Annales de pathologie xxx (xxxx) xxx—xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

MISE AU POINT

OMS 2023 : nouvelle terminologie en cytopathologie bilio-pancréatique

WHO 2023: A new terminology for pancreaticobiliary cytopathology

Mehdi Aymen Bendimerad, Diane Giovannini*

Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU de Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France

Accepté pour publication le 5 avril 2025

MOTS CLÉS
Cytoponction pancréatique ;
Brossage des voies biliaires ;
Cytopathologie ;
terminologie ;
Système OMS

Résumé L'Organisation mondiale de la santé, l'Académie internationale de cytologie et l'Agence internationale de recherche sur le cancer ont récemment publié une nouvelle terminologie en cytopathologie bilio-pancréatique. Cette mise à jour a plusieurs objectifs : le développement d'une terminologie internationale, la standardisation des comptes rendus et l'amélioration de la communication avec les cliniciens pour une meilleure prise en charge des patients et la mise à jour des pratiques concernant la cytologie bilio-pancréatique selon les nouvelles recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Cette nouvelle terminologie remplace celle de la Papanicolaou Society of Cytopathology introduite en 2015. Elle comprend sept catégories au lieu de six précédemment. Les principales modifications concernent les tumeurs bénignes qui s'intègrent avec les lésions non néoplasiques au sein d'une seule catégorie et la création de deux catégories pour les tumeurs de bas grade et de haut grade qui concernent principalement les tumeurs intra-canalaires et mucineuses kystiques. Une autre modification majeure est le déplacement des tumeurs neuroendocrines et de la tumeur pseudo-papillaire et solide du pancréas dans la catégorie « maligne » qui est tout à fait en accord avec la 5e édition de la classification OMS des tumeurs digestives de 2019. Enfin, ce nouveau système détermine pour chaque catégorie des critères diagnostiques, un risque de malignité et des recommandations de prise en charge des patients.
© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : mehdi.aymen.bendimerad@gmail.com (M.A. Bendimerad), dgiovannini@chu-grenoble.fr (D. Giovannini).

https://doi.org/10.1016/j.annpat.2025.04.009
0242-6498/© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Pour citer cet article : M.A. Bendimerad and D. Giovannini, OMS 2023 : nouvelle terminologie en cytopathologie bilio-pancréatique, Annales de pathologie, https://doi.org/10.1016/j.annpat.2025.04.009

KEYWORDS
Pancreatic fine-needle aspiration;
Bile duct brushing;
Cytopathology;
Terminology;
WHO system

Summary The World Health Organization, the International Academy of Cytology, and the International Agency for Research on Cancer have recently introduced a revised terminology in biliopancreatic cytopathology. This update has several objectives : the development of an international terminology, the standardization of reports, the improvement of communication with clinicians for better patient management, and updating practices related to biliopancreatic cytology in line with the latest WHO guidelines. This new terminology replaces that of the Papanicolaou Society of Cytopathology introduced in 2015. It includes seven categories instead of the six previously used. The main changes involve the integration of benign tumors with non-neoplastic lesions into a single category, as well as the creation of two categories for low-grade and high-grade tumors, primarily focusing on intraductal and mucinous cystic tumors. Another major change is the reclassification of neuroendocrine tumors and pancreatic solid pseudopapillary tumors into the ''malignant'' category, aligning with the 5th edition of the 2019 WHO classification of digestive tumors. Additionally, the revised system provides diagnostic criteria, malignancy risk assessment, and management recommendations for each category.
© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introduction

En 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Académie internationale de cytologie (IAC) et l'Agence internationale de recherche sur le cancer (IARC) se sont réunies pour la mise en place d'un système international afin de standardiser les différentes terminologies en cytopathologie [1,2]. Ce système comprend plusieurs catégories diagnostiques, chacune étant associée à un risque de malignité (ROM) et à des critères diagnostiques morphologiques distincts, ce qui permet d'adopter une prise en charge spécifique en fonction de la catégorie concernée [1—4]. Deux manuscrits sont déjà disponibles, ils concernent la cytologie pulmonaire et bilio-pancréatique ; cinq autres manuscrits sont en cours de préparation : la cytologie ganglionnaire, thymique et splénique ; la cytologie des tissus mous ; la cytologie hépatique ; la cytologie mammaire et enfin un manuscrit sur la cytologie rénale et surrénalienne [1].

