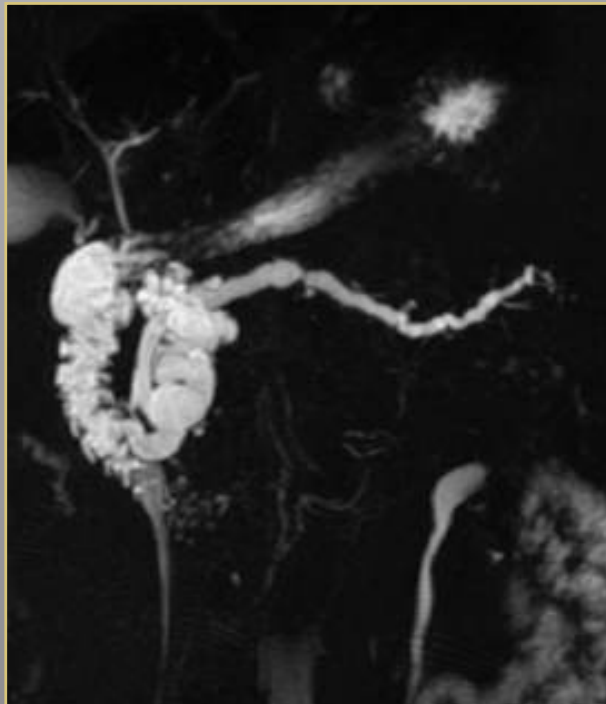


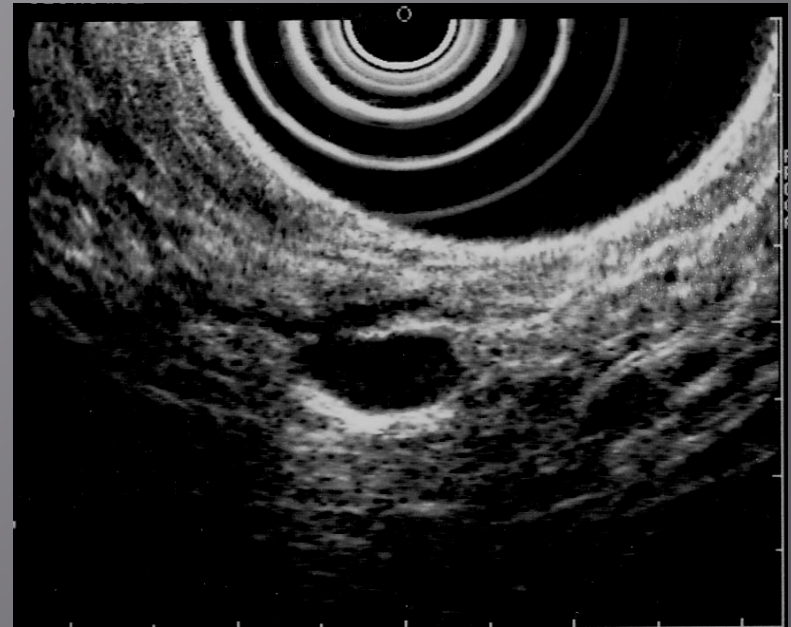
SURVEILLANCE DES TIPMP DES CANAUX SECONDAIRES



Dr Galéano-Cassaz
Service de Gastro entérologie,
HIA Val de Grâce

Généralités

- ▣ Groupe tumeurs mucineuses
- ▣ Tumeurs kystiques communicantes
- ▣ Tête (Uncus+++)
- ▣ Age moyen: 65 ans (20ans-95 ans)
- ▣ Sexe ratio=1



Mode de découverte

- ▣ Découverte fortuite (>50%)
- ▣ Douleurs pancréatiques
- ▣ Pancréatite aiguë : <1/3
- ▣ Stéatorrhée, diabète
- ▣ Symptomatologie de tumeur maligne

