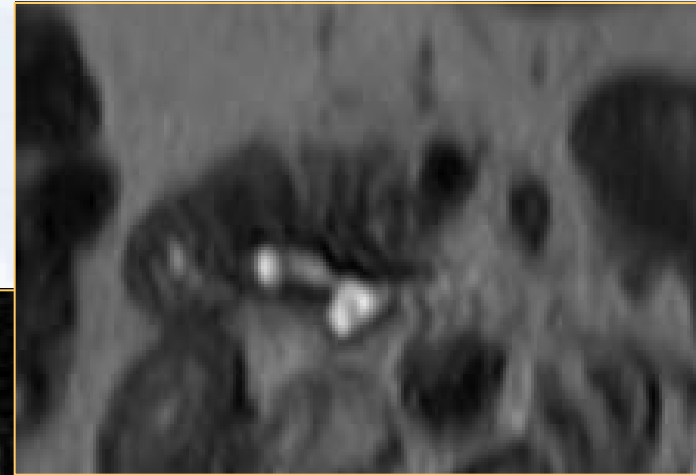
Bourgeon ou mucus ?



bourgeon

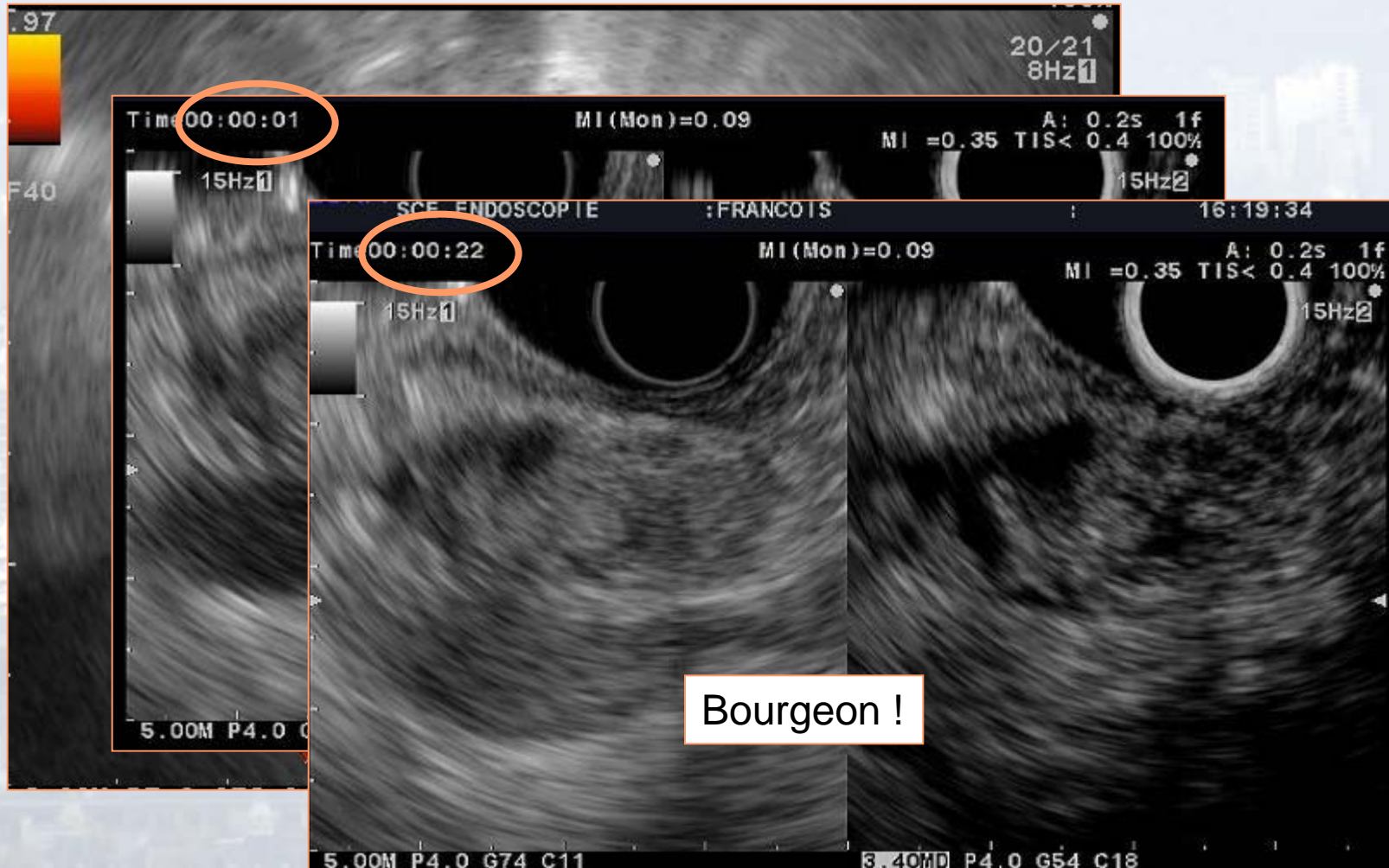


mucus



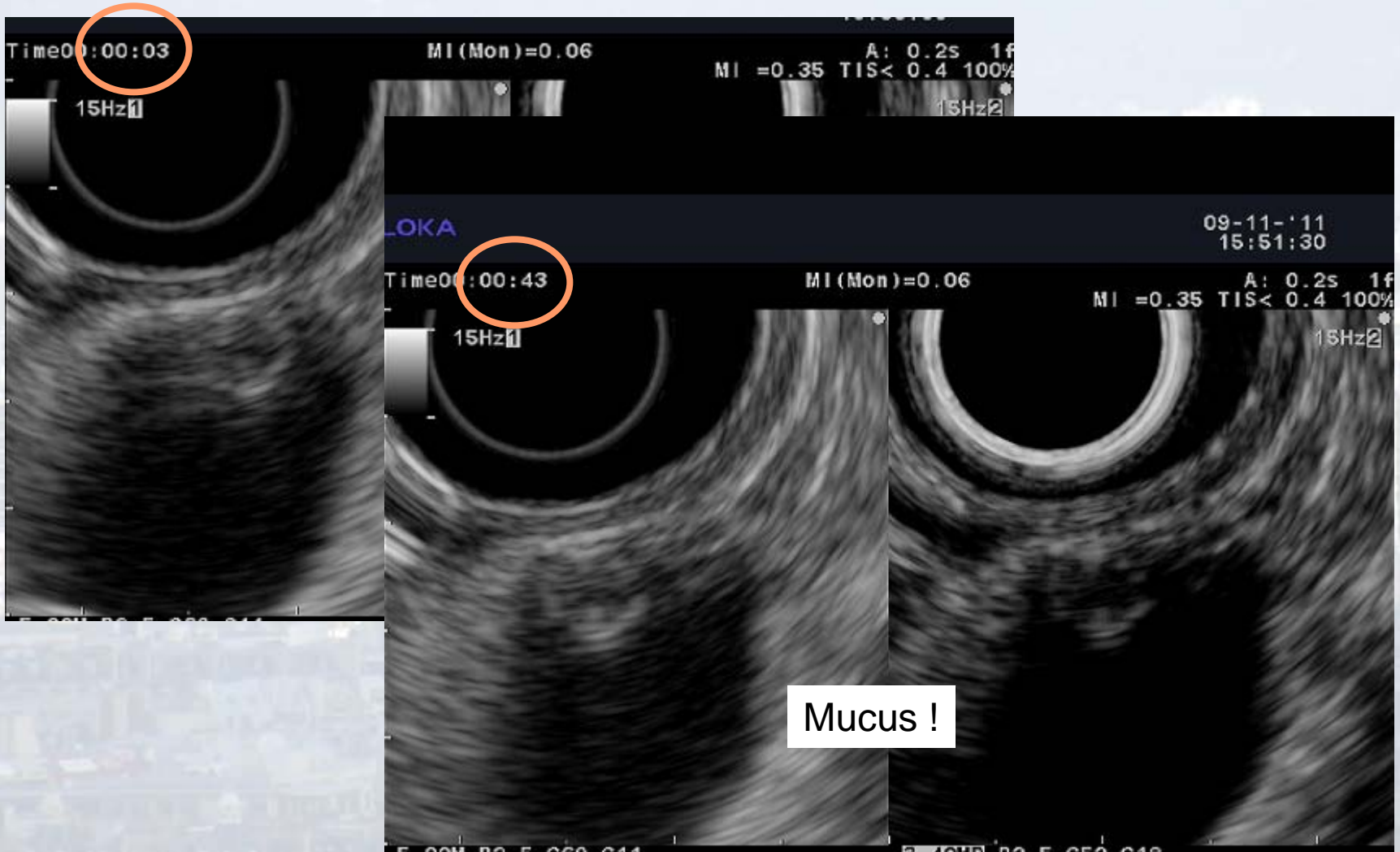
Bourgeon ou mucus ?

