

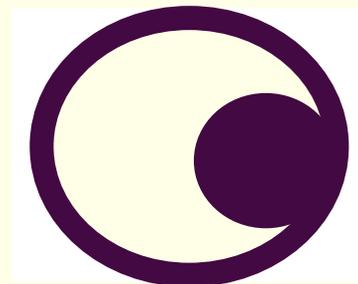
Kystes du pancréas : critères de malignité

**Marie-Pierre Vullierme
Radiologie
Hôpital Beaujon, Clichy**

Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

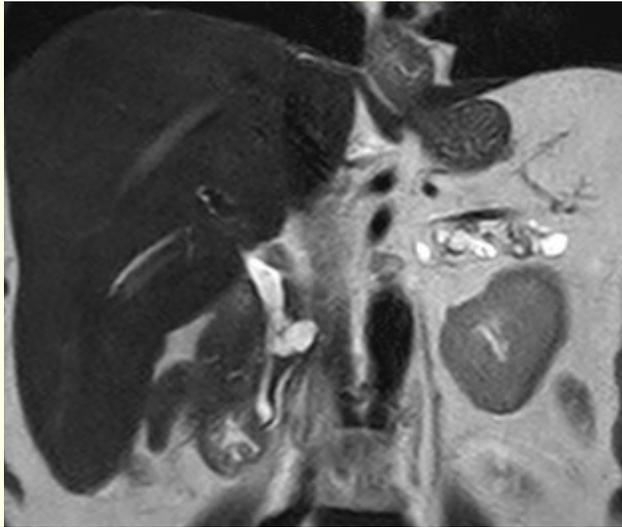
→ **Kystes avec bourgeons/paroi épaisse**



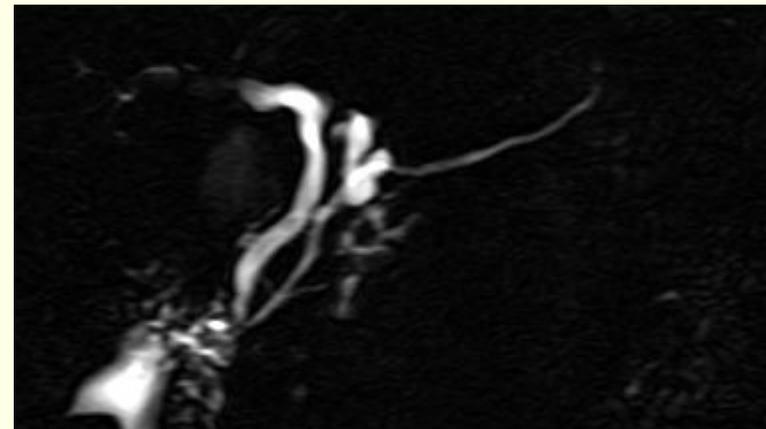
Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

Tumeur Intra-canaléculaire Pancréatique Mucineuse et Papillaire : TIPMP

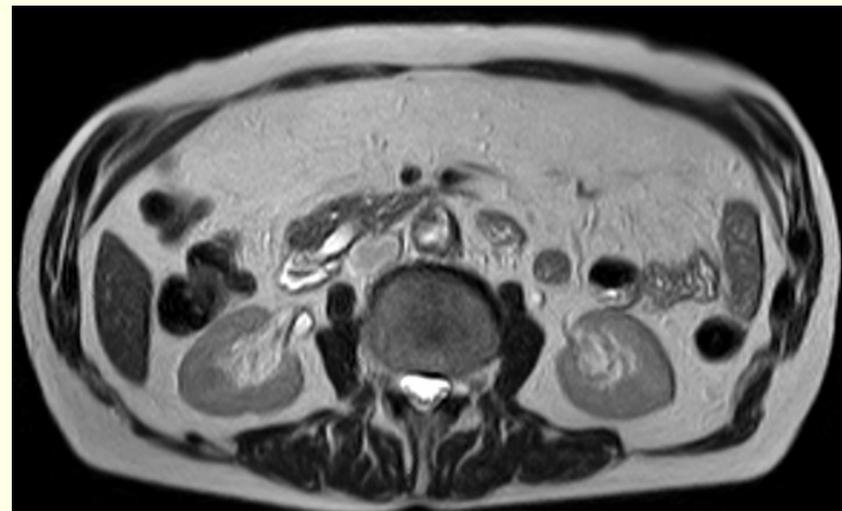
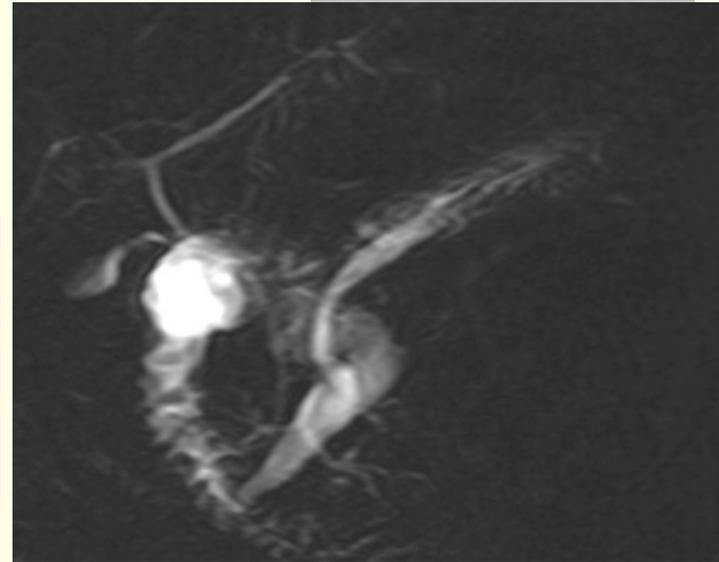
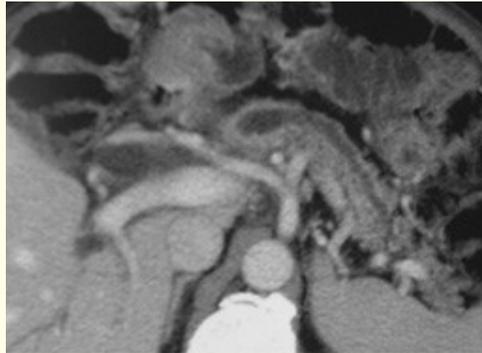


- Canaux secondaires
 - communication



TIPMP mixte = CS + CPPrincipal

- Canal principal
 - Pas de sténose
 - > 6 mm



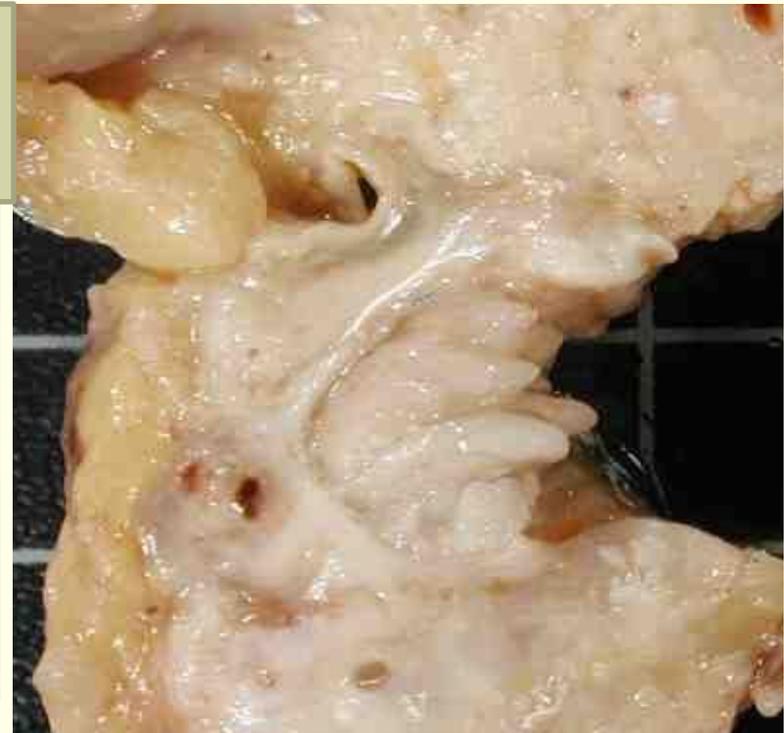
TIPMP Anatomopathologie

- Epithélium mucosécrétant
 - du canal pancréatique principal : dilatation
 - et/ou des canaux pancréatiques secondaires :
hypersécrétion de mucus : **kyste**
- Bourgeonnement cellulaire

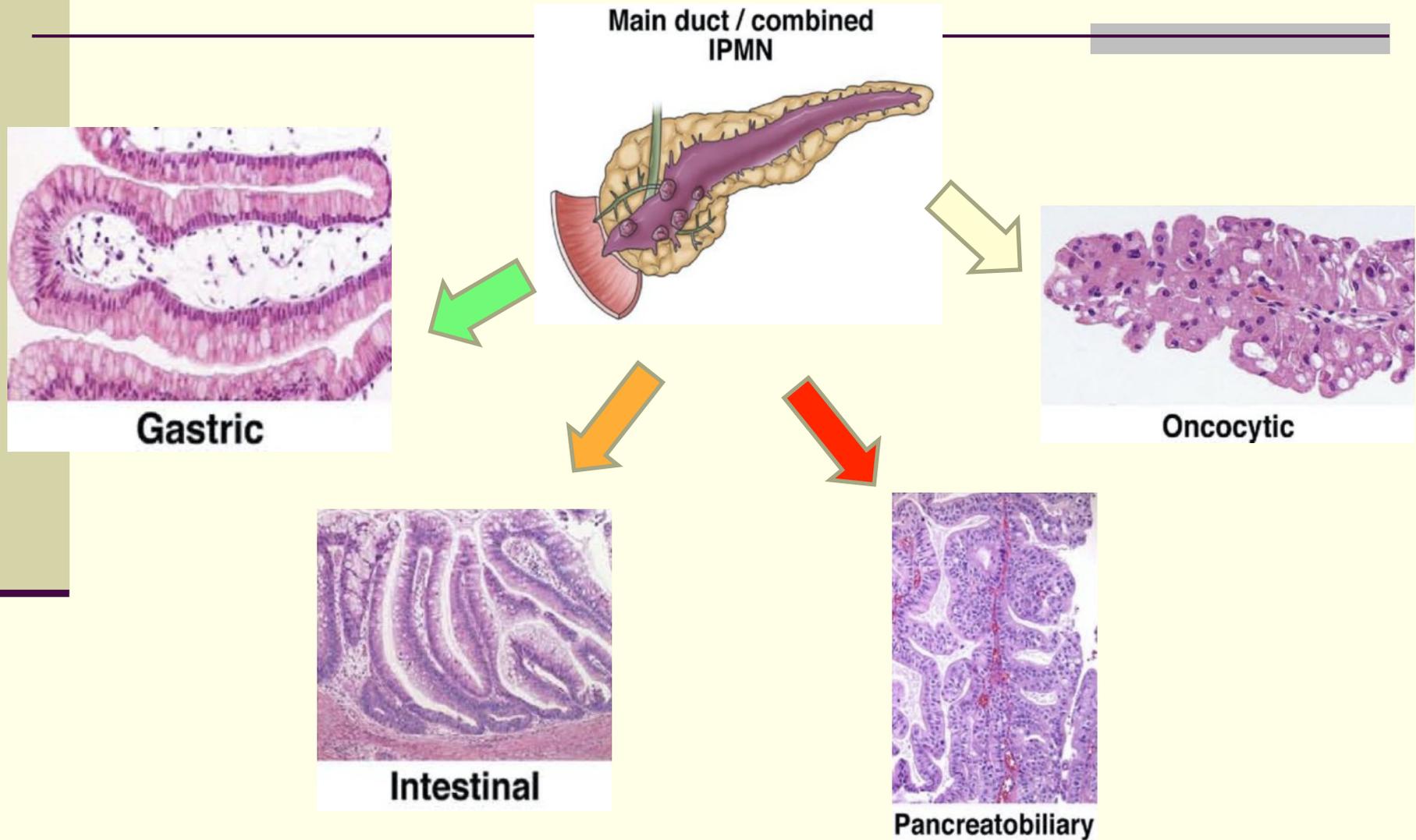
TIPMP Classification OMS

- TIPMP bénignes : hyperplasie simple (adénome) et dysplasie modérée (tumeur border line)
- TIPMP malignes : carcinome in situ (dysplasie de haut grade) et carcinome invasif.

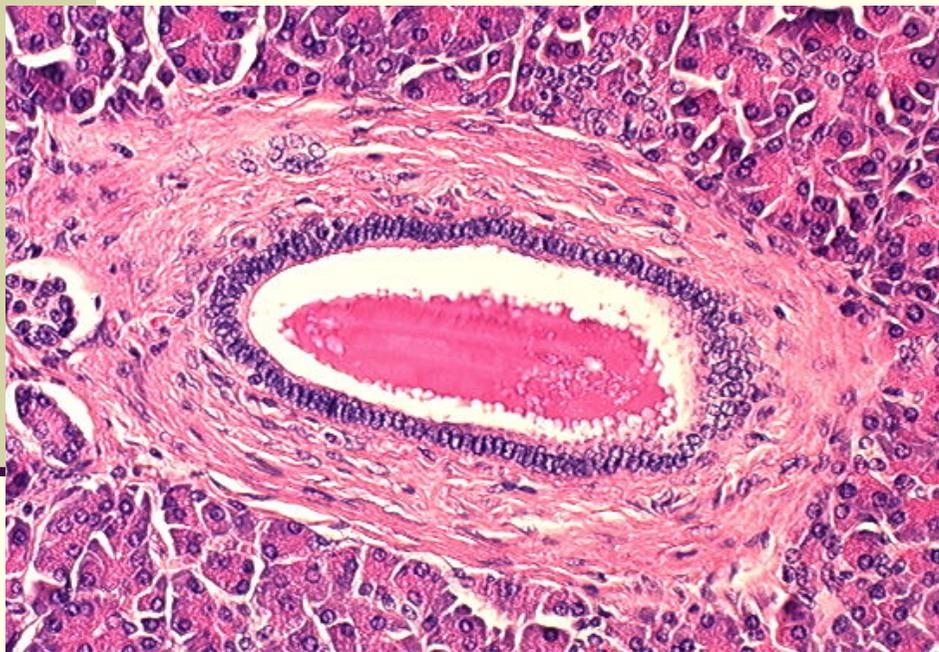
TIPMP Canal principal



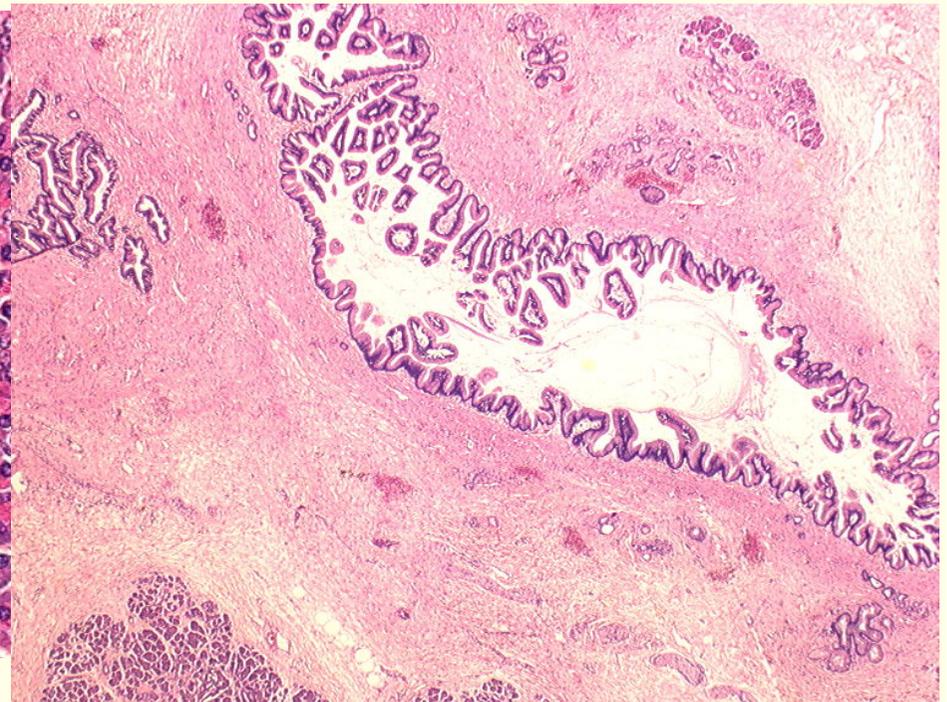
TIPMP: phénotypes et malignité



TIPMP Anatomopathologie

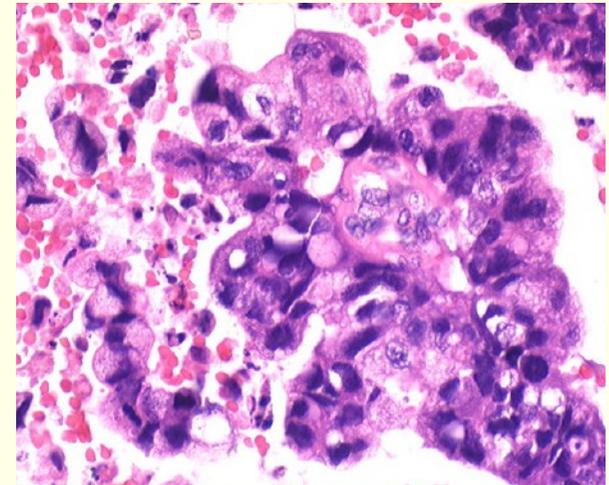
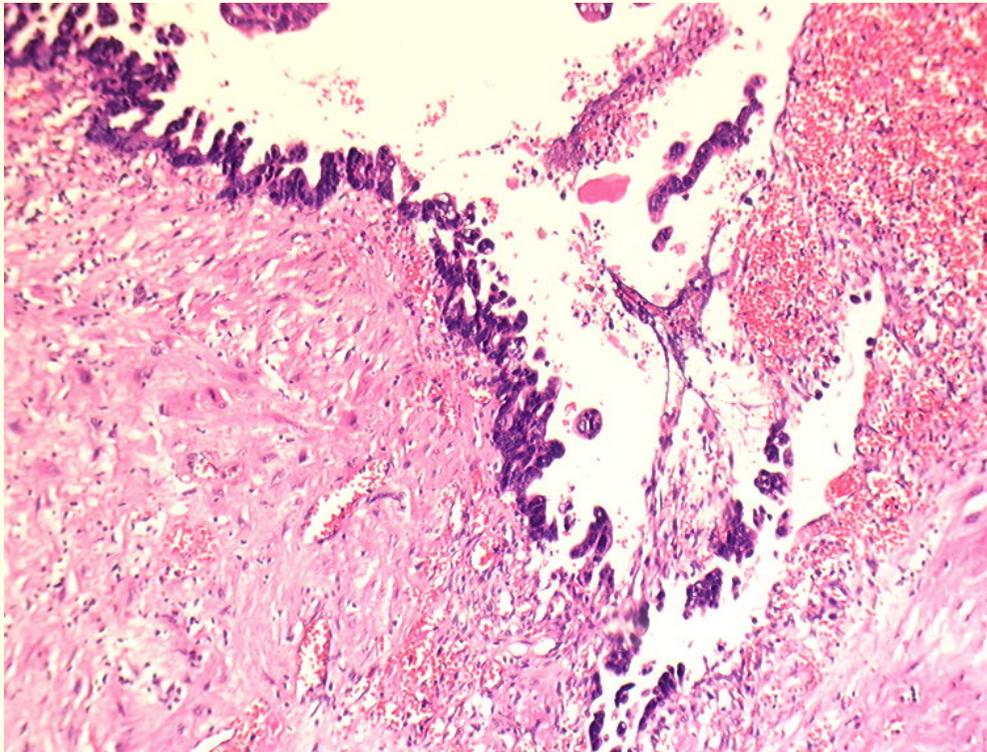


CP Normal

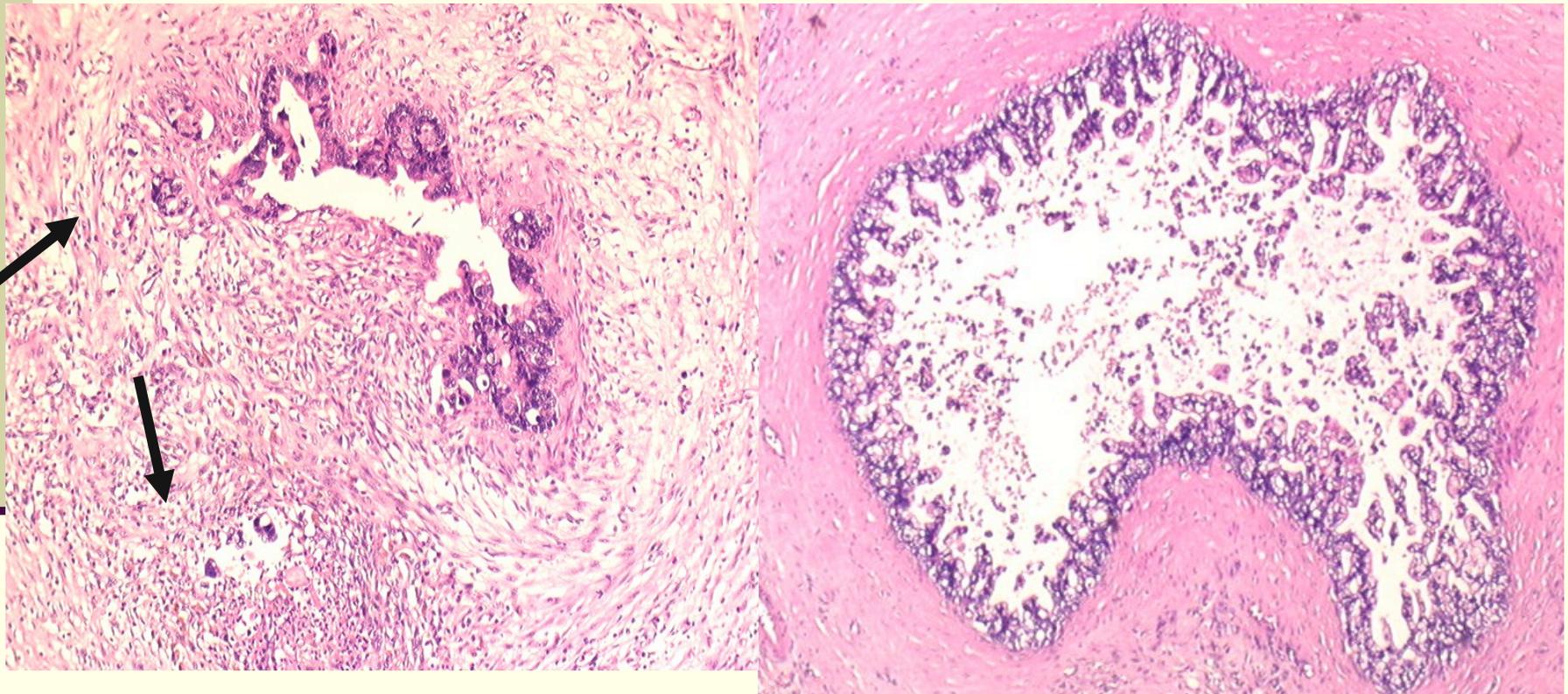


CS bas grade

TIPMP haut grade + foyers adénocarcinome



TIPMP Anatomopathologie

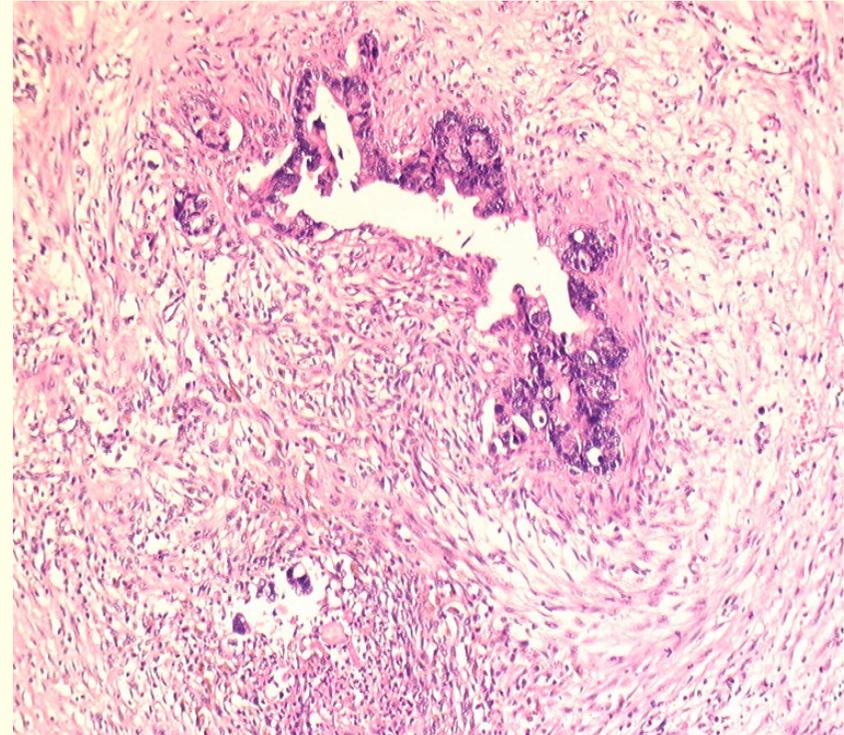


haut grade + foyers adénocarcinome invasif

Ce qu'on cherche à voir



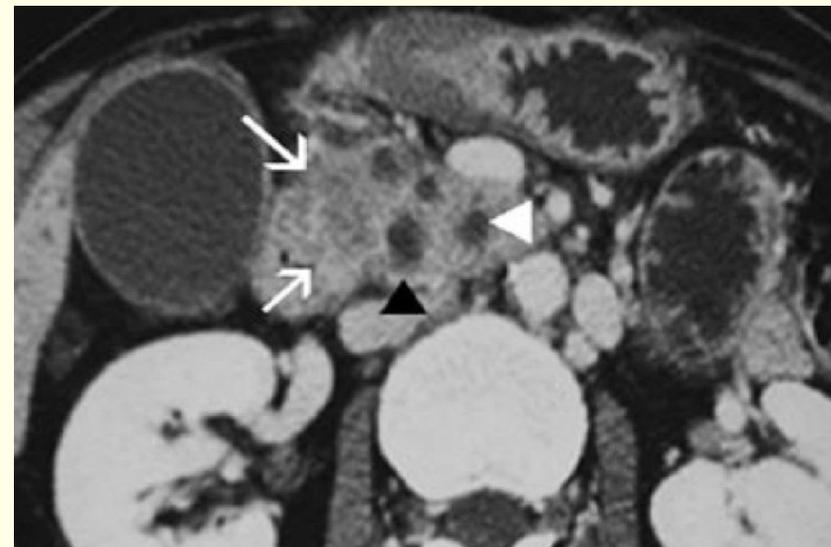
In situ



Invasif

TIPMP dégénérée Non invasive et Invasive peuvent être différenciées

CT Finding	In Situ IPMN (<i>n</i> = 25)	Invasive IPMN (<i>n</i> = 21)*	<i>P</i> Value
MPD diameter (mm) [†]	14.5 ± 8.48	8.6 ± 5.21	<.01
Mural nodule (<i>n</i> = 15)	14 (56)	1 (5)	<.003
Parenchymal mass (<i>n</i> = 19)	2 (8)	17 (81)	<.02
No tumor seen (<i>n</i> = 12)	9 (36)	3 (14)	NS