Physiopathologie

Maladie de l'épithélium
canalaire pancréatique

Hypersécrétion de mucus

Dilatation canalaire rétentionnelle

Canal principal

Atteinte mixte canal
principal et canaux secondaires

Canaux secondaires



Atteinte
segmentaire

Atteinte diffuse



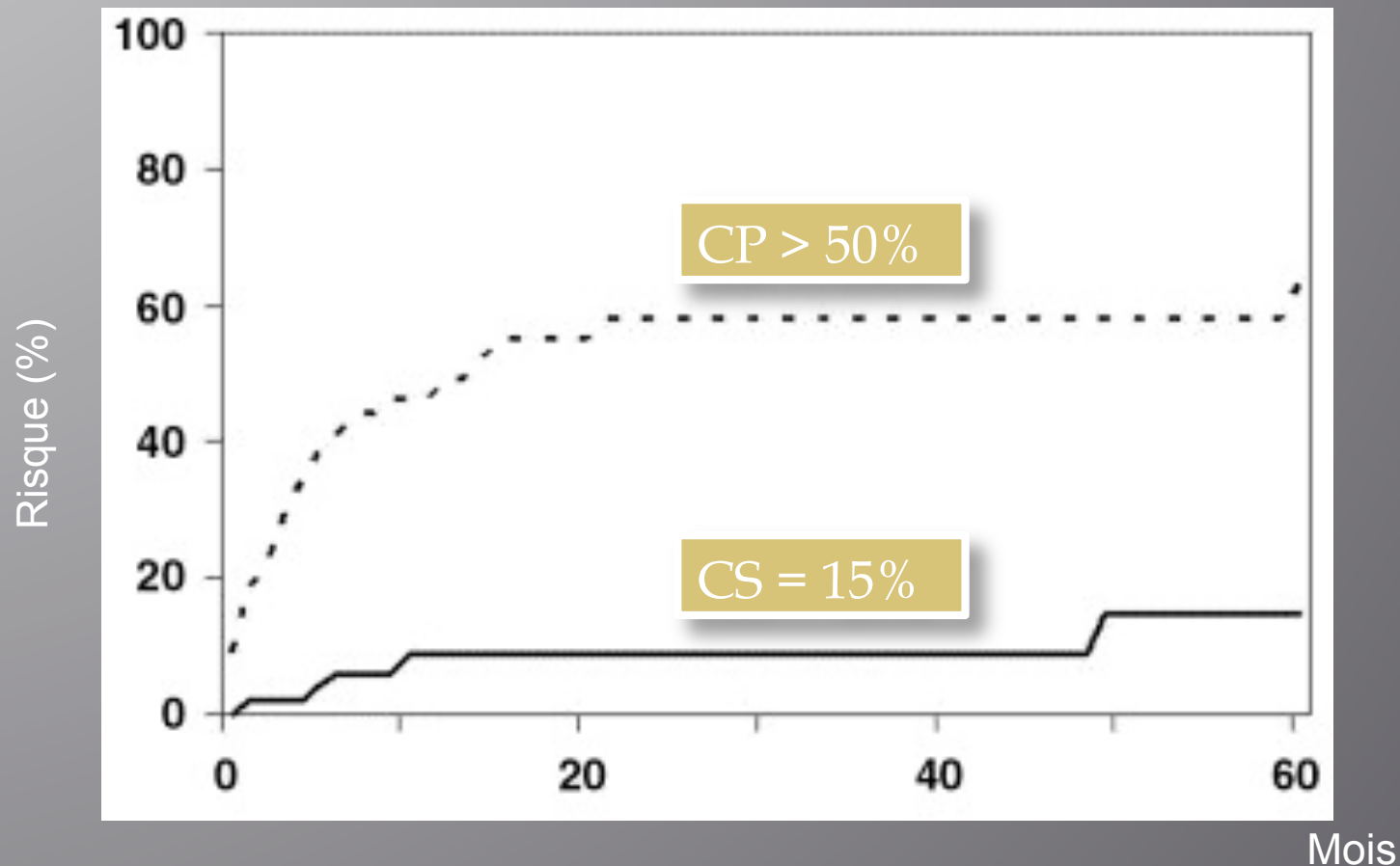
Atteinte
microkystique



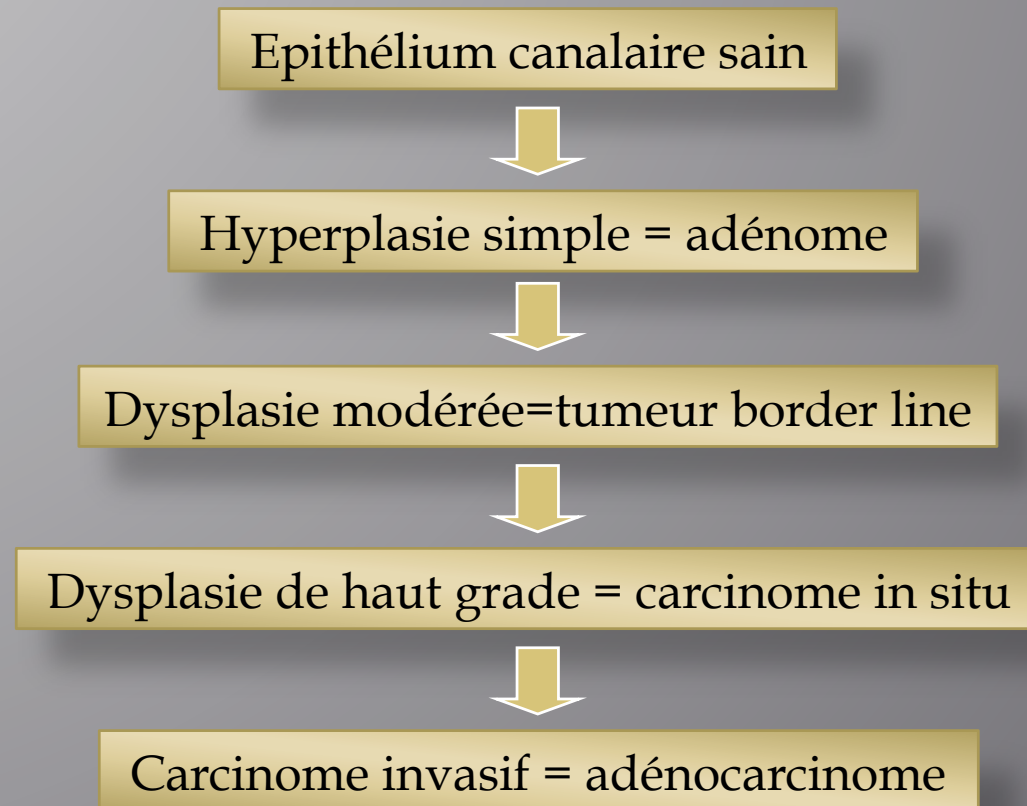
Atteinte
macrokystique

Surveiller : Pourquoi?

