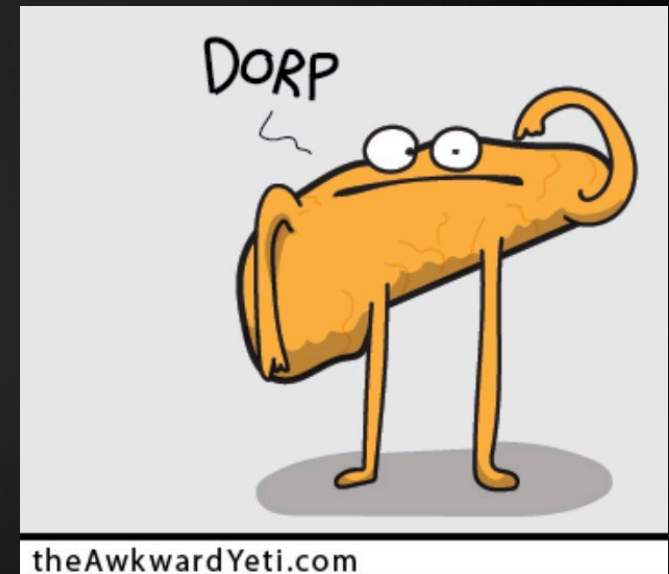


Démystifions les trouvailles fortuites pancréatiques

ÉLÉONORE HABERER R-V, RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE


DRE J. BÉDARD

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE





Recommendations for the Management of Incidental Pancreatic Findings in Adults by the Canadian Association of Radiologists Incidental Findings Working Group

Christopher I. Fung, MD, DABR¹, David L. Bigam, MD²,
Clarence K. W. Wong, MD³, Casey Hurrell, PhD⁴ ,
Jeffery R. Bird, MD, DABR⁵, Gary L. Brahm, MD⁶,
and Iain D. C. Kirkpatrick, MD, DABR, FSAR⁷

Canadian Association of
Radiologists' Journal
1-8

© The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/08465371211021079

journals.sagepub.com/home/caj



Objectifs

- ▶ Besoin d'une ligne directrice **canadienne** moins couteuse et plus appropriée à notre système de santé que celle de l'ACR (American College of Radiology)
- ▶ Équilibre entre le **coût** des suivis et la probabilité d'une lésion à potentiel évolutif **malin**

Groupe de la CAR

- ▶ Groupe contenant des **radiologistes généraux et spécialisés**
- ▶ Lignes directrices officielles revues :
 - ▶ **ACR - White paper 2017 : International Consensus Guidelines,**
 - ▶ **American Gastroenterological Association Institute Guidelines 2015**
 - ▶ European Pancreatic Cyst Guidelines
 - ▶ International Consensus Guidelines for the Management of IPMN and MCN of the Pancreas.

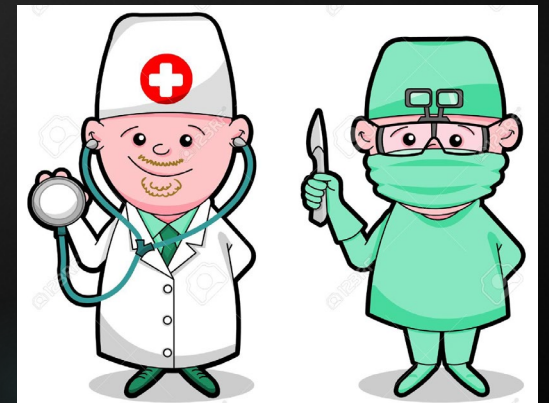
Processus

- ▶ Rencontres du groupe
- ▶ Plusieurs articles de la littérature revus mais peu d'évidence forte
- ▶ Première version de l'article publiée sur le site web de la CAR pour un feedback et révision par les pairs
- ▶ Publication en juin 2021



Trouvaille fortuite

- ▶ Quoi faire avec une trouvaille fortuite d'une lésion kystique à l'échographie?
- ▶ **IRM pancréas C+ et MRCP** sur une base NON-urgente pour confirmer l'aspect kystique de la lésion
 - ▶ Lésion kystique : suivre les recommandations selon la présentation
 - ▶ Lésion solide : exclue des recommandations de suivi et **référence urgente en gastro-entérologie ou en chirurgie hépatobiliaire**



Lésions pancréatiques kystiques

- ▶ Prévalence environ 2-49% dans la littérature
- ▶ Étiologie : développementale ou séquelles inflammatoires
- ▶ Associations : environ 12% (et jusqu'à 36 %) des lésions mucineuses pancréatiques contiennent une portion de **carcinome invasif**