TIPMP Diagnostic positif

- Imagerie canalaire en coupes : TDM, IRM
ne voit que la dilatation par le mucus
- ne voit pas la muqueuse
- Si bénin pas de lésion tissulaire intracanaulaire visible

TIPMP Dégénérescence

- Canal principal 62 % dont 44 % d'invasive
- Canal secondaire 24 % dont 17 % d'invasive

Terris Sugiyama Kobari

Distribution CPP/ CS : elle reste fondamentale

Total IPMNs					Main duct type CPP			Branch duct type CS		
First author	Year	Total number	Malignant n (%)	Invasive n (%)	Number n (%)	Malignant n (%)	Invasive n (%)	Number n (%)	Malignant n (%)	Invasive n (%)
Sugiyama [11]	2003	62	34 (54.8%)	20 (32.3%)	30 (48.4%)	21 (70.0%)	17 (56.7%)	32 (51.6%)	13 (40.6%)	3 (9.4%)
Sohn ^a [12]	2004	136	>52 (38.2%)	52 (38.2%)	36 (26.5%)	>18 (50.0%)	18 (50.0%)	60 (44.1%)	>18 (30.0%)	18 (30.0%)
Salvia [13]	2004	140	83 (59.3%)	58 (41.4%)	140 (100%)	83 (59.3%)	58 (41.4%)			
Suzuki ^a [14]	2004	1024	>446 (43.6%)	446 (43.6%)	201 (19.6%)	>120 (59.7%)	120 (59.7%)	509 (49.7%)	>150 (29.5%)	150 (29.5%)
Lee [15]	2005	67	24 (35.8%)	9 (13.4%)	27 (40.3%)	12 (44.4%)	3 (11.1%)	35 (52.2%)	10 (28.6%)	4 (11.4%)
Serikawa [2]	2006	103	41 (39.8%)	28 (27.2%)	47 (45.6%)	30 (63.8%)	21 (44.7%)	56 (54.4%)	11 (19.6%)	7 (12.5%)
Schmidt [3]	2007	156	50 (32.1%)	29 (18.6%)	53 (34.0%)	30 (56.6%)	15 (28.3%)	103 (66.0%)	20 (19.4%)	14 (13.6%)
Rodriguez [20]	2007	145	32 (22.1%)	16 (11.0%)				145 (100%)	32 (22.1%)	16 (11.0%)
Schnelldorfer [16]	2008	208	82 (39.4%)	63 (30.3%)	76 (36.5%)	49 (64.5%)		84 (40.4%)	15 (17.9%)	
Kim [17]	2008	118	36 (30.5%)	28 (23.7%)	70 (59.3%)	25 (35.7%)	23 (32.9%)	48 (40.7%)	>3 (6.3%)	3 (6.3%)
Nagai [4]	2008	72	44 (61.1%)	30 (41.7%)	15 (20.8%)	15 (100%)	10 (66.7%)	49 (68.1%)	25 (51.0%)	18 (36.7%)
Jang [21]	2008	138	26 (18.8%)	17 (12.3%)				138 (100%)	26 (18.8%)	17 (12.3%)
Ohno [18]	2009	87	45 (51.7%)	19 (21.8%)	14 (16.1%)	11 (78.6%)	4 (28.6%)	48 (55.2%)	20 (41.7%)	9 (18.8%)
Nara [19]	2009	123	82 (66.7%)	61 (49.6%)	26 (21.1%)	26 (100%)	21 (80.8%)	59 (48.0%)	26 (44.1%)	14 (23.7%)
Bournet [7]	2009	99	24 (24.2%)	14 (14.1%)				47 (47.5%)	6 (12.8%)	4 (8.5%)
Hwang [5]	2010	187	58 (31.0%)	43 (23.0%)	28 (15.0%)	20 (71.4%)	17 (60.7%)	118 (63.1%)	19 (16.1%)	14 (11.9%)
Mimura [6]	2010	82	54 (65.9%)	29 (35.4%)	39 (47.6%)	34 (87.2%)	19 (48.7%)	43 (52.4%)	20 (46.5%)	10 (23.3%)
Sadakari [22]	2010	73	6 (8.2%)	1 (1.4%)				73 (100%)	6 (8.2%)	1 (1.4%)
Kanno [23]	2010	159	40 (25.2%)	19 (11.9%)				159 (100%)	40 (25.2%)	19 (11.9%)
Crippa [10]	2010	389	181 (46.5%)	118 (30.3%)	81 (20.8%)	55 (68%)	39 (48%)	159 (40.9%)	34 (22%)	17 (11%)
Total		3568	>1440 (>40.4%)	1100 (30.8%)	883 (24.7%)	>549 (>62.2%)	385 (43.6%)	2027 (56.8%)	>494 (>24.4%)	337 (16.6%)

3568

62
%

44
%

24
%

17
%

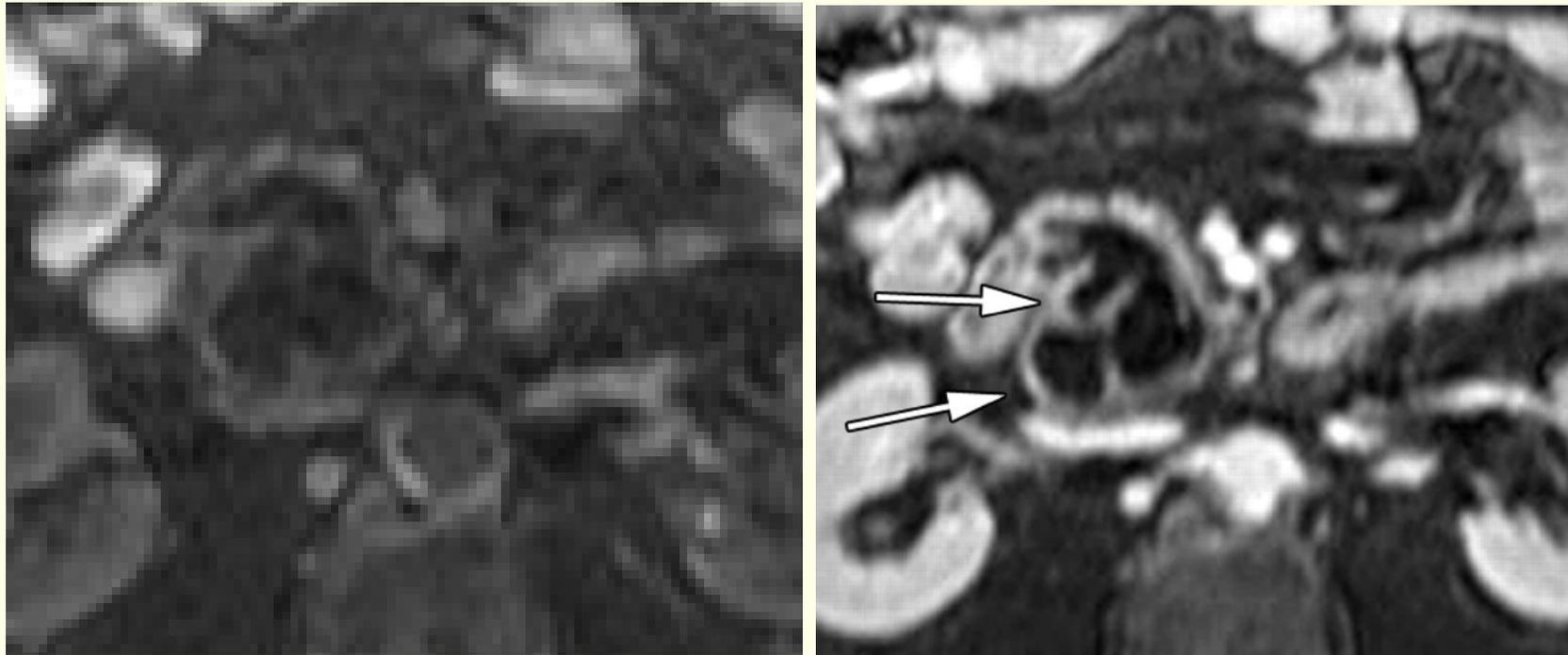
TIPMP dégénérée : les signes

- Directs : la tumeur maligne est vue
- Indirects : des anomalies canalaire sévères sont à risque de malignité

TIPMP Dégénérescence : canal principal

- Diamètre :
 - malin >18 mm
 - bénin ou borderline >11 mm ($P = .038$).
- La topographie de la dilatation maximale ne prédit pas le lieu de dégénérescence
- Mais la prise de contraste en IRM
 - spé 74% (autre = inflammation)
 - Pour diam moy CP 14 mm

TIPMP Dégénérescence, canal principal : prise de contraste en IRM



Manfredi R, Radiology 2009

TIPMP Dégénérescence invasive : TDM

- MPD > 5 mm = atteinte canal principal
- MPD > 10 mm dégénérescence
- Masse parenchymateuse infiltrante
- Nodule > 6 mm et hypodensité au contact
- Malignité :
 - Sens 83, spé 81, précision 82
- Invasif :
 - Sens 90, spé 88, précision 89

TIPMP Dégénérescence

Signes directs et/ou indirects? n=150

- Canal principal : signes direct et indirect

- Atteinte du CP (dilatation)
- Diamètre (> 10 mm)
- Prise de contraste de la paroi
- ou bourgeon +ou- cytologie



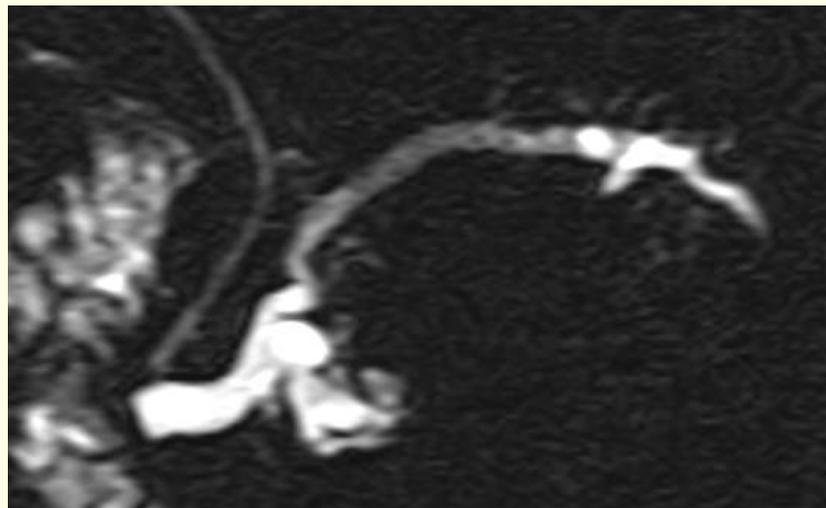
- Canaux secondaires : que les directs (Cytologie positive et/ou nodules)

- Pas taille
- Pas localisation
- Pas nombre

Schmidt, Ann Surg 2007

TIPMP mixte

- Le risque de dégénérescence est surtout celui du canal principal
- Donc un canal secondaire kystique risque d'être associé à la dégénérescence si le canal principal est dilaté



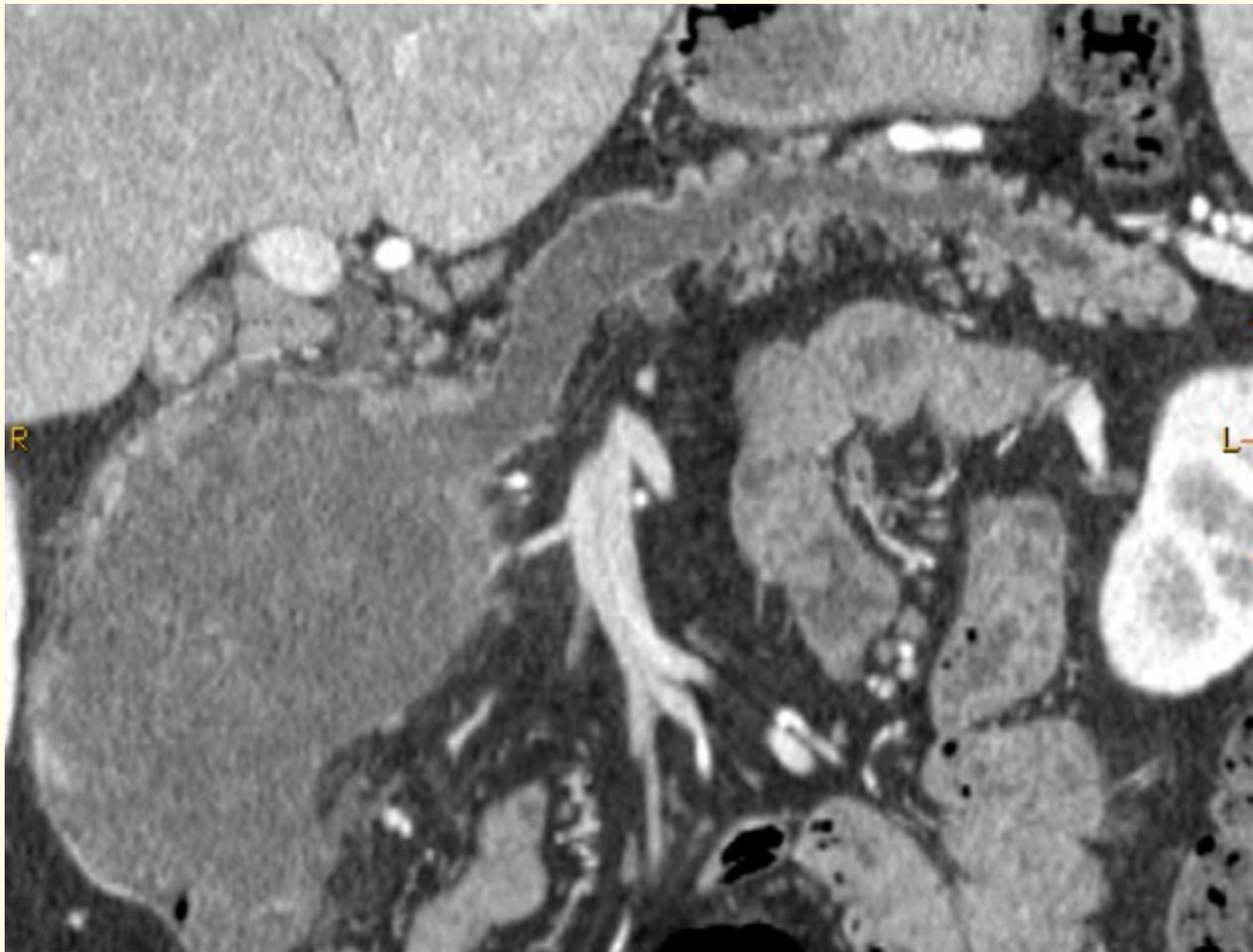
TIPMP du canal principal ?

- Si $> 5-6$ mm suspect de TIPMP
- Mais concept de dilatation passive

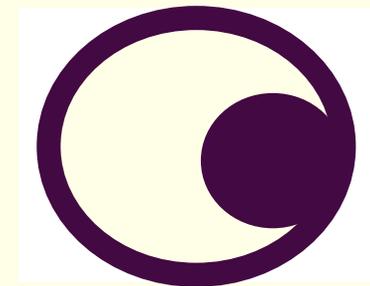
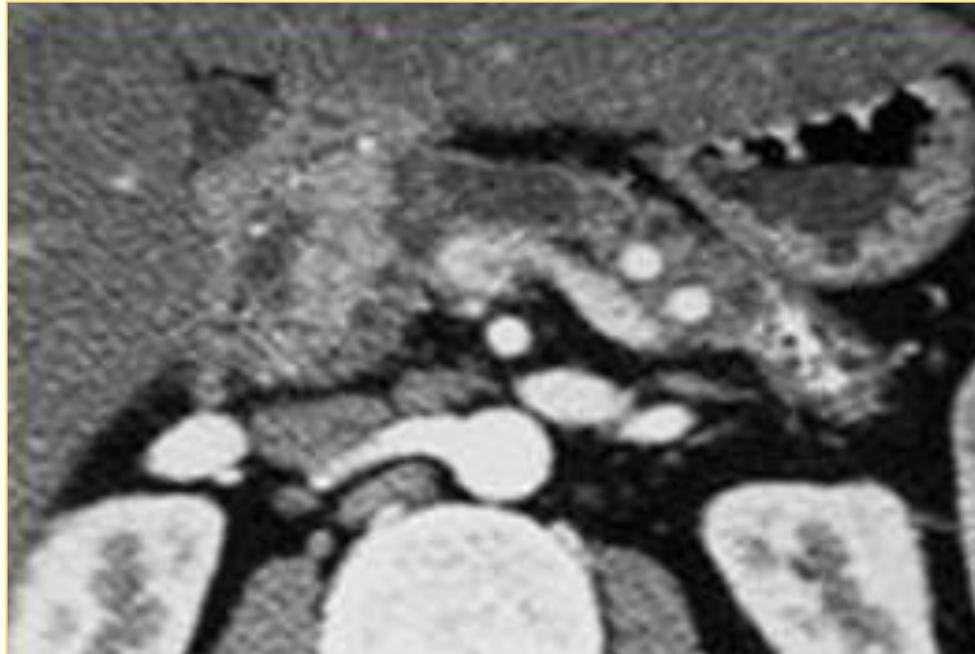


- Pancreatectomie gauche : pas d'atteinte en aval de la dilatation caudale

TIPMP : fistule



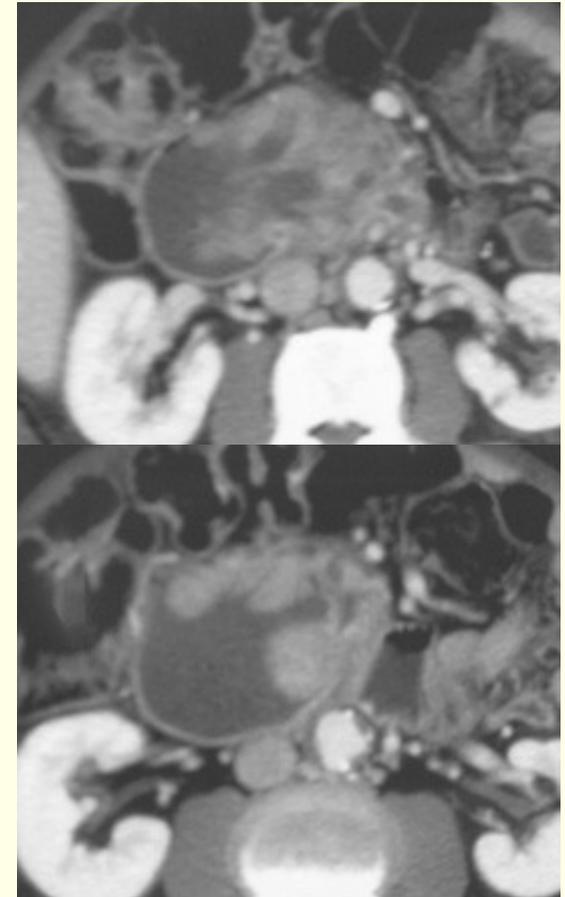
TIPMP Dégénérescence, canal principal, bourgeon



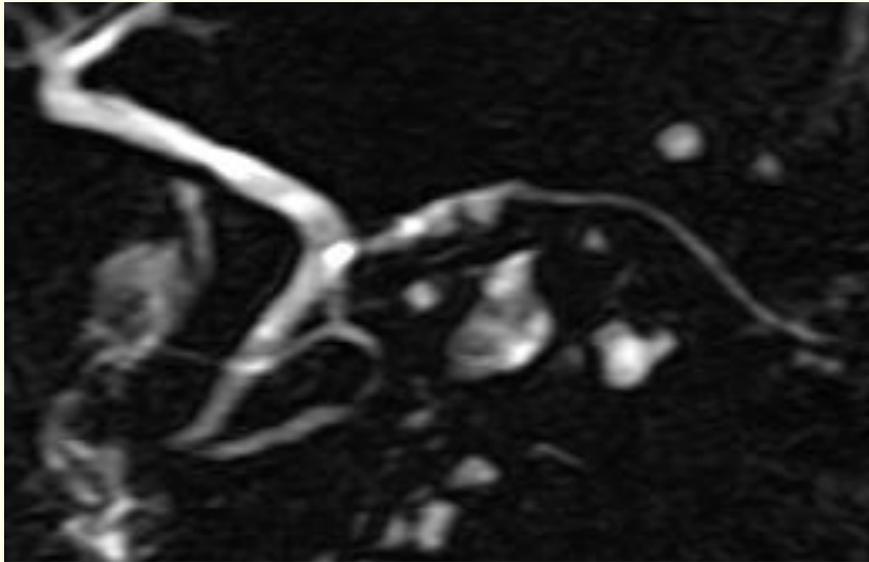
TIPMP Dégénérescence : taille des bourgeons ?