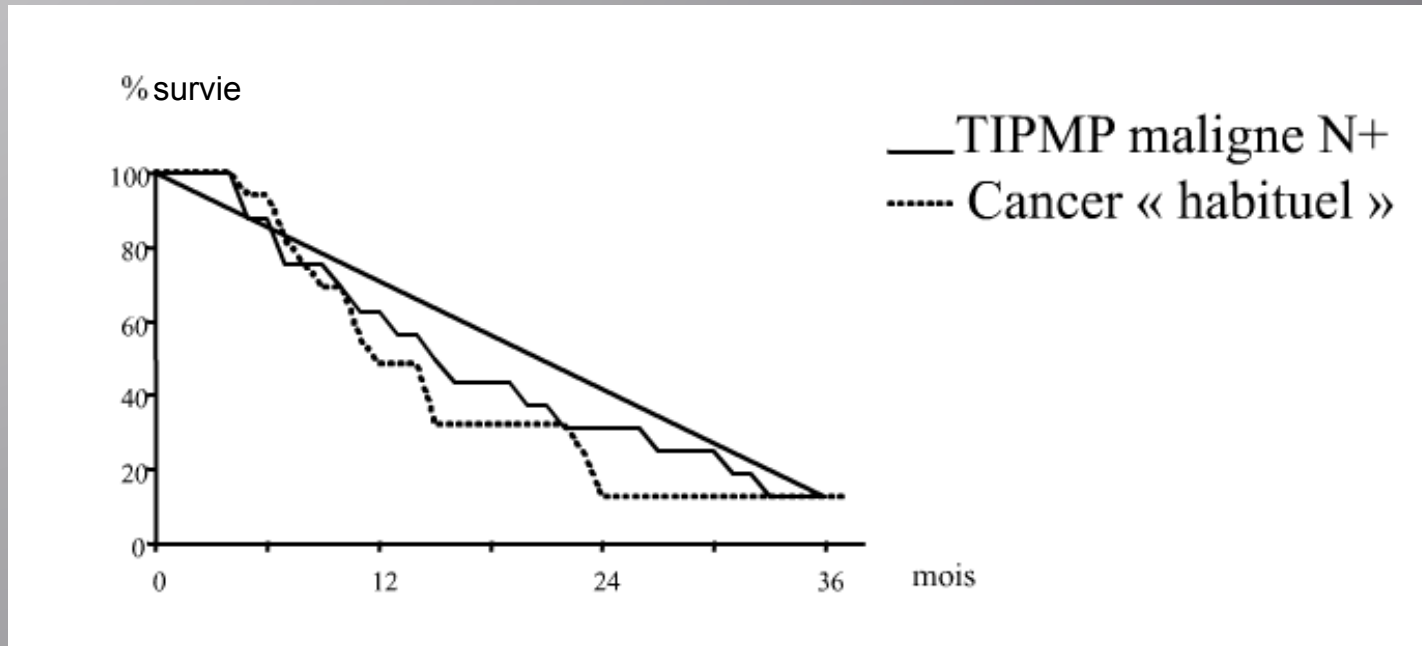
▣ Risque de dégénérescence



Carcinogénèse des TIPMP



Carcinogénèse des TIPMP



Pronostic identique ADK pancréatique non développé sur TIPMP

FDR dégénérescence (1)

- ▣ Dilatation canal principal
facteur d'inquiétude : 6-9mm, >10mm



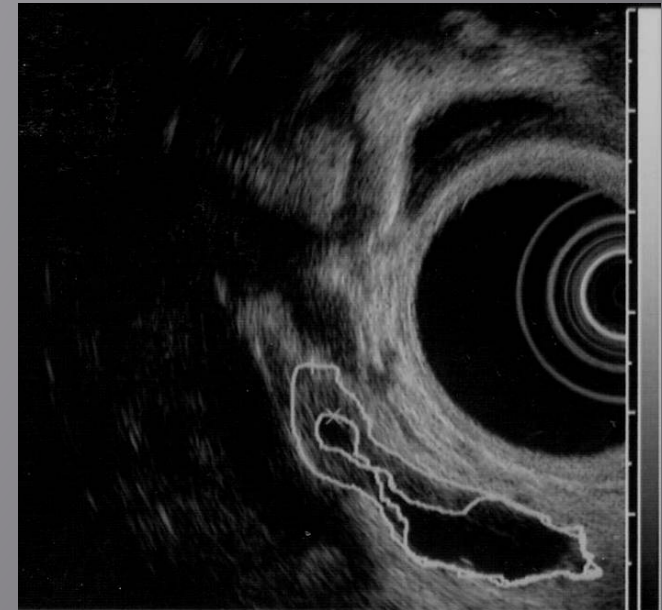
FDR dégénérescence (2)

- ▣ Bourgeon > 5 mm
(présence dans 50% carcinome in situ et 75%
carcinomes invasifs)



FDR dégénérescence (3)

