



Le bilan d'extension d'un adénocarcinome du pancréas



Preoperative Imaging for pancreatic cancer

A. David
E. Frampas

Service central de radiologie et imagerie médicale,
CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093
Nantes cedex 1, France

Reçu le 10 novembre 2017 ; accepté le 16 novembre 2017

Disponible en ligne sur [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com) le 16 février 2018

RÉSUMÉ

L'adénocarcinome est un cancer à forte mortalité. Le pivot de la prise en charge repose sur la chirurgie qui ne pourra cependant être envisagée que chez près de 20 % des patients du fait d'une découverte souvent tardive au stade localement avancé ou métastatique. L'évaluation du *staging* tumoral et des conditions vasculaires locorégionales repose sur le scanner pouvant être complété par l'IRM notamment à la recherche de métastases hépatiques. L'emploi de comptes rendus structurés s'impose pour standardiser la prise en charge.

© 2017 Société française de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Pancreatic carcinoma is one of the deadliest cancer. Surgery is the only curative therapy but less than 20% of patients will undergo surgery in a curative intent, as main are diagnosed with locally advanced or metastatic disease. MDCT remains the most important examination for tumor staging and description of vascular conditions and may be helped by MRI for hepatic metastasis. The use of reporting templates is mandatory to standardize the management of pancreatic carcinoma.

© 2017 Société française de radiologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

Le cancer du pancréas représente actuellement un cancer de mauvais pronostic dont la survie à 5 ans est estimée à 6 %. La chirurgie reste actuellement la seule modalité thérapeutique permettant d'espérer un espoir de guérison ou de survie prolongée. Celle-ci ne peut être envisagée qu'en cas de maladie non métastatique et dont l'extension locale permet d'envisager un geste R0. L'imagerie joue donc un rôle primordial dans la décision thérapeutique et doit aboutir à un bilan d'extension précis et structuré tenant compte de l'atteinte tumorale locorégionale et à distance mais également des particularités anatomiques

vasculaires péri pancréatiques pouvant compliquer un geste chirurgical potentiel.

TECHNIQUE D'EXPLORATION–RÉSULTATS

Le scanner reste actuellement la technique de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension [1,2]. Le protocole standard comprend une acquisition multiphasique avant puis après injection de produit de contraste iodé (125 ml, débit 3–5 ml/s) avec reconstructions fines (0,625–1,25 mm). La phase pancréatique (35–50 s), centrée sur la région pancréatique de l'origine du tronc cœliaque jusqu'à

MOTS CLÉS

Cancer du pancréas
Scanner multi-barrettes
IRM
Comptes rendus

KEYWORDS

Pancreatic cancer
MDCT
MRI
Templates

Auteur correspondant :

E. Frampas,
service central de radiologie et imagerie médicale, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France.
Adresse e-mail :
eric.frampas@chu-nantes.fr

<https://doi.org/10.1016/j.jidi.2017.11.005>

© 2017 Société française de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



l'artère mésentérique supérieure, fournit le meilleur contraste entre le rehaussement marqué du parenchyme pancréatique normal et la tumeur classiquement hypovasculaire et permet d'apprécier les possibilités de résection tumorale en fonction des rapports vasculaires. Dans plus de 80 % des cas, l'adénocarcinome pancréatique apparaît comme une masse hypodense infiltrante mal limitée, déformant les contours glandulaires, responsable d'une dilatation rétrograde des canaux biliaire et/ou pancréatique et d'une atrophie parenchymateuse d'amont (Fig. 1). Les rapports vasculaires sont particulièrement importants dans la localisation céphalique qui représente 60–70 % des tumeurs du fait de la proximité immédiate de vaisseaux dont l'amputation chirurgicale n'est pas envisageable (artère mésentérique supérieure, tronc cœliaque, artère hépatique), rendant rapidement la tumeur inopérable. La phase portale (70 s après le début de l'injection) explore l'ensemble de la cavité abdominale et permet la recherche de métastases hépatiques ou péritonéales. Le scanner présente une sensibilité globale de 90 %, une spécificité de 87 % et une performance diagnostique de 89 % pour le diagnostic d'adénocarcinome pancréatique. L'emploi de scanners spectraux double énergie et bas-voltage semble également prometteur pour la détection tumorale en renforçant le contraste entre la tumeur hypovasculaire et le pancréas adjacent grâce au pic d'absorption de l'iode. Une phase retardée à 5 mn peut parfois être utile en cas de lésion isodense (11 % des cas) à la recherche d'un rehaussement tumoral tardif fibreux. La visualisation en modes

MPR, MIP est indispensable pour apprécier les rapports tumoraux, les modifications de calibre ou les signes d'envahissement vasculaires, la présence de variantes anatomiques vasculaires.