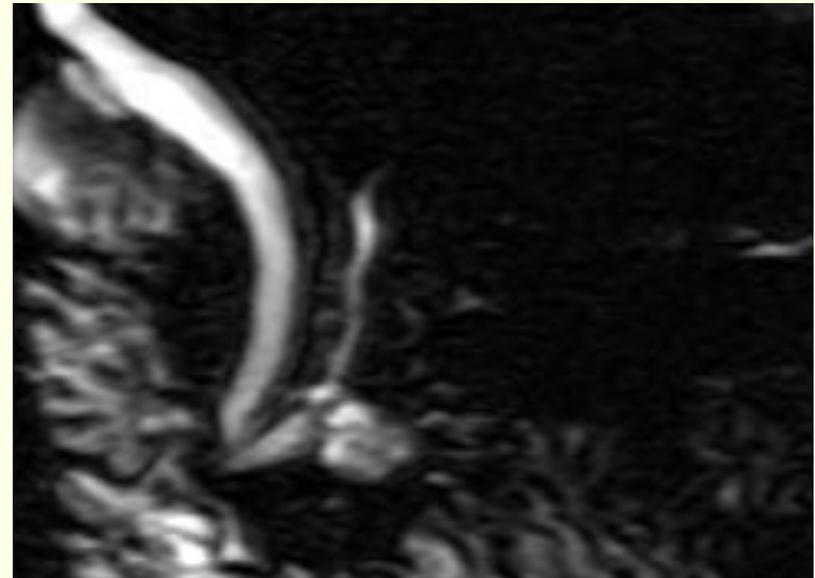
- Carcinome in situ R0



TIPMP Comment suivre de façon fiable les TIPMP non opérées ?



calculi

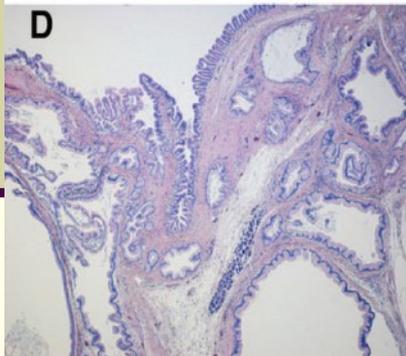
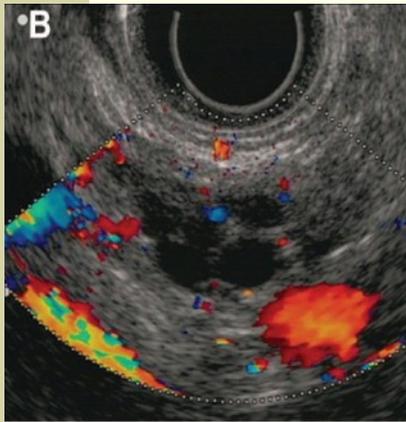


mucus

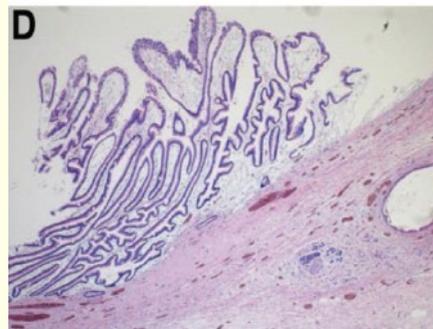
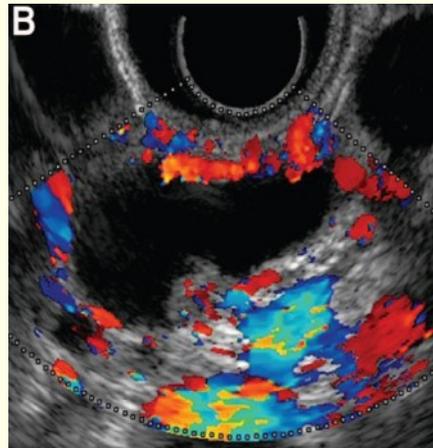
≠ Echoendoscopie, contraste

TIPMP dégradation : vascularisation des nodules muraux (EE de contraste)

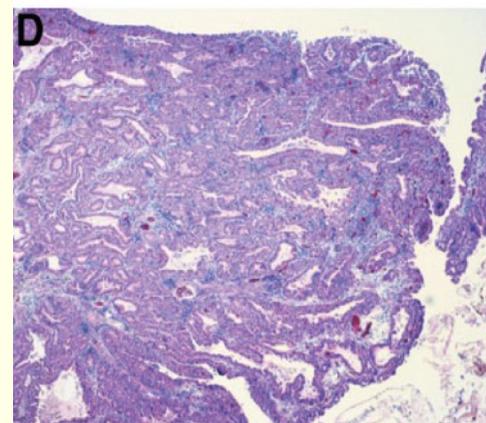
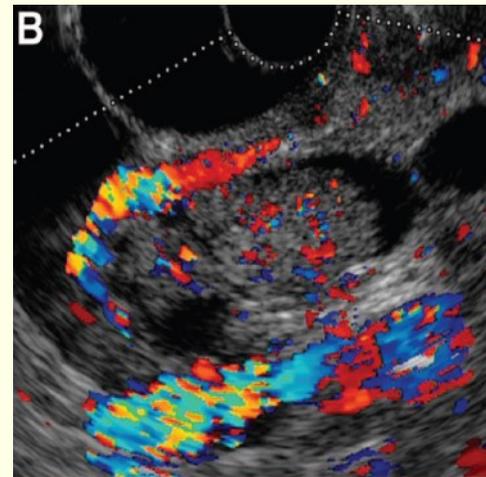
Type 1



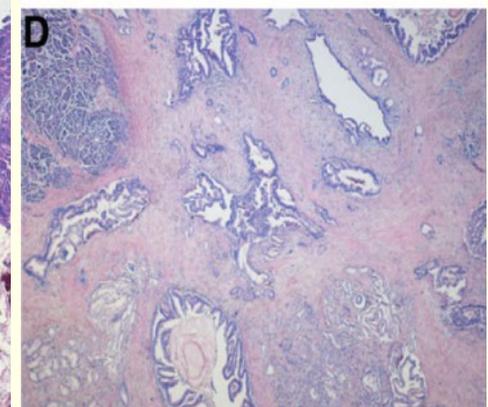
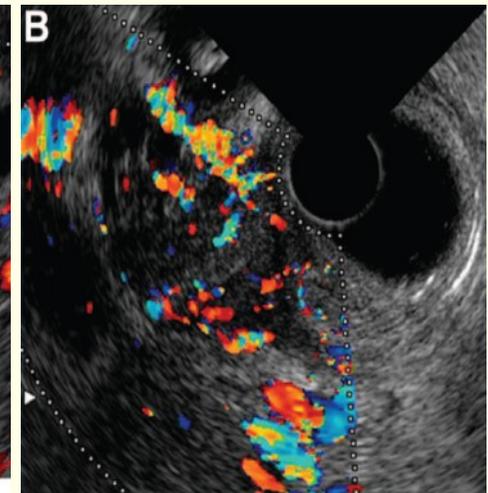
Type 2



Type 3



Type 4

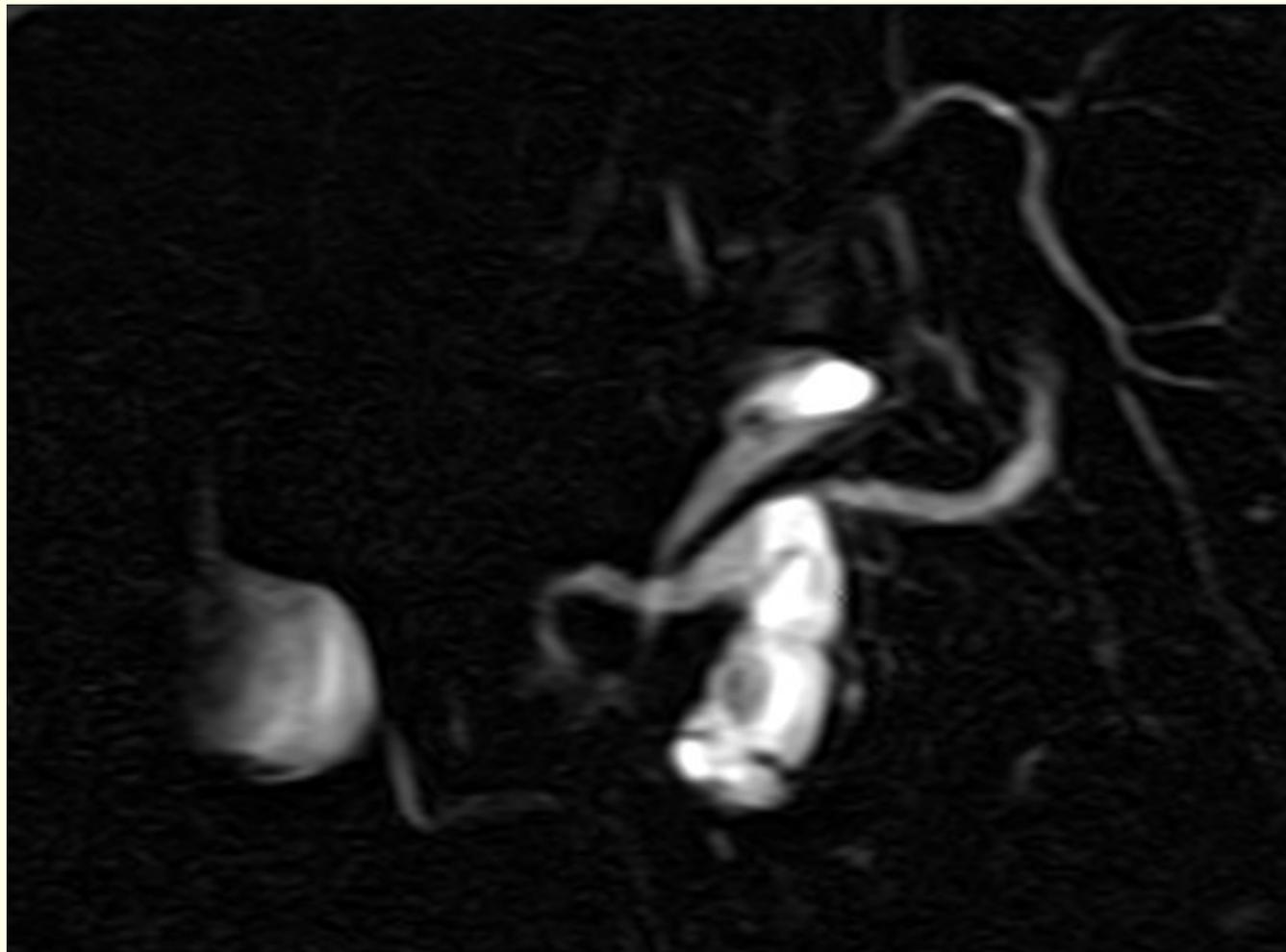


Adénome

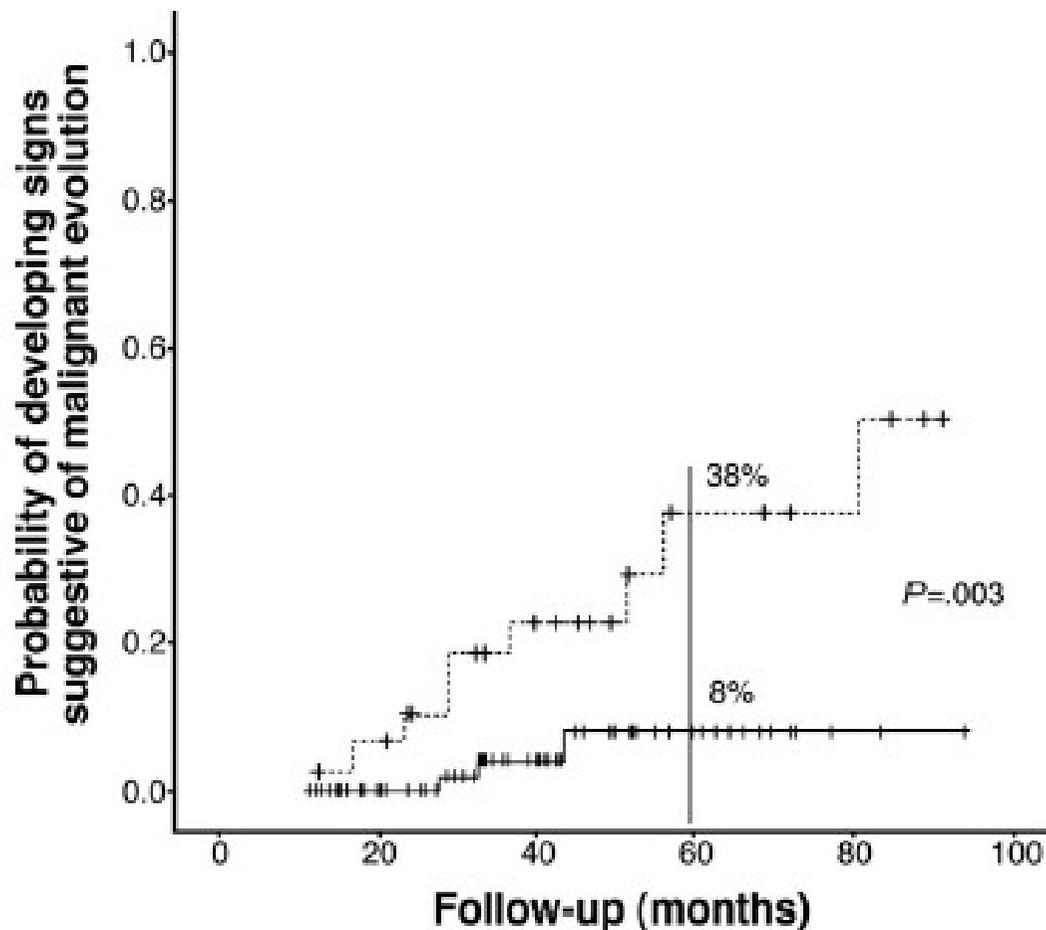
CIS

K invasif

TIPMP dégénérée : bourgeon



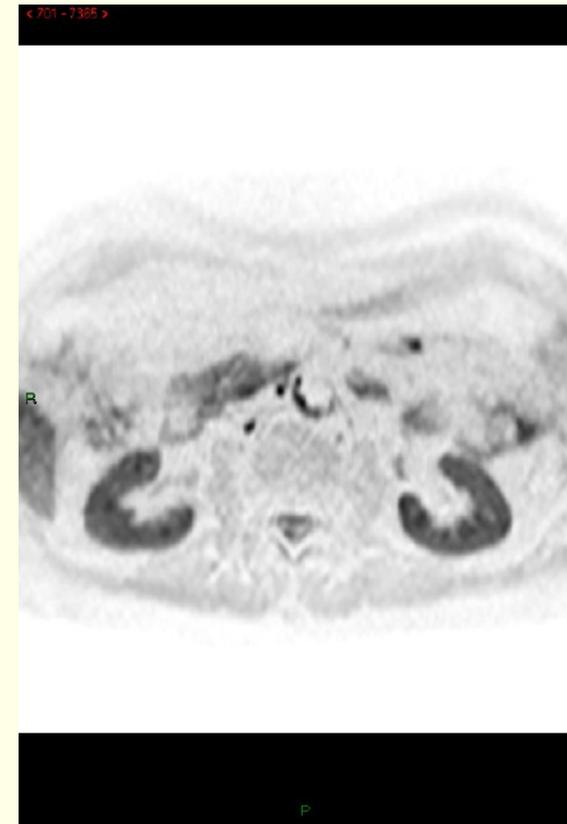
TIPMP-CS : dégénérescence



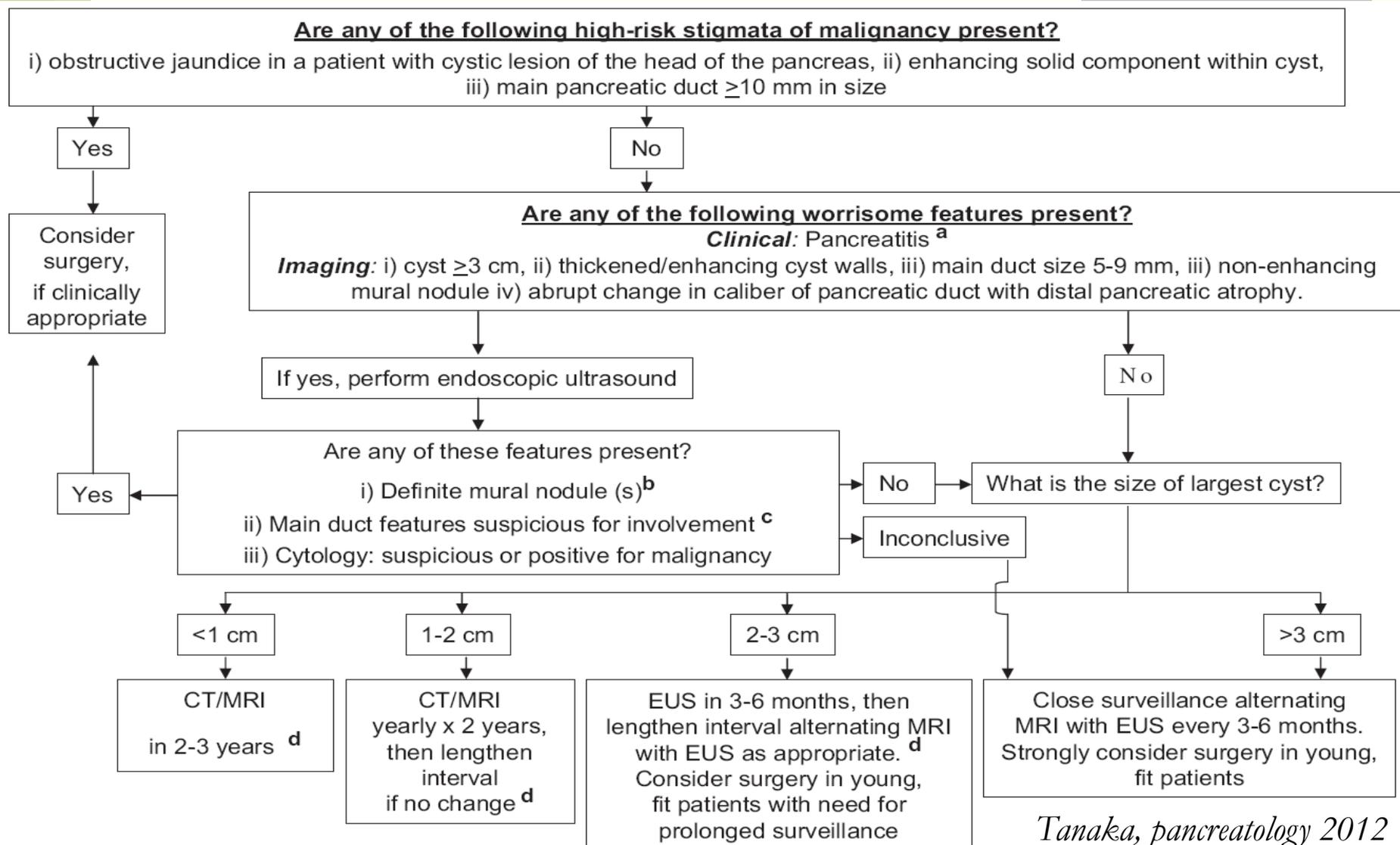
- Risque cumulé de malignité des TIPMP-CS
- selon les modifications de taille des CS (>5 mm vs stable)

D'après Rautou et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2008

TIPMP-CS : dégénérescence, IRM diffusion



TIPMP : qui opérer ?



Tanaka, pancreatology 2012

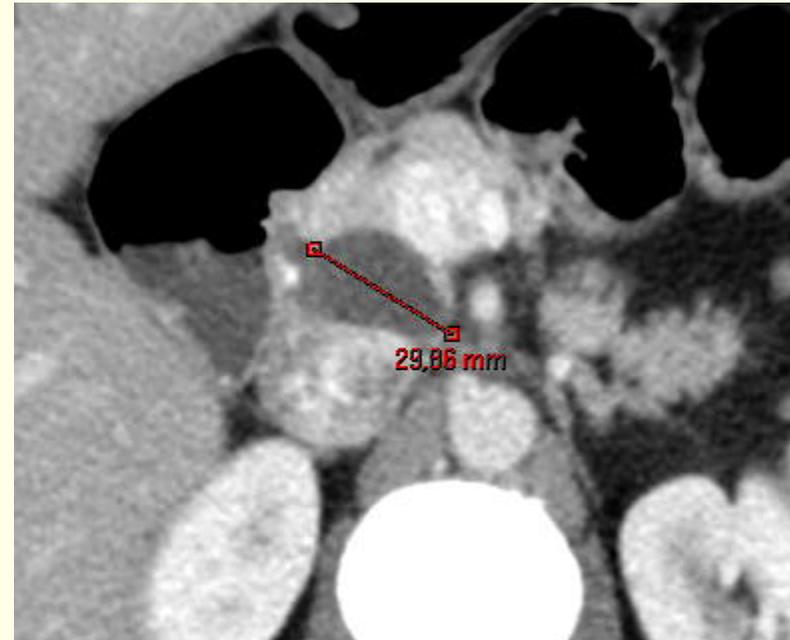
TIPMP : qui opérer ?

