



Recommandations de l'AGA sur la prise en charge
des
Lésions Kystiques du Pancréas (LKP) de découverte fortuite

Docteur Laurent Palazzo
Clinique du Trocadéro
Paris

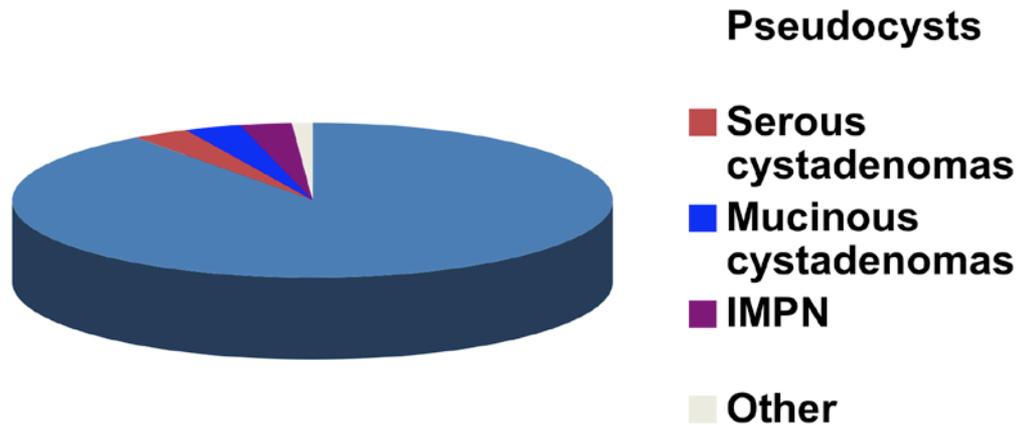


OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- 1) Connaître les principaux diagnostics différentiels des LKP
- 2) Connaître la prise en charge des principales LKP (hors pseudo-kyste)
- 3) Connaître les modalités de surveillance après chirurgie

Pas de conflit d'intérêt
en rapport
avec cette présentation

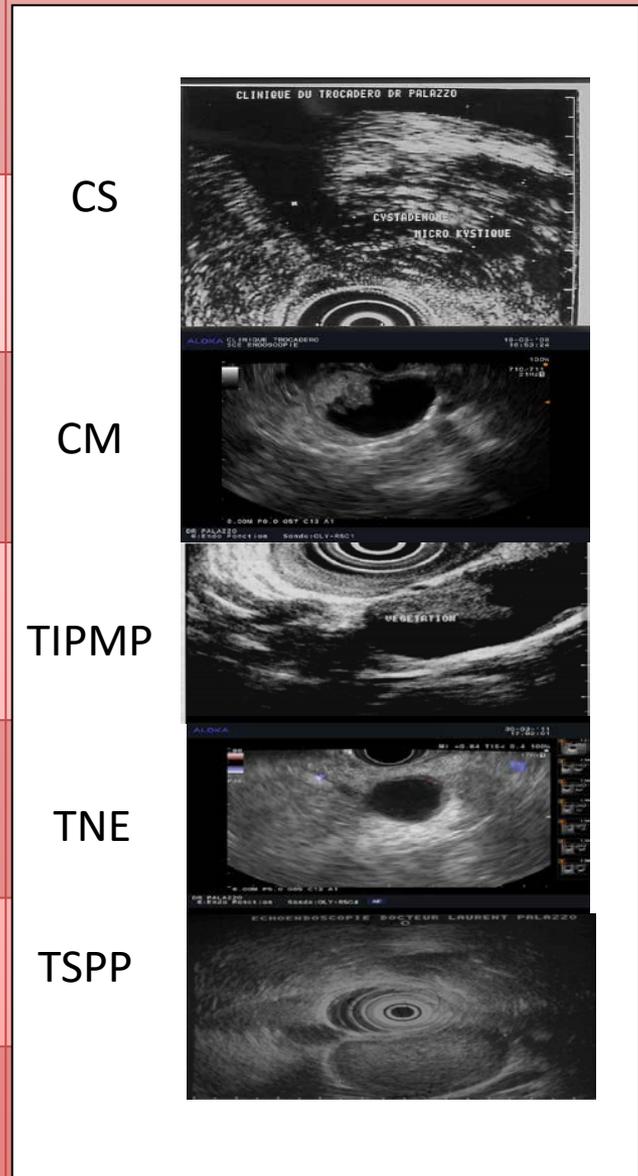
Lésions kystiques du pancréas



- Classiquement, 90% des LKP sont des pseudo-kystes!
- En réalité, 80% des LKP observées de nos jours sont des tumeurs kystiques aux premiers rangs desquelles
 - La TIPMP (50% des T kystiques)
 - Le Cystadénome Séreux (35% des T kystiques)
- Une ou plusieurs LKP sont présentes chez 25% des patients âgés de plus de 80 ans avec 3% de tumeurs dégénérées (série autopsique) et chez 2,5% de la population de plus de 50 ans (série IRM de dépistage)

Epidémiologie des principales tumeurs kystiques

Type	sexe	Décade Localisation dans la glande	% des Tumeurs kystiques
Cystadénome Séreux	F = 75%	7 ^{ème} _ Toute la glande	35%
Cystadénome Mucineux	F > 95%	5 ^{ème} -corps queue	15%
TIPMP	F = H	6 ^{ème} _ 7 ^{ème} _ Toute la glande-	50%
TNE kystique	F = H	5 ^{ème} _ 6 ^{ème} _ Toute la glande	< 10%
TSPP	F > 80%	4 ^{ème} _ Queue	< 10%
Adénocarcinome kystisé	F = H	6 ^{ème} _ 7 ^{ème} _ -	< 1%



Tumeurs kystiques, risque de dégénérescence?

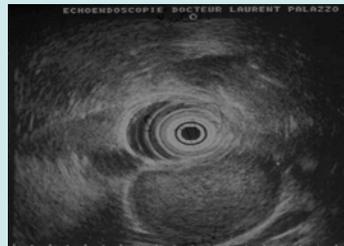
Cystadénome sereux.



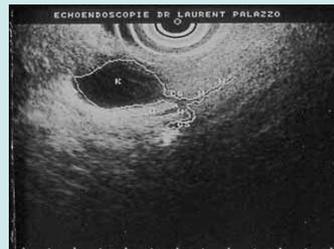
Cystadénome mucineux.



