



La prévention du cancer du pancréas (CP) - Rôle primordial de l'échographie abdominale (EA)

Prevention of pancreatic cancer – Primordial value of abdominal ultrasound (AU)

Pierre-Adrien Dalbies¹, Jean-Christophe Létard², Patrick Delasalle³

1. Echo Center, 121 avenue de Lodève, 34070 Montpellier
2. Polyclinique Poitiers - 1, rue de la Providence, 86000 Poitiers
3. Clinique du Palais, 25, Avenue Chiris - 06130 Grasse
pierreadrien.dalbies@icloud.com

Résumé

Objectifs :

- ▶ Déterminer si l'EA est un moyen d'imagerie morphologique pertinent pour le pancréas ;
- ▶ L'apport de l'EA dans le diagnostic des lésions pancréatiques ;
- ▶ L'intérêt dans le suivi des facteurs de risque de dégénérescence.

La revue de la littérature et l'expérience des auteurs permettent de répondre oui à l'ensemble de ces questions en ajoutant : quand l'échographie abdominale est réalisée dans de bonnes conditions avec un matériel idoine et un opérateur professionnel entraîné.

Mots-clés

Echographie abdominale ; Technique d'examen ; Lésions de découvertes fortuites ; Facteurs de risque de dégénérescence ; Lésions solides et kystiques

Abstract

Objectives:

- ▶ *To determine if AE is an accurate morphological imaging mean for pancreas;*
- ▶ *The contribution of AE in the diagnosis of pancreatic lesions;*
- ▶ *Its value in the follow-up of degeneration risk.*

The review of the literature and the experience of the authors allow to positively answering these points adding: when AU is performed in good conditions with the accurate material and a well-trained operator.

Keywords

Abdominal ultrasound; Examination technique; Fortuitously discovered lesions; Factors of degeneration risk; Solid and cystic lesions



Les questions à se poser sur l'aptitude des échographistes gastroentérologues à intégrer l'EA dans la prévention du CP

L'échographie abdominale peut-elle être un examen morphologique pertinent pour voir le pancréas ?

La réponse est oui dans 90 % des cas. Si nous utilisons des méthodes de caractérisation et de différenciation [1, 2], ceci est rendu possible par l'amélioration permanente des outils machines [3].

Il faut savoir multiplier les coupes, changer les rapports digestifs voisins par des manœuvres de compression, de modification des volumes de l'abdomen en multipliant les inspirations expirations forcées ou bloquées.

Le remplissage gastrique permet, par la création d'une fenêtre acoustique, d'améliorer la visibilité du corps et de la queue du pancréas comme les coupes postérieures [4].

Les outils et les sondes nous donnent la possibilité d'utiliser des multifréquences, de paramétrer les focales en faisant varier la profondeur du champ échographique d'exploration.

Le Doppler couleur et énergie permet d'individualiser les vaisseaux. L'élastométrie, depuis quelques années, donne une idée de la consistance d'une masse [5].

La sémiologie échographique du pancréas doit être connue pour éviter de faux positifs.

La taille du pancréas varie mais la seule chose qui importe est de connaître la modification de l'échogénicité en fonction de l'âge ainsi que la taille du Wirsung qui peut passer de 1,5 mm à 30 ans à 2,3 mm à 80 ans [6].

L'aspect hyperéchogène du pancréas ventral ne doit pas être confondu avec une anomalie pathologique ou avec la lame rétro portale [7].

L'échographie abdominale peut-elle identifier les petites lésions kystiques ou solides ?

Une étude japonaise montre la pertinence et la capacité de l'échographie, à surveiller et à détecter des lésions pancréatiques, sur le canal principal, les kystes et les calcifications [6]. L'EA identifie les petites lésions d'adénocarcinomes ou les tumeurs endocrines non fonctionnelles qui dans 15 % des cas sont de petite taille et de découverte fortuite [6].

L'EA est une des méthodes de diagnostic fortuite des lésions kystiques pancréatiques en nette augmentation depuis quelques années [8, 9].

Quand le kyste est unique, dans 70 % des cas, il s'agit d'un cystadénome [10].

L'EA permet l'étude du diamètre du canal pancréatique : dilaté ou non, communiquant ou non avec un kyste.

L'EA permet aussi l'analyse de la lésion kystique en donnant sa taille et sa localisation. Cette lésion est-elle unique ou multiple ? Y a-t-il des cloisons, des calcifications, des végétations endo-kystiques ou un épaississement mural, régulier ou non, avec d'éventuelles calcifications.

L'échographie abdominale peut-elle définir le type de lésions kystiques ?

Oui avec des sondes de haute fréquence mais il faut toujours poursuivre l'exploration par un examen de référence IRM pancréatique et ou Echo-endoscopie bilio-pancréatique.