- Kyste céphalique avec ictère
- Bourgeon endokystique rehaussé
- CPP > 10 mm
- Tumeur parenchymateuse

- Surveiller : Worrisome features, à risque
 - >3 cm
 - Nodule sans rehaussement
 - Kyste à paroi épaisse, réhaussée
 - CPP 5-9mm
 - Sténose CPP avec atrophie

TIPMP Dégénérescence canaux secondaires

- Surveiller : dilatation secondaire > 30 mm sans bourgeon



CS isolé bénin

Tanaka Pancreatology 2006

Cohorte prospective nationale

www.teamp.org

	Risque FAIBLE Taille ≤ 10 mm Pas de facteur de risque	Risque MOYEN $10 \leq$ Taille ≤ 30 mm Pas de facteur de risque	Risque FORT Au moins un facteur de risque
6 mois	-	-	EE + TDM
1 an	IRM	IRM+EE	EE + TDM + IRM
2 ans	EE	TDM	EE + TDM + IRM
3 ans	TDM	IRM+EE	EE + TDM + IRM
4 ans	IRM	TDM	EE + TDM + IRM
5 ans	EE	IRM+EE	EE + TDM + IRM
> 5 ans	IRM/EE/TDM alternance 1/an)	Rythme similaire	Rythme similaire

Cohorte prospective nationale

► Facteurs de risque fort

- 1/ Antécédent de cancer du pancréas au 1er degré ou 2 apparentés du 2ème degré **ET** patient âgé > 65 ans
- 2/ Apparition nodule mural intrakystique de toute taille (si > 5mm discuter la résection)
- 3/ Apparition dilatation canal de wirsung > 6 (5) mm (discuter la résection)
- 4/ Antécédents de TIPMP opérée avec lésions \geq dysplasie de haut grade
- 5/ Taille \geq 30 mm de la plus grande lésion de TIPMP

Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

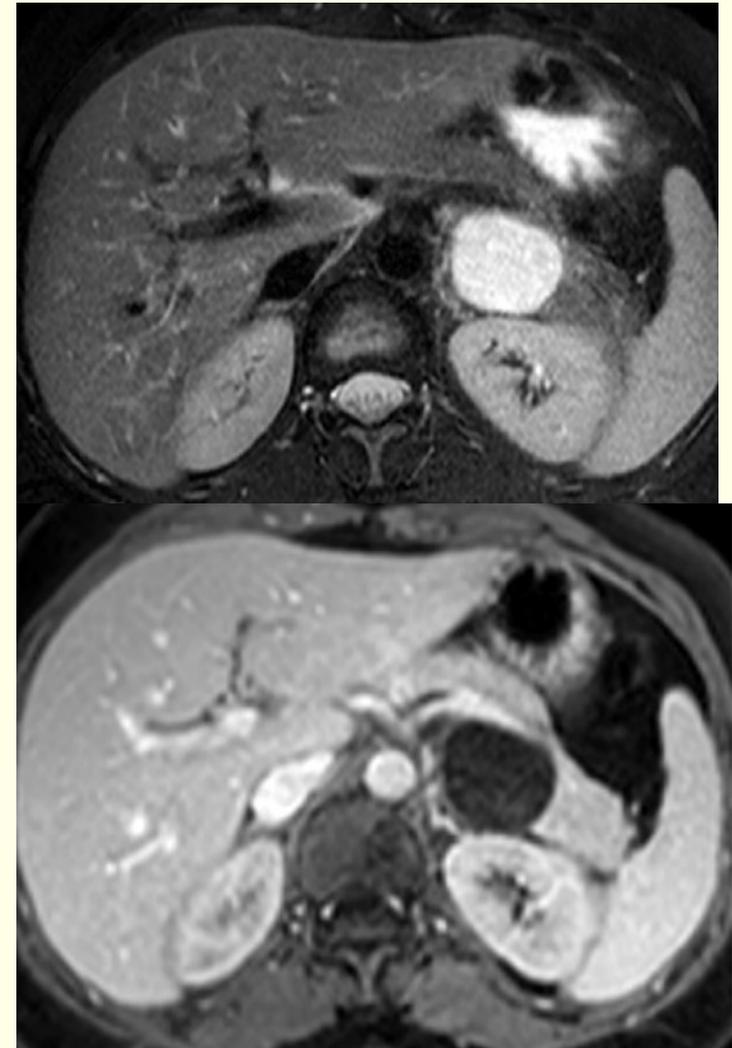
Le principal diagnostic différentiel du pseudo-kyste est le cystadénome mucineux

- Localisation



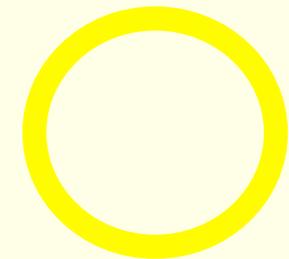
- Homogène

- Ponction

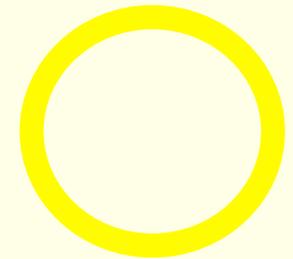
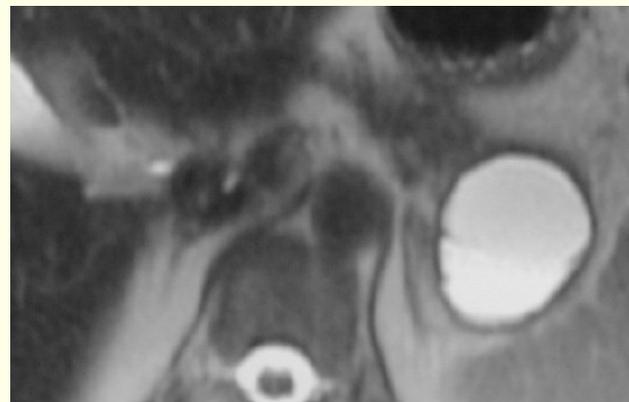
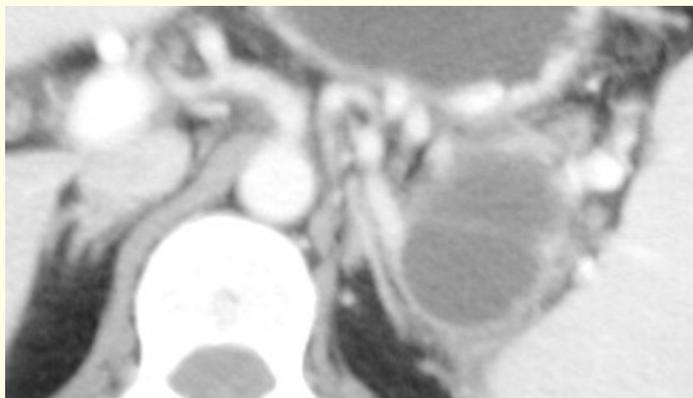
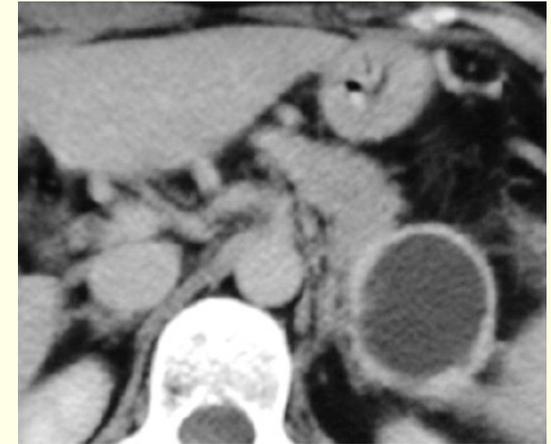
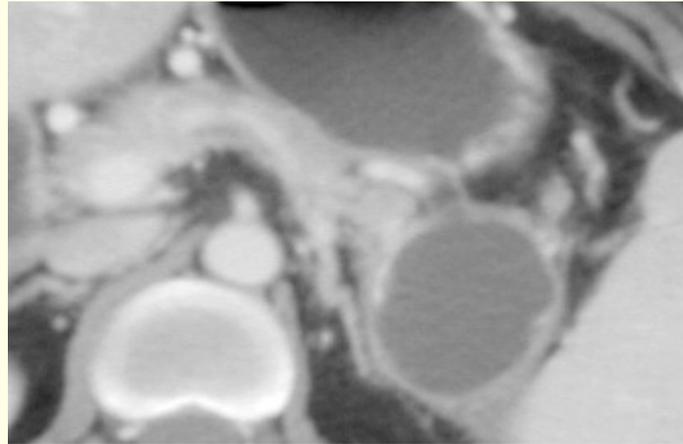
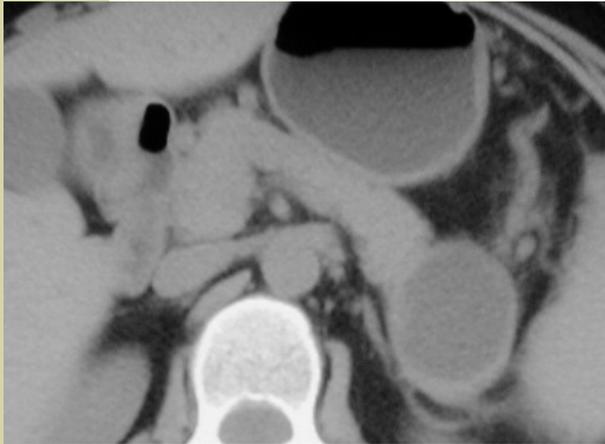


Cystadénome mucineux

- Très rarement asymptomatique
- Femme age moyen
- Stroma ovarien
- Corps : face postérieure, en avant du rein
- Macrokyte (5 – 6 cm)
- Calcifications périphériques
- Paroi : épaisse, prend le contraste
- Ponction : ACE, CA 19-9 élevés

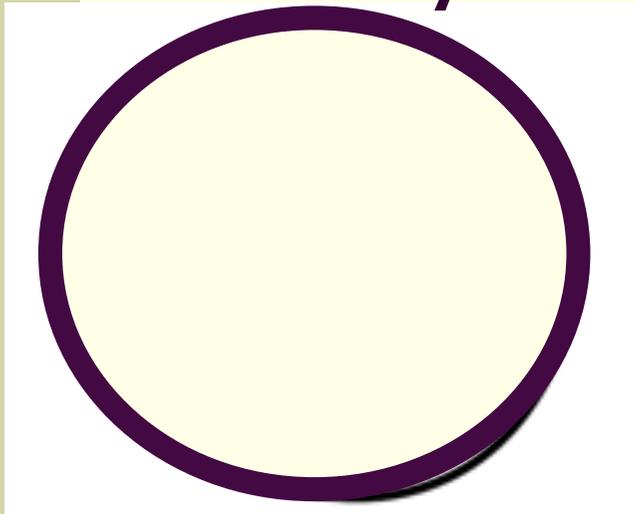


Cystadénome mucineux

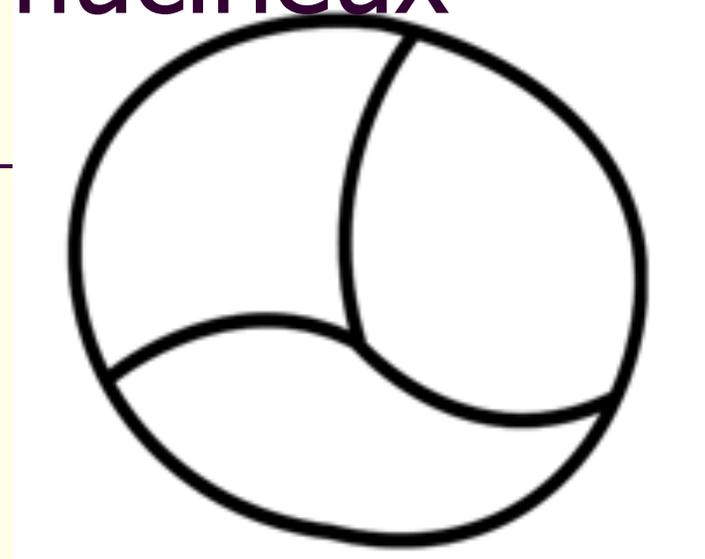


Le Baleur, pancreatology 2011

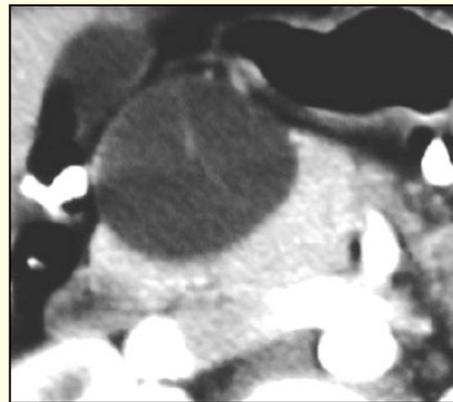
Cystadénome mucineux



Rond paroi épaisse sans septa

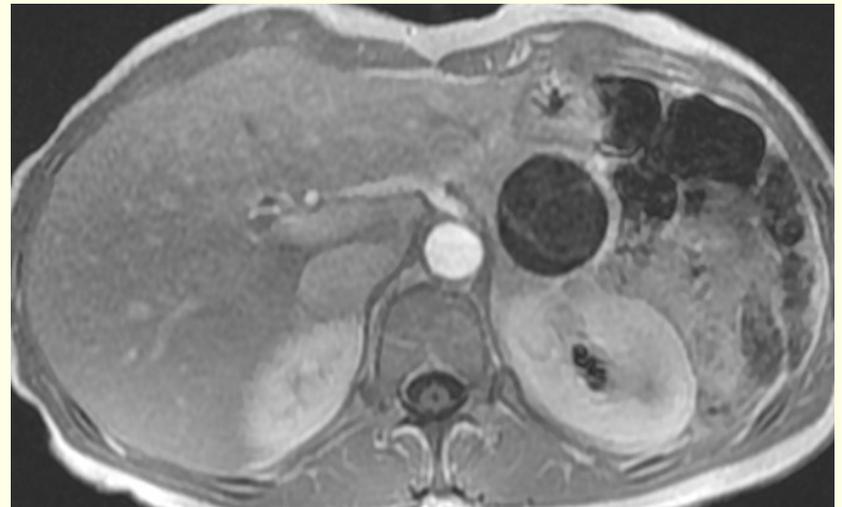
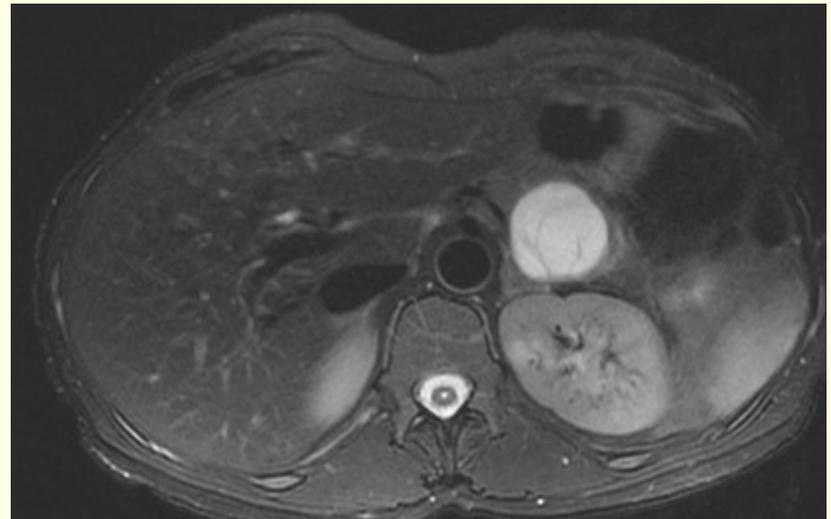
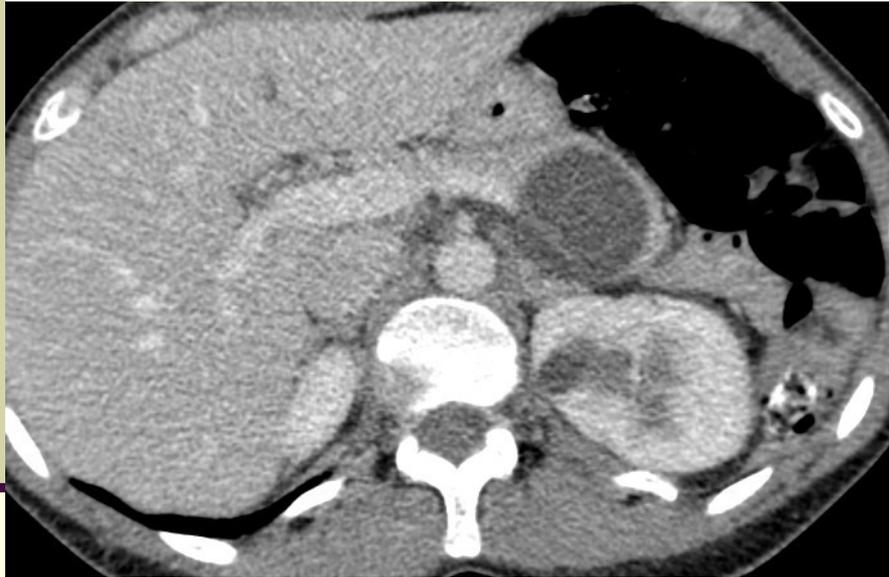


Rond avec septa



Kim, AJR 2006

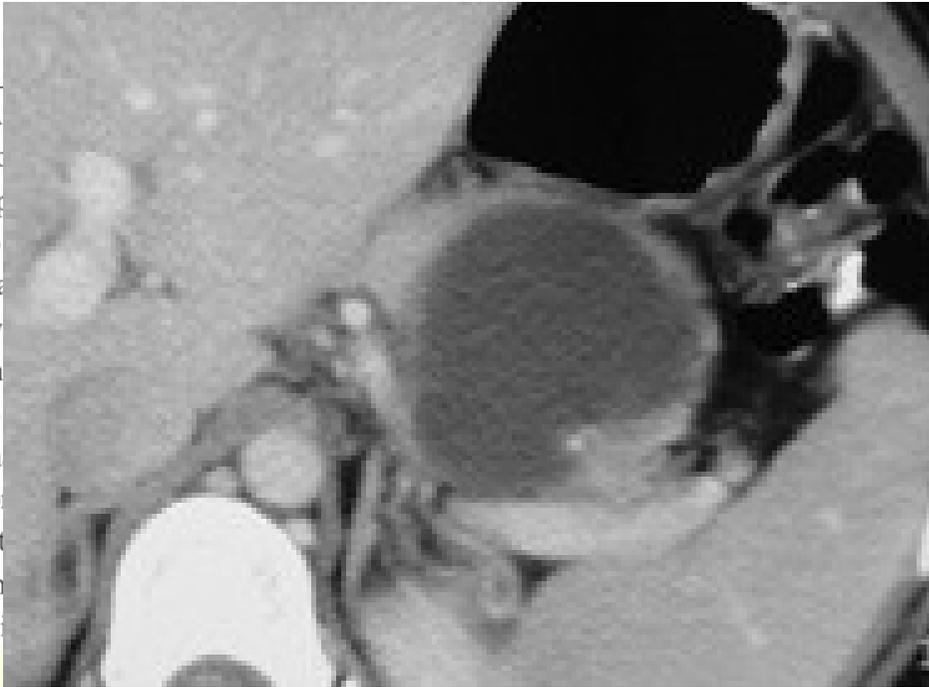
Cystadénome mucineux



Cystadénome mucineux :

Risque de cancer invasif (cystadénoK) = 25-30%

Study	Female (%)	Distal Lesions (%)	Invasive Cancer (%)	Mean Tumor Size (cm)
Group A				
Zambo	100	93	27	8.4
Thomp	100	94	36	10.5
Izumo	100	100	3	8.4
Kosma	100	84	44*	9.8
Reddy	98	94	7	5
Presen	95	97	12	5.5
Group B				
Warsh	76	52	15	5
Le Bo	78	53	6	6
Sarr et	83	78	8	
Willen	70.5	57	33	4
Suzuki	100	72	31*	5.9



- formes dégénérées invasives : > 4 cm et/ou nodules
- Malade à risque, surveillance possible si lésions < 4 cm ET sans nodules
- (++) et si techniquement non énucléable)

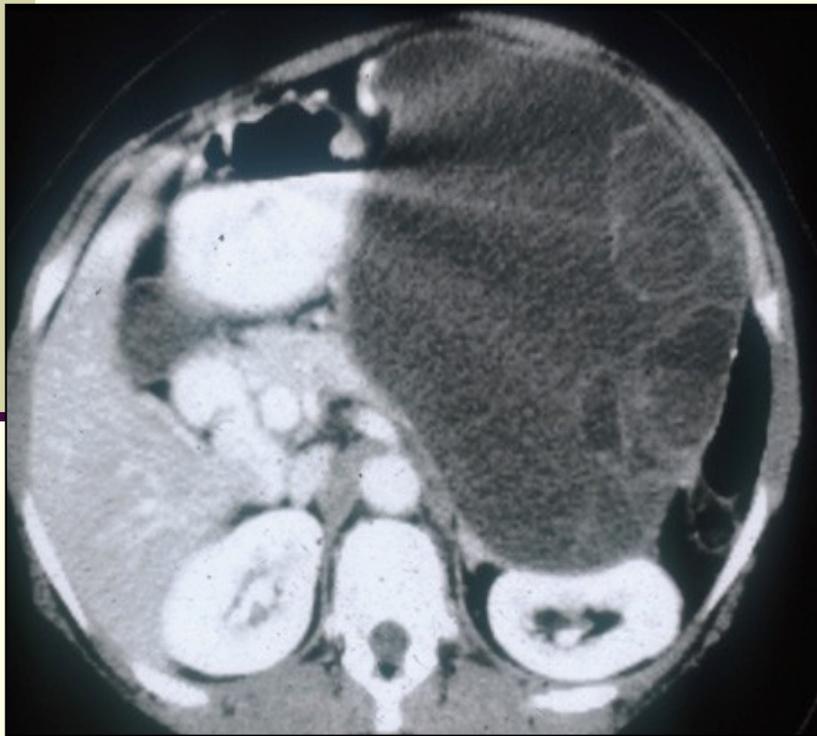
*Crippa S, Ann Surg 2008
Le/Baleur, pancreatology*

Affirmer la dégénérescence

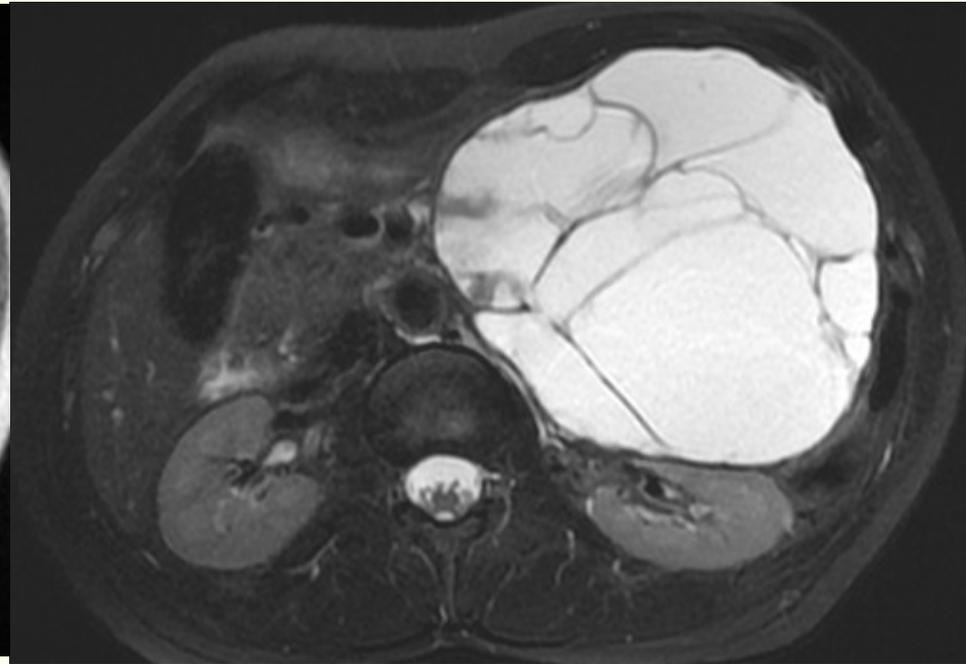
- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

Cystadénocarcinome mucineux: opérer

CM border-line ou cystadénocarcinome : DPC ou PG, pas d'énucléation

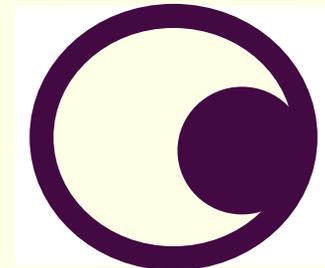
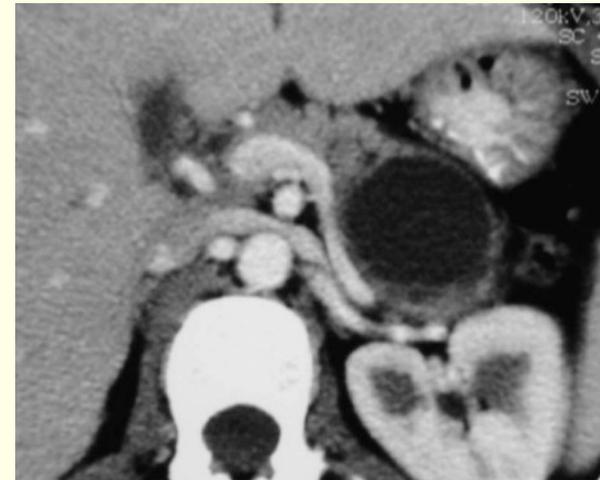
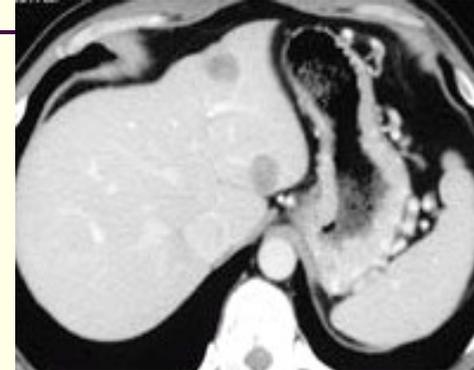


Cystadénome mucineux : IRM



Cystadénocarcinome

- Rare : 5-10%
- Paroi épaisse irrégulière, bourgeon
- Taille > 4 cm
- Envahissement local, régional