- ▣ Epaisseur parois > 5 mm



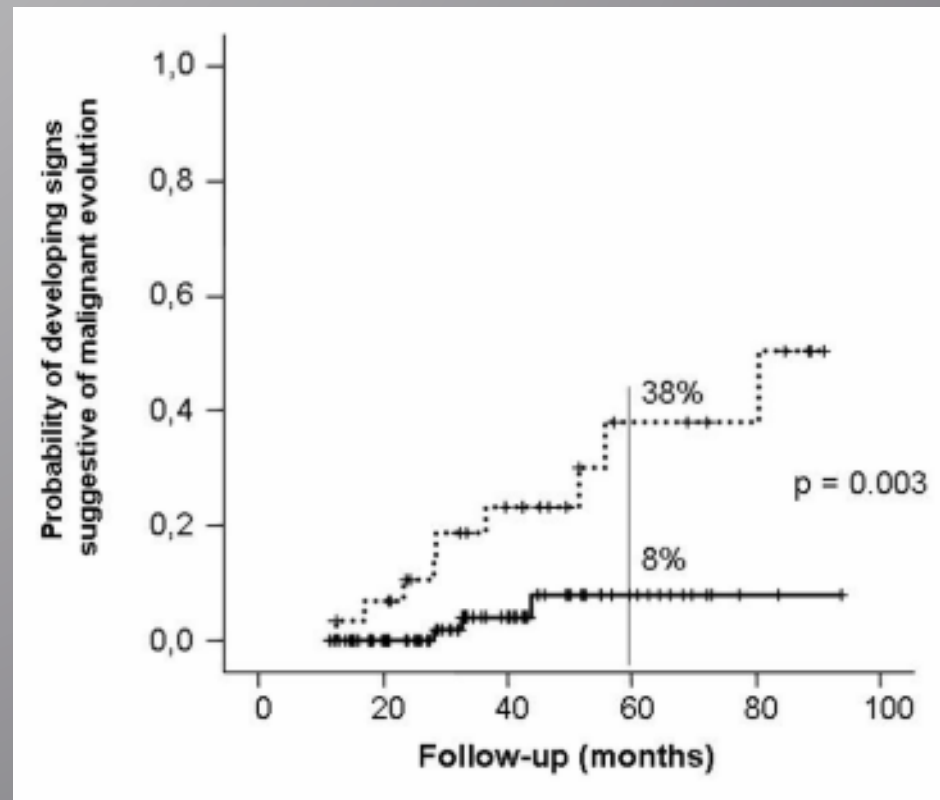
FDR dégénérescence (4)

- ▣ Dilatation kystique $CS > 30$ mm?
De plus en plus débattu
Pas un critère opératoire si isolé



FDR dégénérescence (5)

- ▣ Augmentation taille kyste sur 2 examens successifs (5 mm)



Surveiller: comment?

Bilan initial:

- ▣ TDM: av et sans injection (temps artériel et portal), contraste digestif à l'eau en coupes fines <1,5 mm centrées sur le pancréas
- ▣ Pancréato-IRM: coupes fines et épaisses (2 cm centrées sur l'ampoule et sur le corps, hyperpondérées en T2)
- ▣ Echo endoscopie:
 - duodénoscopie
 - doit étudier chaque kyste
 - précision diagnostique >90%
 - mucus, visualise et mesure l'épaississement pariétal et les nodules muraux : sensibilité > 90 %

Surveiller: comment?

Pancreatology 12 (2012) 183–197

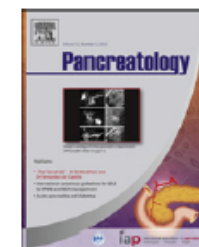


ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Pancreatology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pan



Review article

International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas

Masao Tanaka^{a,*}, Carlos Fernández-del Castillo^b, Volkan Adsay^c, Suresh Chari^d, Massimo Falconi^e, Jin-Young Jang^f, Wataru Kimura^g, Philippe Levy^h, Martha Bishop Pitmanⁱ, C. Max Schmidt^j, Michio Shimizu^k, Christopher L. Wolfgang^l, Koji Yamaguchi^m, Kenji Yamaoⁿ

^a Department of Surgery and Oncology, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka 812-8582, Japan

^b Pancreas and Biliary Surgery Program, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

^c Department of Anatomic Pathology, Emory University Hospital, Atlanta, GA, USA

^d Pancreas Interest Group, Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

^e U.O. Chirurgia B, Dipartimento di Chirurgia Policlinico "G.B. Rossi", Verona, Italy