Apport de l'échographie de contraste



Merci pour ces clichés à L Palazzo

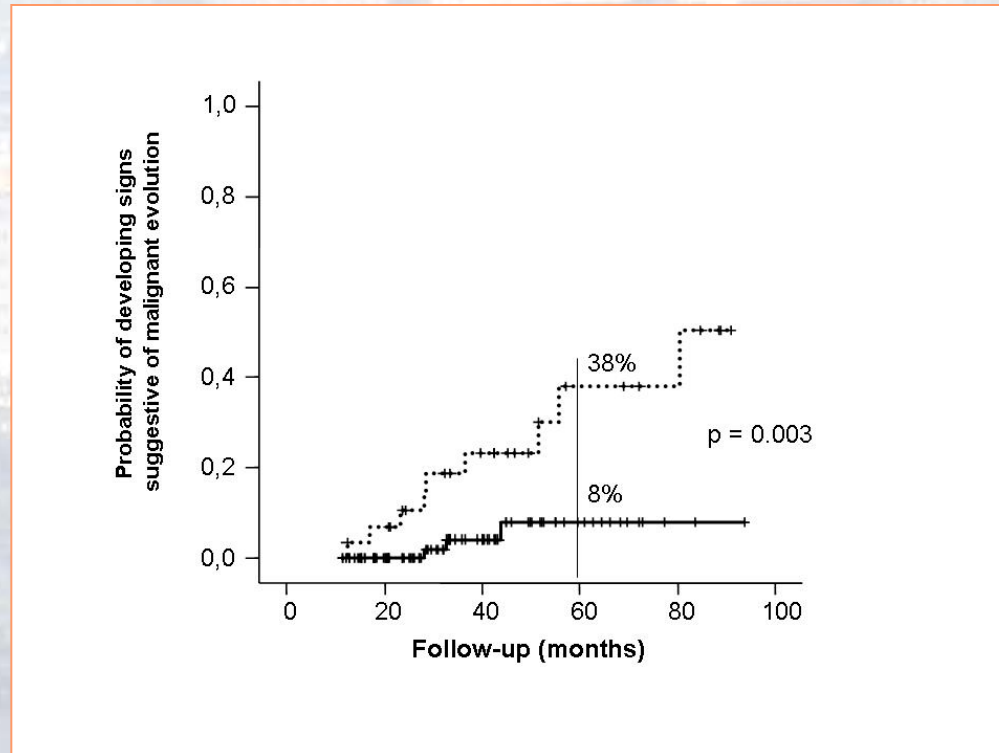
Bourgeon ou mucus ?



Merci pour ces clichés à L Palazzo

Augmentation de taille ?