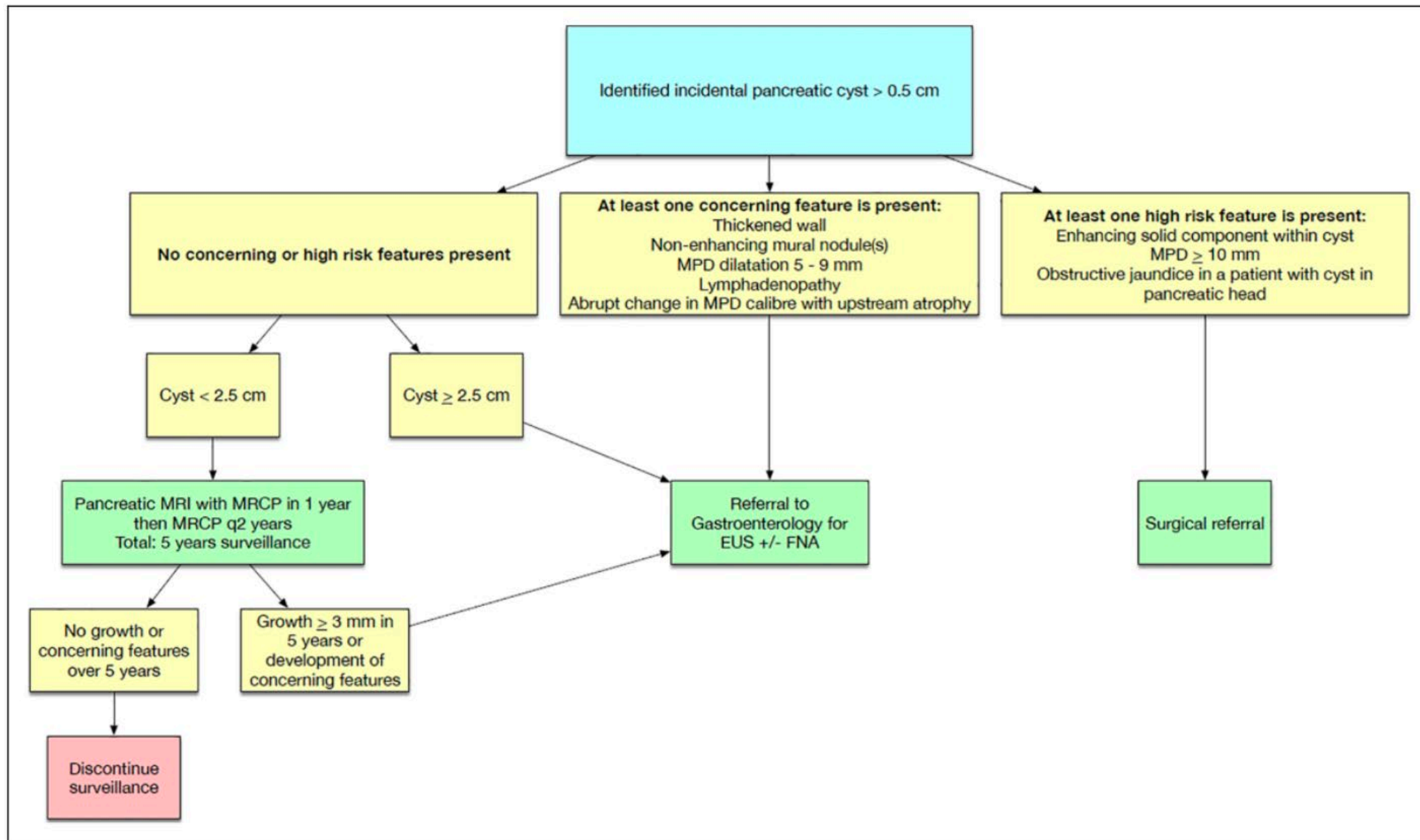


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

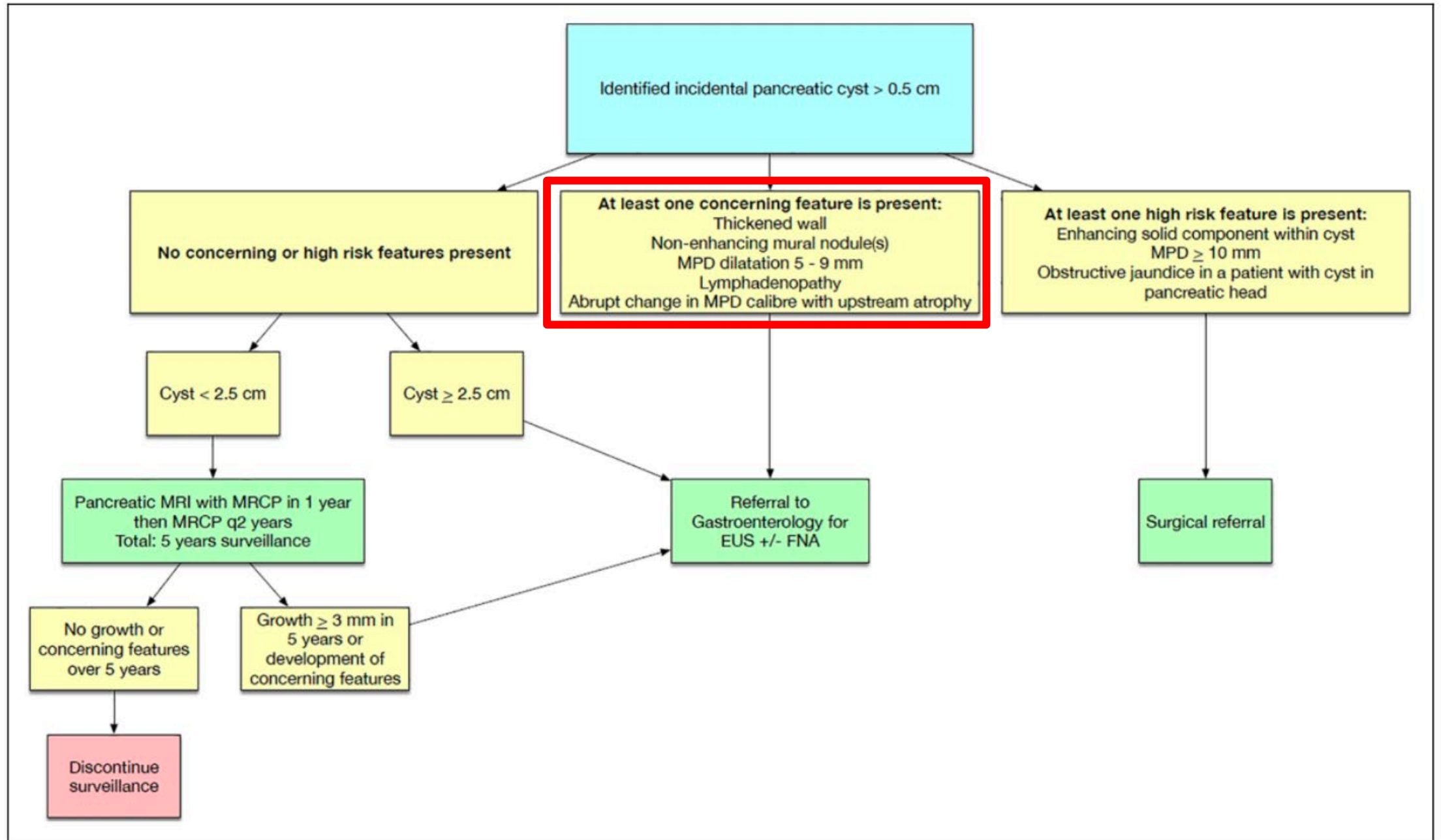
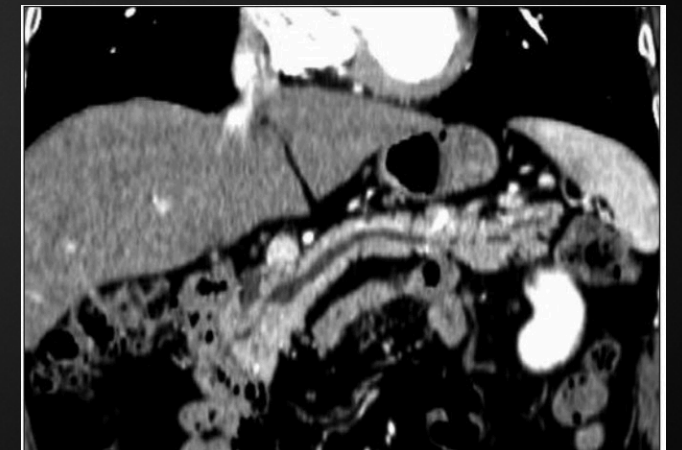


