

Place de la cholangio-pancréato IRM dans la prise en charge des pathologie Bilio-pancréatiques

Dr J.P. Cercueil - C.H.U. - Dijon

La cholangio - pancréato IRM est basée sur une pondération T2 intense en écho de gradient ou en séquences à train d'échos longs et détermine un contraste élevé des liquides stationnaires. Une des avancées décisives, en matière de cholangio-pancréato IRM, est liée à l'apparition des séquences en apnée. Cette séquence est avantageuse en raison de sa simplicité de mise en oeuvre, de l'absence d'artefact digestif ou respiratoire, de l'absence de flou et de dégradation de l'image.

L'intérêt est de pouvoir combiner un signal intense de la bile, et un hyposignal marqué des tissus normaux, des vaisseaux, et un faible bruit de fond. La possibilité de réaliser ces séquences en épaisseur de 4 ou de 3 mm jointives permet secondairement une reconstruction 3 D. Les coupes apportent une bonne résolution spatiale et permettent une excellente analyse de calibre des voies biliaires et de leurs anomalies.

D'autres techniques utilisent des coupes épaisses qui procurent également une très forte pondération T2. L'avantage est d'obtenir une excellente résolution spatiale.

En pratique quotidienne, les explorations cholangio IRM sont réalisées systématiquement en incidences axiales et frontales obliques avec deux acquisitions par plan de coupes pour couvrir l'ensemble du foie et la totalité de l'arbre biliaire extra-hépatique. 4 séquences sont ainsi nécessaires de chacune entre 15 et 18 secondes, complétées par quelques acquisitions en coupe épaisse dont la durée est de 5 à 7 secondes par coupe. Il n'y a pas d'injection de produit de contraste.

Les coupes fines de 4 mm, en mode 2 D, sont particulièrement adaptées à l'étude des détails anatomiques : petites lithiases, cloisonnement de kystes, dystrophies macrokystiques. Les reconstructions MIP ou les coupes épaisses sont mieux adaptées aux dilatations modérées de l'arbre biliaire et dans certaines dispositions anatomiques.

La très grande facilité de mise en oeuvre de la cholangio-IRM permet lorsque le bilan est réalisé: en quelques minutes (coupes axiales et coronales obliques) de compléter l'étude IRM par d'autres séquences pondérées T2 et surtout pondérée T1 EG avec étude de la cinétique élu produit de contraste. Il est ainsi possible d'étudier en 30 minutes l'ensemble élu foie, des voies biliaires et du pancréas. Dans l'immense majorité (les cas le cathétérisme des voies biliaires dont le risque infectieux et de pancréatite sévère est loin d'être négligeable, n'est plus indispensable. Le cathétérisme rétrograde devrait se limiter aujourd'hui aux seules indications thérapeutiques.

La cholangiographie IRM a transformé l'étude des voies biliaires. C'est devenu l'examen de deuxième intention après l'échographie percutanée dans toutes les anomalies des voies biliaires que la cause soit tumorale ou malformative et souvent lithiasique. Couplée à d'autres séquences IRM cette technique est devenue de loin l'examen le plus performant et rentable pour la pathologie intrahépatique et hilare.

Dans les tumeurs du bas cholédoque, elle est complémentaire de l'échoendoscopie qui reconnaît mieux à l'heure actuelle, les petites tumeurs du pancréas, les extensions vasculaires et les adénopathies. De plus des biopsies contrôlées sont réalisables par cette technique. Cependant l'IRM reconnaît mieux les envahissements hépatiques et hilaires. Les deux techniques paraissent indispensables dans le cadre d'un bilan préopératoire d'un cancer du pancréas. Elles permettent de soustraire plus de la moitié des patients à un geste chirurgical inutile.

Dans la pathologie lithiasique, l'échoendoscopie reconnaît mieux les petits calculs du bas cholédoque (< 3 mm) et constitue souvent l'étape préliminaire à une sphinctérotomie. L'IRM a cependant sa place dans la lithiase infra-hépatique, pour l'étude des voies biliaires opérées et dans les tableaux cliniques atypiques.

En pathologie pancréatique l'IRM est le seul moyen non invasif, d'avoir une étude détaillée des canaux, du parenchyme pancréatiques et de son environnement. Plus précise que le scanner dans l'étude des canaux pancréatiques elle est souvent complémentaire de l'échoendoscopie qui étudie mieux les calcifications et les petites tumeurs mais est plus limitée pour fournir une vision d'ensemble des anomalies. En échoendoscopie certaines régions sont parfois d'accès difficile, des calcifications peuvent masquer d'autres territoires. L'IRM permet une exploration plus globale de toute la région. Une étude dynamique et fonctionnelle par le test à la Sécrétine est possible et parfois utile pour mettre en évidence des obstacles incomplets ou des insuffisances fonctionnelles du pancréas exocrine.

En conclusion, L'IRM et l'échoendoscopie sont en fait plus complémentaires que concurrentes. Ces deux techniques sont en pleine évolution et la place de chacune de ces techniques risque d'évoluer rapidement. Pour ne donner qu'un seul exemple la résolution spatiale de la bill IRM a été multipliée par 4 en un an ce qui améliore considérablement la fiabilité diagnostique en particulier pour les petits calculs.