Concernant la cytologie bilio-pancréatique, la nouvelle terminologie du système OMS révise et remplace l'ancienne terminologie de la Papanicolaou Society of Cytopathology (PSC) avec 7 catégories au lieu de 6. Les nouveautés de cette terminologie résident dans l'intégration de l'ancienne catégorie 4 « néoplasie » dans une seule catégorie incluant les lésions non néoplasiques et les tumeurs bénignes comme le cystadénome séreux, le schwannome ou le lymphangiome. Ainsi, la catégorie « néoplasie bénigne » de la PSC disparaît [1,2]. Le second changement significatif est l'apparition de deux nouvelles catégories, « néoplasie bilio-pancréatique de bas grade » et « néoplasie bilio-pancréatique de haut grade », qui comprennent principalement les tumeurs intra-canalaires et les tumeurs mucineuses kystiques qui seront classées en fonction du degré de dysplasie en bas grade « catégorie 4 » ou en haut grade « catégorie 5 » [1,2,5]. Enfin, les tumeurs classées malignes par la classification OMS 2019 des tumeurs digestives de la « catégorie 4 autre » de la PSC apparaissent à présent dans la « catégorie 7 maligne » du système OMS ; ce qui permet d'unifier la classification histologique avec le système utilisé en cytopathologie. Le Tableau 1 résume la distinction entre l'ancien système et le nouveau système [1,4—6]. Il convient également de noter que cette nouvelle classification évalue les ROM en fonction de la topographie du prélèvement, ce qui entraîne un risque différent selon qu'il s'agit d'une cytoponction pancréatique à l'aiguille fine ou d'un brossage des voies biliaires [1]. Dans ce dernier cas, l'absence de ROM pour les catégories 4 et 5 justifie l'existence de deux tableaux distincts : un tableau pour les cytoponctions pancréatiques (Tableau 2) et un tableau pour les brossages des voies biliaires (Tableau 3).

Moyens d'étude

Les deux moyens d'étude sont la cytoponction pancréatique à l'aiguille fine et le brossage des voies biliaires. Ces deux techniques d'exploration différentes sont associées à des ROM différents, plus élevés pour le brossage que pour la cytoponction pancréatique. Les Tableaux 2 et 3 fournissent les données concernant les ROM et les recommandations de prise en charge qui en découlent pour chaque catégorie en fonction du type de prélèvement, cytoponction pancréatique à l'aiguille fine (Tableau 2) ou brossage des voies biliaires (Tableau 3). À noter que, pour le brossage des voies biliaires, compte tenu de l'absence de critères spécifiques, les Bil-IN de bas grade et de haut grade sont classées dans les catégories suivantes : « bénigne/négative pour la malignité », « positive ou maligne », « atypique » ou « suspecte de malignité » [1].

La terminologie

La catégorie 1 « insuffisante/inadéquate/non diagnostique »

Cette catégorie regroupe les prélèvements qui, pour des raisons qualitatives et/ou quantitatives, ne permettent pas de poser un diagnostic précis [1—4,7]. Le nouveau système apporte des précisions et permet l'utilisation de 3 termes différents pour laisser à chaque pathologiste la liberté

Tableau 1 Comparatif entre les deux systèmes (systèmes Papanicolaou Society of Cytopathology(PSC) et OMS). Les principales modifications apportées par le système OMS sont en caractère gras.
Comparison of the two systems (PSC and WHO systems). The major changes implemented by the WHO system are in bold font.

