

Conduite à tenir devant une lésion kystique pancréatique de découverte fortuite

M. BARTHET, B. NAPOLÉON, L. PALAZZO, J.-C. LETARD, R. LAUGIER,
J.-P. ARPURT, J. BOYER, C. BOUSTIÈRE, J.-M. CANARD, J. CASSIGNEUL, P.-A. DALBIÈS,
J. ESCOURROU, G. GAY, T. PONCHON, B. RICHARD-MOLARD, D. SAUTEREAU,
G. TUCAT, B. VEDRENNE

I. DÉFINITION, FRÉQUENCE

Les lésions pancréatiques solides ou kystiques sont découvertes de plus en plus fréquemment sur un mode fortuit en raison, d'une part, de l'amélioration des performances de l'imagerie pancréatique (échographie, scanner multibarette, IRM) et, d'autre part, de l'amélioration des connaissances sur les caractéristiques et l'incidence de ces lésions. Une série japonaise récente a identifié une tumeur kystique potentiellement maligne toutes les 5000 échographies [1]. Les tumeurs kystiques pancréatiques sont découvertes de façon fortuite dans plus de 10 % des cas, de même que les TIPMP (Tumeur Intra Pancréatique Mucineuse et Papillaire) [2]. Les tumeurs kystiques malignes sont le plus souvent symptomatiques, et donc la probabilité de bénignité pour une tumeur kystique de découverte fortuite est importante [2,3]. La fréquence de découverte fortuite de ces tumeurs kystiques augmente en France et aux USA avec un taux de 8,8 % dans les années 80 et de 11,9 % dans les années 90 [2].

II. APPROCHE DIAGNOSTIQUE

L'approche diagnostique doit d'abord confirmer le diagnostic positif de tumeur kystique, évaluer le caractère malin ou potentiellement malin de ces lésions et, enfin, définir le diagnostic histologique probable quand cela est possible. Le clinicien a à sa disposition trois examens complémentaires-clés : *le scanner multidétecteur, la pancréato-IRM, l'échoendoscopie avec ou sans ponction* (cytologie, marqueurs). La combinaison de ces trois imageries avec l'évaluation clinique du patient est indispensable pour toute approche diagnostique de tumeur kystique pancréatique [3,4]. Le risque de dégénérescence immédiate ou potentielle des lésions kystiques pancréatiques justifie l'importance de ce bilan complet et systématique, même s'il n'y a généralement aucune urgence à le réaliser [4].

III. ÉLÉMENTS DIAGNOSTIQUES

Les paramètres à évaluer systématiquement sont :

- l'état du parenchyme pancréatique avoisinant ;
- l'état du canal pancréatique (dilaté ou non, communiquant ou non avec le kyste) ;
- la taille de la lésion ;
- sa localisation ;
- son caractère unique ou multiple ;
- l'existence de cloisons ;
- la taille des kystes quand ils sont multiples (plus petit et plus gros kyste) ;
- l'existence de calcification centrale ou périphérique ;
- l'existence de végétations endokystiques.

Tous ces éléments concourent au diagnostic positif de tumeur kystique, au diagnostic différentiel et au diagnostic de malignité. *Le scanner multidétecteur* permet de bien définir la localisation anatomique de la lésion, les rapports anatomiques de la lésion, l'existence d'un rehaussement vasculaire. Ainsi, une étude française récente a montré une spécificité de 100 % quand trois critères radiologiques (lobulation, localisation céphalique, absence de rehaussement vasculaire) étaient présents pour le diagnostic de cystadénome séreux [5]. *La pancréato-IRM* permet de définir les rapports canaux (communication ou non) et la diffusion des lésions kystiques dans la glande pancréatique, et revêt donc un intérêt tout particulier dans le diagnostic des TIPMP. *L'échoendoscopie* permet de définir au mieux l'état du parenchyme avoisinant, la présence de microkystes, l'état des parois du kyste ainsi que la présence de végétations endokystiques [6]. Elle permet aussi la réalisation de ponction pour obtenir une cytologie et le dosage de marqueurs (ACE, CA 19-9, amylase).

IV. DIAGNOSTIC POSITIF ET DE MALIGNITÉ

Le diagnostic positif de tumeur kystique n'est pas toujours aisé. Il existe deux diagnostics différentiels. Le premier diagnostic différentiel est celui du pseudokyste pancréatique [7]. Il est donc essentiel de connaître le contexte clinique (alcool, antécédent de pancréatite, traumatisme abdominal) et de vérifier la normalité du parenchyme pancréatique périlésionnel. Ce paramètre est obtenu au mieux par l'échoendoscopie. De nombreux faux-positifs de cystadénocarcinome pancréatique ou de TIPMP dégénérée ont été portés sur des pseudokystes nécrotiques mais ce diagnostic erroné semble diminuer au cours de ces dernières années [2,7].