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

CRITÈRES INQUIÉTANTS



- ▶ Référence **en gastroentérologie pour écho endo +/- FNA**
 - ▶ **Épaississement** pariétal focal au sein du kyste
 - ▶ **Rehaussement** pariétal d'un kyste
 - ▶ **Nodule** mural non-rehaussant
 - ▶ Canal de Wirsung mesure **5-9mm**
 - ▶ **Adénopathie** régionale
 - ▶ Changement de diamètre abrupte dans le canal de Wirsung avec atrophie en amont



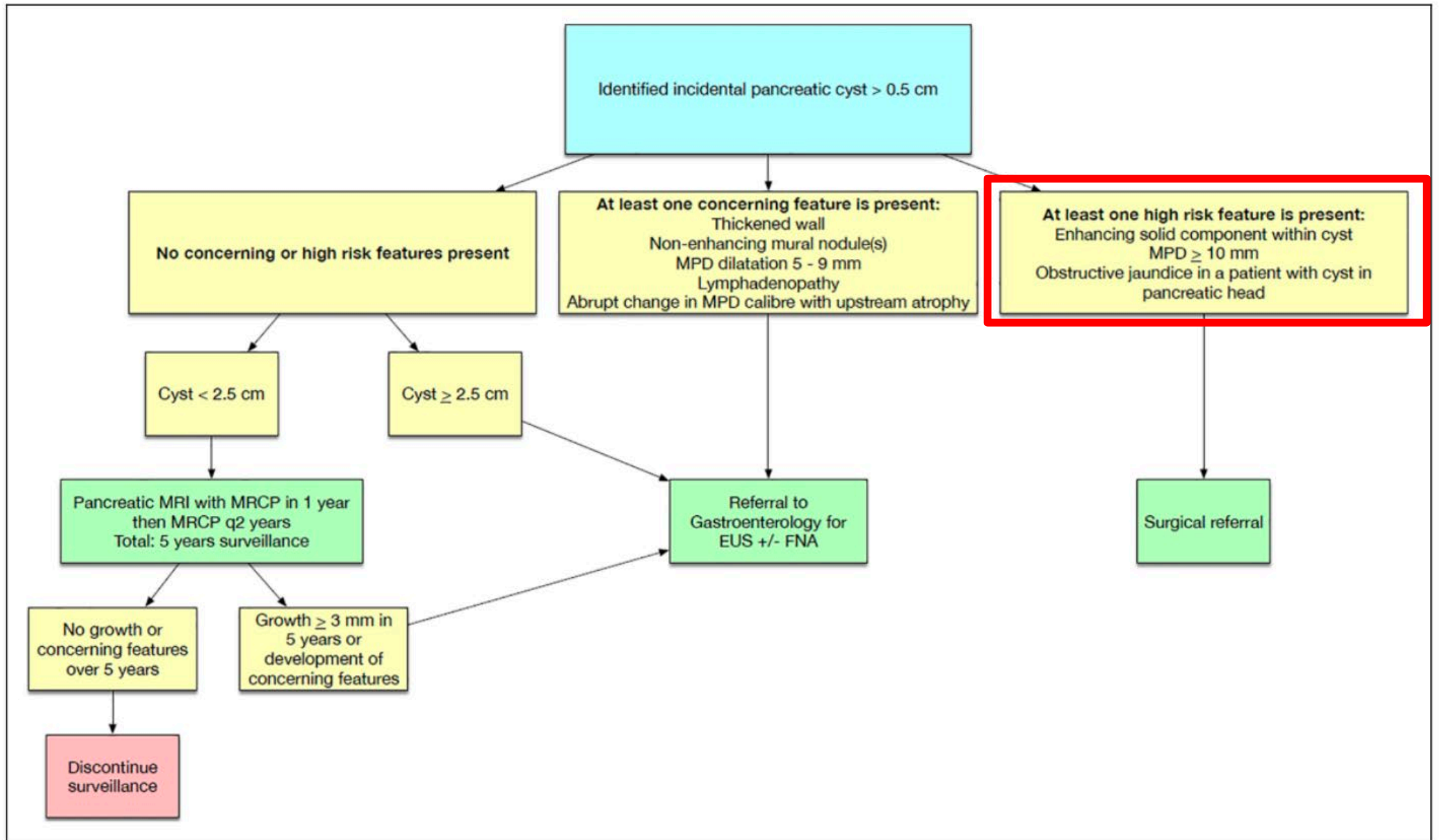
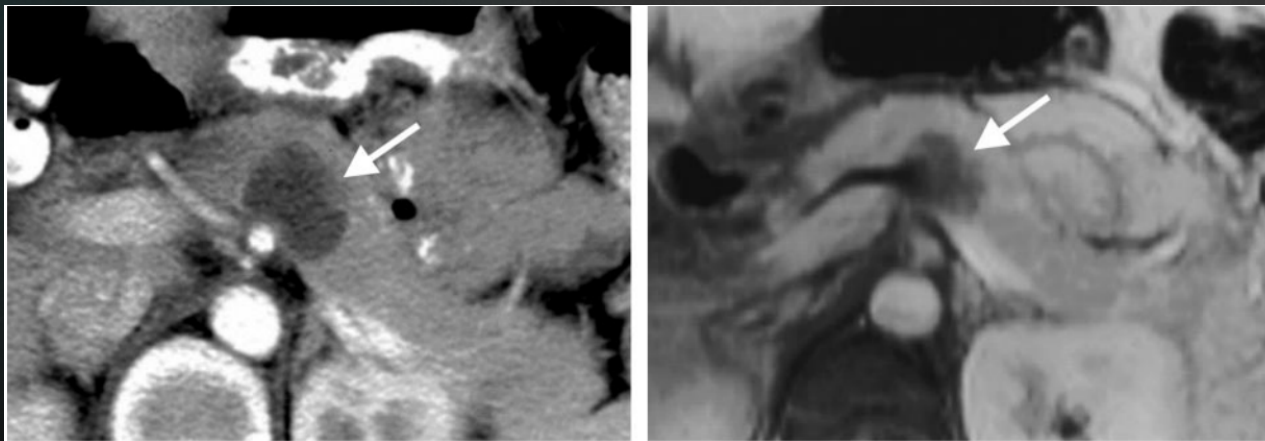


