

QUID ?

JC Leclerc, L Cannard, V Laurent, S Béot et D Régent

OBSERVATION

Madame MP, 79 ans, est admise en urgence à l'hôpital pour hématomèse. Le bilan biologique montre une anémie par déperdition et une cholestase. Une échographie est réalisée, retrouvant une dilatation des voies biliaires intra et extrahépatique. L'étude du bas cholédoque et du pancréas est difficile en raison d'interpositions gazeuses. La gastroscopie retrouve une lésion infiltrante et bourgeonnante du deuxième duodénum qui est biopsiée. Une IRM bilio-pancréatique est réalisée (fig. 1, 2, 3, 4).

Quel est votre diagnostic ?

DIAGNOSTIC

Métastases pancréatiques d'un néoplasme rénal gauche opéré en 1996.

IMAGERIE

La cholangiopancréatographie-IRM en coupe frontale, TE effectif long, montre une dilatation des voies biliaires en amont d'une compression extrinsèque, excen-

trée, du bas cholédoque et des dilatations segmentaires du canal de Wirsung (fig. 1). La séquence moins pondérée T2 en coupe frontale permet de rattacher la sténose du bas cholédoque et celle du canal de Wirsung à une volumineuse tumeur hétérogène du pancréas céphalique (fig. 2). Après injection de Gadolinium, la séquence en écho de gradient T1 en incidence frontale montre un rehaussement intense de la tumeur du pancréas céphalique envahissant le duodénum (fig. 3). Les coupes en incidence axiale en écho de gradient T1 après injection retrouvent 2 autres lésions du corps et de la queue du pancréas, rondes, bien limitées, à centre nécrotique (fig. 4).

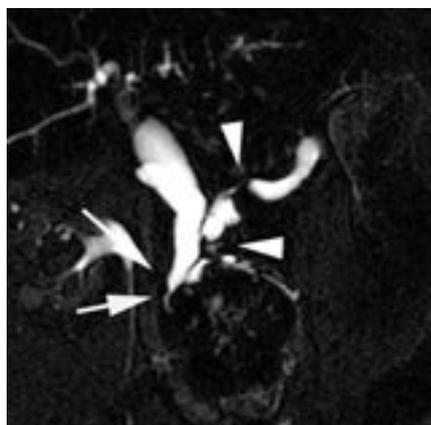


Fig. 1 : Cholangiopancréatographie-IRM.
 Fig. 1: MRCP.

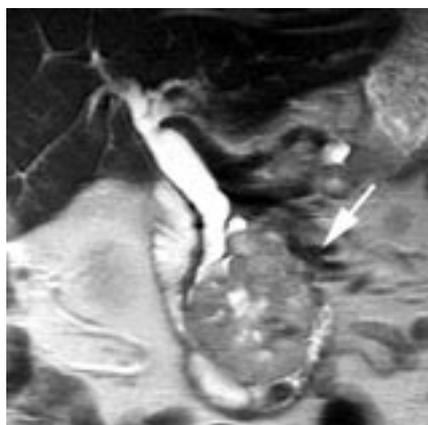


Fig. 2 : Séquence moins pondérée T2.
 Fig. 2: Sequence with less T2 weighting

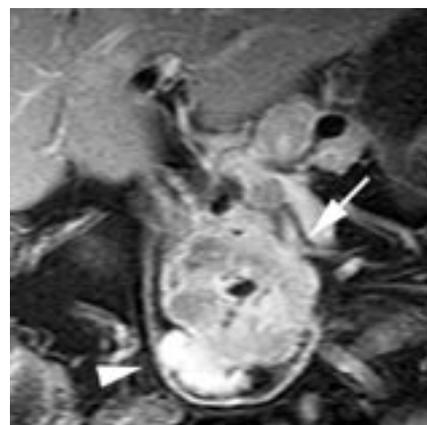


Fig. 3 : Séquence FMP SPGR après injection de Gadolinium, coupe frontale de 7 mm d'épaisseur.
 Fig. 3: Gadolinium-enhanced FMP SPGR sequence using 7 mm coronal slide.

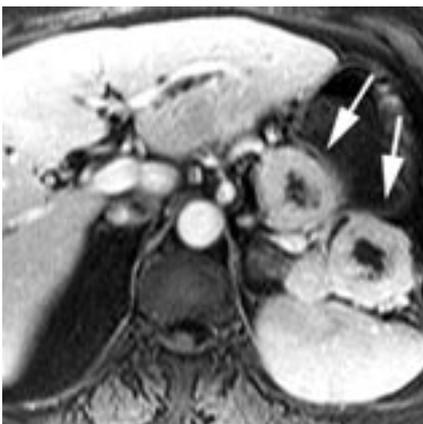


Fig. 4 : Séquence FMP SPGR après injection de Gadolinium, coupe axiale de 7 mm d'épaisseur.
 Fig. 4: Gadolinium-enhanced FMP SPGR sequence using 7 mm axial slide.

Service de Radiologie, Hôpital d'Adultes, CHU Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre.