Système PSC		Système OMS	
Catégories diagnostiques	Quelques exemples	Catégories diagnostiques	Quelques exemples
1. Non diagnostique	Aspiration acellulaire et absence de mucus Parenchyme pancréatique normal Contamination gastro-intestinale	1. Insuffi-sante/inadéquate/non diagnostique	Pas de modification
2. Négative pour la malignité	Pancréatite aiguë, chronique, auto-immune Pseudo-kyste	2. Bénigne/négative pour la malignité	Pancréatite aiguë, chronique, auto-immune Pseudo-kyste Lymphangiome, cystadénome séreux
3. Atypique	Cellules canalaires atypiques	3. Atypique	Pas de modification apportée par le système OMS
4a. Néoplasique : bénigne 4b. Néoplasique : autre	Lymphangiome, cystadénome séreux, tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse, tumeur mucineuse kystique Tumeur neuroendocrine bien différenciée et tumeur pseudo-papillaire et solide du pancréas	4. Néoplasie bilio-pancréatique de bas risque/grade	Tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse avec dysplasie de bas grade Tumeur mucineuse kystique avec dysplasie de bas grade Néoplasie intracanalaire (PanIN) de bas grade Néoplasie biliaire intra-épithéliale (BilIN) de bas grade
		5. Néoplasie bilio-pancréatique de haut risque/grade	Tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse avec dysplasie de haut grade Tumeur mucineuse kystique avec dysplasie de haut grade PanIN de haut grade BilIN de haut grade Tumeur intracanalaire papillaire oncocytaire Tumeur intracanalaire tubulopapillaire
5. Suspecte de malignité	Rares cellules épithéliales atypiques, ou insuffisamment atypiques pour les classer en malignes	6. Suspecte de malignité	Pas de modification apportée par le système OMS
6. Positive ou maligne	Carcinome à cellules acineuses Carcinome canalaire Cholangiocarcinome Carcinome neuroendocrine peu différencié Pancréatoblastome Métastase	7. Positive ou maligne	Carcinome à cellules acineuses Carcinome canalaire Cholangiocarcinome Carcinomes neuroendocrines Tumeur neuroendocrine (tous les grades) Tumeur pseudo-papillaire et solide du pancréas Pancréatoblastome Métastases

Tableau 2 Risques de malignité et recommandations sur la conduite à tenir pour chaque catégorie selon le système OMS pour la cytoponction pancréatique à l'aiguille fine.
Malignancy risk and management recommendations for each category according to the WHO system for fine needle aspiration of the pancreas.

Catégories diagnostiques	Évaluation de ROM	Conduite à tenir
Insuffisante/inadéquate/non diagnostique	5 %—25 %	Répéter la cytoponction
Bénigne/négative pour la malignité	0 %—15 %	Corrélation clinique
Atypique	30 %—40 %	Répéter la cytoponction
Néoplasie bilio-pancréatique de bas grade	5 %—20 %	Corrélation clinique
Néoplasie bilio-pancréatique de haut grade	60 %—95 %	Résection chirurgicale si possible, traitement conservateur possible
Suspecte de malignité	80 %—100 %	Si résection chirurgicale possible, traiter comme positif sinon répéter la ponction
Positive ou maligne	99 %—100 %	Traitement selon le stade

Tableau 3 Risques de malignité et recommandations sur la conduite à tenir pour chaque catégorie selon le système OMS pour le brossage des voies biliaires.
Malignancy risks and management guidelines for each category according to the WHO system for bile duct brushing.

Catégories diagnostiques	Évaluation de ROM	Conduite à tenir
Insuffisante/inadéquate/non diagnostique	28 %—69 %	Répéter la CPRE avec cholangiographie, brossage et biopsie
Bénigne/négative pour la malignité	26 %—55 %	Corrélation clinique
Atypique	25 %—77 %	Répéter la CPRE avec cholangiographie, brossage et biopsie, autre technique à considérer (FISH, NGS)
Néoplasie bilio-pancréatique de bas grade	NA	NA
Néoplasie bilio-pancréatique de haut grade	NA	NA
Suspecte de malignité	74 %—100 %	Reprélever avec une FISH et/ou NGS ou, si d'autres facteurs de malignité, chirurgie. Pour le traitement néoadjuvant, répéter la CPRE avec cholangiographie, brossage, biopsie et testing
Positive ou maligne	96 %—100 %	Traitement selon le stade