Tumeur solide pseudo-papillaire



TIPMP canaux secondaires



TIPMP canal principal



< 1%

10-20 %

≥ 50 %

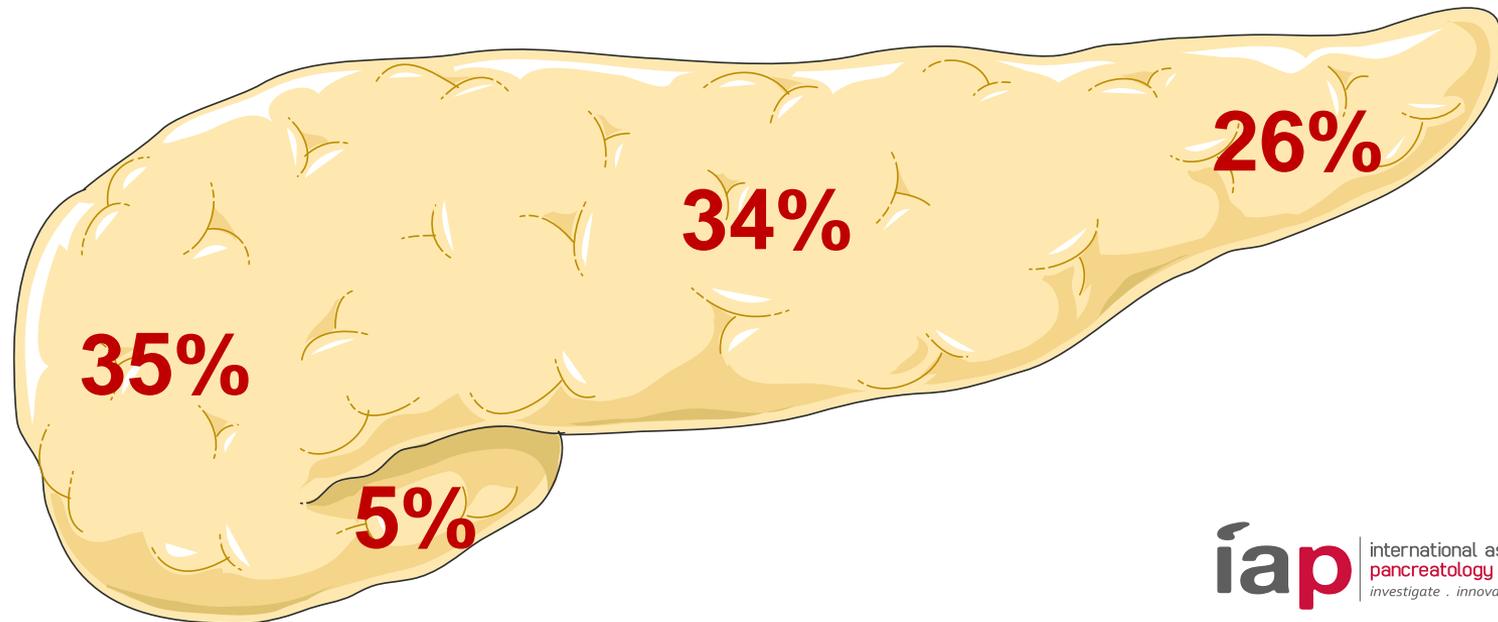
Lésions kystiques facilement diagnostiquées par l'imagerie en coupe ou l'échographie

- Pseudo-kyste typique (chronologie après pancréatite aiguë)
- Cystadénome séreux typique
- Cystadénome mucineux typique
- TIPMP typique
- Cystadenocarcinome typique
- T solide pseudo-papillaire

diagnostics difficiles

- 1 Diagnostic différentiel entre le Cystadénome séreux macrokystique et
a) Le Cystadénome mucineux non typique
b) La volumineuse TIPMP d'un canal secondaire sans communication visible
- 2 Diagnostic différentiel entre Cystadénome séreux non typique et TIPMP des canaux secondaires
- 3 Diagnostic de TNE kystique
- 4 Diagnostic des lésions kystiques rares

Le cystadénome séreux sa localisation dans la glande



n = 2495

iap | international association of
pancreatology
investigate . innovate . inspire

E·P·C
European Pancreatic Club
Founded 1965

Etude de l'association internationale du pancréatologie coordonnée par le Pr Ph Levy