L'autre diagnostic différentiel est celui de la tumeur endocrine kystique pancréatique qui représente environ 2 % des tumeurs kystiques pancréatiques [4,7]. Il s'agit souvent de lésions de plus petite taille avec une paroi plus ou moins épaisse ou un contingent solide. Plus d'une fois sur deux, ces tumeurs ne sont pas sécrétantes et le diagnostic peut être délicat. Le rehaussement périphérique intense au temps artériel est un élément évocateur du diagnostic.

La malignité d'une lésion kystique du pancréas est d'abord recherchée par le caractère invasif de la lésion kystique dans le parenchyme pancréatique avoisinant, particulièrement en cas de contingent solide associé. L'existence de parois épaisses et irrégulières, de végétations intrakystiques, de calcifications arciformes périphériques sont des paramètres prédictifs de malignité [4,7-9]. L'examen qui permet la meilleure évaluation de la malignité est, sans conteste, l'échoendoscopie. La ponction sous échoendoscopie permet un prélèvement cytologique en « grattant » la paroi avec le bout de l'aiguille ou en prélevant une végétation [3,6]. Cet examen cytologique est souvent difficile à interpréter et requiert un anatomopathologiste expérimenté. Le prélèvement obtenu doit être conditionné en technique conventionnelle sur lames et en milieu liquide selon la technique d'étalement monocouche.

V. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Les données d'imagerie recueillies permettent de classer les lésions en fonction de leur caractère communiquant (TIPMP), de leur caractère micro et/ou macrokystique (des kystes ≤ 2 mm sont évocateurs de cystadénome séreux), de leur caractère cloisonné (cystadénome mucineux)...

Les lésions sont aussi classées selon le risque de malignité :

- TIPMP atteignant le canal principal : risque élevé > 30 % justifiant une résection ;
- cystadénome mucineux : risque élevé > 30 % nécessitant une résection ;
- TIPMP atteignant exclusivement des canaux secondaires : risque moyen proche de 10-15 % justifiant une discussion ;

- tumeur pseudopapillaire et solide : malignité limitée mais risque local +/- métastatique justifiant une résection ;
- cystadénome séreux : absence de dégénérescence (association exceptionnelle à un cystadénocarcinome) ne justifiant pas une résection [8].

Le caractère communiquant d'une lésion kystique pancréatique signe son appartenance à une TIPMP. Le problème sera alors de vérifier l'absence de signes prédictifs de malignité (> 3 cm, végétations, irrégularités de paroi) et d'atteinte du canal pancréatique principal [9].

Le cystadénome mucineux est plus souvent retrouvé chez la femme, dans la région corporéocaudale. Il peut être unique ou multicloisonné mais comporte, de façon très évocatrice, un rehaussement vasculaire des parois que n'a pas le cystadénome séreux [3-5].

Le cystadénome séreux est typique quand il comprend de nombreux microkystes ≤ 2 mm réalisant parfois un aspect dit « feuilleté » en échoendoscopie [6]. Ces petits kystes s'associent souvent à des macrokystes de taille variable. Leur paroi est fine, sans rehaussement vasculaire au scanner. Il existe, dans moins de 30 % des cas, une calcification centrale qui est pathognomonique [4,7]. Le diagnostic différentiel avec le cystadénome mucineux est difficile en cas de macrokyste unique qui représente 10 % des cystadénomes séreux. La ponction peut alors être utile. La cellularité des cystadénomes séreux est souvent faible (25 %), meilleure dans les cystadénomes mucineux (30-75 %) [2]. Une amylase normale, un ACE et un CA19-9 bas sont caractéristiques d'un cystadénome séreux [6]. L'élévation du CA 19-9 peut se rencontrer dans un cystadénome séreux ou dans un pseudokyste pancréatique.

Toutefois, une élévation à un seuil $> 50\ 000$ UI/ml est évocatrice de cystadénome mucineux [2,6]. Le clinicien ne doit pas perdre de vue que la morbidité de la ponction de lésion kystique du pancréas n'est pas nulle (1-4 %), principalement pour des causes infectieuses, justifiant une antibioprofylaxie systématique [2,6]. Le dosage du marqueur CA 72-4 n'a pas d'intérêt réel en raison de zones de chevauchement trop importantes.