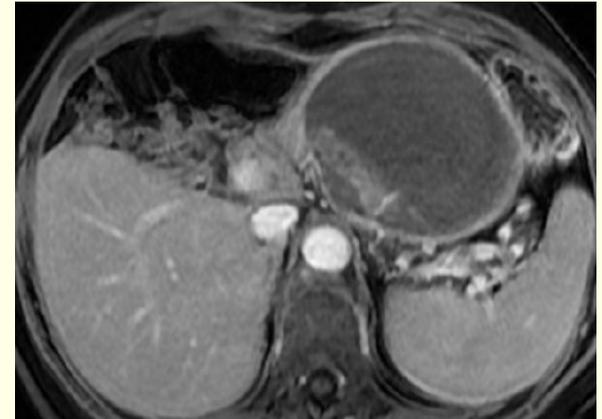
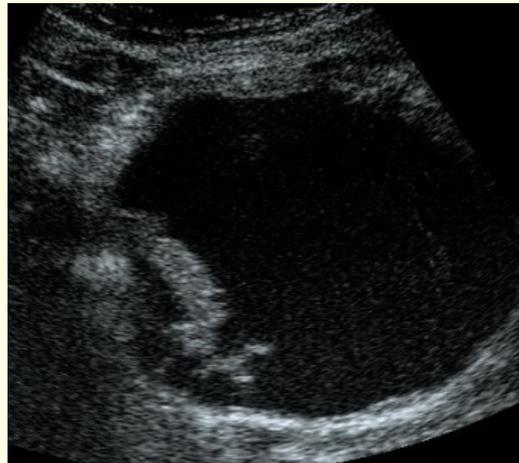
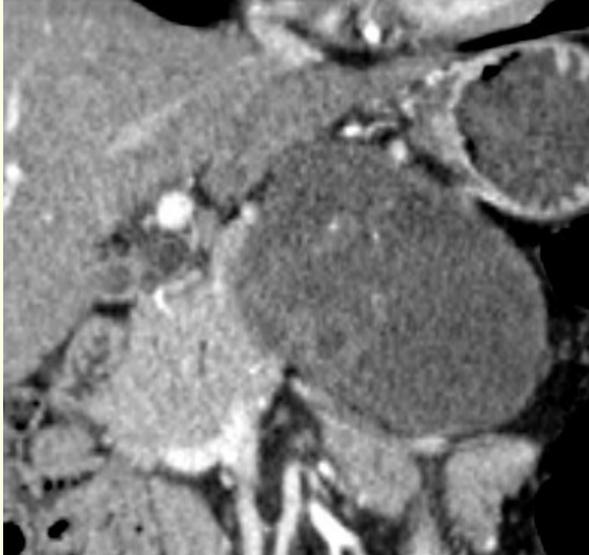
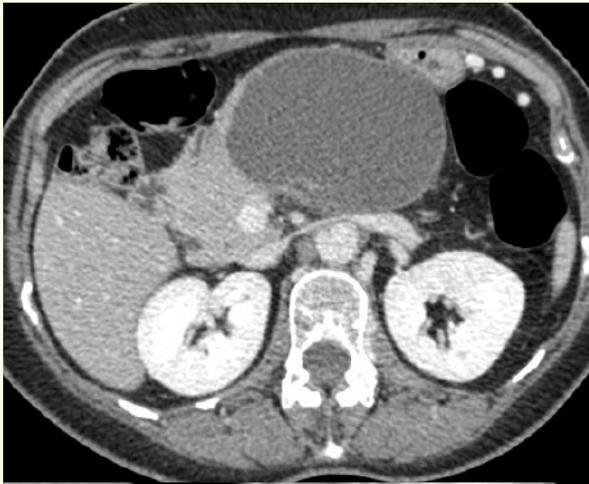
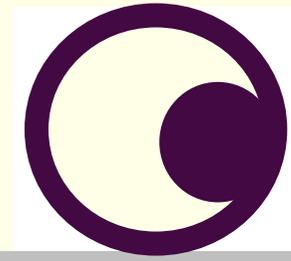


Cystadenocarcinomes : IRM

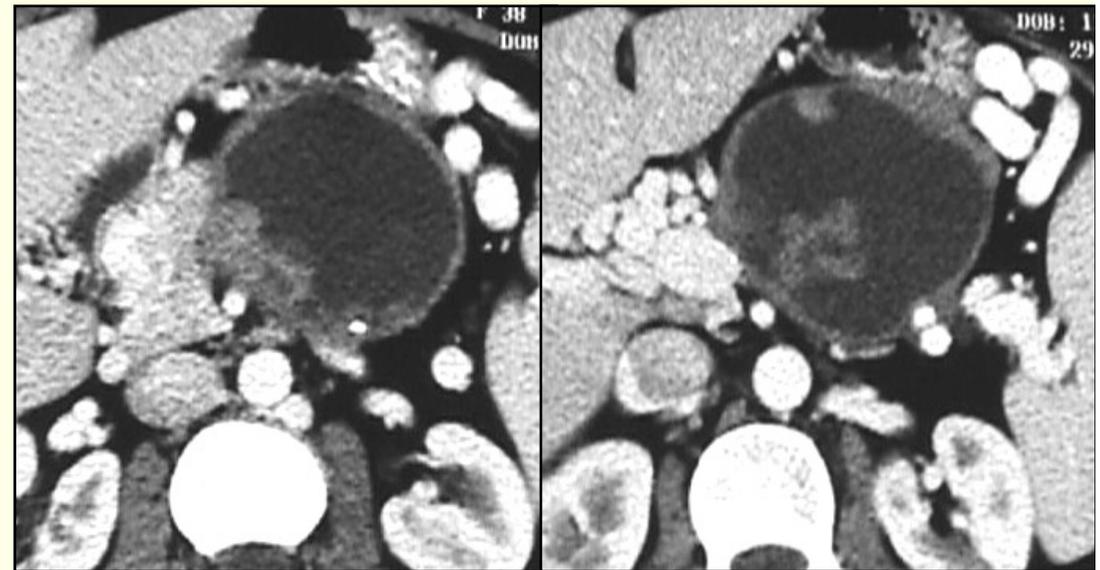
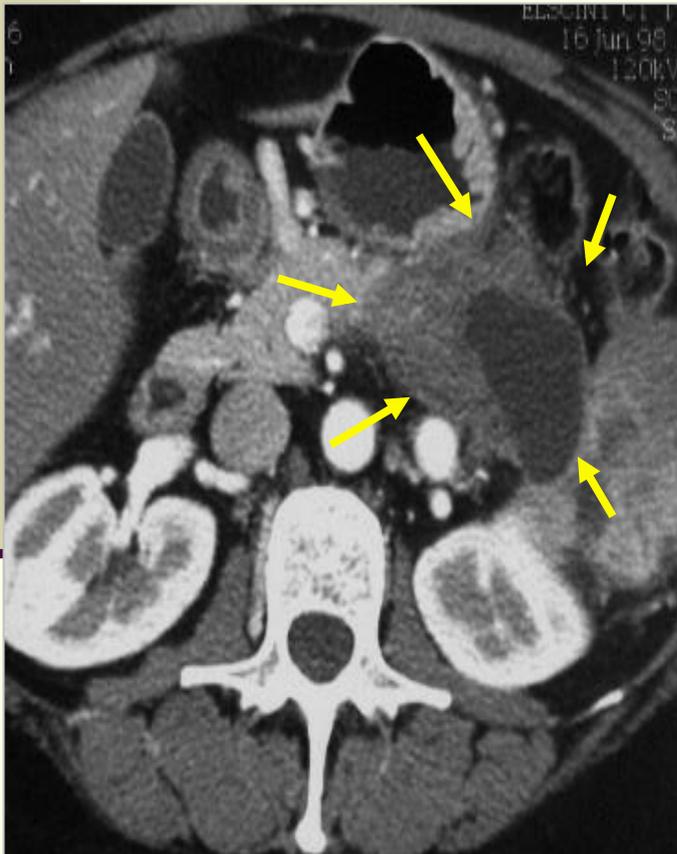
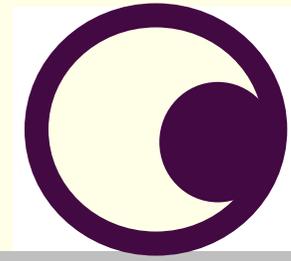
Di Paola, [Br J Radiol](#). 2016

- 43 cystadenomes and 22 cystadenocarcinomes
 - size >7cm (<0.001),
 - septa and wall thickness >3 mm (<0.0001),
 - number of loculations >4 (<0.0001),
 - nodules (<0.0001),
 - hyperintensity of the cystic content on T1 weighted images (<0.0001),
 - compression (<0.01) and/or infiltration (<0.01) of adjacent vessels or organs
 - metastases (<0.05).
 - 3 signes ($p < 0.001$), accuracy of 91%.

Cystadénocarcinome



Cystadénocarcinome

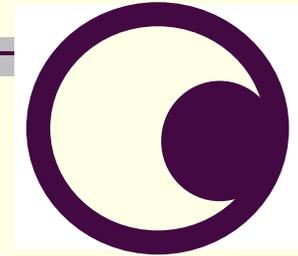


Le Baleur, pancreatology 2011

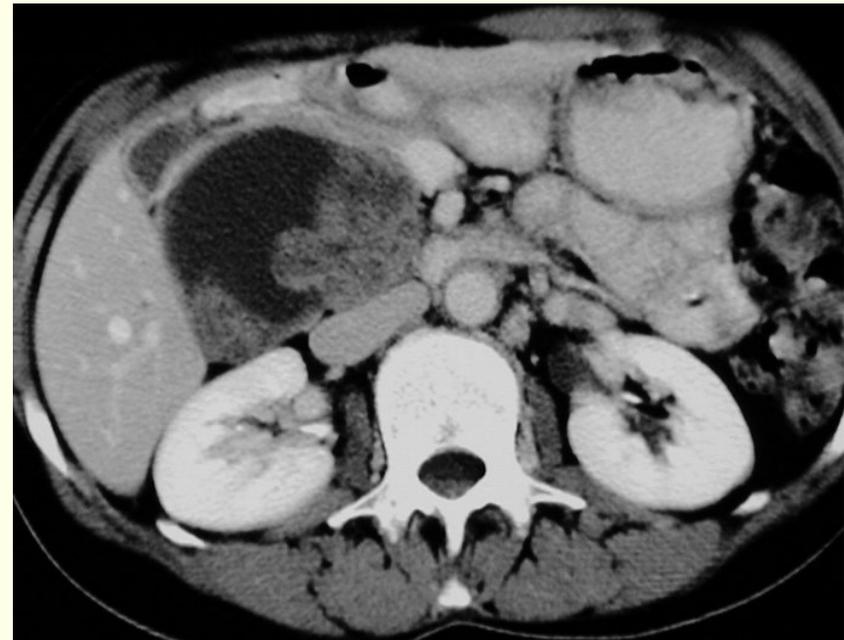
Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

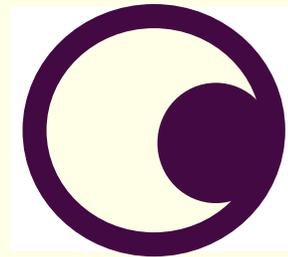
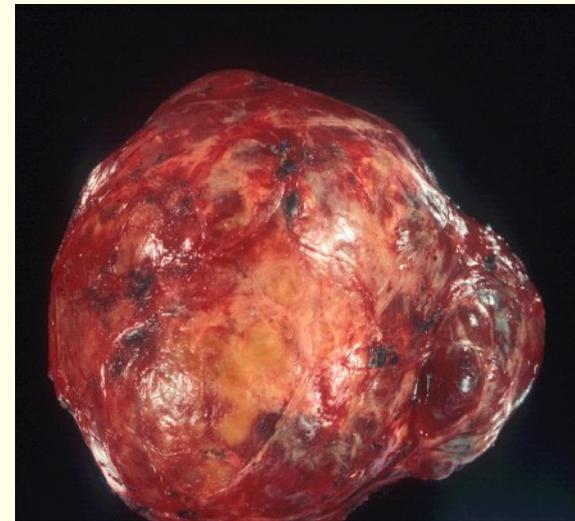
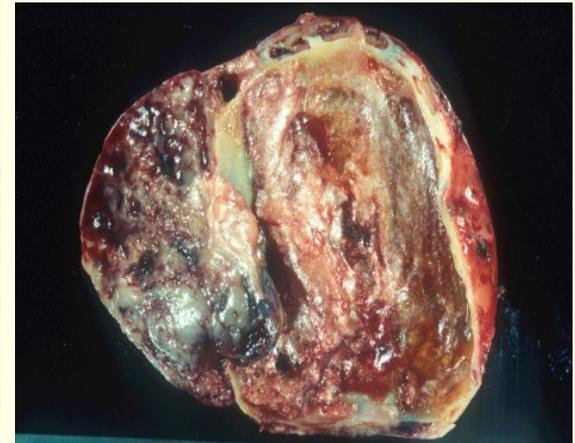
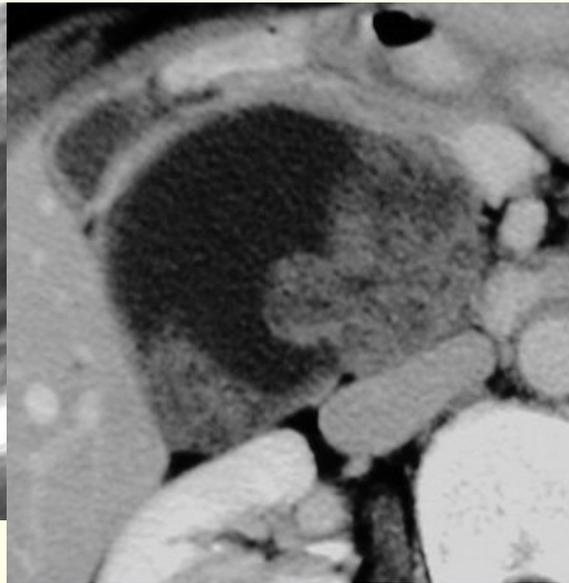
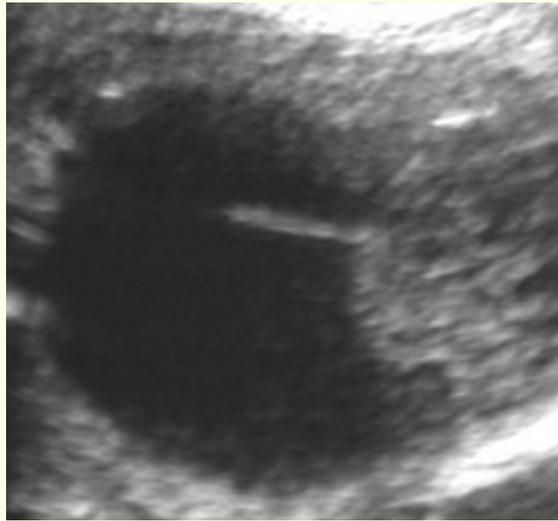
Tumeur solide et papillaire



- Femme Jeune ! ?
 - 20% homme
 - 54% > 30 ans
- Capsule, bien limitée
- Hémorragie
- Calcifications
- Bénin, localement agressif
- 48,5 % solide et kystique

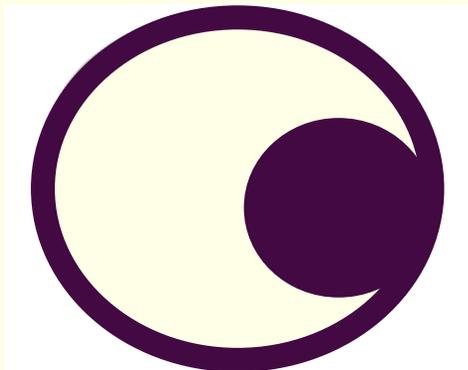


Tumeur solide et papillaire



Tumeur solide et papillaire

Forme kystique
prédominante
très rare (1,5%)



T Solide et Papillaire : 4 FORMES

- Solide et kystique, classique
- Solide et kystique, atypique

Solide et kystique
n = 18, 48.5 %

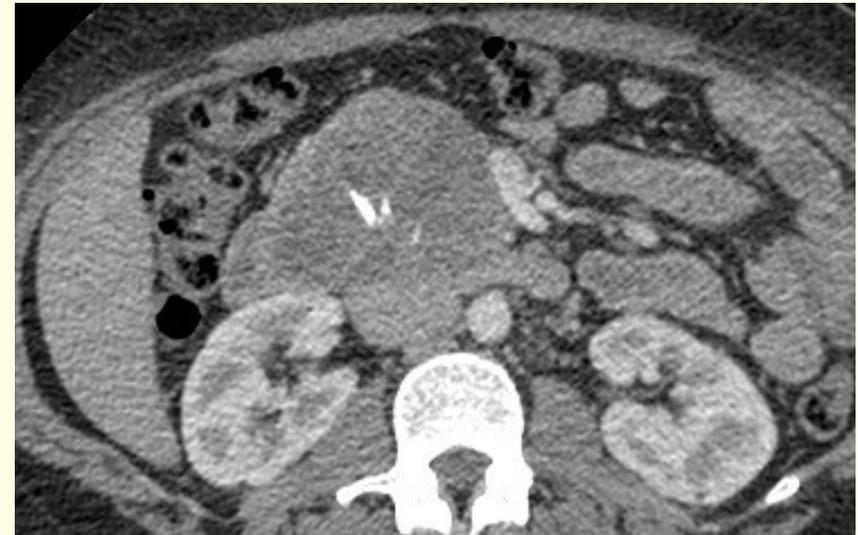
- Solide pure,
 - (pseudo NET)

Solide pure
n = 18, 48.5 %

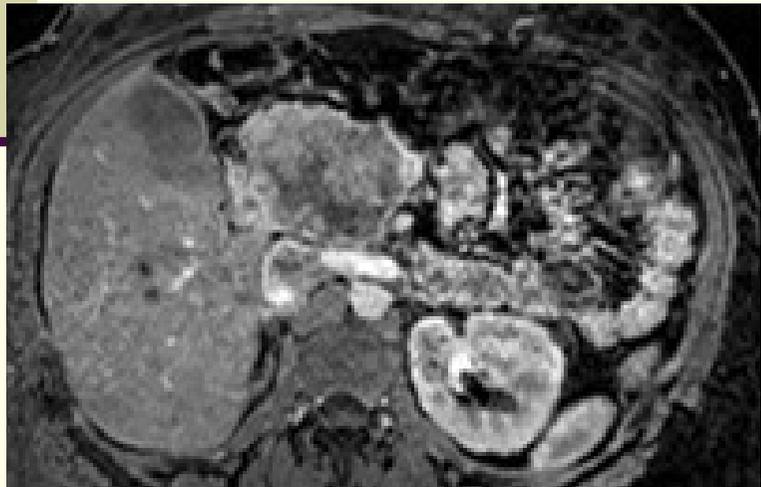
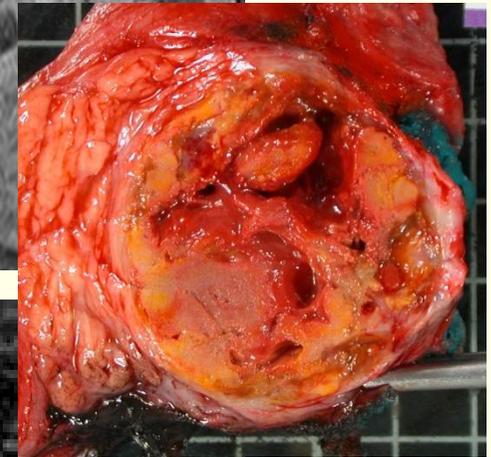
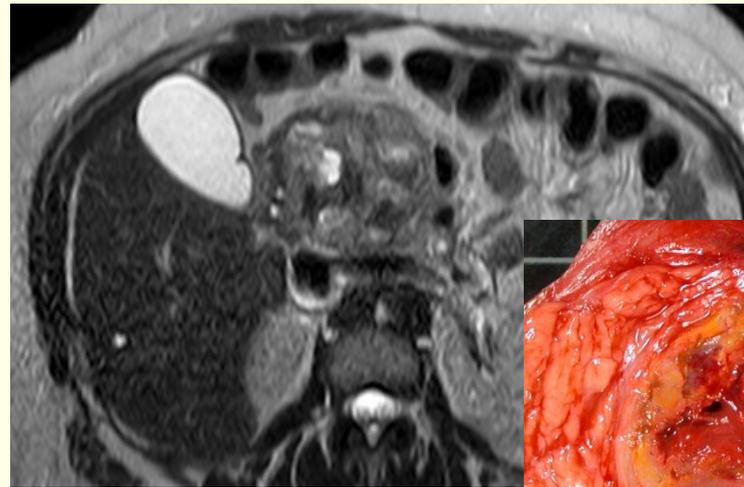
- Kystique pure
 - (pseudo cystadenome mucineux)

Kystique Pure
n = 1, 1.5 %

T Solide et Papillaire, Solide et kystique :48.5%

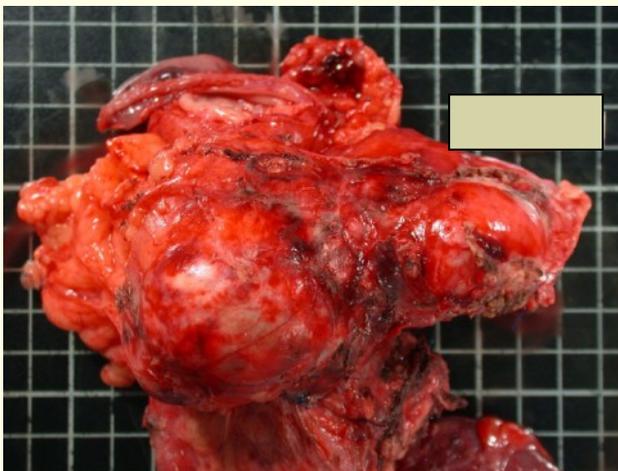
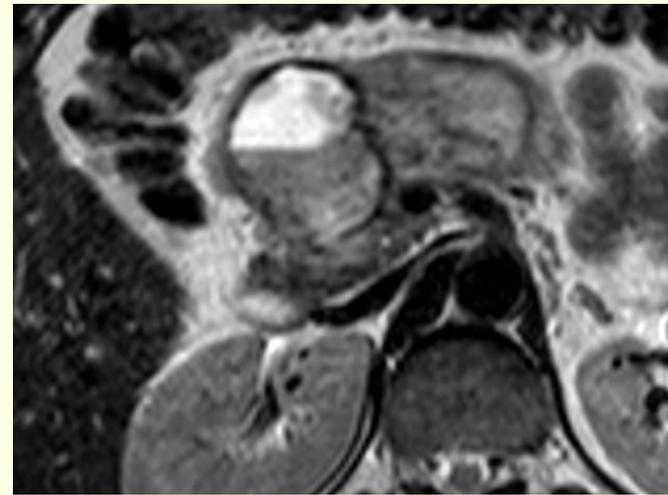


T Solide et Papillaire, Solide et kystique :48.5%



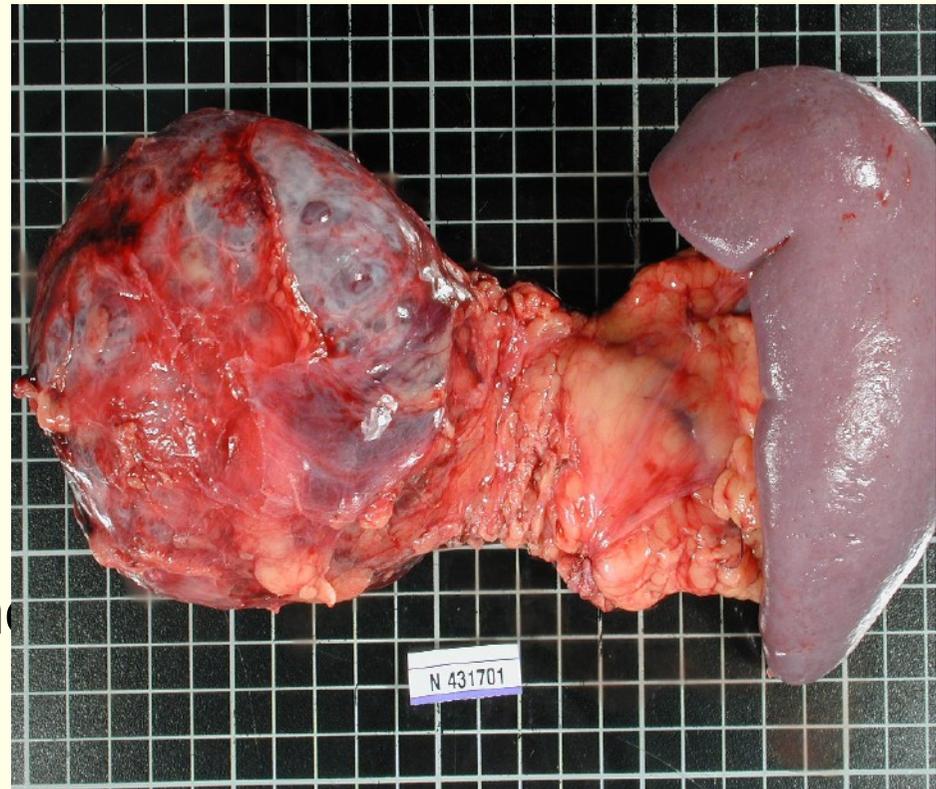
T Solide et Papillaire Solide et kystique, atypique : 13.5%