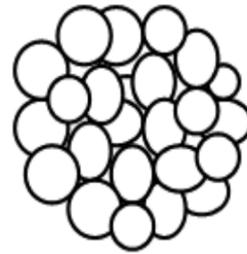
Cystadénome séreux

Différents aspects morphologiques

aspect	Microkystique	Macrokystique	Mixte	Solide
(%, n = 2,516)	45	32	18	5



Microcystic type



Microcystic type



Microcystic type



Microcystic type

Calcification
centrale dans
30% des cas

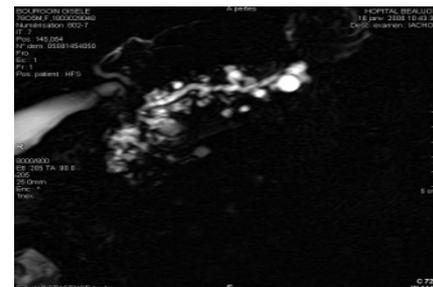


Les cystadénomes séreux posent de nombreux problèmes de diagnostic différentiel

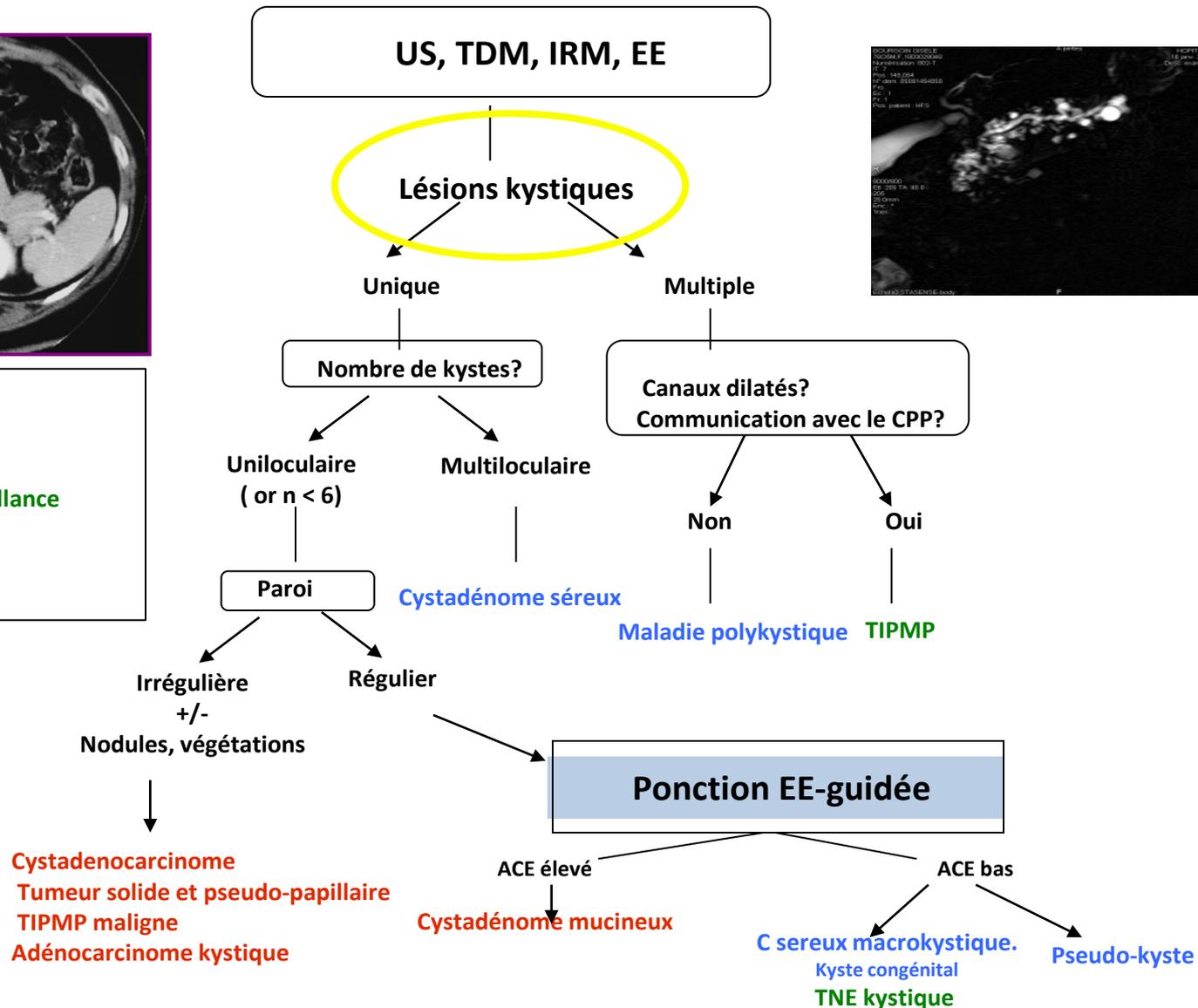
- La forme microkystique et la forme oligokystique peuvent être mimées par les TIPMP
- La forme macrokystique uniloculaire peut en imposer pour un cystadénome mucineux
- Le cystadénome séreux s'associe dans 15% des cas avec une autre T kystique et notamment à une TIPMP

