

BILAN D'UNE MASSE PANCREATIQUE : PLACE DE L'ECHO-ENDOSCOPIE

Docteur Michael Lévy

CHU HENRI MONDOR
51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94010, CRETEIL
michalevy@free.fr

Introduction

La place de l'échoendoscopie (EE) dans le bilan d'une masse du pancréas doit tenir compte de plusieurs éléments liés à la lésion (histologie, nature solide ou kystique), au patient (découverte à l'occasion de symptômes ou fortuite), au traitement (médical ou chirurgical) et aux autres examens d'imagerie (tomodensitométrie (TDM)).

L'adénocarcinome représente 70% des masses solides de pancréas diagnostiquées lors d'une ponction guidée sous EE (EEP) (1). Les 30% restants sont représentés par d'autres lésions (tumeurs endocrines, métastases, noyau de pancréatite chronique etc.).

La circonstance de découverte la plus fréquente d'une masse du pancréas et celle d'un patient symptomatique (ictère nu, douleur, altération de l'état général) faisant suspecter un cancer du pancréas. L'EE doit répondre à 2 questions : poser le diagnostic et évaluer la résecabilité. Elle décrit une formation hypoéchogène, mal limitée, irrégulière dont la précision diagnostique est de 90 à 95% (2-4). L'EE est l'examen de choix pour les tumeurs < 2 cm avec une précision diagnostique de 95 à 100% comparativement à l'échographie (52 à 57%) ou à la TDM (43 à 68%) (5). La TDM hélicoïdale multibarrette, apparue aux débuts des années 2000, a une précision diagnostique de 90 à 93% mais sa sensibilité est faible pour les tumeurs < 2 cm (6).

Le seul traitement potentiellement curateur du cancer du pancréas est la chirurgie, toutefois, moins de 20% des lésions sont résecables au moment du diagnostic. Le but de l'imagerie et en particulier de l'EE est de déterminer les tumeurs dont l'exérèse est possible. Un envahissement artériel (artère hépatique, mésentérique supérieur, tronc coeliaque), ou de plus de la moitié de la circonférence d'un axe veineux (axe porto-mésentérique), une carcinose péritonéale, des ganglions à distance (médiastinaux) sont des critères de non résecabilité. L'EE permet de distinguer un envahissement veineux avec une précision diagnostique de 85 à 95%. Sa performance est un peu moins bonne pour l'envahissement artériel (70%) (7). Les critères d'envahissement vasculaire (EV) sont un thrombus endoluminal, un engainement vasculaire, une circulation collatérale et, avec une moindre spécificité mais une sensibilité élevée, la perte de l'interface entre le vaisseau et la lésion. Une méta-analyse récente (8) portant sur 1308 patients, a montré que l'EE était meilleure pour identifier un EV que pour l'exclure. De plus, lorsque l'EE décrit un EV, la probabilité que ce soit un « vrai » EV est multipliée par 40. La TDM hélicoïdale multibarrette a une sensibilité (80 à 91%) et une spécificité (89 à 100%) équivalentes à celles de l'EE qui se pose en examen de 2^{ème} intention si aucun critère de non résecabilité n'a été mis en évidence sur la TDM ou en 1^{ère} intention s'il s'agit d'une tumeur < 2 cm. Concernant l'atteinte ganglionnaire, l'EE reste l'examen le plus sensible et le plus spécifique surtout si elle décrit des ganglions ronds, hypoéchogènes, > 10 mm (9). Une autre méta-analyse portant sur 678 patients a montré des résultats discordants quant à la supériorité de l'EE ou de la TDM concernant le bilan pré-thérapeutique (10).

L'EEP est devenue une procédure incontournable dans le diagnostic et le bilan d'un cancer du pancréas. Elle a une sensibilité de 89%, une spécificité de 99% et une précision diagnostique globale de 90% (11). Elle est particulièrement indiquée pour établir le diagnostic de certitude des petits cancers (< 2 cm), non vus en TDM (10% des cas), pour