- calcifications en coquille d'oeuf



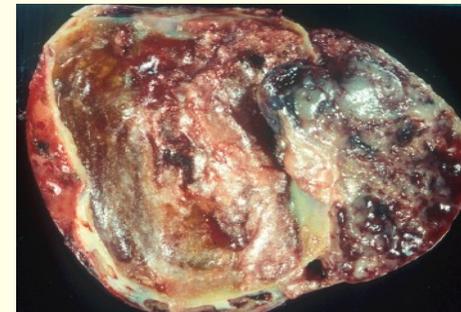
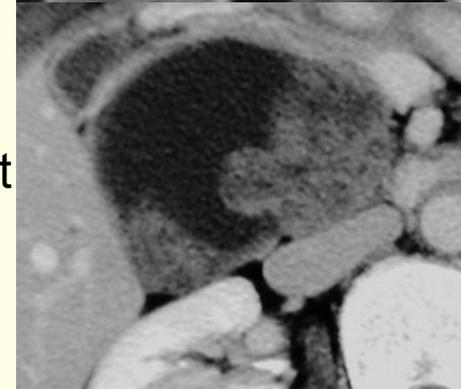
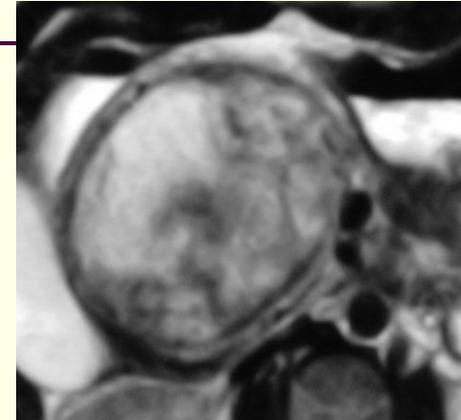
T solide et pseudo-papillaire

- Indication opératoire systématique, souvent dès le Dg évoqué en imagerie (pas de ponction)
- Souvent adultes jeunes = faible risque opératoire
- Pancréatectomie réglée, évitant tout traumatisme tumoral

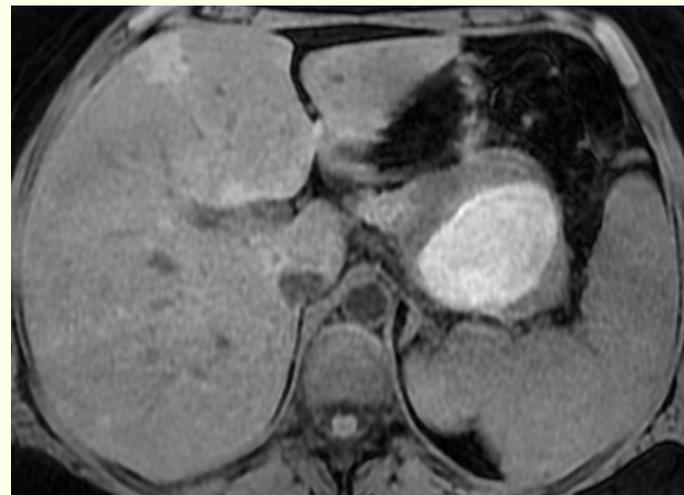
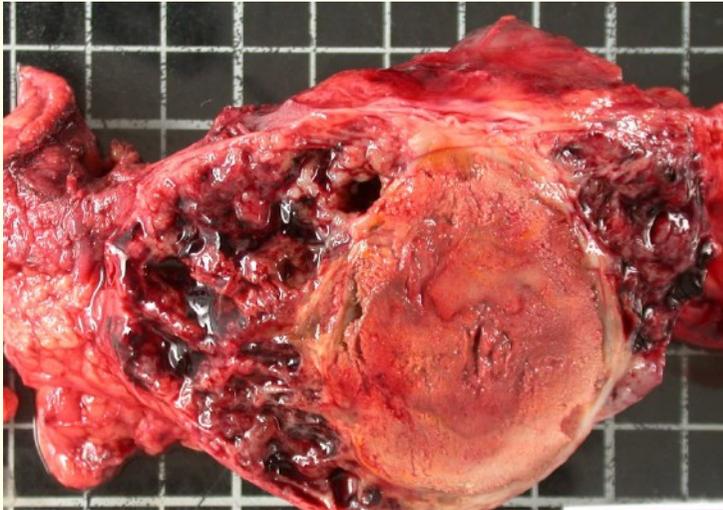


T Solide et Papillaire Capsule

- Anatomicopathologie n = 18/37 (49 %)
 - Macroscopique (épaisse) n= 14
 - Complète 360° n=8
 - Partielle $\leq 180^\circ$ n=6
 - Histologie ($\leq 1\text{mm}$) n= 4
- La capsule est développée en regard de l'inflammation et la nécrose,
- Son épaisseur dépend du degré d'inflammation et nécrose
- n=13/14 (93 %) des capsules macroscopiques sont vues en imagerie,
 - Scanner = IRM
- Les capsules microscopiques ne sont jamais vues en imagerie



T Solide et Papillaire maligne



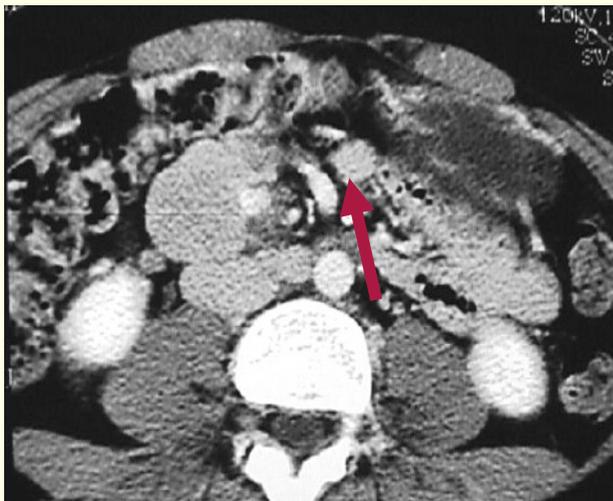
Facteurs de risque de malignité et récurrence des T Solide et Papillaire

Environ 8- 27 % de lésions agressives
Taux de 95-97% de survie à 10 ans

Muscular vessel invasion (P=0.001),
tumor (T) stage European Neuroendocrine Tumors Society (ENETS)
classification (P<0.001),
ENETS stage grouping (P<0.001),
stage grouping by the American Joint Committee on Cancer
(AJCC stage, P<0.001)

Taille (5 cm)
Invasion artérielle
Invasion locale

T solide et pseudopapillaire : Eviter l'énucléation



Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

Diagnostic du Cystadénome Séreux

- TIPMP :

- multiple
- Chercher un canal secondaire dilaté
- Chercher une communication

TIPMP

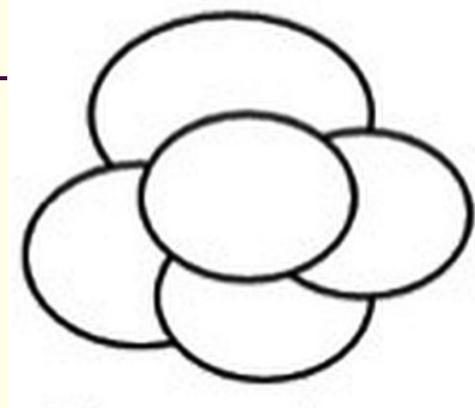
- Cystadénome séreux :

- Chercher les microkystes

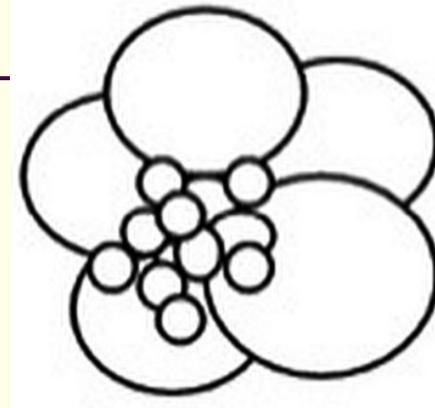
Formes anatomopathologiques



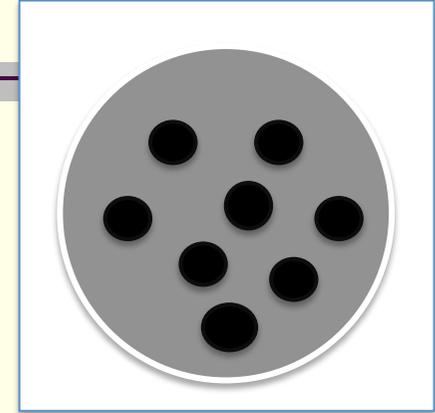
CS microkystique



CS macrokystique



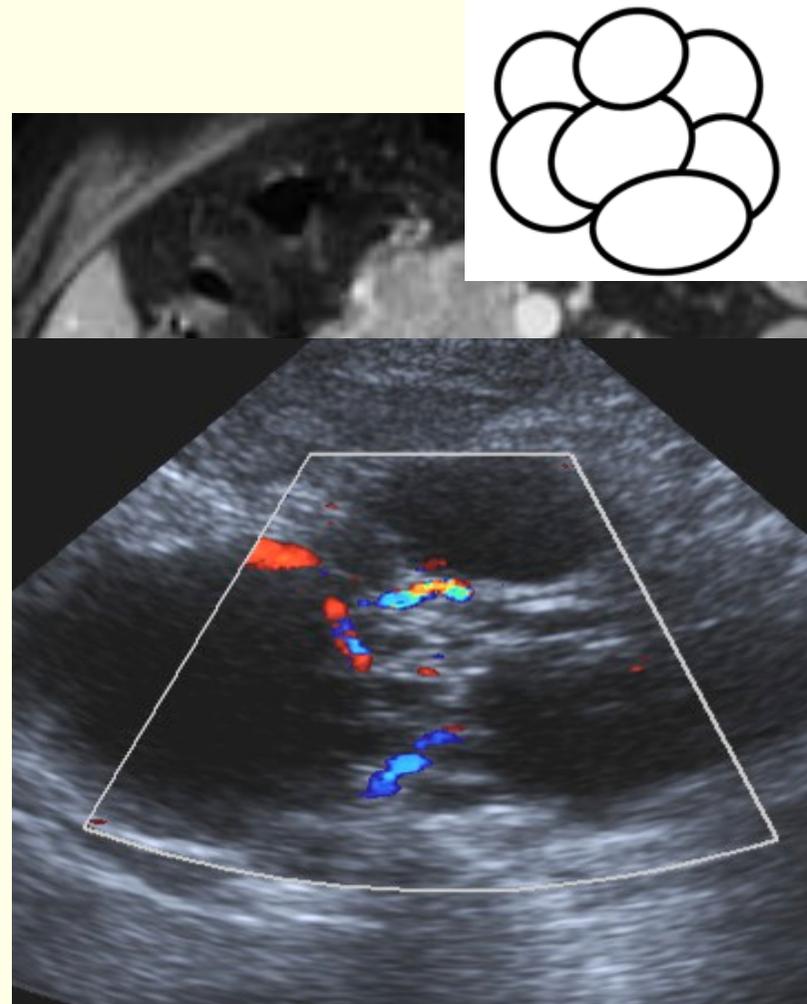
CS mixte,
oligokystique



CS pseudosolide

Cystadénome séreux

- **Microkystes** (écho-endoscopie)
- Calcification
- Non communiquant
- Pas de canal dilaté
- Prise de contraste des cloisons

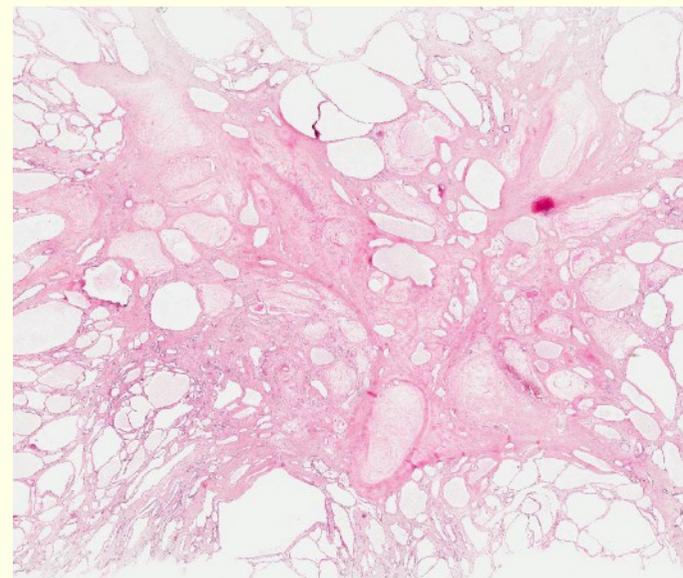


Le C Séreux MICROKYSTIQUE

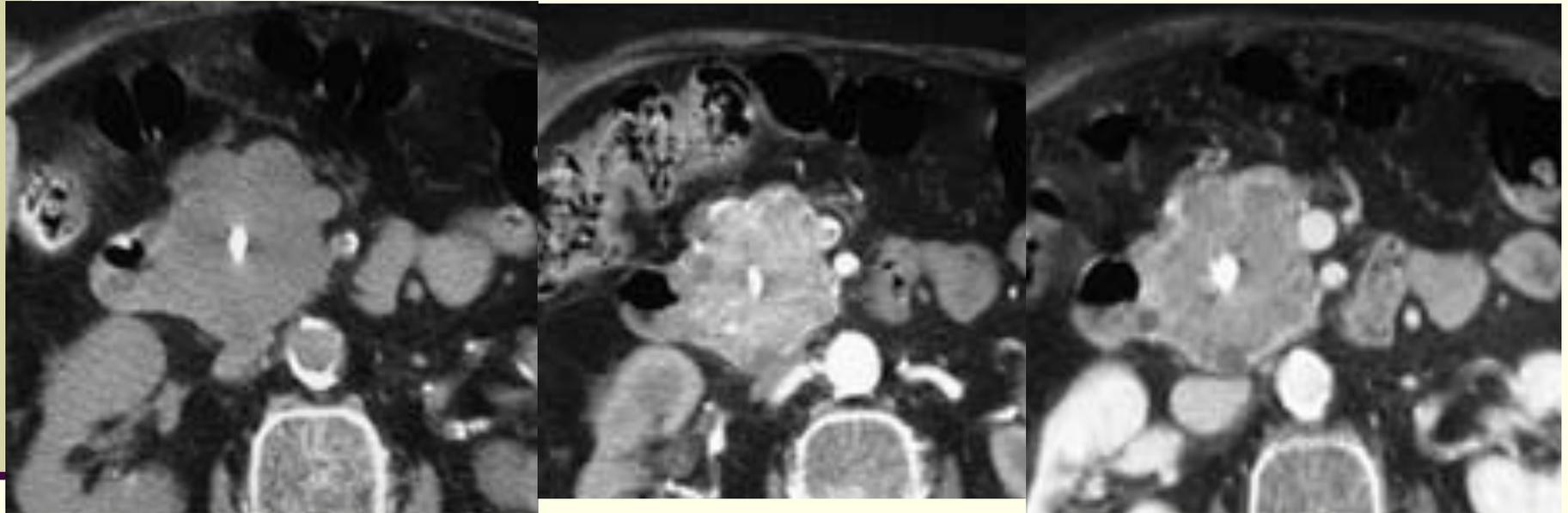
Aspect en éponge ou en nid d'abeille

Grand nombre de microkystes

Cicatrice stellaire centrale



C Séreux microkystique typique

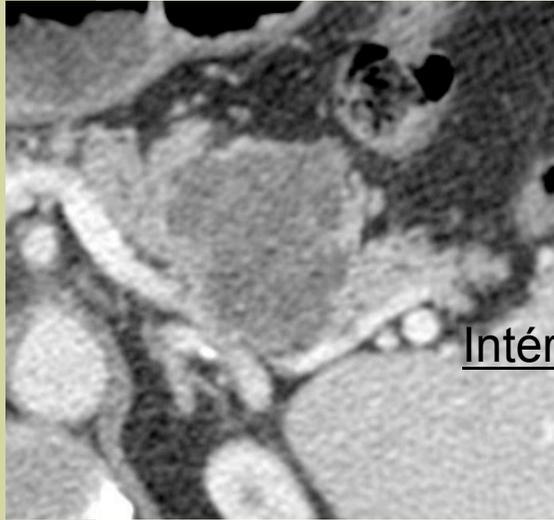


Microkystes :

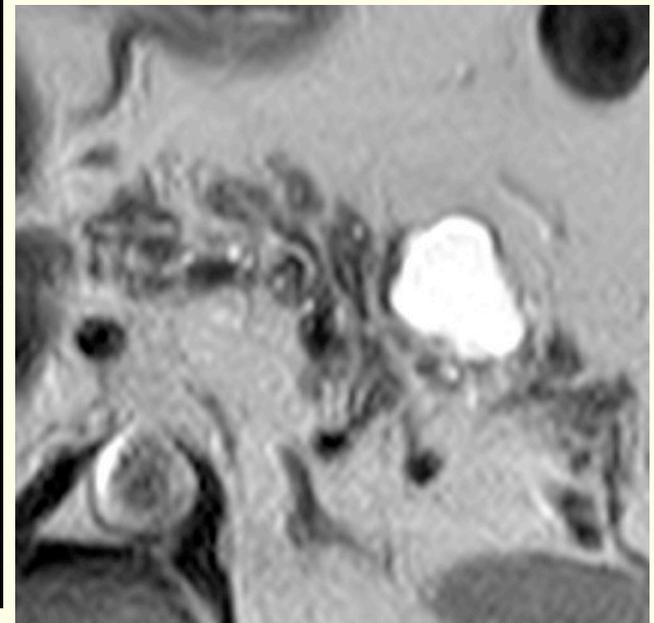
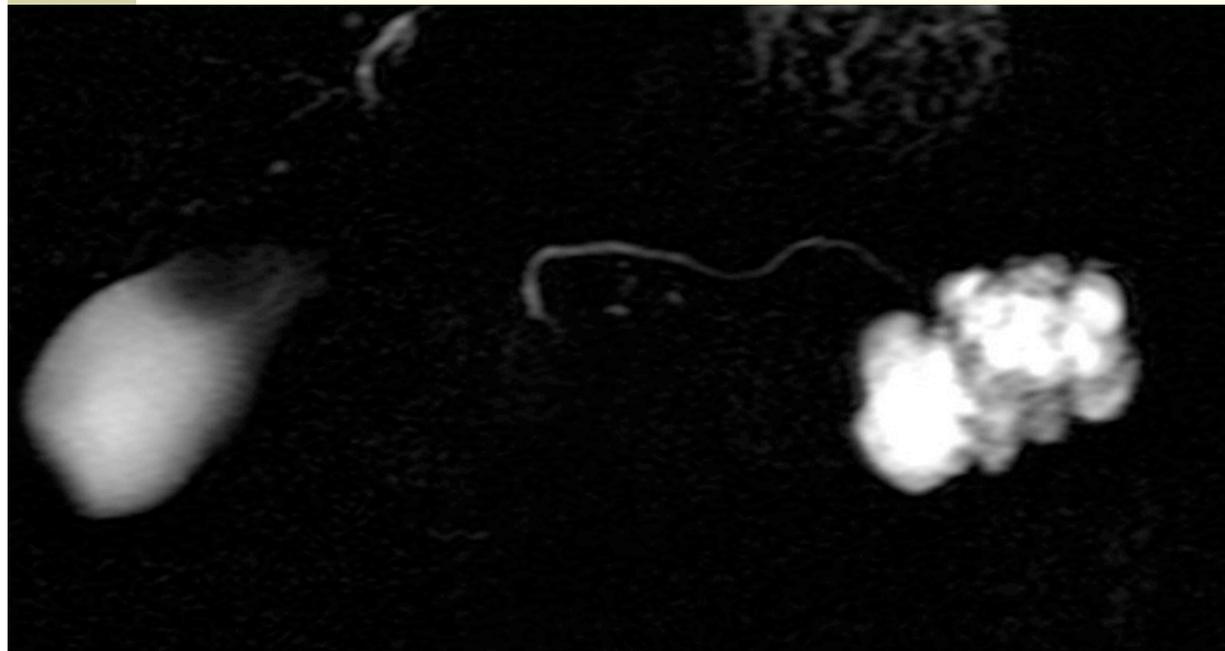
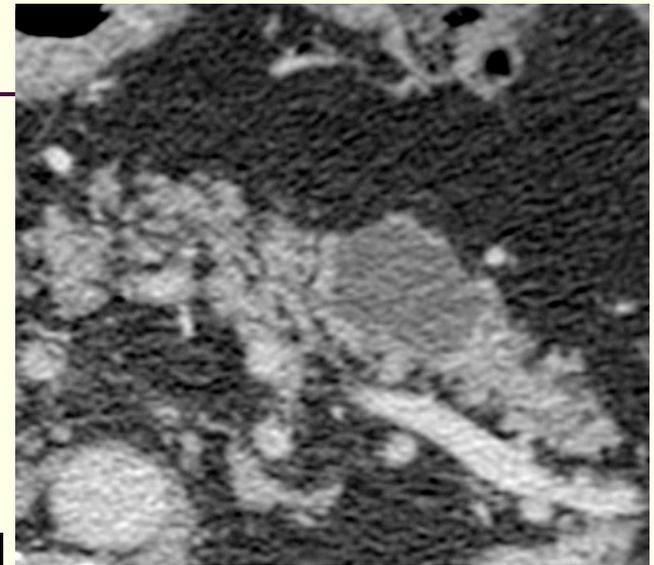
Scanner les montre 43 %