Lésions kystiques du pancréas: algorithme

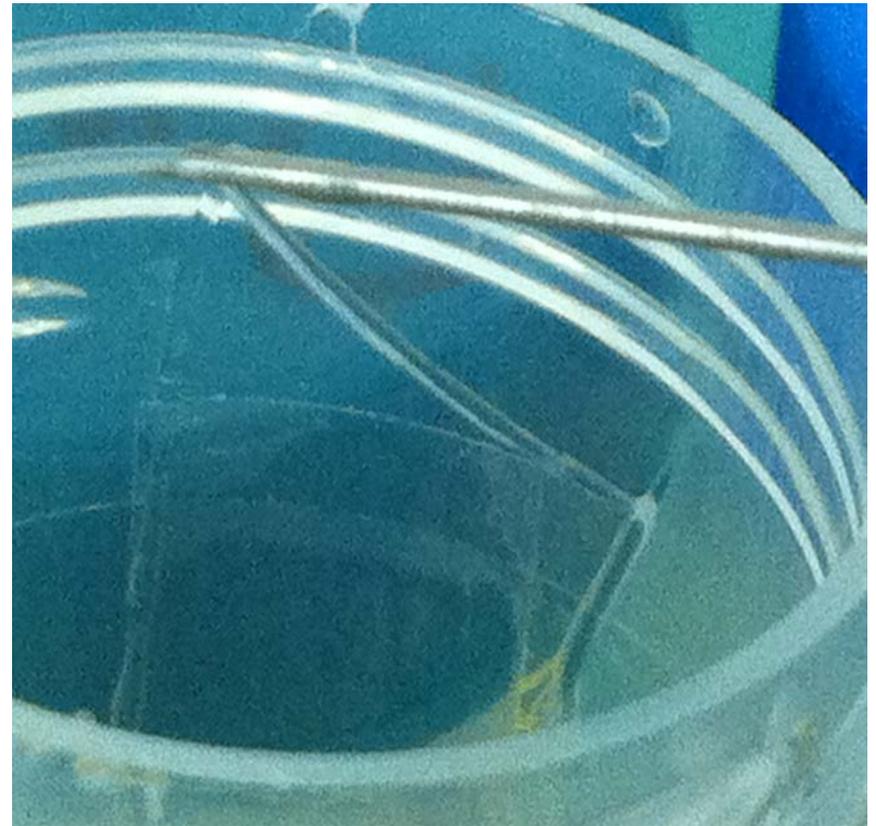
Hammel P. Gastroenterol Clin Biol 2002

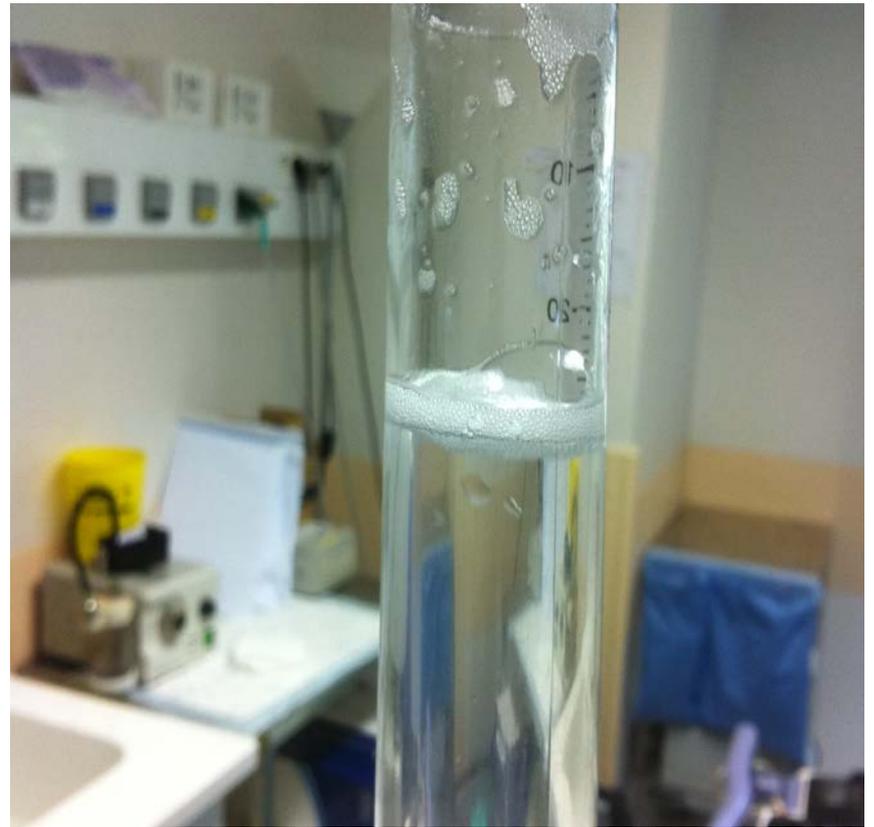


	Surveillance
	Resection ou surveillance
	Resection



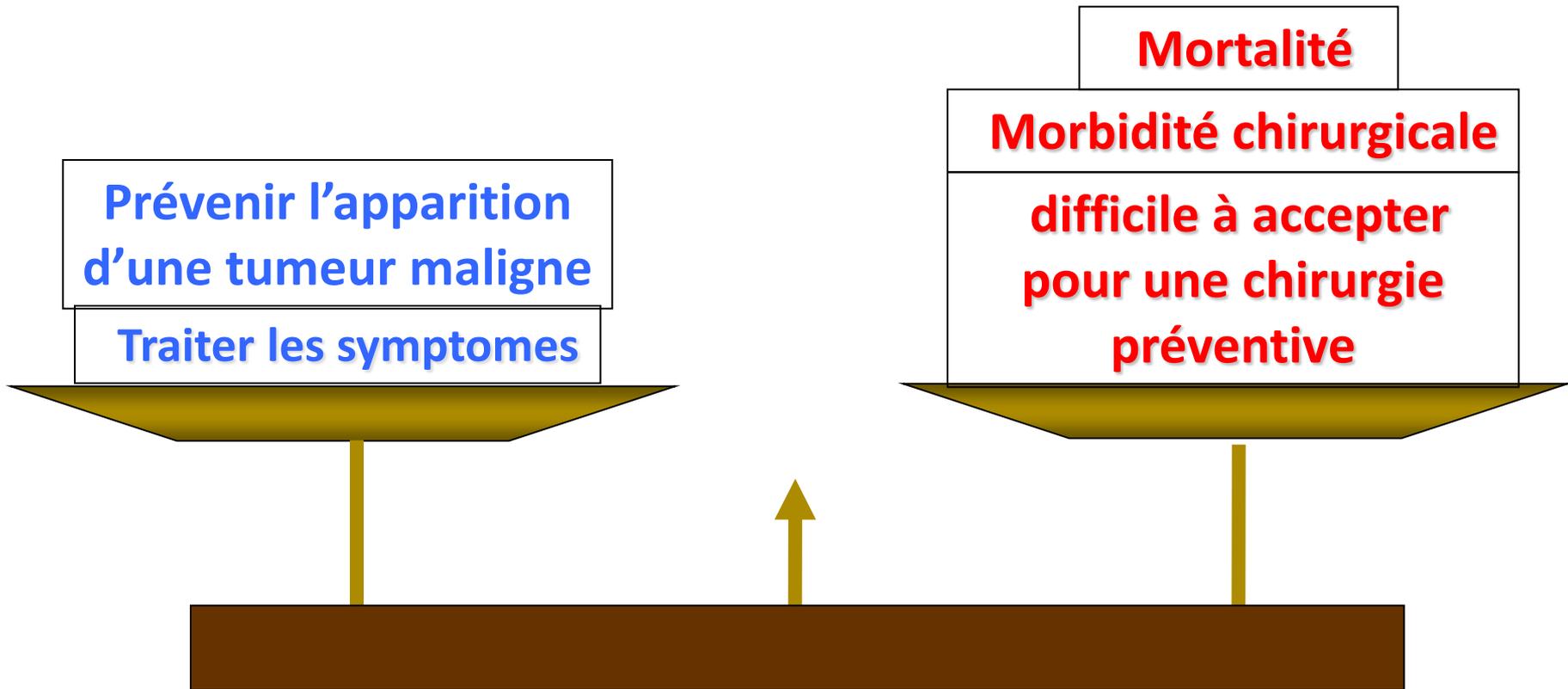
« String sign »