- Attention si cela est confirmé sur 2 examens successifs



VRAI risque de transformation maligne

- Séries toujours issues de centres tertiaires
 - Quel est le risque dans la vraie vie ?
- Histoire naturelle de la TIPMP du canal principal
 - Inconnue et le restera sans doute
- Histoire naturelle de la TIPMP C2 avec “worrysomes”
 - Inconnue et le restera sans doute

Comment surveiller ?





| | Risque faible : | Risque moyen : | Risque fort : |
|-------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| | Taille ≤ 10 mm | 10 < Taille < 30 mm | |
| | Pas de facteur de risque | Pas de facteur de risque | Présence d'au moins 1 facteur de risque |
| 6 mois | - | - | EE et TDM |
| 1 an | IRM | EE+IRM | EE + TDM +IRM |
| 2 ans | EE | TDM | EE + TDM +IRM |
| 3 ans | TDM | EE+IRM | EE + TDM +IRM |
| 4 ans | IRM | TDM | EE + TDM +IRM |
| 5 ans | EE | EE+IRM | EE + TDM +IRM |
| Après 5 ans | IRM/EE/TDM un par an | rythme id | rythme id |

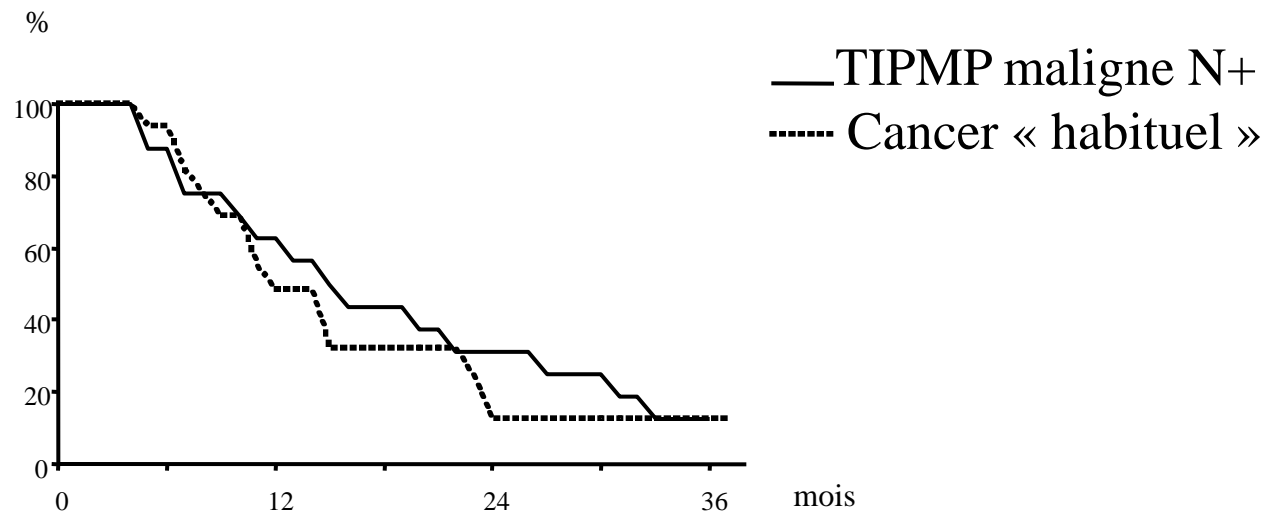
Facteurs de risque :

- Antécédent de cancer du pancréas chez un collatéral de 1^{er} degré ou deux collatéraux de 2^{ème} degré **et** âge > 65 ans
- Apparition d'un nodule mural (discussion chirurgicale si > 5 mm)
- Apparition d'un canal de Wirsung > 6 mm (discussion chirurgicale faite et exérèse non retenue dans un premier temps)
- Patient aux antécédents de TIPMP opérée avec au moins de la dysplasie de haut grade sur la pièce
- Taille de la plus grosse lésion ≥ 30 mm