établir des critères de non résecabilité tels que des petites métastases du lobe gauche du foie, une carcinose péritonéale, sous la forme d'une lame d'ascite ou de petits nodules péritonéaux non vus en TDM, ou d'adénopathies à distance : médiastinales postérieures, coeliaques, lombo-aortiques (12). Enfin et surtout, pour établir le diagnostic histologique des cancers non résecables en vue de proposer un traitement palliatif ou néoadjuvant (chimiothérapie ou radio-chimiothérapie essentiellement dans le cadre de protocoles) mais également des cancers métastasés s'il n'existe aucun autre moyen de l'obtenir. Pour certains, toute masse du pancréas doit être ponctionnée. En effet, 30% des masses du pancréas ne sont pas des adénocarcinomes. De plus, la non résecabilité se juge en dernier ressort lors de l'intervention et il n'est pas toujours aisé, si l'exérèse n'est finalement pas possible, d'obtenir une histologie en per-opératoire qu'il était plus facile d'obtenir avant, lors d'une EEP. La figure 1 illustre la place de l'échoendoscopie dans la stratégie diagnostique et thérapeutique en cas de cancer du pancréas.

La deuxième situation clinique au cours de laquelle l'EE a sa place est la découverte fortuite d'une masse du pancréas sur un examen d'imagerie (échographie ou TDM). Très rarement il peut d'agir d'un adénocarcinome de petite taille, plus fréquemment, une tumeur endocrine non fonctionnelle, sous la forme d'une formation hypoéchogène, homogène bien limitée. Les métastases pancréatiques sont découvertes fortuitement dans 30 à 80% des cas : le cancer primitif peut remonter à plus de 20 ans (cancer du rein). L'EE est utile en montrant une lésion unique ou multiple, homogène, hypo ou isoéchogène, ronde. Enfin, il peut également s'agir d'une pancréatite auto-immune à forme pseudo-tumorale ou d'un nodule sur pancréatite chronique. Dans toutes ces situations, une fois la lésion découverte sur l'imagerie, la stratégie est guidée par la suspicion diagnostique et la perspective thérapeutique. L'EEP est la procédure de choix pour obtenir une histologie afin de guider au mieux le traitement. En effet, les autres examens tels que le Ca 19-9, la chromogranine A, l'octréoscan, le TEP-scan ont des sensibilités et des spécificités variables en fonction de la pathologie étudiée et ne peuvent qu'orienter le diagnostic en cas de d'élévation ou de positivité (13).

Conclusion

L'EE est un examen incontournable dans le diagnostic et le bilan d'une masse du pancréas. Elle permet en outre d'obtenir le diagnostic histologique de la lésion par ponction guidée. Elle est complémentaire de l'imagerie radiologique, en particulier la TDM hélicoïdale multibarrette dont la précision diagnostique est équivalente dans certaines études à celle de l'EE. L'EE reste inégalée pour les petites lésions (< 2 cm) et pour faire le bilan pré-opératoire des tumeurs lorsque la TDM a jugé la lésion résecable.

Références

1. Giovannini M, Monges G, Bories E. Diagnostic and therapeutic value of EUS-FNA. Results of a large monocentric study of 1544 patients. *Endoscopy* 2003;35:A3.
2. Rosch T, Braig C, Gain T et al. Staging of pancreatic and ampullary adenocarcinoma by endoscopic ultrasonography. *Gastroenterology* 1992;102;188-99.
3. Palazzo L, Roseau G, Gayet B et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of pancreatic adenocarcinoma. Results of a prospective study with comparison to ultrasonography and CT scan. *Endoscopy* 1993;25:232-7.
4. Gress FG, Hawes RH, Savides TJ et al. Role of EUS in preoperative staging of pancreatic cancer: a large single-center experience. *Gastrointest Endosc* 1999;50:786-91.
5. Maguchi H. Roles of endoscopic ultrasonography in the diagnosis of pancreatic tumors. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004,11:1-3.