^f Division of Hepatobiliary-Pancreatic Surgery, Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul, South Korea

^g First Department of Surgery, Yamagata University, Yamagata, Japan

^h Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, Service de Gastroentérologie-Pancréatologie, Hôpital Beaujon, Clichy Cedex, France

ⁱ Department of Pathology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

^j Department of Surgery, Indiana University, Indianapolis, IN, USA

^k Department of Pathology, Saitama Medical University, International Medical Center, Saitama, Japan

^l Cameron Division of Surgical Oncology and The Sol Goldman Pancreatic Cancer Research Center, Department of Surgery, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

^m Department of Surgery I, University of Occupational and Environmental Health, Fukuoka, Japan

ⁿ Aichi Cancer Center Hospital, Aichi, Japan

TEAM-P

- ▣ Etude de cohorte , N> 1500 patients
- ▣ Suivi prospectif standardisé > 5 ans
- ▣ TIPMP canaux secondaires (pas d'atteinte CP ou nodule)
- ▣ Objectifs :
 - Risque dégénérescence à long terme
 - Critères morphologiques prédictifs de dégénérescence
 - Groupes patients à haut risque de dégénérescence

TEAM-P

	Risque faible : T ≤ 10 mm Pas FDR	Risque Moyen : 10 < T < 30 mm Pas FDR	Risque Fort : Présence d'au moins un FDR
6 mois	/	/	EE+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
> 5 ans	IRM / EE / TDM un par an	Rythme identique	Rythme identique

FDR :

- ▣ ATCD Cancer du pancréas chez un collatéral 1er degré ou 2 collatéraux 2ème degré ET âge > 65 ans
- ▣ Apparition d'un nodule mural
- ▣ Apparition d'une dilatation CP > 6 mm (chirurgie non retenue)
- ▣ ATCD de TIPMP opérée (avec au moins DHG)
- ▣ Taille CS ≥ 30 mm

Questions non résolues

- ▣ Découverte d'une TIPMP < 50ans
- ▣ Famille d'adénocarcinome pancréatique ou syndrômes héréditaires prédisposants