L'IRM n'est pas considérée actuellement comme une imagerie de première intention. Elle comprend de façon conventionnelle des séquences en pondération T2 (Turbo Spin écho), T1 avec saturation de la graisse en écho de gradient pondérées en T1 (LAVA, VIBE) avant et après injection de chélates de Gadolinium (trois temps: 20–40 s, 45–65 s, 3–5 mn), des séquences de diffusion. L'adénocarcinome présente typiquement un hyposignal en pondération T1 avec saturation de la graisse, spontanément ainsi qu'à la phase artérielle après injection, un iso à hypersignal en pondération T2. L'hyposignal T1 tumoral spontané peut aider à la détection lésionnelle en cas de tumeur isodense sur le scanner initial. La phase précoce au temps artériel fournit le meilleur contraste entre la tumeur et le parenchyme pancréatique. Les séquences de diffusion et de wirsungo-IRM sont désormais systématiquement associées et peuvent aider à la détection tumorale notamment en cas de sténoses canalaire discrètes. Les performances de l'IRM sont comparables au scanner avec une sensibilité moyenne de 95 vs. 96 % et une spécificité rapportée de 96 % pour la détection du cancer du pancréas.

Comme toutes les tumeurs, la détermination du stade est basé sur la taille, la localisation, l'extension locale, la présence d'adénopathies et de métastases. Une attention particulière devra être portée aux atteintes vasculaire et péri-neurale qui

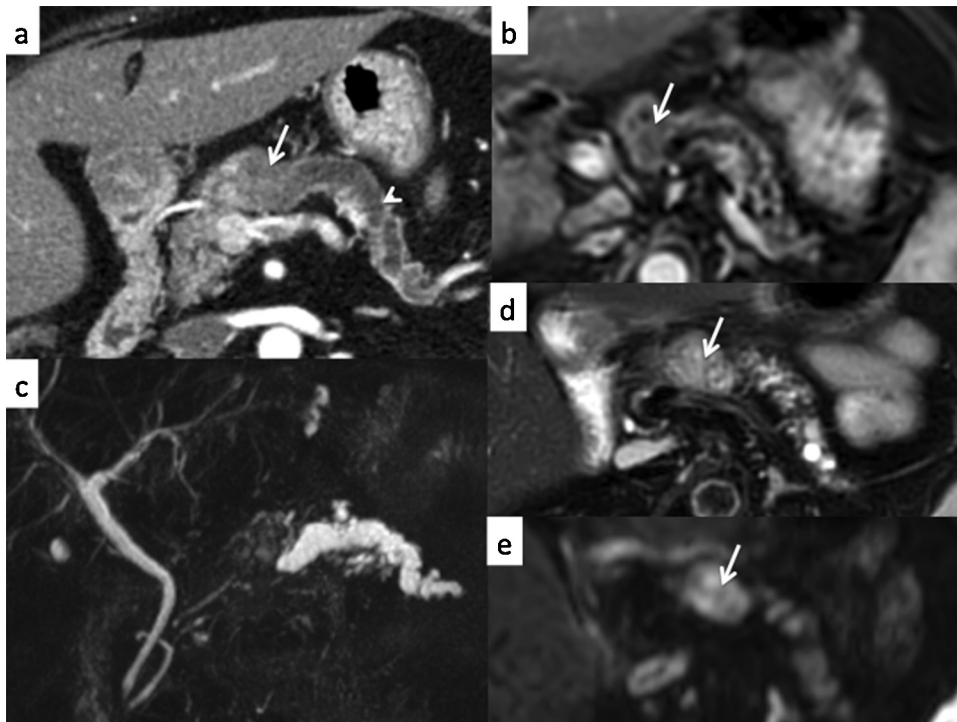


Figure 1. Aspect typique d'un adénocarcinome pancréatique corporel. a : Scanner coupe axiale après injection au temps pancréatique : masse hypodense (flèche) avec dilatation du wirsung d'amont et atrophie glandulaire corporéo-caudale (tête de flèche) ; b : IRM en pondération T1 et suppression de graisse après injection de chélates de gadolinium. Masse en hyposignal T1 ; c : Cholangio-IRM mettant en évidence la sténose canalaire du canal pancréatique avec dilatation d'amont ; d : IRM en pondération T2 retrouvant la lésion en hypersignal modéré ; e : IRM en séquence de diffusion b800. Hypersignal tumoral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8940928>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8940928>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)