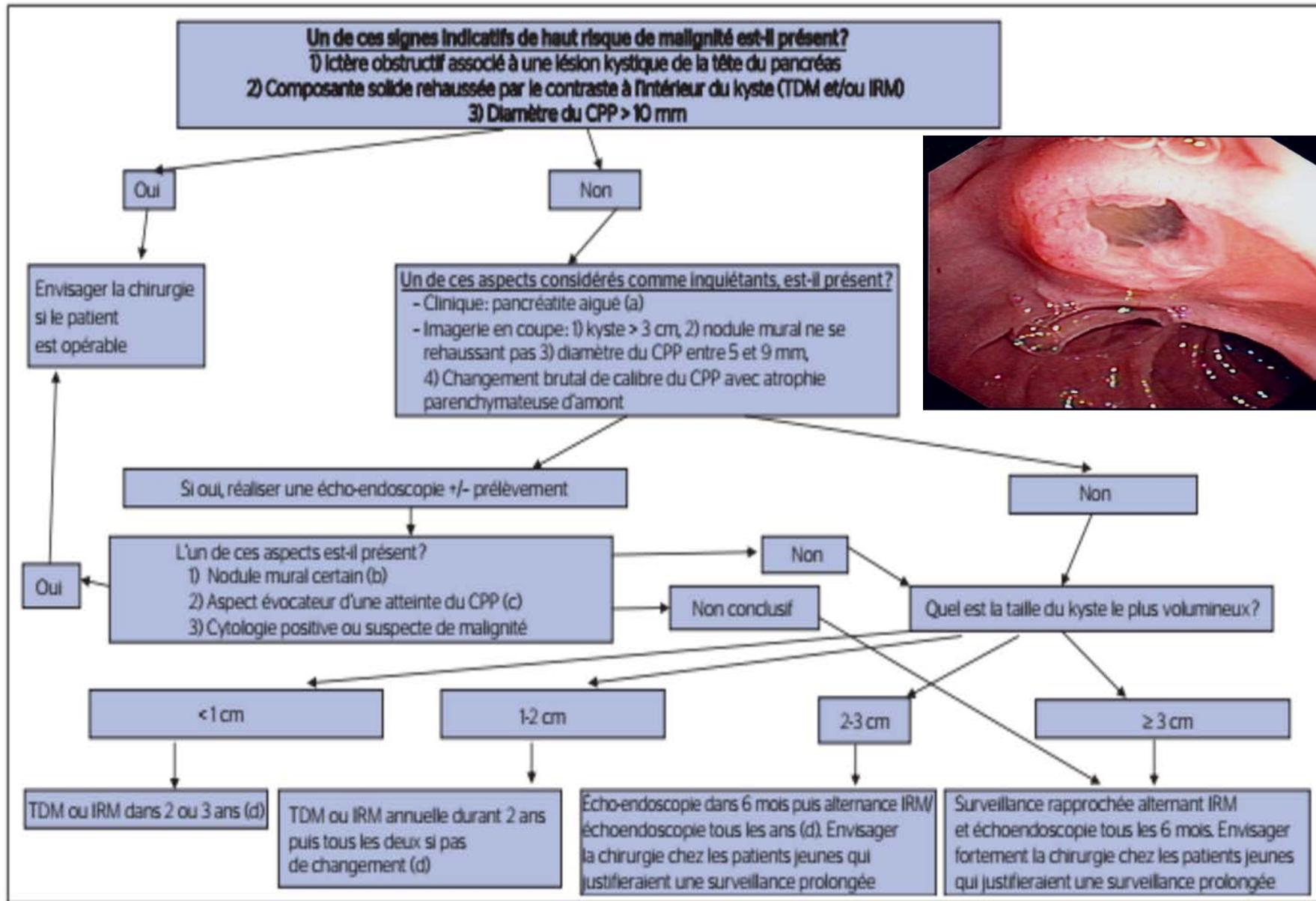






TIPMP des canaux secondaires : opérer ou surveiller





Algorithme de prise en charge des TIPMP selon le consensus d'expert 2012

Les 10 recommandations de l'AGA sur la prise en charge
des
Lésions Kystiques du Pancréas (LKP) de découverte fortuite

5 recommandations de l'AGA sont en accord avec le consensus d'expert de 2012 sur la prise en charge des T kystiques mucineuses

- 1) L'AGA recommande d'informer précisément et loyalement les patients sur les risques que génère leur maladie et sur les bénéfices et inconvénients de la surveillance proposée
- 2) L'AGA suggère de réaliser une EE avec prélèvement lorsqu'une LKP présente 2 des 3 critères « *inquiétants* » suivant
 - **Taille du kyste > 3cm**
 - **Présence d'une composante solide ou d'un nodule mural**
 - **Dilatation du CPP (diamètre non précisé mais > 5mm est recommandé par le consensus)**

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

5 recommandations de l'AGA sont en accord avec le consensus d'expert de 2012 sur la prise en charge des T kystiques mucineuses

- 3) L'AGA suggère que l'apparition de l'un de ces 3 critères au cours de la surveillance est une indication d'EE avec prélèvement

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

- 4) L'AGA suggère de faire opérer les patients qui ont à la fois une composante solide/nodule mural et une dilatation du CPP et/ou une cytologie positive en EE

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

- 5) L'AGA recommande de faire opérer dans un centre ayant démontré une expertise en chirurgie pancréatique les patients qui ont une LKP de découverte fortuite justifiant la chirurgie

Recommandation forte, très bas niveau de preuve

5 recommandations de l'AGA sont en désaccord avec le consensus d'expert de 2012 sur la prise en charge des T kystiques mucineuses

- 1) et 2) L'AGA suggère de surveiller par IRM avec C-PIRM un an plus tard puis tous les 2 ans à concurrence de 5 ans puis d'interrompre la surveillance lorsque la ou les LKP n'ont aucun critère inquiétant et aucune modification au cours du suivi.

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

- 3) En l'absence de signe inquiétant après EE avec prélèvement, l'AGA suggère de vérifier par IRM un an et 2 ans plus tard l'absence de modification des signes qui avaient conduit au prélèvement.