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

CRITÈRES DE HAUT RISQUE

- ▶ Référence en **chirurgie hépato biliaire pour résection**
 - ▶ **Nodule mural rehaussant**
 - ▶ Canal de Wirsung ≥ 10 mm
 - ▶ **Jaunisse** obstructive avec une lésion kystique dans la **tête** pancréatique



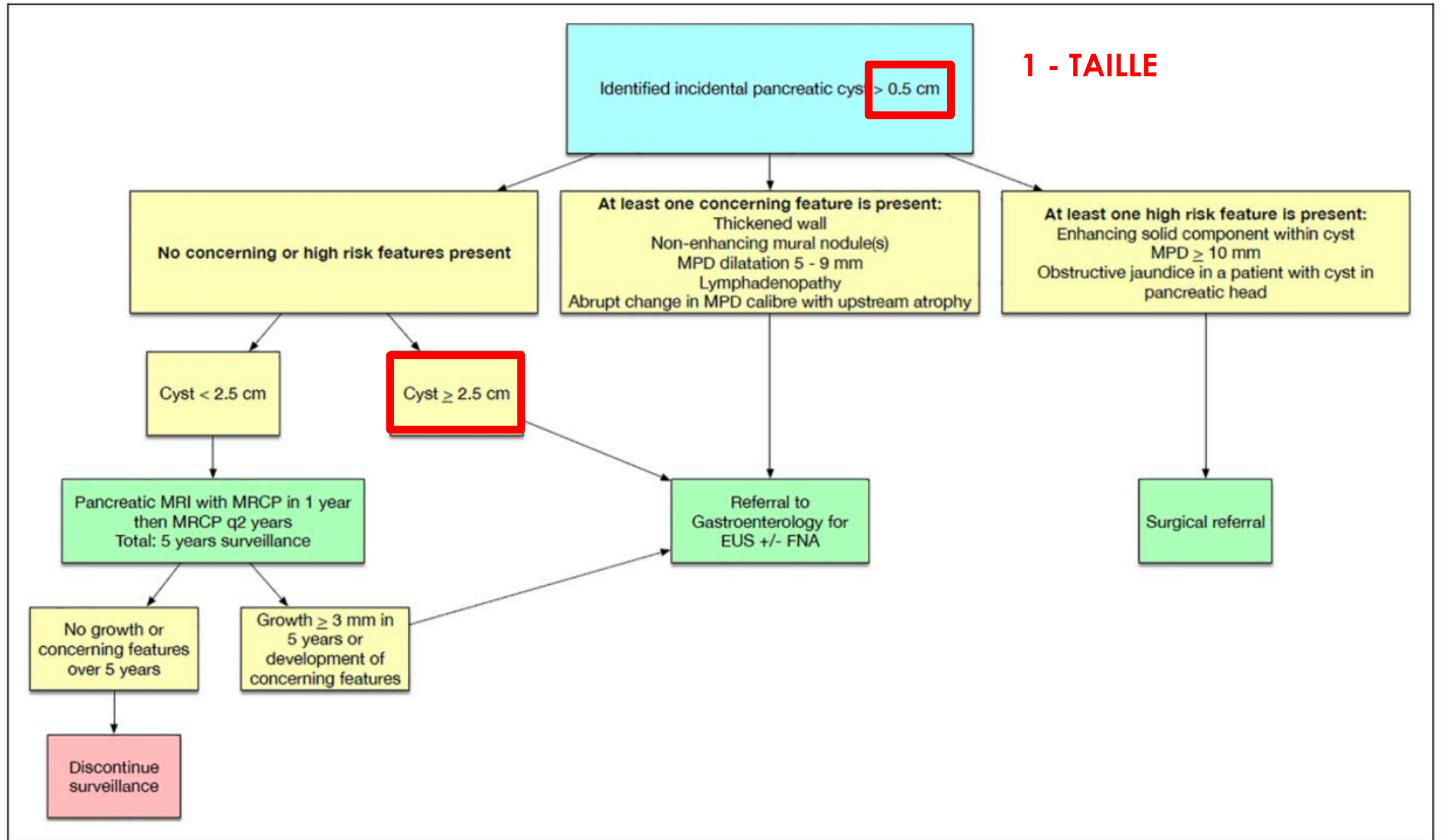


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

1. TAILLE

- ▶ Lésion **0.5cm** = **PAS de suivi**.
 - ▶ 49% des autopsies présentent des kystes pancréatiques
 - ▶ Faible risque de néoplasie maligne (1% sur 10 ans)
- ▶ Lésion **>0,5-2,4cm** : Suivi **MRCP** 1 an, puis Q2 ans pour 5 ans