IRM les montre 78 %

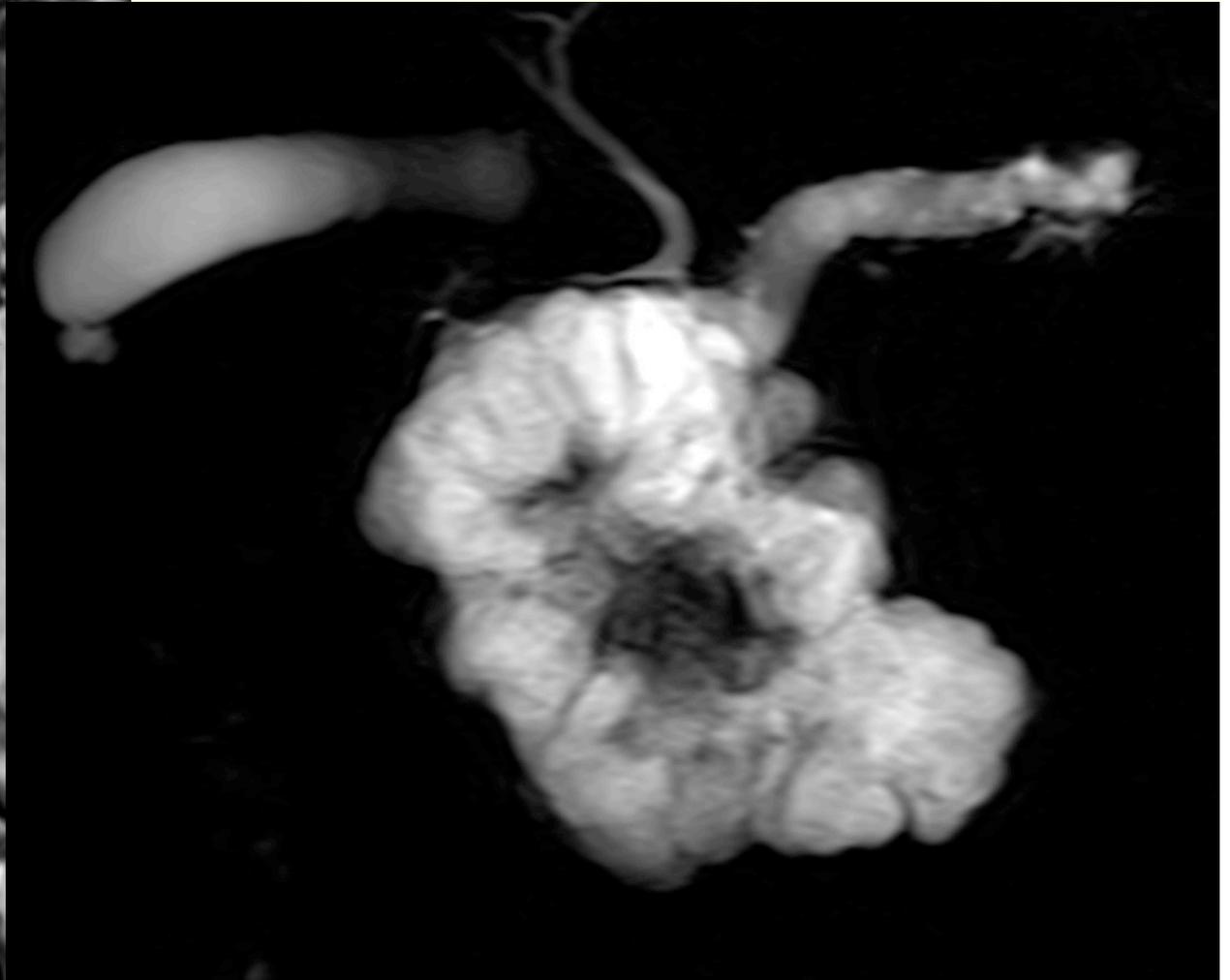
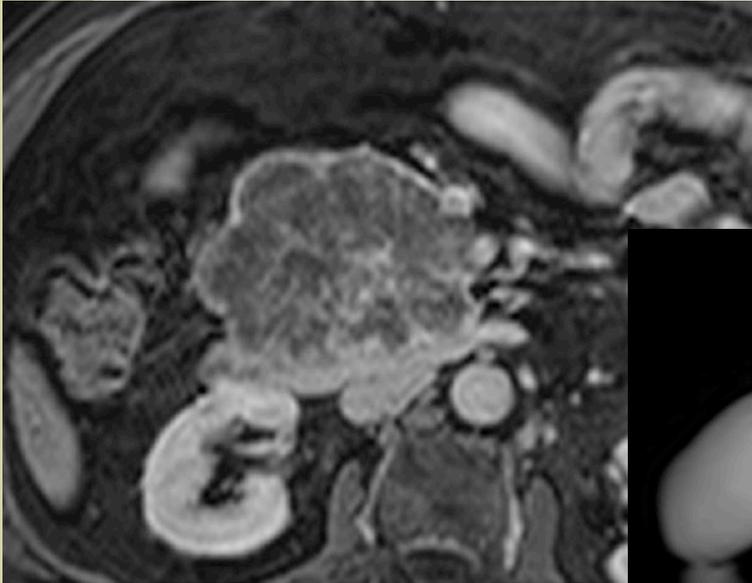
C Séreux oligokystique typique



Intérêt de la CP-IRM :
Nature liquidienne en T2



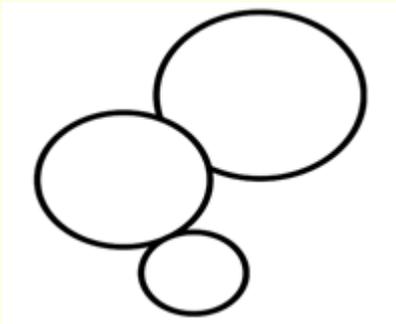
C Séreux microkystique typique



Cystadénome séreux



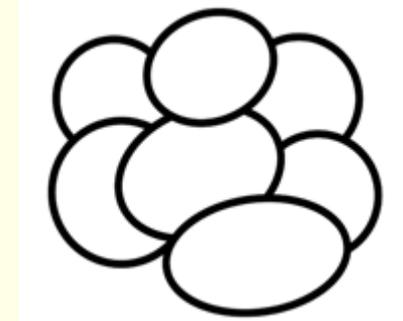
- Forme polylobée



multikystique



lobulé sans
septa



lobulé avec
septa

C Séreux macrokystique / Mucineux ?

Tête

Contours lobulés

Paroi < 2 mm

Paroi sans prise de contraste

2 → 82 %

3 ou 4 → 100 %
spécificité



Les marqueurs biochimiques intrakystiques

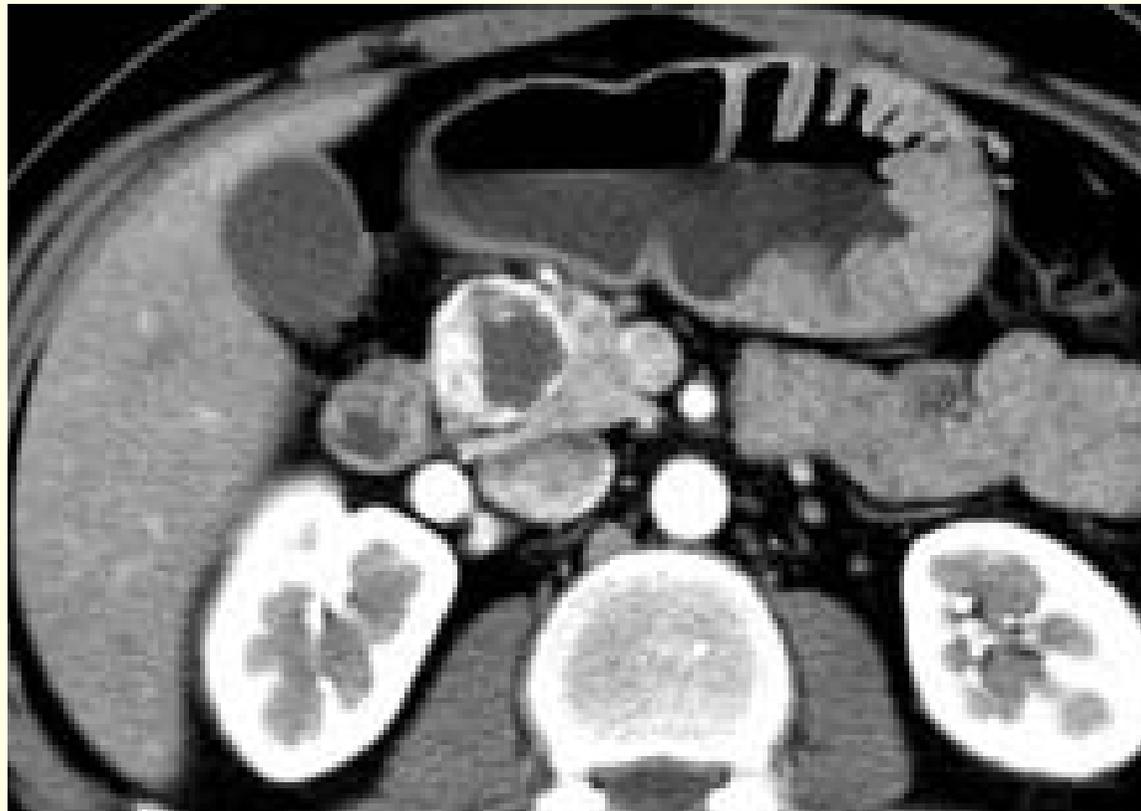
Hammel P, Gastrointest Endoscopy Clin N Am, 2002, 12, 791.

Marker	Threshold	Diagnostic	Sensitivity	Specificity	PPV	PNV
Amylasis	> 5000 U/l	Pseudocyst	93	82	86	91
AC-19.9	> 50 000 U/ml	Mucinous Cystadenoma	72	84	63	88
CEA	> 400 ng/ml	Mucinous Cystadenoma	57	99	96	85
CEA	< 5 ng/ml	Serous Cystadenoma	92	87	61	9

Affirmer la dégénérescence

- 1- les kystes bénins qui dégènèrent
 - TIPMP
 - Cystadénome mucineux
- 2- Les kystes qu'il faut toujours réséquer
 - Cystadénocarcinome
 - Tumeur solide et papillaire
- 3- Les kystes toujours bénins
 - Cystadénome séreux
 - autres

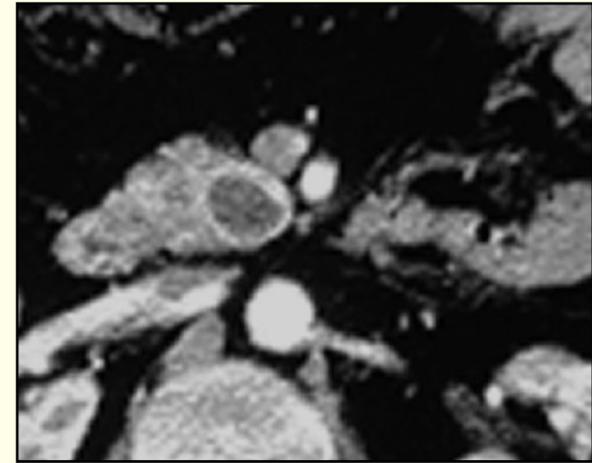
Tumeur Neuro Endocrine kystique



En moyenne 2 cm

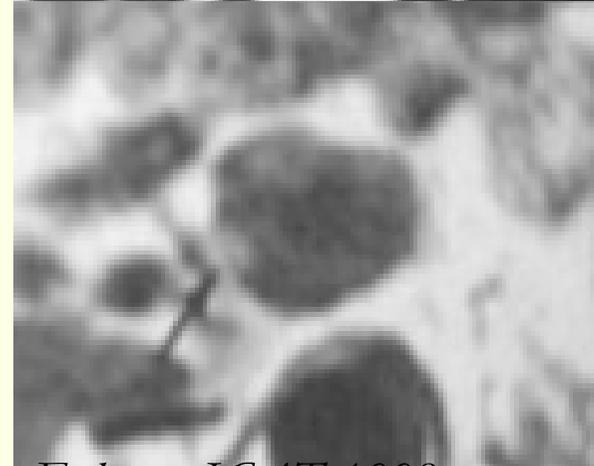
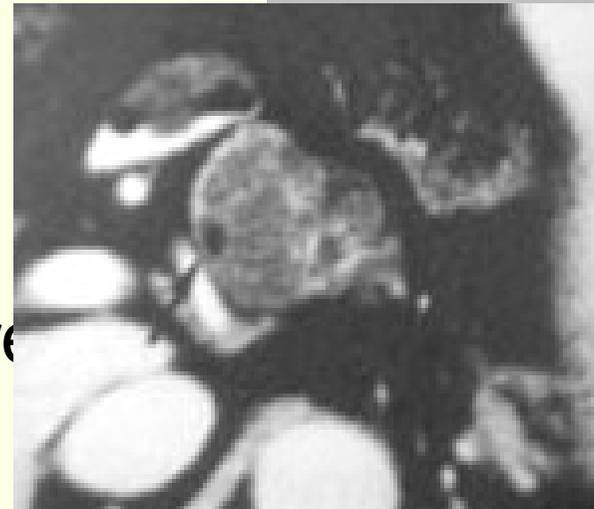
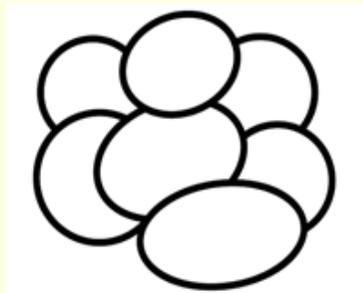
Tumeur neuro endocrine kystisée

- Prise de contraste artérielle
- Calcification
- Liquide : peu spécifique
- Octréo-scan, TEP gallium
- 7% kystes pancréatiques
- 12% des TE pancréatiques, NEM 1
- 94% sporadiques
- 87 % solitaires
- Non fonctionnelles (100%)
- Découverte fortuite (68%)



Kyste lymphoépithélial

- Rare
- Homme
- Rond, uni ou multi-loculaire
- Graisse : 18% IN/OUT
- Bénin

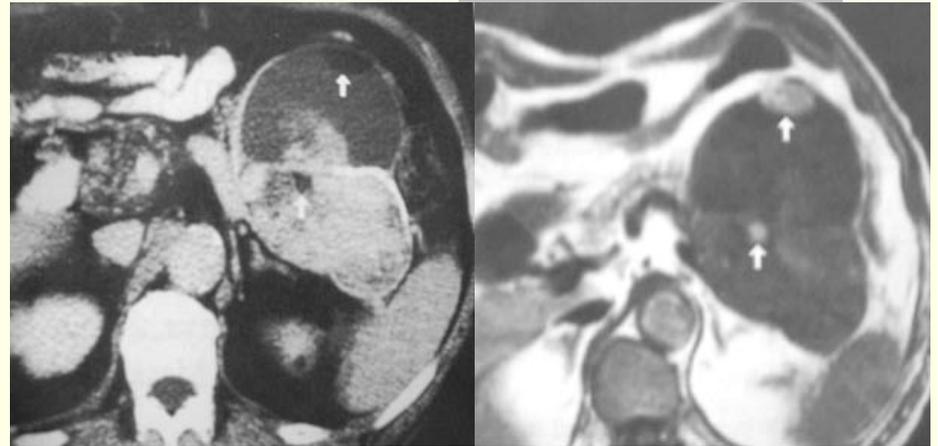


Fukuya, JCAT 1998

Fujiwara gastroenterol 2000

Kyste lymphoépithélial

- **Forme typique**
 - Keratine, débris, lymphocytes, cellules épidermoïdes 56%
 - Protéine, hyper intense en T1
 - Graisse
 - Liquide épais, laiteux, mousseux



Mege, Pancreas 2014

Nasr Gastrointest Endosc. 2008

Kyste lymphoépithélial

- 75 % exopancréatiques
- Taille : 34 ± 11 mm
- Pas de calcification, pas de dilatation canalaire



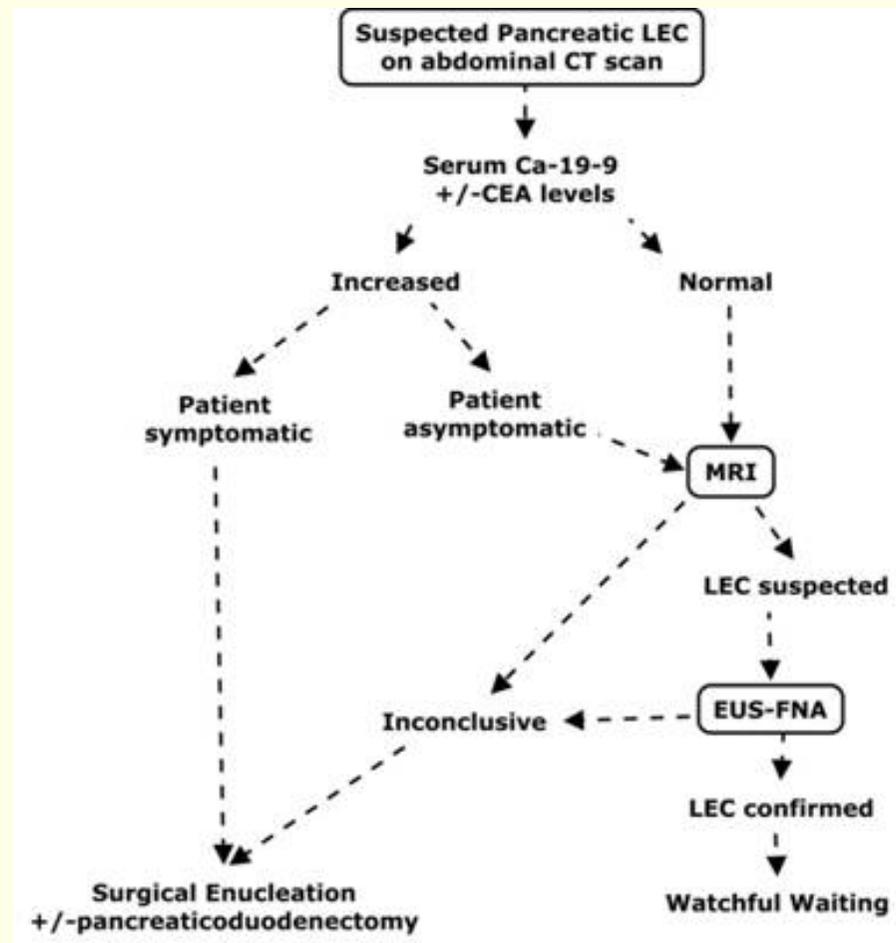
Adsay, mod pathol 2022

Kim WH, abdomin imaging 2012

Kystes lymphoepithelial : ponction

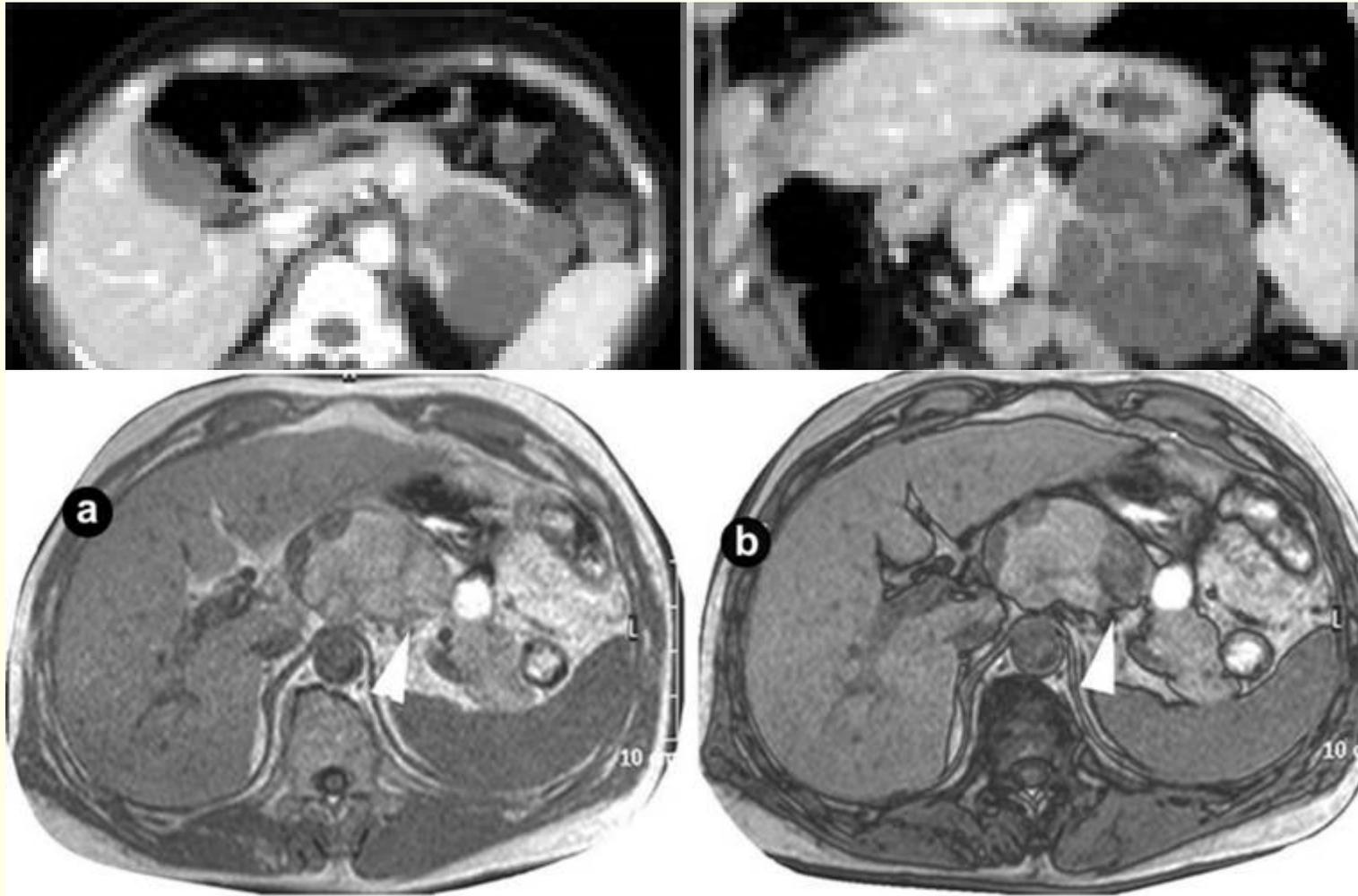
- Le liquide contenant des cellules épithéliales squameuses et riche en lymphocytes est quasiment pathognomonique
- Et aussi : kératine, graisse