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

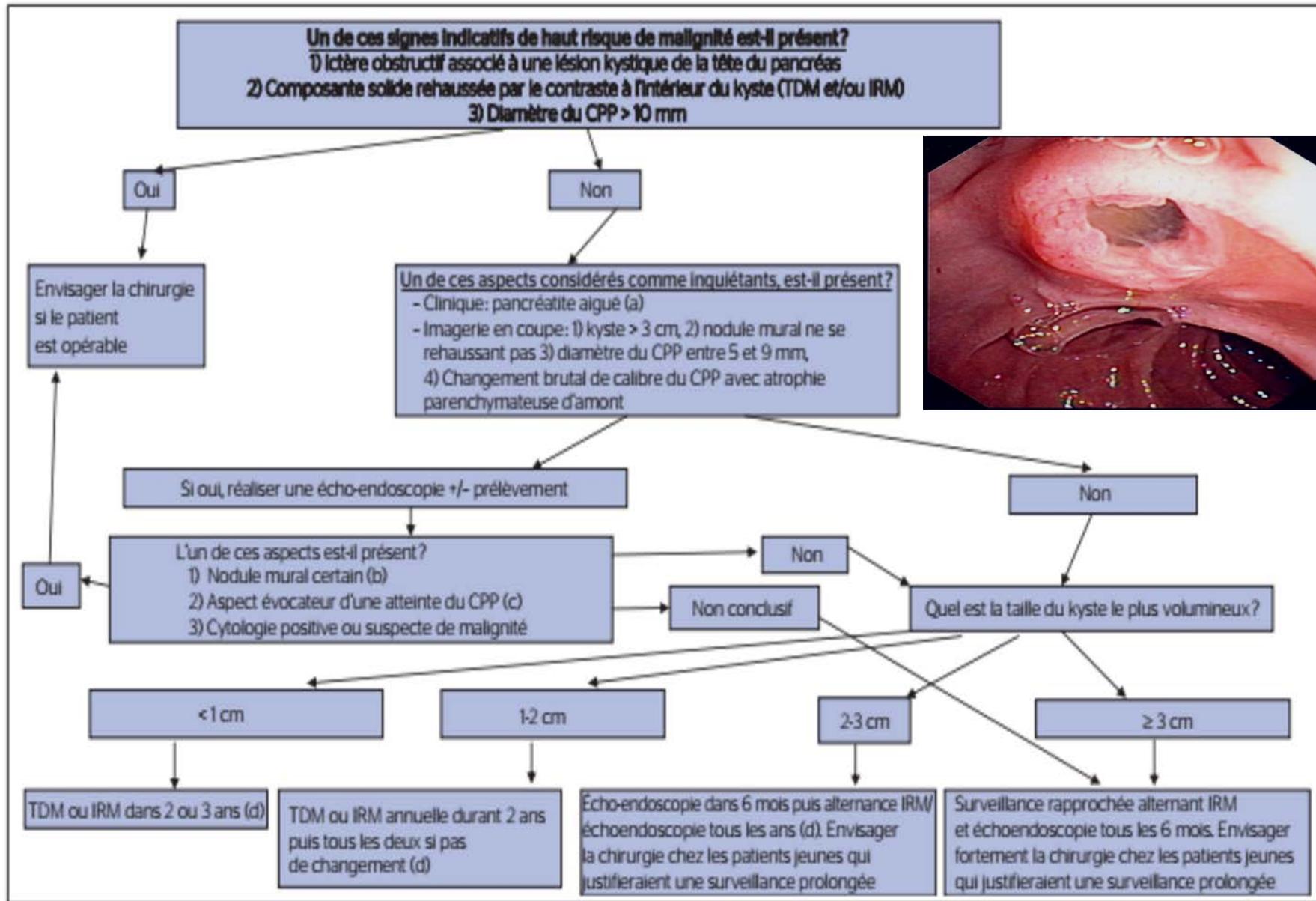
5 recommandations de l'AGA sont en désaccord avec le consensus d'expert de 2012 sur la prise en charge des T kystiques mucineuses

- 4) L'AGA suggère une surveillance du pancréas restant par IRM tous les 2 ans après chirurgie d'exérèse d'une LKP avec dysplasie de haut grade ou cancer invasif

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

- 5) L'AGA suggère de ne pas surveiller les kystes restants si il n'y avait pas de DHG ou de cancer sur le pancréas réséqué

Recommandation conditionnelle, très bas niveau de preuve

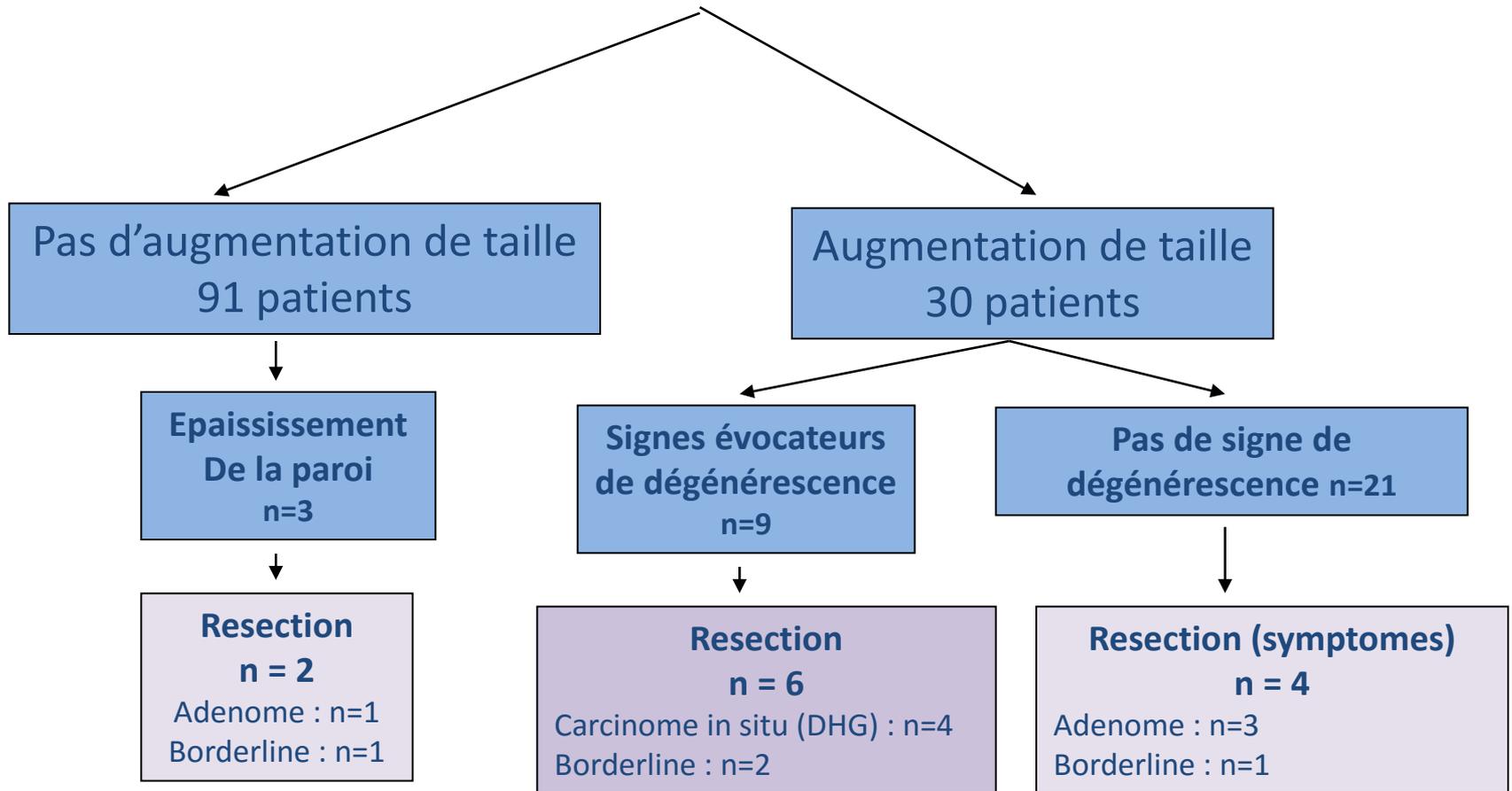


Algorithme de prise en charge des TIPMP selon le consensus d'expert 2012

Evolution des TIPMP des canaux secondaires surveillées

sans nodule mural, ni dilatation du canal principal, diamètre < 3 cm

121 patients, médiane de surveillance: 3 ans



Chirurgie chez 10 % des patients, pas de cancer invasif

Etude rétrospective sur la surveillance des TIPMP avec signes inquiétants et stigmates à haut risque de malignité