- ▶ Lésion **≥ 2,5cm** ou croissance de 3mm ou plus dans le plus long axe par rapport à l'imagerie de base: **référence en gastroentérologie** pour écho endo +/- FNA



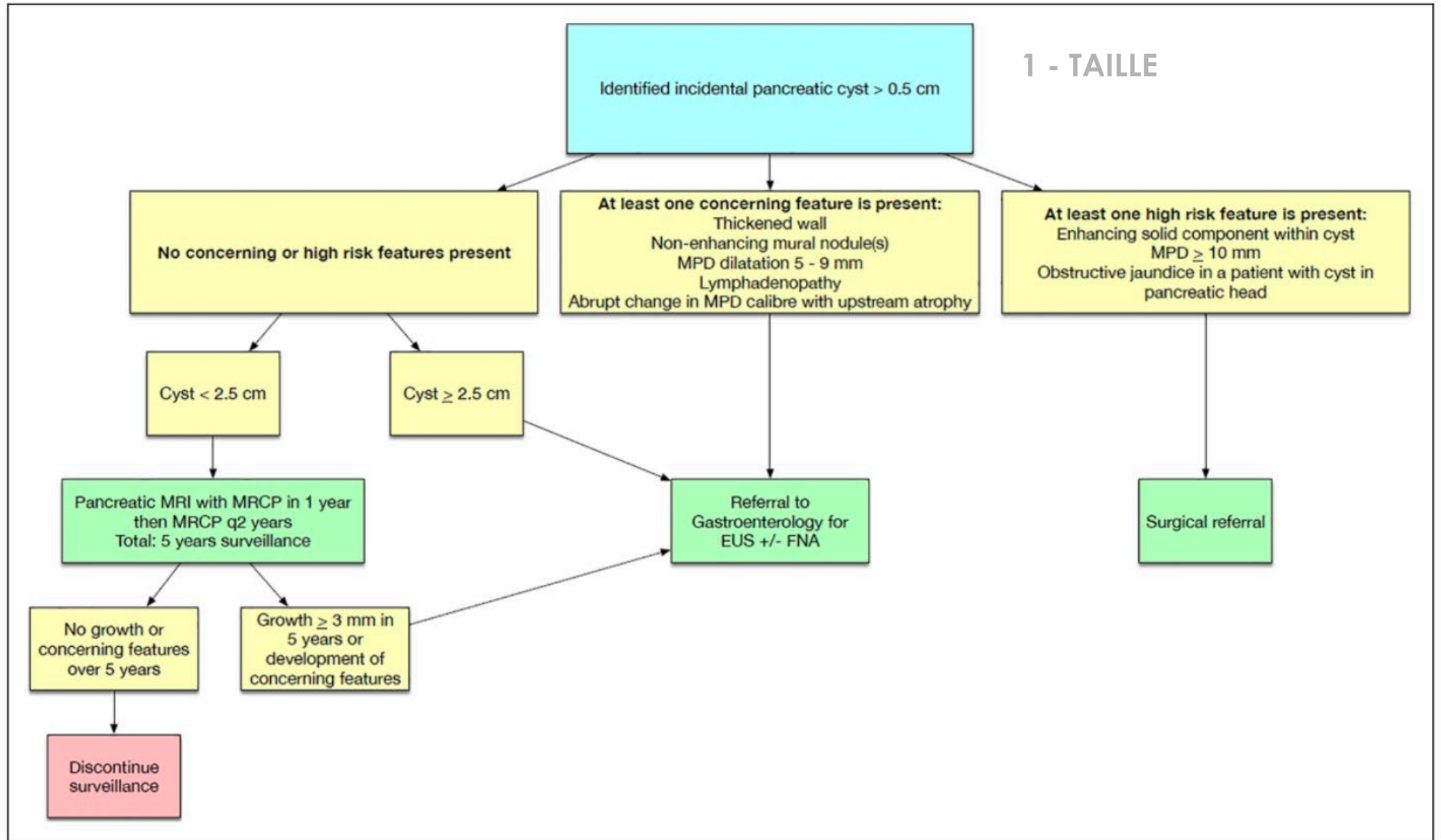


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

2- ÂGE

2- ÂGE

- ▶ Suivi jusqu'à **75 ans**
 - ▶ Équilibre entre les comorbidités et le risque de morbidité/mortalité relié à la chirurgie
- ▶ Par comparaison :
 - ▶ ACR 2017 : jusqu'à 84 ans pour les lésions découvertes après 80 ans et sans âge de fin précis
 - ▶ Europe : jusqu'à ce que le patient ne soit plus éligible à un traitement chirurgical



https://fr.123rf.com/photo_95835077_bougie-d-anniversaire-num%C3%A9ro-75-dans-un-petit-g%C3%A2teau-sur-un-fond-bleu.html