Correspondance : JC Leclerc

DISCUSSION

Les métastases pancréatiques sont rares, retrouvées à l'autopsie chez 3 à 12 % des patients décédés de cancer (1, 2).

Les cancers primitifs qui métastasent au pancréas sont le plus souvent des carcinomes rénaux, bronchiques, les mélanomes, les cancers mammaires et du tractus digestif.

La symptomatologie est variable et la plupart des patients ne présentent pas de signes fonctionnels lors du diagnostic qui est posé lors d'une tomодensitométrie de contrôle.

Les patients symptomatiques se présentent avec une douleur, des nausées, une altération de l'état général, un ictère. Les métastases pancréatiques des carcinomes rénaux sont une cause exceptionnelle d'hémorragie digestive (3). Une pancréatite aiguë peut être révélatrice.

L'intervalle entre la découverte du cancer primitif et la survenue de métastases pancréatiques est très variable, allant de 2 mois à plus de 30 ans (4). Les intervalles les plus longs étant le fait des métastases des carcinomes rénaux.

La survenue de métastases pancréatiques est le plus souvent péjorative car elles sont fréquemment accompagnées d'autres localisations secondaires. Dans le cas particulier des métastases de cancer du rein localisées uniquement au pancréas, la pancréatectomie totale ou partielle a clairement montré son ef-

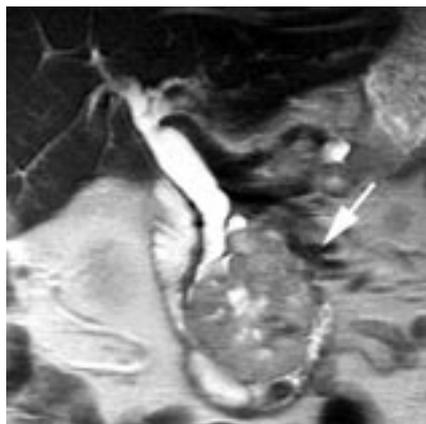


Fig. 2 : La séquence moins pondérée T2 permet de rattacher la sténose de la voie biliaire principale et du canal de Wirsung à une volumineuse tumeur hétérogène du pancréas céphalique (flèche), (séquence SS-FSE, coupe frontale de 7 mm d'épaisseur, TE eff 110 msec).

Fig. 2: Large and heterogenous pancreatic head lesion (arrow), (SS-FSE sequence using 7mm coronal slice, TE eff 110 msec).

ficacité, permettant une survie à 5 ans de plus de 40 % (5, 6).

La distinction entre métastase pancréatique et cancer primitif du pancréas est donc importante pour des raisons pronostiques et thérapeutiques.

Le diagnostic de métastase pancréatique doit être évoqué devant toute tumeur pancréatique chez un patient aux antécédents carcinologiques, a fortiori si

elles sont multiples. Les métastases de carcinomes rénaux ont la particularité d'être richement vascularisées et de présenter une cinétique de rehaussement après injection de produit de contraste semblable à celle de la tumeur rénale primitive, c'est-à-dire intense et précoce, ce qui permet le plus souvent de les différencier des tumeurs pancréatiques primitives (7). Le diagnostic différentiel avec les tumeurs neuroendocrines reste plus difficile car ces tumeurs sont le plus souvent également hyper-vasculaires. Le gradient de densité entre métastase et parenchyme pancréatique sain est maximal lors des phases artérielles et portales pour diminuer ensuite progressivement. Les métastases des carcinomes rénaux ont le plus souvent des contours bien limités, une forme ronde et un centre nécrotique (8). Les métastases pancréatiques de carcinomes bronchiques ont plutôt tendance à revêtir un aspect différent, isodense à la TDM et révélé par une déformation des limites de la glande ou hypodense et nécrotique (9). Contrairement aux adénocarcinomes ductaux, un envahissement vasculaire est rarement retrouvé en cas de métastases pancréatiques. Le retentissement canalaire est classiquement moins fréquemment retrouvé en cas de métastase, le plus souvent limité à un effet de masse sur les canaux pancréatiques mais un envahissement des structures canalaire est possible comme c'est le cas dans notre observation. Des auteurs ont par ailleurs proposé la réalisation d'une IRM

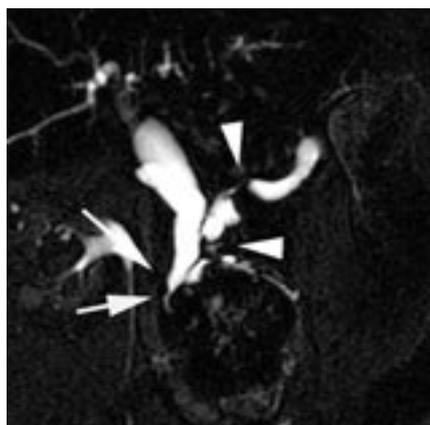


Fig. 1 : MRCP. Dilatation des voies biliaires en amont d'une compression extrinsèque du bas cholédoque (flèches). Dilatations focales et sténoses multiples du canal de Wirsung (têtes de flèche), (séquence SS-FSE, coupe frontale de 20 mm d'épaisseur, TE eff 800 msec).