CPRE : cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique ; FISH : hybridation fluorescente in-situ ; NA : non applicable ; NGS : séquençage de nouvelle génération.

d'utiliser un des trois termes qui correspond le mieux à sa pratique. Il existe d'autres raisons d'un échantillonnage « insuffisant/inadéquat/non diagnostique », telles que la pancréatite chronique en raison de la fibrose, pouvant conduire à une cytologie peu cellulaire. En cytopathologie bilio-pancréatique, il n'existe pas de seuil minimal de cellules ou de nombre de fragment minimum pour que le prélèvement soit considéré comme adéquat. C'est pourquoi une approche multidisciplinaire, prenant en compte non seulement la morphologie mais aussi les données de l'imagerie et de la biologie, est requise. Les principales conditions d'échantillon « insuffisant/inadéquat/non diagnostique » sont les suivantes :

- les prélèvements peu ou non cellulaires d'une masse solide ou d'un brossage des voies biliaires ;
- problème technique avec artéfacts rendant difficile l'interprétation, le caractère lysé des cellules et/ou le caractère hémorragique du prélèvement ;
- présence uniquement de tissu pancréatique normal avec une imagerie lésionnelle confirmée.

Cette dernière situation est intégrée par certains dans cette catégorie, car considérée comme une erreur d'échantillonnage et ne correspond pas à la lésion observée. D'autres cytopathologistes la classent en catégorie « bénigne » tout en ajoutant un commentaire dans la conclusion : « le prélèvement n'est probablement pas représentatif de la lésion visualisée en imagerie ». Il est également important de mentionner que la présence de toute atypie interdit immédiatement l'utilisation de cette catégorie et le prélèvement doit être catégorisé comme « atypique » [1—3,5]. À noter, cependant, la situation particulière des lésions kystiques, car même en l'absence de composante cellulaire épithéliale, la présence d'un fond mucineux avec des taux élevés d'antigène carcino-embryonnaire peut suffire à les classer en néoplasie mucineuse [1,5]. Pour cette catégorie, d'une manière générale, la recommandation est de refaire le prélèvement, mais celle-ci peut varier en fonction de la cause d'un échantillonnage de ce type.

La catégorie 2 « bénigne/négative pour la malignité »

Cette catégorie regroupe les prélèvements qui présentent des caractéristiques cytopathologiques bénignes incontestables et univoques qui peuvent ou non être diagnostiques d'une lésion spécifique ou d'une néoplasie bénigne [1—4,7]. L'intégration des tumeurs bénignes est une nouveauté dans

le système OMS, c'est un ajout par rapport à la terminologie de la classification PSC qui ne reconnaissait que le terme « négatif pour la malignité » et de ce fait, cette dernière regroupe actuellement les lésions non néoplasiques comme les pancréatites, les cholangites, les kystes lymphoépithéliaux, la rate accessoire ainsi que les lésions néoplasiques bénignes comme le cystadénome séreux et toutes autres néoplasies beaucoup plus rares telles que le lymphangiome ou le schwannome [2,7]. La catégorie « bénigne/négative pour la malignité » implique que la cellularité soit adéquate et qu'il n'y ait aucune atypie cytopathologique. Le prélèvement est classé dans cette catégorie s'il comporte des arguments en faveur d'une lésion bénigne ou si le prélèvement comporte uniquement des cellules pancréatiques normales dans un contexte clinique approprié et sans lésion tumorale visible en imagerie [1,2,7]. Au contraire, en cas de masse visible en imagerie, les cytopathologistes adoptent une attitude variée selon leurs habitudes pratiques et la classent soit en « insuffisante/inadéquate/non diagnostique » si erreur d'échantillonnage, soit en « bénigne/négative pour la malignité » en ajoutant la mention suivante en commentaire : « le prélèvement n'est probablement pas représentatif de la lésion visualisée en imagerie » comme déjà mentionné plus haut. La suite de la prise en charge du patient pour cette catégorie dépend de l'étiologie. Par exemple, une résection chirurgicale pourra être envisagée pour les tumeurs bénignes symptomatiques [1,2].