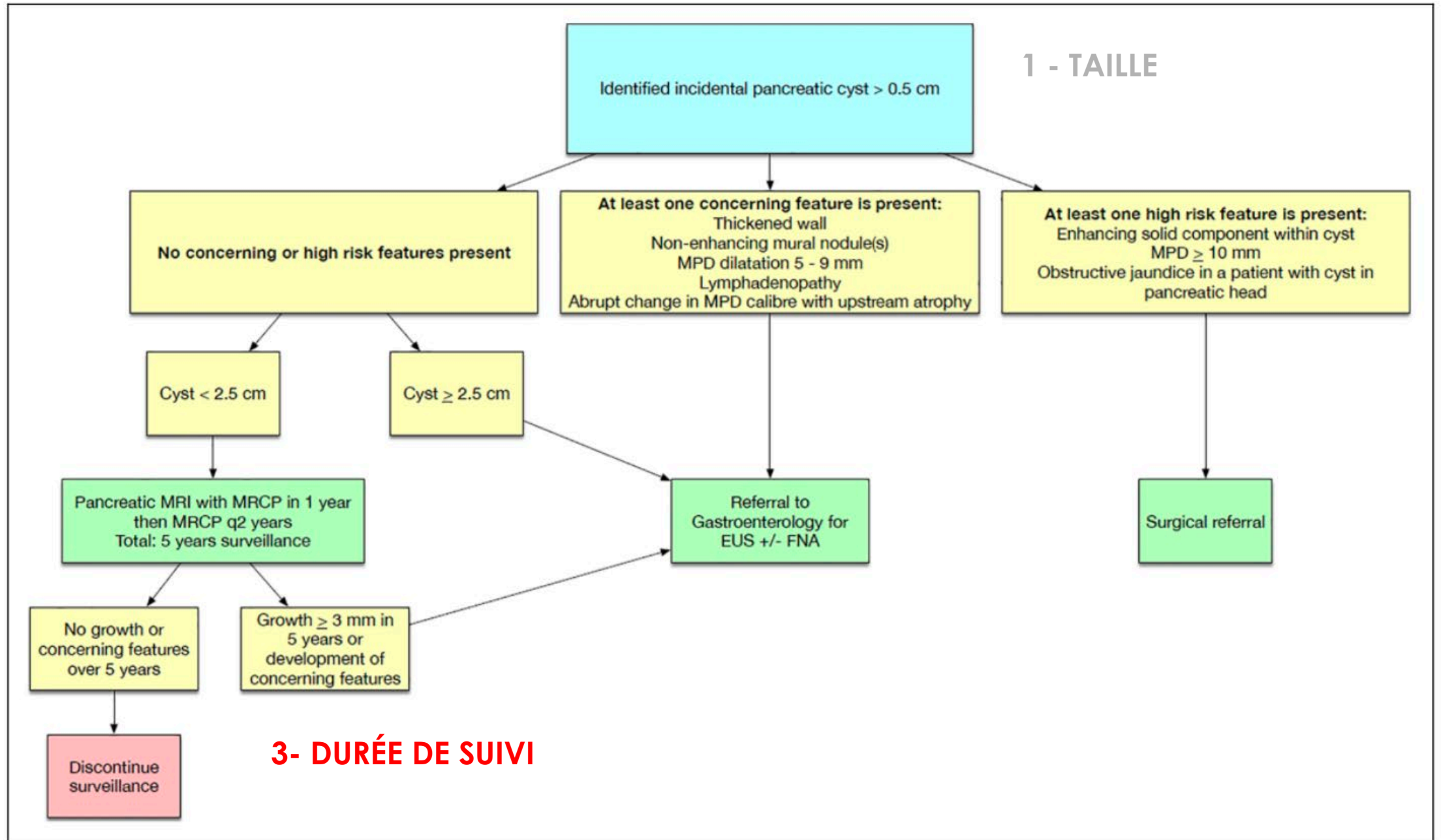


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

2- ÂGE

DURÉE DU SUIVI

- ▶ <40 ans : **référence en gastro-entérologie** pour tous les patients
- ▶ 40-49 ans : suivi par IRM Pancréas C+ et MRCP 1 an après (si première imagerie CT ou écho) ou 2 ans avec MRCP puis Q2 ans **pour 10 ans**
- ▶ 49-75 ans : suivi 1 an puis Q2 ans **pour 5 ans**
- ▶ >75 ans : **PAS de suivi**