Stefano Crippa
Stefano Partelli
Massimo Falconi



Giovanni Marchegiani
Carlos Fernandez-del Castillo



Nazir Ahmed
Suresh T. Chari



Shadeah L. Suleiman
Peter A. Banks

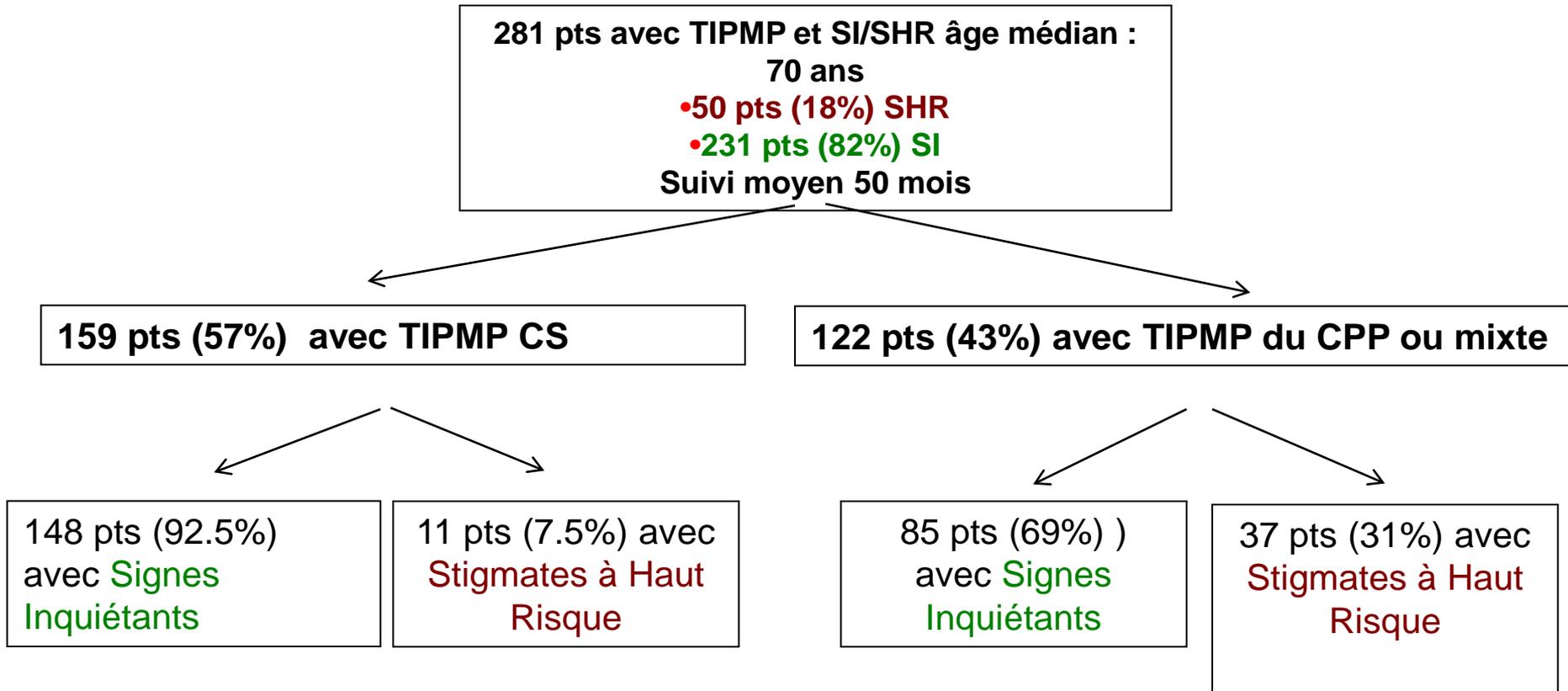


Vinciane Rebours
Philippe Levy



Giuseppe Malleo
Roberto Salvia
Claudio Bassi

Etude rétrospective sur la surveillance des TIPMP avec signes inquiétants(SI) et stigmates à haut risque de malignité (SHR)