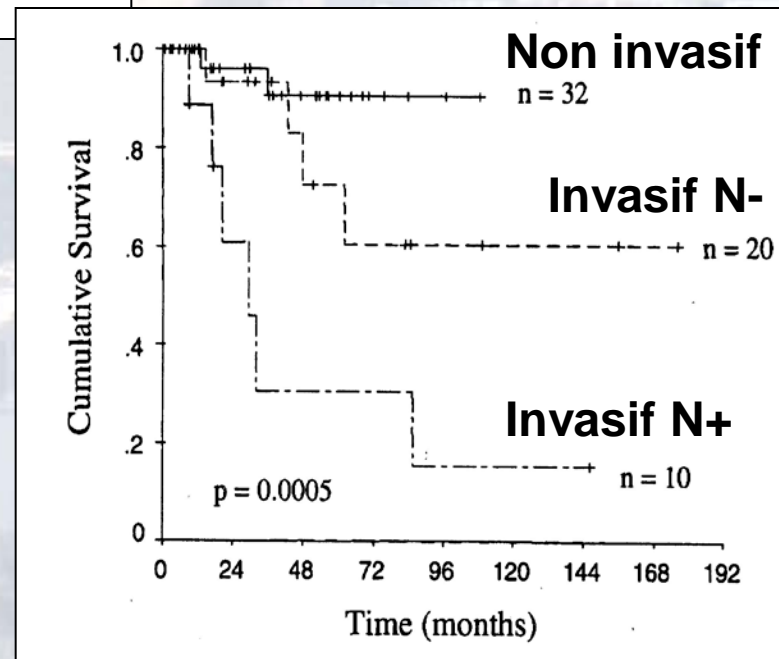
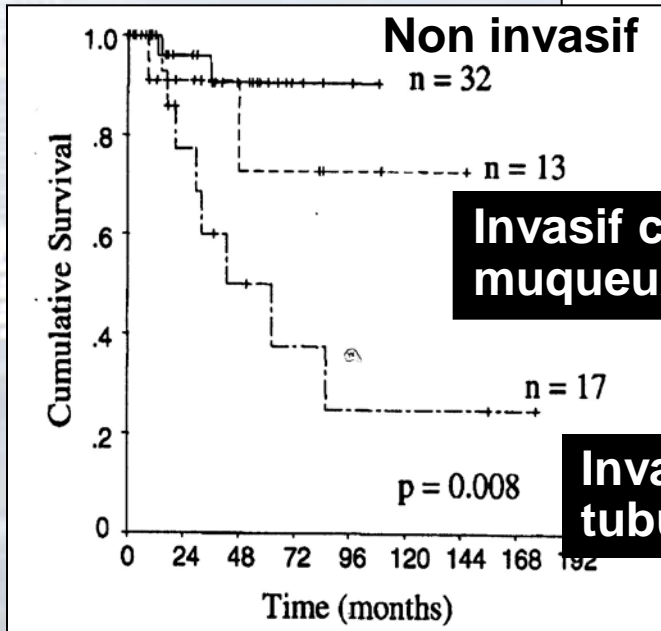
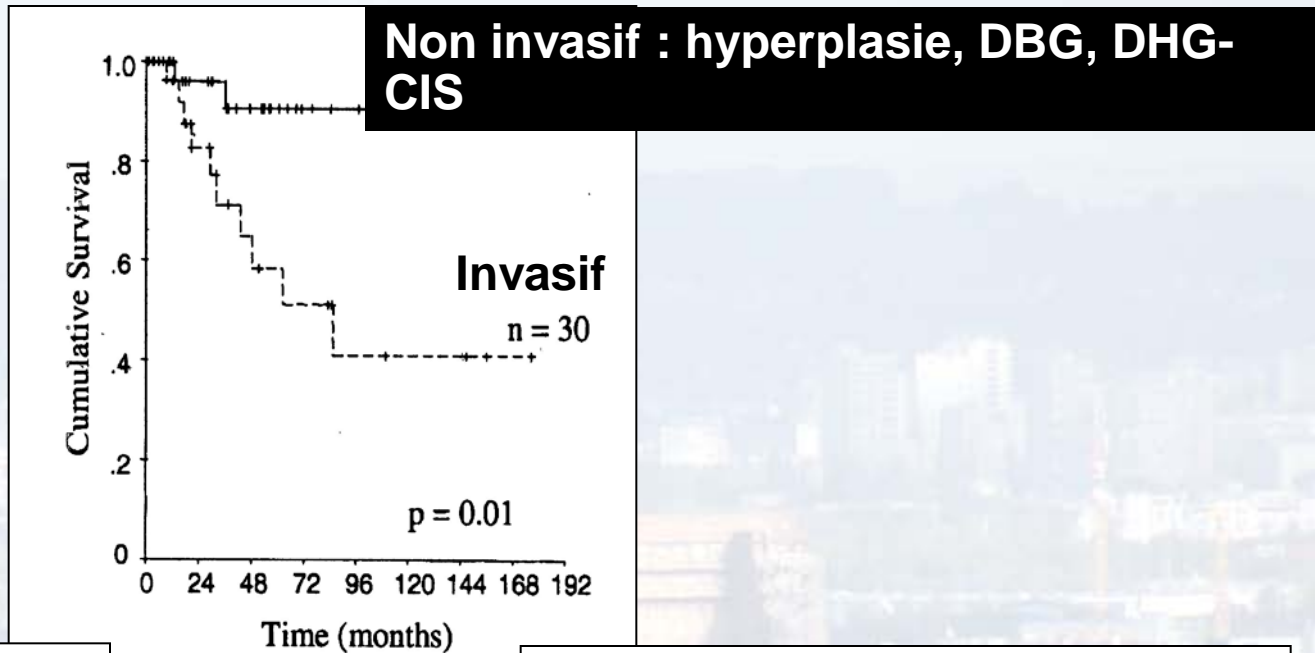
La vérité si je mens...