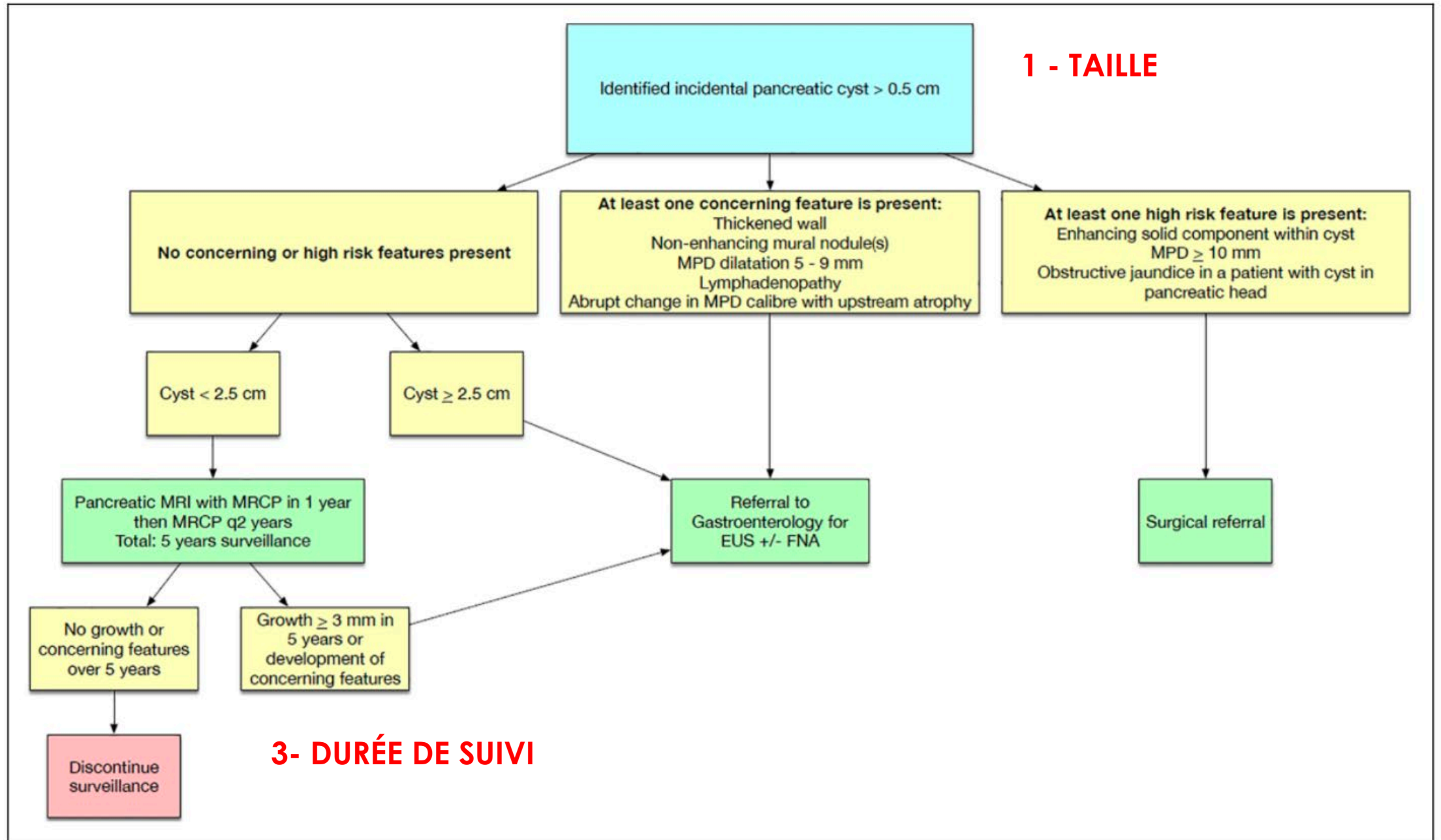


Figure 3. Flowchart for simple pancreatic cyst > 0.5-2.4 cm, age 50-75 years.

2- ÂGE

Variantes anatomiques - Mimics

- ▶ Diverticule duodenal
- ▶ Lipomatose pancréatique
- ▶ Lobulation Pancréatique
- ▶ Rate intrapancréatique

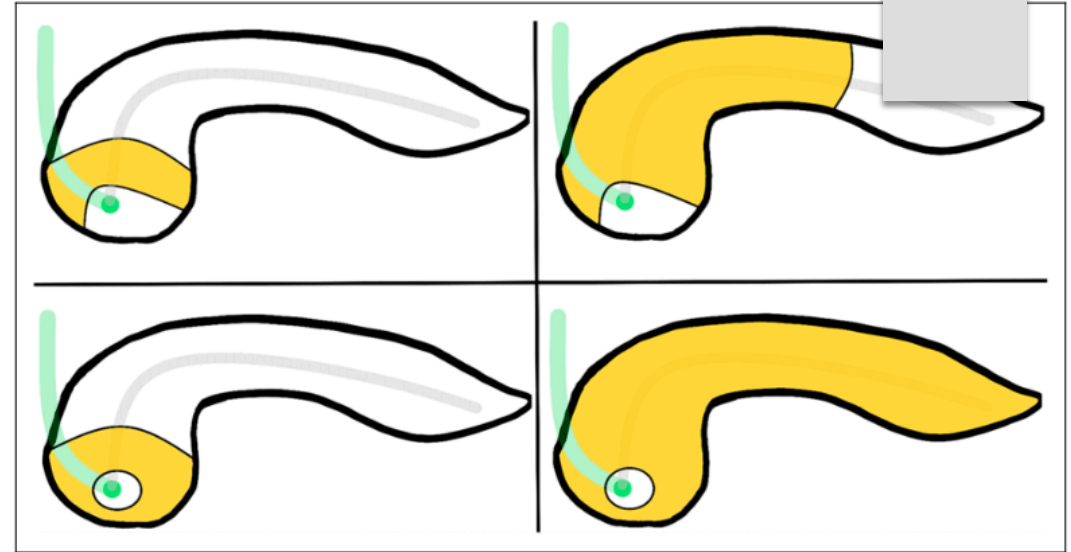


Figure 1. Normal pancreatic lobulation.