L'échographie abdominale peut-elle le seul examen de surveillance des lésions pancréatiques ? [2]

Oui si le diagnostic initial a été fait par EA, avec moins de 10 mm (la taille moyenne de petites lésions pancréatiques est comprise entre 2 et 3 mm expérience personnelle).

Si le diagnostic n'a pas été fait par l'EA, la lésion peut être surveillée par échographie dans le cas où elle est facilement visible et bien caractérisée auparavant par IRM ou écho-endoscopie.

L'EA peut voir les signes de dégénérescence de tumeurs à potentiel malin. L'EA a été bien étudiée dans le suivi des cystadénomes séreux, branch duct, cystadénome mucineux, main duct [6]. Après avoir répondu à la question des capacités des ultrasons, voyons le rôle qu'elle peut et doit tenir dans la prévention du CP.

L'échographie abdominale peut-elle être une méthode contribuant à la prévention du cancer pancréatique ?

Pour cela, il faut que cette méthode d'imagerie puisse répondre au cahier des charges de la prévention, à savoir être en capacité de diagnostiquer et de suivre des patients ayant des facteurs de risques reconnus : lésions kystiques ou non mucineuses, les pancréatites et les formes familiales.

La surveillance s'adresse aussi aux patients à risque, aux antécédents de cancer du pancréas au 1^{er} degré ou apparentés du 2^e degré, aux patients âgés de plus de 65 ans,

La surveillance concerne également les modifications morphologiques : augmentation de taille, supérieure à 30 mm dans les tumeurs intra-canalaires papillaires mucineuses du pancréas (TIPMP), apparition de nodule mural intra-kystique, un Wirsung dilaté au-delà de 6 mm, enfin des antécédents de tumeurs opérées (étude TEAM-P Baujon).

La réponse est oui avec les données de la littérature qui nous permettent de trouver :

- ▶ des petites lésions de 2 à 3 mm ;
- ▶ des signes de dégénérescence sur les lésions à risque : nodule mural, épaissement pariétal, masse infiltrante parenchymateuse, augmentation de la taille du kyste et son chiffrage ;
- ▶ des patients à risque familial de CP ;
- ▶ des lésions pancréatiques avec un rythme qui peut être calqué sur le suivi proposé par l'équipe de Beaujon, tenant compte de la taille des lésions associées à des facteurs de risque (Team-P Beaujon).

La surveillance est annuelle à partir de 45 ans ou 10 ans avant le cas index.

Une formation et une information

La rédaction des comptes rendus d'examen doit lister l'aspect échographique et l'échogénicité du pancréas, la vision ou non de l'uncus, de la tête, de l'isthme, du corps, de la queue et noter sa visualisation partielle ou totale.

Le suivi de tout le Wirsung et sa taille seront précisés.

Dans tous les cas, un examen de référence par écho-endoscopie ou par une IRM est nécessaire dans la stratégie du suivi échographique de ces lésions, quels que soient leurs modes de découverte.

Conclusion

L'échographie abdominale est une méthode d'imagerie fiable et non traumatique dans le diagnostic des lésions pancréatiques et dans le suivi des lésions pré-cancéreuses du pancréas.

Avec un échographe récent, manipulé par un professionnel entraîné, l'échographie abdominale est une aide précieuse dans la prévention du cancer du pancréas.



Références

1. Martinez-Noguera A, D'Onofrio M. Ultrasonography of the pancreas. Conventional imaging. *Abdom Imaging* 2007;32(2):136-149.
2. Shumulewitz A, Teefey SA, Robinson BS. Factors affecting image quality and diagnostic efficacy in abdominal sonography: a prospective study of 140 patients. *J Clin Ultrasound* 1993;21:62-63.
3. Kwon RS, Scheiman JM. New Advances in pancreatic imaging. *Curr Opin Gastroenterol* 2006;22(5):512-19.
4. Abu-Yousef MM, El-Zein Y. Improved US visualization of the pancreatic tail with simiticone, water and patient rotation. *Radiology* 2000;217:780-5.
5. Spinelli KS, Fromwiller TE, Daniel RA, et al. Cystic pancreatic neoplasms: observe or operate. *Ann Surg* 2004;239:6517.
6. Ikeda M, Sto 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.
7. Atri M, Nazarnia S, Mehio A et al. Hypoechoic embryologic ventral aspect of the head and uncinate process of the pancreas: in vitro correlation of US with histopathologic findings. *Radiology* 1994;190(2):441-444.
8. Sheehan M, Atona G, Aramua G. The increasing problem of unusual pancreatic tumors. *Am J Surg Pathol* 2000;24:1372-7.
9. Le Borgne J, de Calan L, Partensky C. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas. *Ann Surg* 1999;230:152-61.
10. Le Borgne J, de Calan L, Partensky C. Les tumeurs kystiques du pancréas. 1^{re} Ed. Paris : Arnette 1997.

Lien d'intérêt : aucun