Fig. 1: MRCP. Dilatation and stenosis of common bile duct (arrows) and Wirsung duct (arrowheads) (SS-FSE sequence using 20mm thick coronal slice, TE eff 800msec).

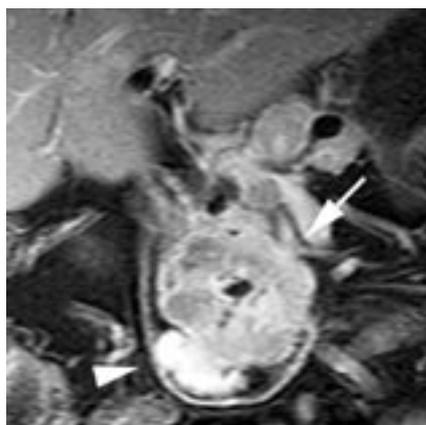


Fig. 3 : Prise de contraste intense de la lésion du pancréas céphalique (flèche) envahissant le deuxième duodénum (tête de flèche), (séquence FMP SPGR après injection de Gadolinium, coupe frontale de 7 mm d'épaisseur).

Fig. 3: Intense enhancement of the pancreatic lesion (arrow) with duodenal involvement (arrowhead), (Gadolinium-enhanced FMP SPGR sequence using 7 mm coronal slice).

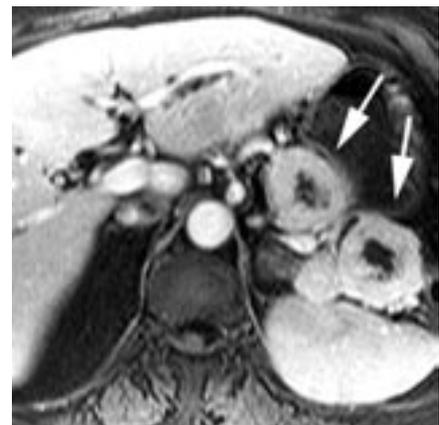


Fig. 4 : Deux autres lésions rondes, bien limitées et à centre nécrotique sont visualisées dans le corps et la queue du pancréas (flèches), (séquence FMP SPGR après injection de Gadolinium, coupe axiale de 7 mm d'épaisseur).

Fig. 4: Two additional lobulated well marginated metastases with non enhancing center are shown in the pancreatic body and tail (arrows), (Gadolinium-enhanced FMP SPGR sequence using 7mm axial slice).

avec déplacement chimique pour différencier une lésion pancréatique primitive d'une lésion secondaire chez un patient aux antécédents de néoplasme rénal connu. Les métastases des carcinomes rénaux étant riches en lipides, elles voient chuter l'intensité de leur signal sur les séquences en opposition de phase (10). Ce n'est que lorsque l'imagerie ne permet pas de trancher entre tumeur pancréatique primitive et secondaire ou qu'une chimiothérapie spécifique est envisagée qu'une biopsie trans-pariétale sera réalisée (11).

Références

1. Rumancik WM, Megibow AJ, Bosniak MA, Hilton S. Metastatic disease to the pancreas: evaluation by computer tomography. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:829-34.
2. Merkle EM, Boaz T, Kolokythas O, Haaga JR, Lewin JS, Brambs HJ. Metastases to the pancreas. *Br J Radiol* 1998; 71:1208-14.
3. Sugiyama M, Katsura M, Yamamoto K et al. Pancreatic metastasis from renal cell carcinoma causing massive gastrointestinal bleeding in von Hippel-Lindau disease. *Hepatogastroenterology* 1999;46:1199-201.
4. Stankard CE, Karl RC. The treatment of isolated pancreatic metastases from renal cell carcinoma: a surgical review. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1658-60.
5. Mehta N, Volpe C, Haley T, Balos L, Bradley EL, Doerr RJ. Pancreaticoduodenectomy for metastatic renal cell carcinoma: report of a case. *Surg Today* 2000;30:94-7.
6. Kassabian A, Stein J, Jabbour N et al. Renal cell carcinoma metastatic to the pancreas: a single-institution series and review of the literature. *Urology* 2000; 56:211-5.
7. Ng CS, Loyer EM, Iyer RB, David CL, Dubrow RA, Charnsangavej C. Metastases to the pancreas from renal cell carcinoma: findings on three-phase contrast-enhanced helical CT. *AJR* 1999;172:1555-9.
8. Klein KA, Stephens DH, Welch TJ. CT characteristics of metastatic disease of the pancreas. *Radiographics* 1998;18: 369-78.
9. Aimino R, Bergeron P, Reboul F, Sarrat P. Métastases pancréatiques multiples d'un carcinome bronchique à petites cellules. *J Radiol* 1994;75:317-20.
10. Carucci LR, Siegelman ES, Feldman MD. Pancreatic metastasis from clear cell renal carcinoma : diagnosis with chemical shift MRI. *J Comput Assist Tomogr* 1999;23:934-6.
11. De Kervilier E, Guermazi A, Zagdanski AM et al. Technique de la biopsie abdominale sous scanner avec compression. *J Radiol* 1999;80:60-3.