La catégorie 3 « atypique » : non modifiée dans la nouvelle terminologie

Cette catégorie regroupe les prélèvements qui présentent des caractéristiques principalement observées dans les lésions bénignes et des caractéristiques minimes qui peuvent suggérer la possibilité d'une lésion maligne, mais insuffisante en nombre ou en qualité pour le diagnostic d'une lésion ou d'une néoplasie bénigne, néoplasie bilio-pancréatique de bas grade/néoplasie bilio-pancréatique de haut grade, ou une néoplasie maligne [1,2,7]. Cette catégorie est appliquée lorsque les atypies dépassent celles observées pour les changements réactionnels et inflammatoires et qui sont quantitativement et qualitativement insuffisantes pour être catégorisées comme « suspectes de malignité » [1,5,7]. La recommandation est la prise en charge multidisciplinaire et l'utilisation d'autres techniques comme la FISH ou le testing moléculaire. En cas d'indisponibilité de ces deux techniques, un nouveau prélèvement est indiqué [1,7].

La catégorie 4 « Néoplasie bilio-pancréatique de bas risque/bas grade »

Cette catégorie regroupe les prélèvements intéressant les néoplasies intra-canalaire et/ou kystique avec des atypies épithéliales de bas grade [1—4,7]. Conformément à la dernière classification OMS des tumeurs digestives 2019, les tumeurs neuroendocrines ainsi que la tumeur pseudo-papillaire et solide du pancréas sont désormais considérées comme malignes ; en effet, dans la PSC, elles étaient classées dans la catégorie 4 « néoplasie : autre ».

Dans ce nouveau système de l'OMS, les néoplasies intra-canalaires sont subdivisées en 2 catégories selon le degré d'atypies épithéliales distinguant : les atypies de bas grade correspondant aux lésions dysplasiques de bas grade et de grade intermédiaire ; et les atypies de haut grade correspondant aux lésions dysplasiques de haut grade et au carcinome in situ [1,3] ; cette distinction nécessite un épithélium bien préservé et une bonne phase pré-analytique ainsi qu'une certaine expérience dans l'interprétation morphologique des atypies. Certains cas nécessiteront une corrélation cyto-histologique ; les modifications dégénératives et les dystrophies réactionnelles peuvent être trompeuses et les atypies de bas grade pourront être interprétées en haut grade. En cas de doute, il est préférable de les classer en bas grade et d'ajouter un commentaire indiquant que certaines cellules peuvent faire évoquer une lésion de haut grade. Les modifications de ce nouveau système ont pour conséquence la réservation de cette catégorie aux néoplasies kystiques et intra-canalaires mucineuses et non mucineuses du pancréas et des voies biliaires parmi lesquelles les tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses du pancréas et leurs équivalents dans les voies biliaires telles que les néoplasies biliaires papillaires intra-canalaires [3]. Les critères pour une néoplasie de bas grade sont une taille cellulaire $\geq 12\,\mu m$ (12 μm représentant la taille d'un entérocyte), un rapport nucléo-cytoplasmique bas, des atypies cyto-nucléaires faibles à modérées et l'absence de nécrose tumorale [5]. Seront également classés dans cette catégorie, les prélèvements présentant un fond mucineux acellulaire si les données moléculaires sont en accord [1,2]. L'absence d'épithélium ne signifie pas de façon définitive qu'il s'agit d'une lésion de bas grade, mais l'absence d'atypie de haut grade et de nécrose est plutôt en faveur d'une lésion de bas grade [1].