- Aucune étude n'a démontré un intérêt de la surveillance en termes de réduction des risque de cancer et de la mortalité
- L'expérience montre que les formes évolutives en imagerie correspondent le plus souvent à un stade précoce.

Pourquoi surveiller ?



Survie à distance après chirurgie



Ce qui reste en question

- Que faire quand la TIPMP est découverte à un âge jeune (<50 ans) ?
- Que faire en cas de découverte dans un contexte familial ?

Conclusions

- Connaître les critères d'évolutivité des TIPMP
 - Atteinte du canal principal
 - Bourgeon > 5 mm
 - Augmentation de taille
- Connaître les examens recommandés pour le suivi
- Comprendre le but de la surveillance

Conclusions

- Connaître les critères d'évolutivité des TIPMP
- Connaître les examens recommandés pour le suivi
 - CP-IRM
 - Scanner
 - EE ++
 - La fréquence dépend de la taille de la lésion la plus grosse
- Comprendre le but de la surveillance

Conclusions

- Connaître les critères d'évolutivité des TIPMP
- Connaître les examens recommandés pour le suivi
- **Comprendre le but de la surveillance**
 - Prévention de l'adénocarcinome pancréatique
 - Pancréatectomie prophylactique avant le stade invasif

PARTICIPER à www.teamp.org

Cohorte nationale pour le suivi prospectif des TIPMP des canaux secondaires



Etude TEAM-P
Service de Pancréatologie
Hôpital Beaujon
100, boulevard du Général Leclerc
92110 Clichy
Tel: 01 40 87 52 25
Fax: 01 42 70 37 84
cohorteteamp@gmail.com
Coordination: Vinciane Rebours

Qu'est-ce que l'étude TEAM-P ?

Vous êtes investigateur, entrez ici

Sous l'égide de :



Les cinq points clés :

- L'atteinte du canal pancréatique principal et la présence d'un bourgeon endokystique sont les principaux facteurs de risque de dégénérescence
- La surveillance repose sur l'utilisation raisonnée, régulière et en alternance du scanner, de l'IRM et de l'échoendoscopie, elle doit porter à la fois sur le système canalaire et sur le parenchyme
- La surveillance des TIPMP doit se maintenir dans le temps
- Les protocoles de surveillance doivent s'appliquer à des malades opérables
- Il n'a jamais été démontré que les stratégies mises en place sont efficaces. Il paraît cependant légitime de soumettre les malades à cette surveillance.