Kyste lymphoépithélial

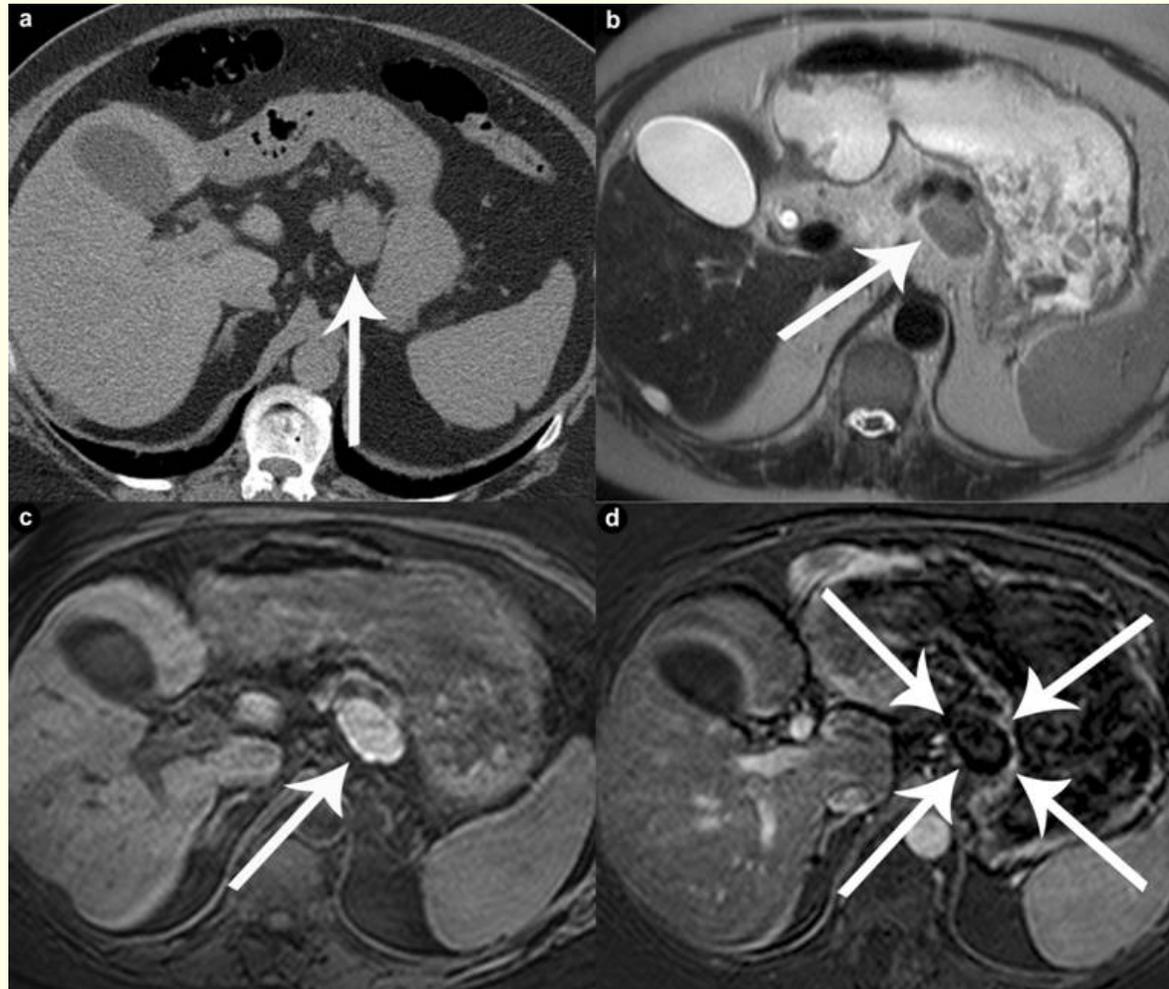


Stephen Osiro, J Pancreas 2013

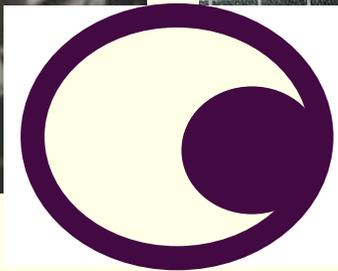
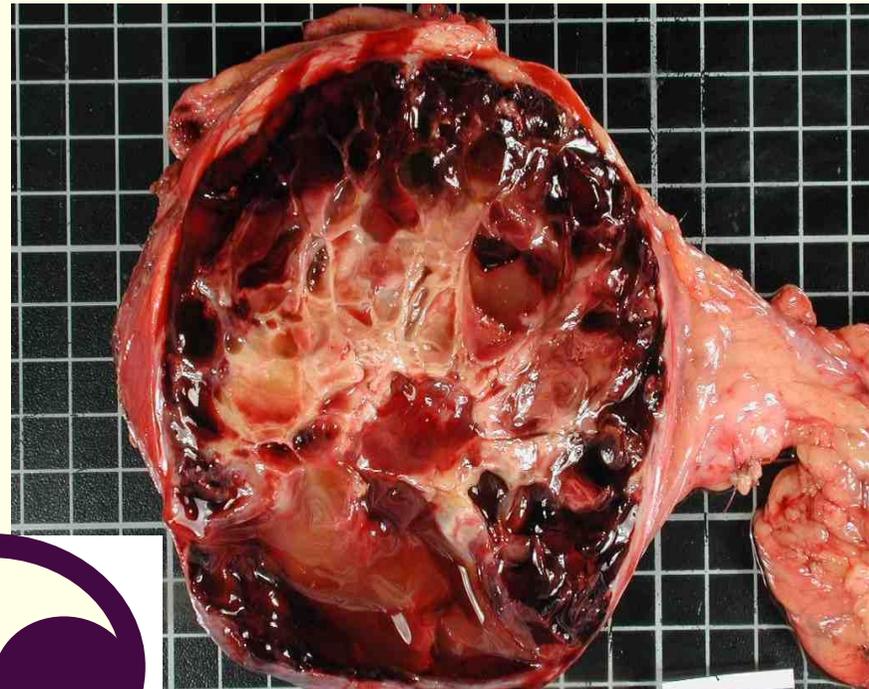
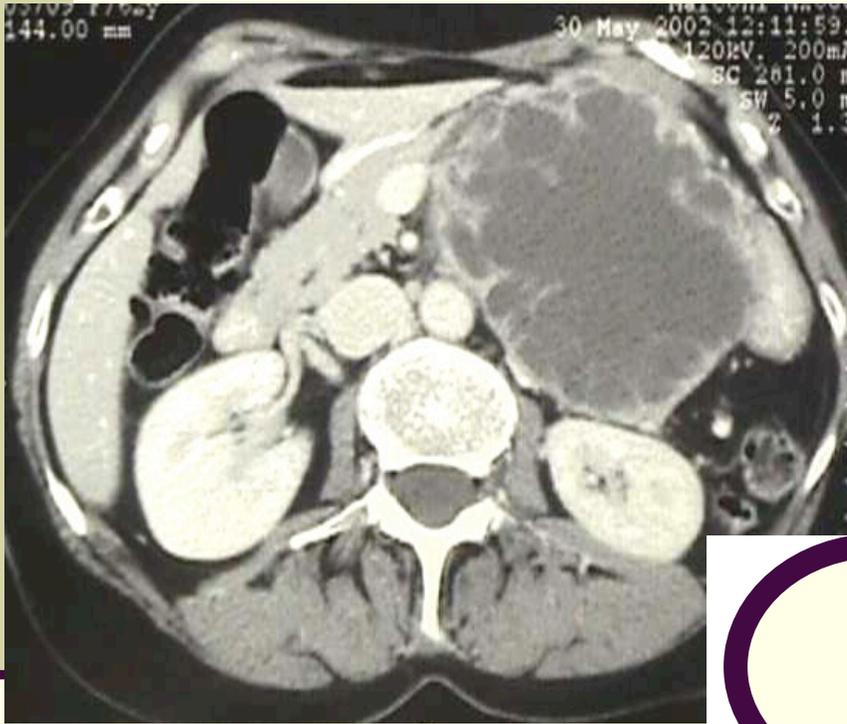
Kystes lymphoepithelial



Kystes lymphoepithelial



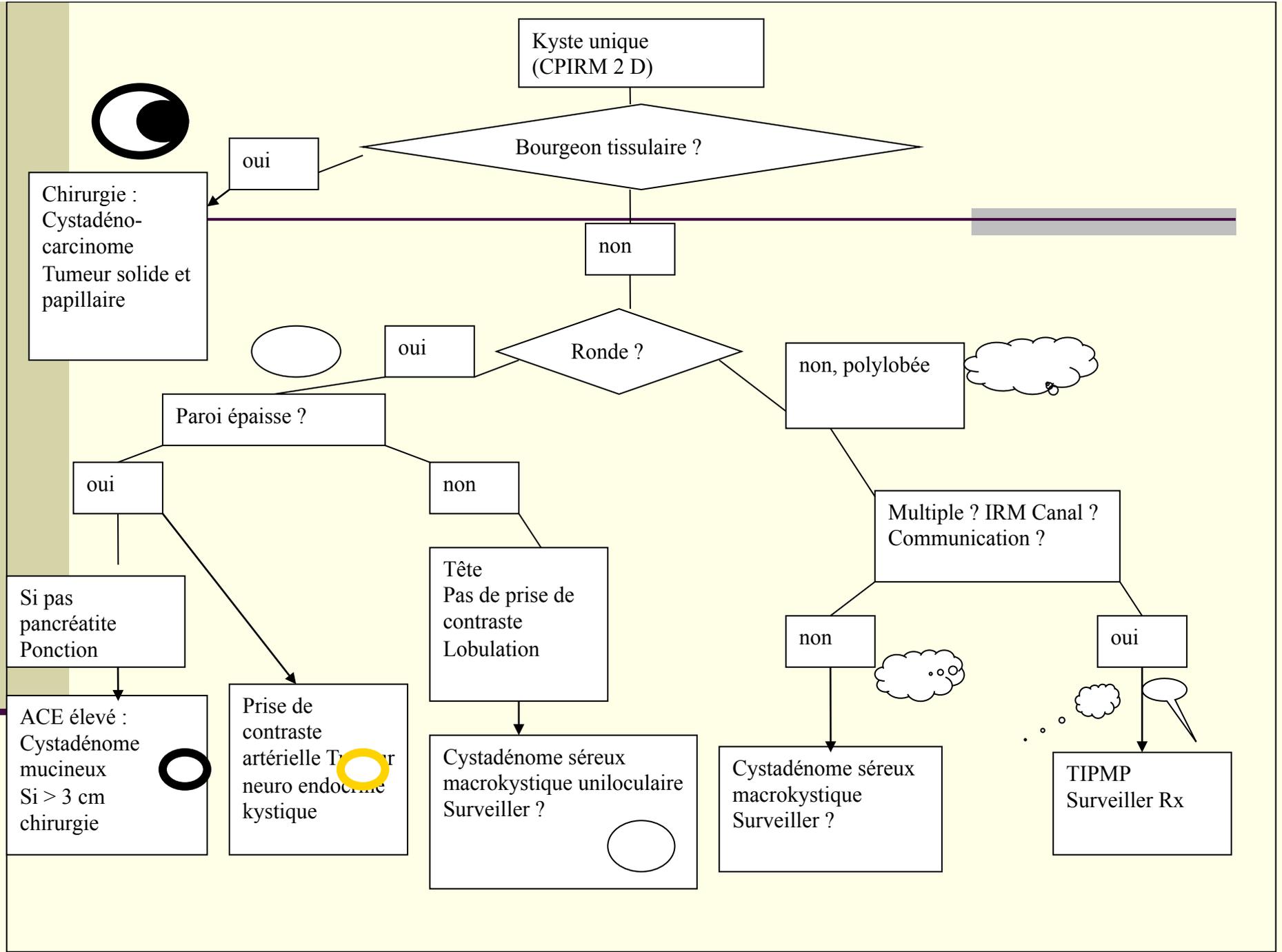
Tumeurs kystiques rares :



Tumeur à cellules géantes ostéoclastique-like

Tumeur à cellule géantes ostéoclastiques like !

- 30 cas
- 60 ans (32-82 ans)
- ≠ Carcinome à cellule pleomorphe à cellules ostéoclastiques (réactionnelles) , épithéliale, très mauvais pronostic
- Tumeur non épithéliale, meilleur pronostic
- Notre patiente : 7 ans survie sans récidence

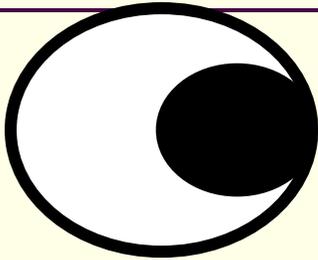


Kyste unique
(CPIRM 2 D)

Bourgeon tissulaire ?

oui

Chirurgie :
Cystadéno-
carcinome
Tumeur solide et
papillaire



Kyste unique
(CPIRM 2 D)

Bourgeon tissulaire ?

oui

Chirurgie :
Cystadéno-
carcinome
Tumeur solide et
papillaire

non

Ronde ?

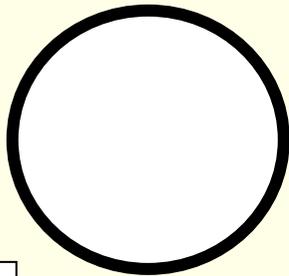
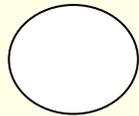
oui

Paroi épaisse ?

oui

Si pas
pancréatite
Ponction

ACE élevé :
Cystadénome
mucineux
Si > 3 cm
chirurgie



Kyste unique
(CPIRM 2 D)

Bourgeon tissulaire ?

oui

Chirurgie :
Cystadéno-
carcinome
Tumeur solide et
papillaire

non

Ronde ?

oui

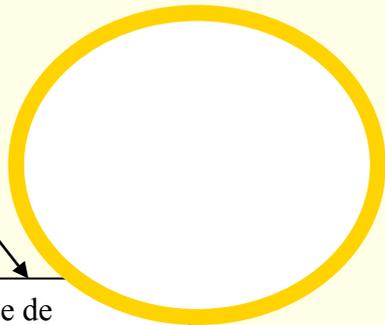
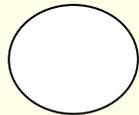
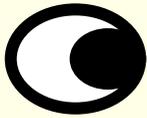
Paroi épaisse ?

oui

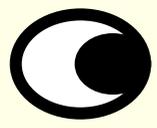
Si pas
pancréatite
Ponction

ACE élevé :
Cystadénome
mucineux
Si > 3 cm
chirurgie

Prise de
contraste
artérielle Tumeur
neuro endocrine
kystique



Kyste unique
(CPIRM 2 D)

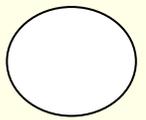


Bourgeon tissulaire ?

oui

Chirurgie :
Cystadéno-
carcinome
Tumeur solide et
papillaire

non



oui

Ronde ?

Paroi épaisse ?

oui

Si pas
pancréatite
Ponction

ACE élevé :
Cystadénome
mucineux
Si > 3 cm
chirurgie



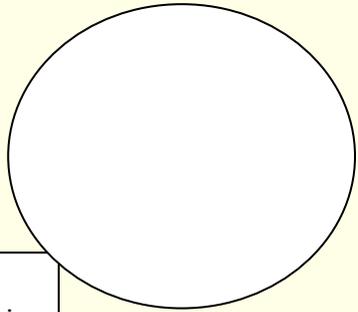
non

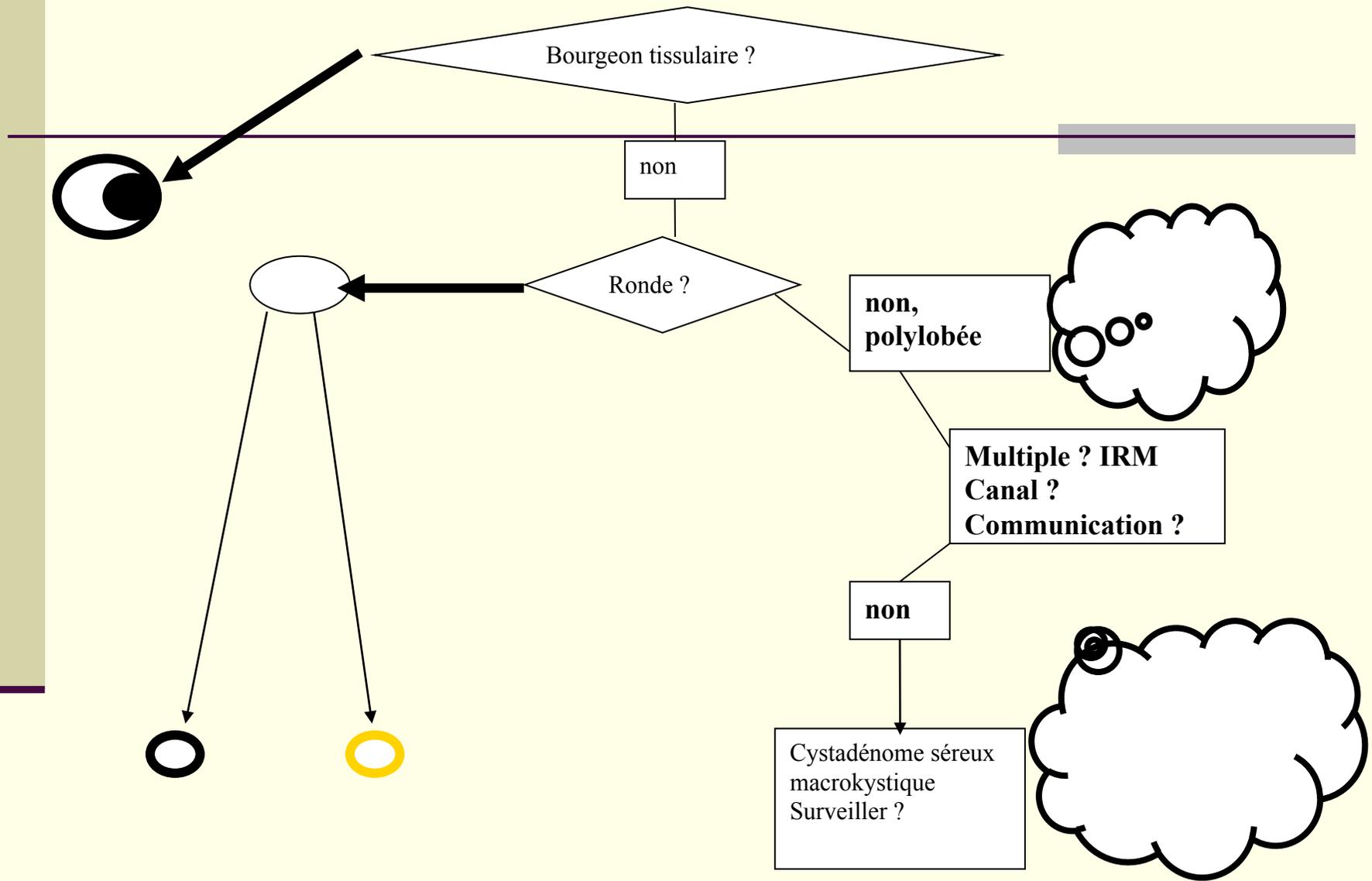
Tête
Pas de prise de
contraste
Lobulation

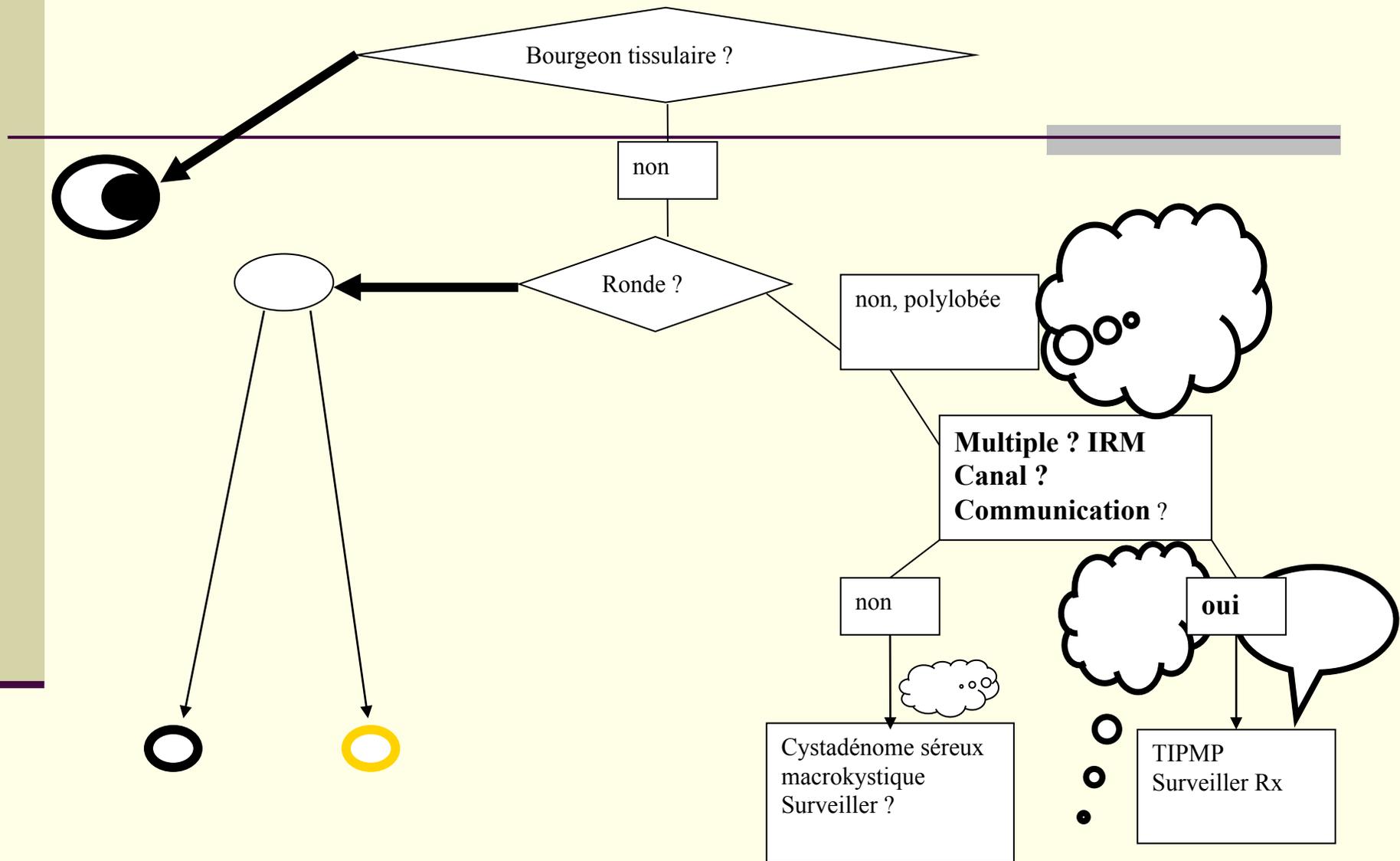
Prise de
contraste
artérielle Tumeur
neuro endocrine
kystique

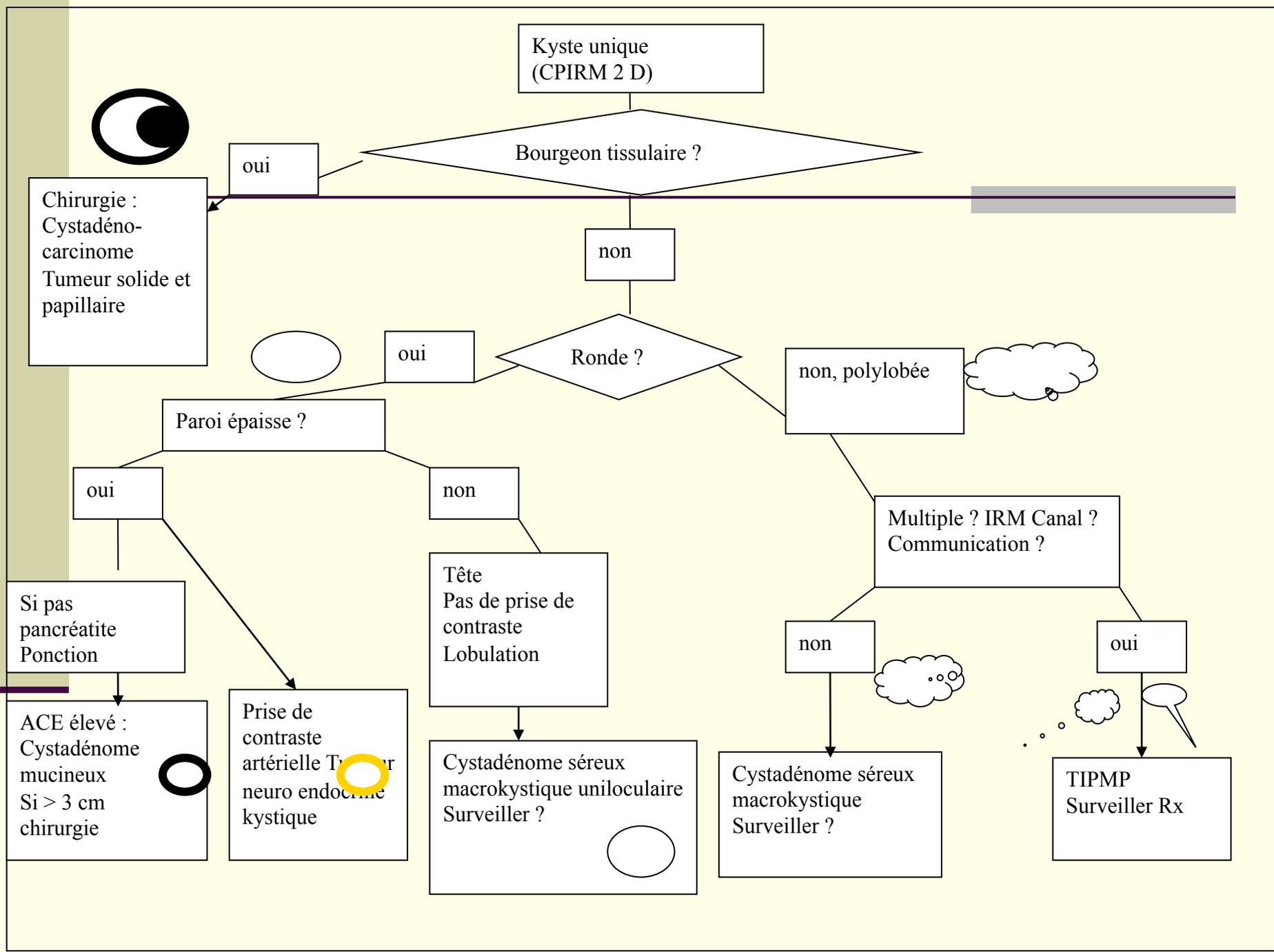


Cystadénome séreux
macrokystique uniloculaire
Surveiller ?









Conclusion

- L'IRM avec CPIRM est indispensable
 - Différencie kyste unique ou multiple
- Seules quelques histologie dégénèrent
- Et d'autres ne dégénèrent jamais
- Il faut savoir les reconnaître
- Si bourgeon tissulaire : chirurgie