6. Wray CJ, Ahmad SA, Matthews JB et al. Surgery for pancreatic cancer: recent controverseries and current practice. *Gastroenterology* 2005;128:1626-41.
7. Brugge WR, Lee MJ, Kelsey PB et al. The use of EUS to diagnose malignant portal veinous system invasion by pancreatic cancer. *Gastrointest Endosc* 1996;43:561-7.
8. Puli SR, Singh S, Hagedorn CH et al. Diagnostic accuracy of EUS for vascular invasion in pancreatic and periampullary cancers: a meta-analysis and systematic review. *Gastrointest Endosc* 2007;65:788-97.
9. Soriano A, Castells A, Ayuso C et al. Preoperative staging and tumor resectability assessment of pancreatic cancer. Prospective study comparing endoscopic ultrasonography, helical computed tomography, magnetic resonance imaging and angiography. *Am J Gastroenterol* 2004;99:492-501.
10. Dewitt J, Devereaux M, Lehman GA et al. Comparison of endoscopic ultrasound and computed tomography for the peroperative evaluation of pancreatic cancer : a systematic review. *Clin Gastrenterol Hepatol* 2006;4:717-25.
11. Wiersema MJ, Vilmann P, Giovannini M et al. Endosonogaphy-guided fine-needle aspiration biopsy : diagnostic accuracy and complication assessment. *Gastroenterology* 1997;112:1087-95.
12. Mertz HR, Sechopolous CJ, Delbecke D et al. EUS, PET and CT scanning for evaluation of pancreatic adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 2000;52:367-71.
13. Maire F. Conduite à tenir après la découverte d'un incidentalome pancréatique. *Hépatogastro* 2007;2 :139-47.

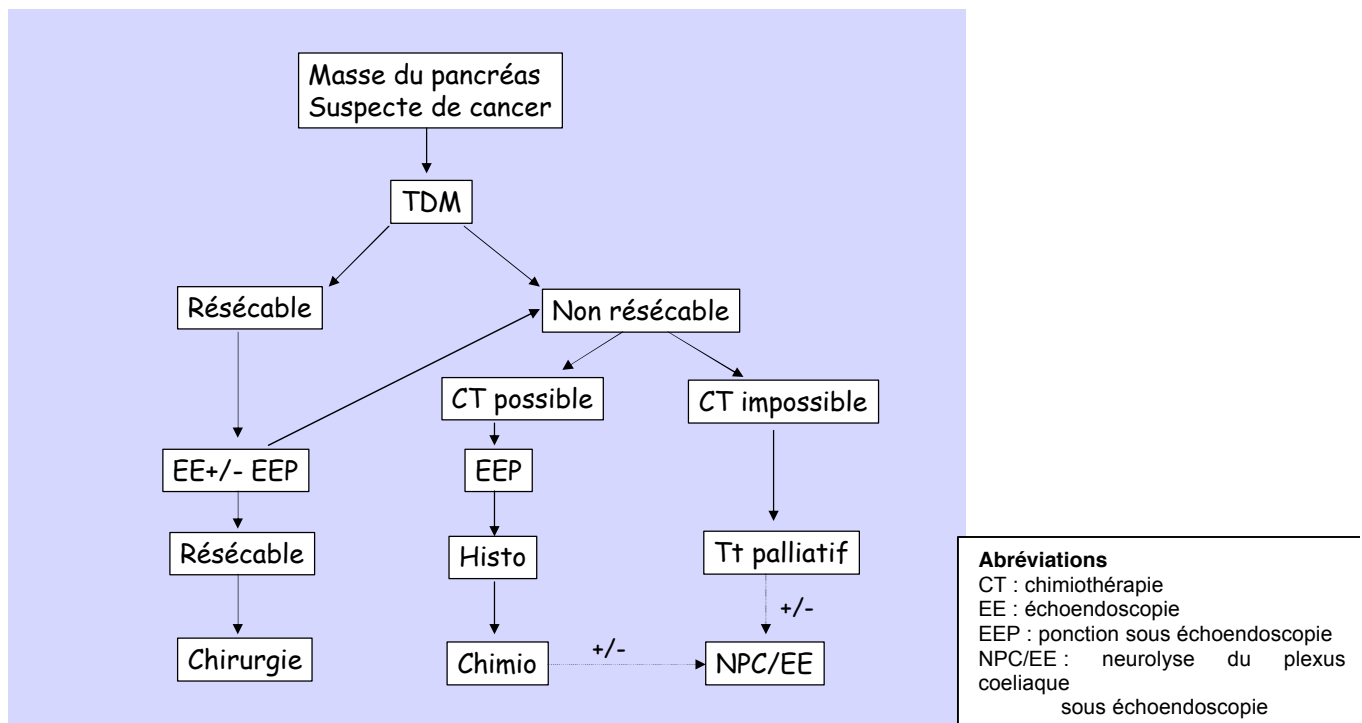


Figure 1. Place de l'échoendoscopie dans la stratégie diagnostique et thérapeutique en cas de cancer du pancréas.