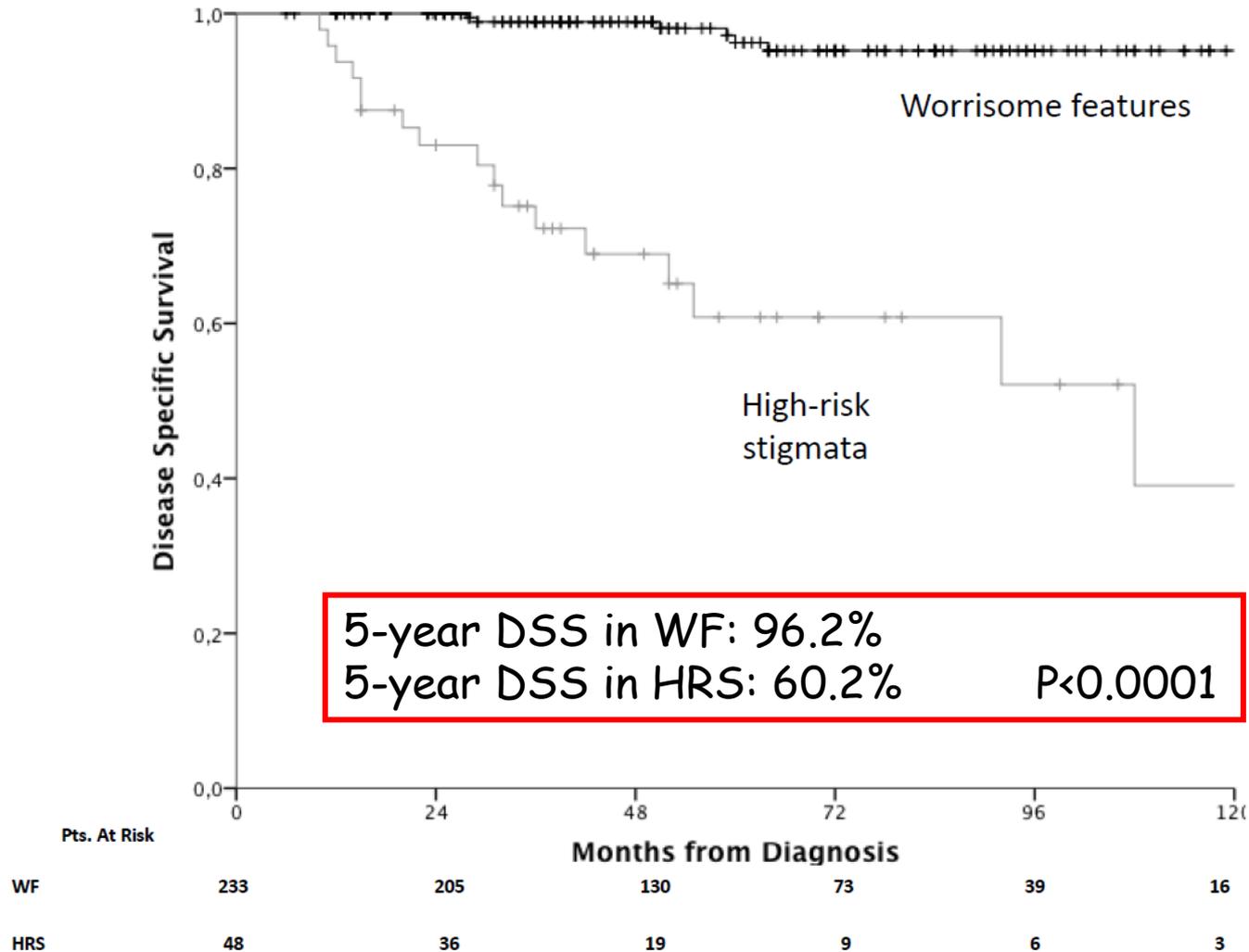


Seulement 35% des patients ont eu une EE avec prélèvement et donc un diagnostic formel de TIPMP

Signes inquiétants/ stigmates de haut risque de malignité

Variable	Overall cohort (n=281) N (%)	BD-IPMNs (n=159) N (%)	MD/mixed-IPMNs (n=122) N (%)	<i>P</i>
WORRISOME FEATURES				
Presence of nodules	48 (17)	24 (15)	24 (20)	0.312
Cyst size \geq 30 mm	180 (64)	147 (92.5)	33 (27)	0.0001
MPD size 5-9 mm	88 (31)	5 (3)	83 (68)	0.0001
Presence of acute pancreatitis	27 (10.5)	15 (10)	12 (11)	0.877
Presence of atypical cytology	11 (4)	6 (4)	5 (4)	0.889
HIGH-RISK STIGMATA				
Presence of enhancing nodules	22 (8)	9 (6)	13 (11)	0.122
MPD size \geq 10 mm	31 (11)	0	31 (25)	0.0001
Presence of Jaundice	8 (3)	1 (0.5)	7 (6.5)	0.01
Presence of malignancy at cytology	5 (2)	2 (1)	3 (2.5)	0.450

Survie spécifique à 5 ans chez les patients avec signes inquiétants/stigmates de haut risque de malignité



Analyse multivariée pour la survie spécifique à 5 ans chez les patients avec stigmates de haut risque

Variable	n	HR	95% CI	P
Age ≤ 70	21	1	-	-
Age > 70	29	15.766	2.73-90.36	0.002
Malignant cytology				
-No	45	1	-	-
-Yes	5	10.881	1.60-73.7	0.014
Jaundice				
-No	42	1	-	-
-Yes	8	18.004	2.47-131.2	0.004
MPD > 15 mm*				
-No	42	1	-	-
-Yes	8	13.982	2.44-80.01	0.003

* Maximization of the log rank χ^2 statistic identified MPD > 15 mm as the optimal cut-off for survival benefit

Analyse multivariée pour la survie spécifique à 5 ans chez les patients avec signes inquiétants (n=231)

Variable	n	HR	95% CI	P
Age \leq 70	125	1	-	-
Age $>$ 70	106	3.122	0.59-16.3	< 0.0001
ACE 27 \leq 2	181	1	-	-
ACE 27 $>$ 3	50	8.103	1.45-45.26	0.017

TIPMP des canaux secondaires kyste > 3cm

- ✓ Le diamètre > 3cm, le diamètre > 5cm, et l'augmentation de taille du kyste durant le suivi ne modifient ni la survie globale ni la survie spécifique des TIPMP des canaux secondaires
- ✓ La survie spécifique à 5 ans de 97% des 159 pts avec TIPMP des canaux secondaires ayant des signes inquiétants (92.5% ont un kyste > 30 mm) confirme que le critère de taille est peu pertinent en terme de risque de dégénérescence à moyen terme.

Résumé de l'étude

- ✓ La mortalité chez les patients ayant des signes inquiétants est presque uniquement liée à l'âge et aux comorbidités
- ✓ Le risque de décès est 10 fois plus élevé chez les patients ayant des stigmates de haut risque que chez les patients ayant des signes inquiétants (40% versus 4%)
- ✓ La chirurgie doit être recommandée si elle est possible chez les patients ayant des stigmates de haut risque de malignité
- ✓ La surveillance doit être la principale option de la prise en charge des TIPMP des canaux secondaires ayant une taille > 3cm



- **Devant la découverte fortuite d'une LKP, une information loyale, détaillée, précise et bien comprise sur les risques évolutifs de la maladie et le rapport bénéfice/risque des modalités de surveillance est indispensable avant de débuter le suivi.**
- **En présence de 2 des 3 facteurs de risque suivants :**
 - Taille > 3cm
 - Dilatation du CPP > 5mm
 - Présence d'un nodule mural intra-kystique

Il faut proposer une EE avec prélèvement.
- **L'apparition de l'un de ces 3 signes est une indication d'EE avec prélèvement.**
- **La chirurgie est recommandée en cas de dilatation du CPP associée à un nodule mural et/ou une cytologie suspecte lors du prélèvement.**
- **Cette chirurgie des LKP asymptomatiques doit être réalisée en centre spécialisé.**



MERCI DE VOTRE ATTENTION