

TIPMP Quand opérer ? Quel type exérèse réaliser ?

Pr Antonio SA CUNHA et Dr Gabriella PITTAU

Les TIPMP peuvent être classées en trois types, en fonction de l'atteinte du canal principal et/ou des canaux secondaires :

- 1) TIPMP du canal principal, lorsqu'il existe une atteinte isolée du canal principal.
- 2) TIPMP des canaux secondaires, atteinte isolée des canaux secondaires.
- 3) TIPMP mixte, atteinte du canal principal et des canaux secondaires.

Depuis la conférence de consensus de 2012, le diagnostic de TIPMP du canal principal est retenu lorsqu'il existe une dilatation segmentaire ou diffuse du canal principal supérieure à 5 mm sans autre cause d'obstruction. Une dilatation du canal principal comprise entre 5 et 9 mm est considérée comme inquiétante, une dilatation supérieure ou égale à 10 mm critère de haut risque de malignité. Des kystes du pancréas de diamètre > 5mm, communiquant avec le canal principal doivent être considérés comme une TIPMP des canaux secondaires.

Indications de résection

1) TIPMP du canal principal

Dans les séries chirurgicales de TIPMP du canal principal le taux moyen de lésions malignes est 61,6 % (36 à 100%), et celui de tumeurs invasives est de 43,1% (11 à 81%). Etant donné le taux élevée de lésions malignes/ invasives et le taux faible de survie à 5 ans (31 à 54%), la résection chirurgicale est fortement conseillée chez les malades ne présentant pas de contre-indication à la chirurgie. Les malades ayant des lésions comprises entre 5 et 9 mm peuvent bénéficier d'une surveillance rapprochée sans chirurgie immédiate.

2) TIPMP des canaux secondaires

Le taux de lésions malignes et invasives des TIPMP des canaux secondaires opérées sont de 25,5% (6,3 à 46,5%) et 17,7% (1,4 à 36,7%). Les TIPMP des canaux secondaires surviennent le plus souvent chez des malades âgés et le risque annuel de dégénérescence est évalué à 2 à %, ces éléments doivent intervenir dans la décision chirurgicale.

L'existence de nodules muraux et/ou d'une cytologie positive, et une croissance rapide de la lésion sont des facteurs de risque de dégénérescence qui doivent faire indiquer la résection chirurgicale. La taille > 3 cm n'est plus considérée, en l'absence de nodule mural et/ou cytologie positive comme un facteur de risque élevé de malignité. Les malades avec une lésion > 3 cm sans autres critères de mauvais pronostic peuvent être surveillé en particulier s'ils sont âgés.

Quel type de résection

1) TIPMP du canal principal

Le but du traitement chirurgical est d'enlever la totalité de la tumeur avec des marges négatives. Pour les types segmentaires ou diffus avec des lésions focales (nodule mural et/ou lésions des canaux secondaires) il est aisé de déterminer le côté de la résection et la zone de section parenchymateuse. Lorsqu'il s'agit d'une forme diffuse sans lésion focale, une résection droite est préférée car il est plus facile d'étendre la résection pour obtenir une marge négative.

La réalisation de biopsies extemporanées est essentielle pour déterminer la limite de section parenchymateuse. Si la limite contient de la dysplasie de haut grade, il faut alors étendre la résection et réaliser de nouvelles biopsies. Si par contre la limite contient de la dysplasie de bas grade ou modérée, la réalisation d'une résection complémentaire est sujette à controverse.

La réalisation d'une pancréatectomie totale doit être réservée aux patients jeunes pouvant gérer la complexité de prise en charge d'un diabète insulino-dépendant.

2) TIPMP des canaux secondaires

Lorsqu'il existe des éléments évocateurs de dégénérescence à l'imagerie une résection réglée (DPC, SPG) avec curage ganglionnaire doit être réalisée.

Les résections limitées (Pancréatectomie centrale, résection de l'uncus, énucléation) peuvent être proposées en l'absence de signes cliniques, radiologiques, cytologiques de malignité.

La résection sera adaptée aux constatations peropératoires et à l'examen extemporané. Si après une résection limitée, l'histologie définitive montre une limite contenant de la dysplasie de haut grade ou une tumeur invasive, une reprise chirurgicale doit être discutée en fonction de l'état général du malade.

Tanaka et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPNM and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012 ; 12 : 183-197