Le principal diagnostic différentiel des lésions intra-canalaires papillaires et mucineuses est la contamination gastro-intestinale. Dans une certaine mesure, la corrélation avec les données de l'imagerie peut aider au diagnostic différentiel entre les tumeurs mucineuses kystiques et les tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses en objectivant la connexion ou non avec le système canalaire [5]. Les analyses moléculaires du liquide kystique peuvent aider au diagnostic. Une mutation *KRAS*confirme la néoplasie. Quant aux cystadénomes séreux, ils ne présentent jamais de mutation *KRAS*. Cette dernière n'est pas spécifique des TIPMP. C'est la détection de mutations de *GNAS* qui est en faveur du diagnostic de tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse [2,5] ; il n'est pas mis en évidence de mutation de *TP53* et de *SMAD4* dans ces tumeurs au stade de dysplasie de bas grade, mais ces mutations peuvent être présentes au stade de dysplasie de haut grade. Les patients qui présentent ce type de lésion, en fonction des autres données cliniques et radiologiques et en l'absence de facteurs de haut risque, peuvent bénéficier d'une simple surveillance [4].

La catégorie 5 « Néoplasie bilio-pancréatique de haut risque/grade »

Cette catégorie regroupe l'ensemble des lésions pancréatiques et pancréato-biliaires intra-canalaires et kystiques avec atypies épithéliales de haut grade. Les atypies épithéliales de haut grade peuvent traduire soit une lésion dysplasique de haut grade soit un carcinome invasif ; ces deux diagnostics ne pourront pas être distingués en cytoponction pancréatique [1—3,7]. Les critères pour une néoplasie de haut grade sont une taille cellulaire inférieure à celle d'un entérocyte ($< 12\,\mu m$), un rapport nucléo-cytoplasmique élevé, une membrane nucléaire irrégulière, une chromatine anormale (hypochromasie ou hyperchroma-

sie) et la présence ou non de nécrose tumorale [1,2,4—6]. Les autres éléments que l'on peut également retrouver sont un fond mucineux épais, une hyper-cellularité, des cellules isolées avec un haut rapport nucléo-cytoplasmique, des noyaux irréguliers, des nucléoles proéminents, une mucosécrétion variable et une inflammation [4]. Les lésions présentant des atypies épithéliales correspondant à de la dysplasie de grade intermédiaire posent problème. Une corrélation avec les données moléculaires sera nécessaire pour une meilleure catégorisation de ce type de lésion ; en effet, des altérations de *TP53*, *SMAD4/DPC4*, *CDKN2A* (p16), *PTEN*, *PIK3CA* et l'aneuploïdie/perte de l'hétérozygotie de certaines régions du génome sont associées à un haut risque de progression [2,5]. Deux lésions de haut grade par définition, sont de principe inclues dans cette catégorie, à savoir les tumeurs intra-canalaires papillaires oncocytaires et les tumeurs intra-canalaires tubulo-papillaires [1,5]. L'option chirurgicale est à considérer pour les patients ayant ce type de lésion si leur état clinique le permet. La surveillance est une démarche aussi à discuter et est raisonnable si l'option chirurgicale est risquée et surtout si les données de l'imagerie ne semblent pas indiquer un haut risque [1,2,7].

La catégorie 6 « Suspecte de malignité »

Cette catégorie regroupe les prélèvements qui présentent des caractéristiques cytopathologiques suggérant la malignité, mais insuffisantes soit en nombre, soit en qualité pour l'établir avec certitude [1,2]. Elle indique que les résultats cytopathologiques évoquent un diagnostic de malignité, mais restent insuffisants pour porter le diagnostic. Les différents facteurs contribuant à cette catégorie sont une cellularité faible, le type tumoral, les artéfacts de préparation des prélèvements, les modifications cellulaires réactionnelles, par exemple au cours des pancréatites chroniques, lors de la mise en place de stents ou en cas de calculs [1—4]. L'échantillonnage de lésions pré-néoplasiques infracliniques du pancréas telles que la néoplasie intraépithéliale pancréatique de haut grade, la dysplasie de haut grade ou le carcinome in situ peuvent également favoriser la catégorisation du prélèvement en « suspect de malignité ». En fonction du nombre de critères cytomorphologiques de malignité, le prélèvement sera classé dans la catégorie « atypique », « suspecte de malignité » ou « maligne » [1]. Si ces caractéristiques sont assez présentes pour suspecter la malignité, mais pas assez présentes pour l'affirmer, le prélèvement est mis dans cette catégorie. Des tests complémentaires de biologie moléculaire doivent être évalués et peuvent être décisifs pour un diagnostic précis. Les patients dont le prélèvement est mis dans cette catégorie ne doivent pas être pris en charge de la même manière qu'en cas de prélèvement « malin » et les résultats doivent être corrélés aux données cliniques et radiologiques pour la suite de la prise en charge.