Conclusion

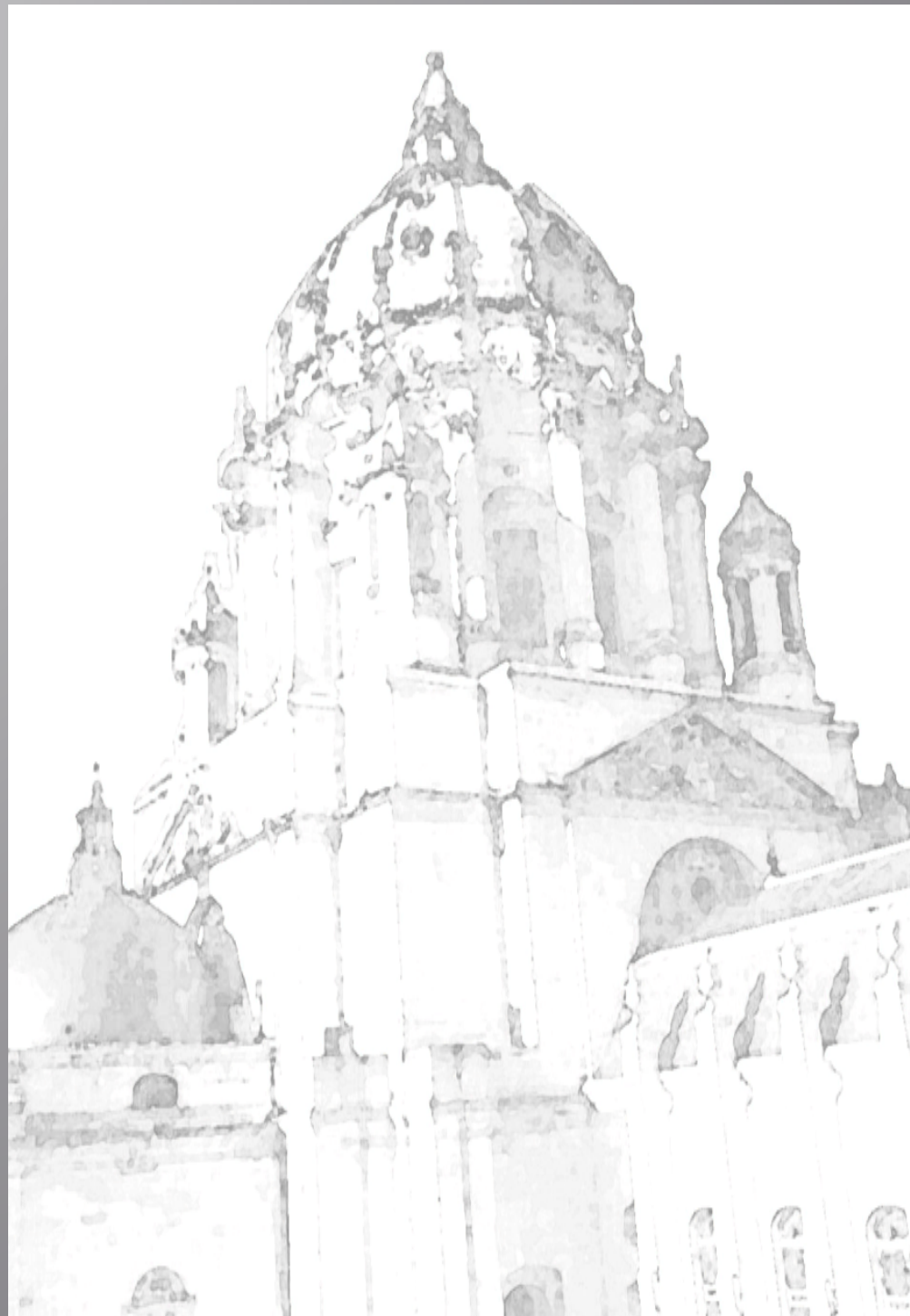
- ▣ BUT: Prévenir ADK, Pancréatectomie prophylactique
- ▣ FDR dégénérescence:
 - CP,
 - bourgeon > 5mm,
 - augmentation taille kyste CHIRURGIE
- ▣ Surveillance :
 - taille des kystes
 - existence de FDR
- ▣ Examens: TDM - CP IRM - EUS
- ▣ Cohorte TEAM-P www.teamp.org

TEAM-P

	Risque faible : T ≤ 10 mm Pas FDR	Risque Moyen : 10 < T < 30 mm Pas FDR	Risque Fort : Présence d'au moins un FDR
6 mois	/	/	EE+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
> 5 ans	IRM / EE / TDM un par an	Rythme identique	Rythme identique

FDR :

- ▣ ATCD Cancer du pancréas chez un collatéral 1er degré ou 2 collatéraux 2ème degré ET âge > 65 ans
- ▣ Apparition d'un nodule mural
- ▣ Apparition d'une dilatation CP > 6 mm (chirurgie non retenue)
- ▣ ATCD de TIPMP opérée (avec au moins DHG)
- ▣ Taille CS ≥ 30 mm



Surveiller: comment?

Critères haut risque de malignité (TDM/IRM) :

Kyste tête de pancréas responsable ictère, masse développée au niveau des canaux, CP ≥ 10 mm

Oui

Non

Chirurgie

Facteurs d'inquiétude :

Pancréatite, Kyste ≥ 3 cm, Epaississement pariétal, $5 < \text{CP} < 9$ mm, nodule mural, changement brutal de calibre du CP

Oui : EUS

Non

Oui

Nodule mural, Atteinte CP, Cytologie positive

Non : Taille du plus grand Kyste ?

< 1cm

1-2 cm

2-3 cm

>3 cm

TDM/IRM dans 2-3 ans

TDM/IRM tous les ans pdt 2 ans

EUS à 3-6 mois
Puis alternance IRM/EUS

IRM + EUS tous les 3-6mois