CONCLUSION

- ▶ Nouvelles recommandations/consensus canadien



- ▶ Si lésion solide ou lésion kystique avec critères de haut risque
= référence en chirurgie hépatobiliaire



- ▶ Si lésion kystique mesure $\geq 2,5\text{cm}$, lésion avec croissance de $> 3\text{mm}$, présence de critères inquiétants ou patient < 40 ans
= référence en gastroentérologie



- ▶ Si lésion kystique $< 5\text{mm}$ ou patient > 75 ans = PAS de suivi
- ▶ Durée du suivi chez patient de 49-75 ans : suivi à 1 an puis Q2 ans **pour 5 ans**

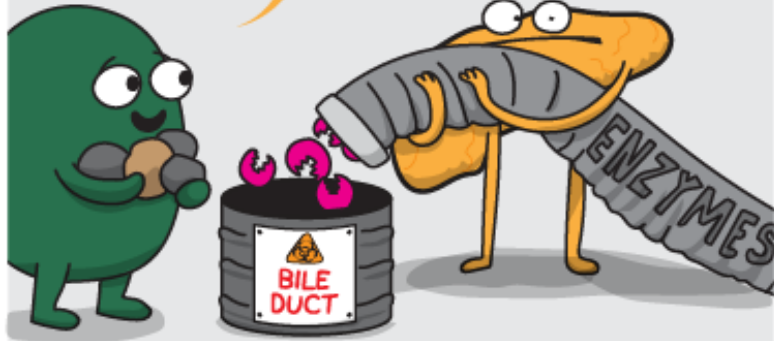


<http://www.quickmeme.com/meme/3q6k8u>

RÉFÉRENCES

- ▶ Fung CI, Bigam DL, Wong CKW, Hurrell C, Bird JR, Brahm GL, Kirkpatrick IDC. Recommendations for the Management of Incidental Pancreatic Findings in Adults by the Canadian Association of Radiologists Incidental Findings Working Group. *Can Assoc Radiol J*. 2021 Jun 21;8465371211021079. doi: 10.1177/08465371211021079. Epub ahead of print. PMID: 34154391.
- ▶ Megibow AJ, Baker ME, Morgan DE, Kamel IR, Sahani DV, Newman E, Brugge WR, Berland LL, Pandharipande PV. Management of Incidental Pancreatic Cysts: A White Paper of the ACR Incidental Findings Committee. *J Am Coll Radiol*. 2017 Jul;14(7):911-923. doi: 10.1016/j.jacr.2017.03.010. Epub 2017 May 19. PMID: 28533111.
- ▶ https://www.researchgate.net/figure/CT-scan-showing-a-notable-dilatation-7-mm-of-the-main-pancreatic-duct-which-involved_fig1_24439483
- ▶ Kim SW, Kim SH, Lee DH, Lee SM, Kim YS, Jang JY, Han JK. Isolated Main Pancreatic Duct Dilatation: CT Differentiation Between Benign and Malignant Causes. *AJR Am J Roentgenol*. 2017 Nov;209(5):1046-1055. doi: 10.2214/AJR.17.17963. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28858540.
- ▶ <https://radiologyassistant.nl/abdomen/pancreas/pancreas-cystic-lesions>
- ▶ Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, Fernandez-del Castillo C, Brugge WR, Hahn PF. Cystic pancreatic lesions: a simple imaging-based classification system for guiding management. *Radiographics*. 2005 Nov-Dec;25(6):1471-84. doi: 10.1148/rg.256045161. PMID: 16284129.
- ▶ Chang YR, Park JK, Jang JY, Kwon W, Yoon JH, Kim SW. Incidental pancreatic cystic neoplasms in an asymptomatic healthy population of 21,745 individuals: Large-scale, single-center cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Dec;95(51):e5535. doi: 10.1097/MD.0000000000005535. PMID: 28002329; PMCID: PMC5181813.
- ▶ European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut*. 2018 May;67(5):789-804. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316027. Epub 2018 Mar 24. PMID: 29574408; PMCID: PMC5890653.
- ▶ <https://radiopaedia.org/articles/cystic-lesions-of-the-pancreas-differential>
- ▶ Crippa S, Salvia R, Warshaw AL, et al. Mucinous cystic neoplasm of the pancreas is not an aggressive entity: lessons from 163 resected patients. *Ann Surg*. 2008;247(4):571-579. doi:10.1097/SLA.0b013e31811f4449

Hi Pancweas!

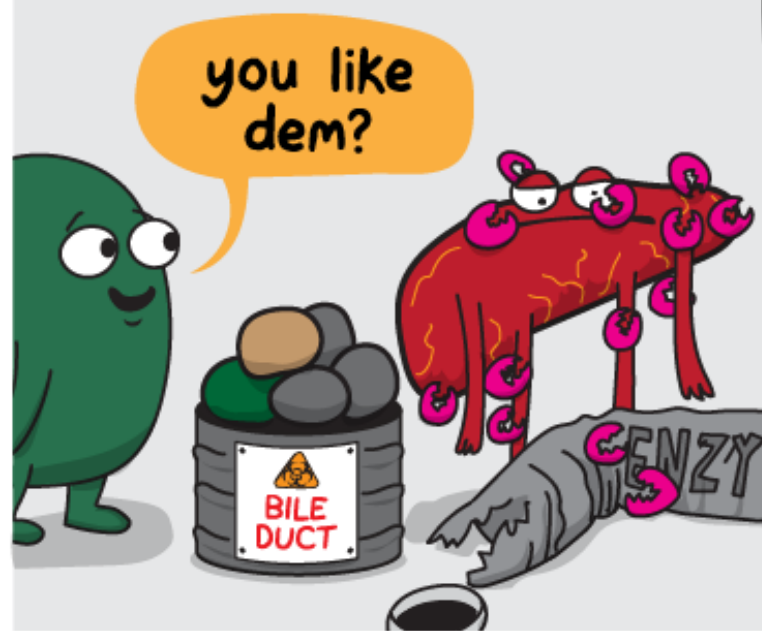


©2015 The Awkward Yeti

I maked these!



theAwkwardYeti.com



theAwkwardYeti.com

Questions?