La tumeur pseudopapillaire et solide est une tumeur rare (< 5 %) pouvant prendre les caractéristiques d'une tumeur endocrine quand elle est de petite taille ou un aspect mixte de tumeur solide et kystique avec, au maximum, un aspect en rayon de miel. Elle peut être modifiée par des remaniements nécrotiques et hémorragiques quand elle est volumineuse. Elle affecte la jeune femme essentiellement, et présente une malignité « limitée » [2].

VI. CONDUITE À TENIR

Le cystadénome séreux ne nécessite pas de surveillance particulière en principe, si le diagnostic ini-

tial est certain. Une échographie de surveillance ou un scanner sont conseillés un an après le diagnostic car ces lésions peuvent augmenter de taille, et devenir compressives sur un organe de voisinage [8].

Le cystadénome mucineux ainsi que la tumeur pseudopapillaire et solide constituent des indications de résection pancréatique de principe [2,7].

L'attitude devant une TIPMP reste controversée. Une atteinte du canal pancréatique principal se traduisant par une tumeur endocanalaire ou une dilatation > 10 mm doit conduire à proposer une résection pancréatique [9,10]. L'étendue de la résection est alors évaluée par le bilan préopératoire, impliquant une éventuelle pancréato-scopie ou une minisonde intracanalair, et par l'étude de la tranche de section en peropératoire [2,10]. L'atteinte isolée d'une ou

plusieurs branches secondaires peut être surveillée par imagerie chez un patient asymptomatique à condition que la lésion principale mesure moins de 30 mm et qu'il n'y ait pas de végétations internes [10]. Dans tous les cas, le risque de résection pancréatique, compte tenu de l'âge et de son étendue, doit être comparé au risque d'évolution spontanée de la TIPMP. Une résection segmentaire plutôt qu'une énucléation peuvent être envisagées en cas d'atteinte localisée. En cas de surveillance, les modalités et la fréquence ne sont pas clairement établies dans la littérature. L'examen le plus précis étant l'échoendoscopie, celle-ci peut être proposée tous les ans chez un sujet jeune. Chez un sujet plus âgé, une échographie ou un scanner peuvent suffire. On peut aussi intercaler ces 2 examens à distance régulière.

RÉFÉRENCES

1. Ikeda M., Sato T., Morozumi A. *et al.* Morphologic changes in the pancreas detected by screening ultrasonography in a mass survey, with special reference to main duct dilatation, cyst formation and calcification. *Pancreas* 1994; 9 : 508-12.
2. Hammel P. Tumeurs pancréatiques de découverte fortuite : diagnostic et prise en charge. *Gastroentérol Clin Biol* 2002; 26 : 700-8.
3. Brugge W.R., Lewandrowski K., Lee Lewandrowski E. *et al.* Diagnosis of pancreatic cystic neoplasms : a report of the cooperative pancreatic cyst study. *Gastroenterology* 2004; 126 : 1330-6.
4. Warshaw A.L., Compton C., Lewandrowski K. *et al.* Cystic tumors of the pancreas. New clinical, radiological and pathological observations in 67 patients. *Ann Surg* 1990; 212 : 432-43.
5. Cohen-Scali F., Vilgrain V., Brancatelli G. *et al.* Discrimination of unilocular macrocystic serous cystadenoma from pancreatic pseudocyst and mucinous cystadenoma with CT : initial observations. *Radiology* 2003; 228 : 727-33.
6. O'Toole D., Palazzo L., Hammel P. *et al.* Macrocystic pancreatic cystadenoma. The role of EUS and cyst fluid analysis in distinguishing mucinous and serous lesions. *Gastrointest Endosc* 2004; 59 : 823-9.
7. Le Borgne J., De Calan L., Partensky C. *et al.* Cystadenoma and cystadenocarcinomas of the pancreas : a multiinstitutional retrospective study of 398 cases. A French surgical association. *Ann Surg* 1999; 230 : 152-61.
8. Scheiman J.M. Cystic lesions of the pancreas. *Gastroenterology* 2005; 128 : 463-9.
9. Okabayashi T., Kobayashi M., Nishimori I. *et al.* Clinicopathological features and medical management of intrapancreatic mucinous neoplasms. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21 : 462-7.
10. Matsumoto T., Aramaki M., Yada K. *et al.* Optimal management of the branch duct type intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36 : 261-5.

Cette fiche a été réalisée avec le soutien de Beaufour Ipsen Pharma.