La catégorie 7 « Positive ou maligne »

Cette catégorie regroupe les prélèvements qui présentent des caractéristiques cytopathologiques indiscutables de malignité [1,2]. Cette catégorie inclut l'ensemble des tumeurs malignes primitives et secondaires. Le carcinome canalaire du pancréas et ses variantes morphologiques ainsi que le cholangiocarcinome sont les tumeurs malignes primitives les plus fréquentes, auxquelles s'ajoutent le carcinome pancréatique à cellules acineuses, le pancréatoblastome, les carcinomes neuroendocrines à petites cellules ou à grandes cellules, les lymphomes primitifs ou secondaires et les sarcomes. La principale mise à jour par rapport à l'ancienne terminologie est l'inclusion dans cette catégorie des tumeurs neuroendocrines de tous grades, de la tumeur pseudo-papillaire et solide du pancréas et des tumeurs stromales extra-gastro-intestinales ; ainsi, la terminologie de l'OMS s'accorde parfaitement avec la classification OMS 2019 des tumeurs digestives [1—5]. La prise en charge de ces patients consistera le plus souvent en un traitement chirurgical si la tumeur est résécable, ou en un traitement néoadjuvant afin de rendre l'intervention chirurgicale possible en cas de tumeur initialement non accessible à une chirurgie. Exception faite des tumeurs neuroendocrines de moins de 2 cm avec un Ki67 < 3 % dont la prise en charge reste controversée. Certains experts proposent une simple surveillance [1,5].

Eléments nécessaires du compte-rendu standardisé

Identifiant patient :
- nom de famille (nom de naissance ou d'adoption) et nom d'usage (nom d'épouse) ;
- prénom ;
- date de naissance ;
- sexe ;
- Identifiant National de Santé (INS) et Identifiant Permanent du Patient (IPP) ;
- code postal de résidence.

Identifiant médecin demandeur :
- nom du préleveur ;
- nom de l'établissement autorisé où a été effectué le prélèvement et N° FINESS ;
- date de prélèvement.

Identifiant médecin pathologiste :
- n° de compte rendu ;
- nom de la structure d'anatomie et de cytologie pathologiques et N° FINESS ;
- signataire du compte rendu ;
- date de signature du compte rendu.

Type de prélèvement (sous la responsabilité du préleveur) :
- voie d'abord (trans-bulbaire, trans-gastrique, transpariétale) ;
- cytoponction pancréatique à l'aiguille fine, type d'aiguille utilisée ;
- brossage des voies biliaires.

Informations cliniques et de l'imagerie (sous la responsabilité du préleveur) :
- site anatomique (organe et/ou région et localisation de la lésion au niveau de l'organe) ;
- taille de la lésion ;
- données de l'imagerie (échographie, TDM, IRM...) ;
- caractéristiques.

Caractéristiques macroscopiques :
- volume du liquide, aspect, nombre de lames réalisées, colorations et techniques complémentaires éventuelles (cytobloc, immunohistochimie, biologie moléculaire).

Éléments diagnostiques :
- description microscopique ;
- éventuels examens complémentaires réalisés.

Conclusion :
- catégorie diagnostique selon la dernière terminologie du système de l'OMS (2023) ;
- diagnostic précis ou propositions diagnostiques ;
- commentaire(s).

Conclusion

La nouvelle terminologie OMS en cytopathologie biliopancréatique comporte 7 catégories diagnostiques au lieu de 6. Elle permet la reclassification de certaines tumeurs par rapport à l'ancienne terminologie. Contrairement à cette dernière, chaque catégorie est désormais associée à un ROM. Enfin, cette nouvelle terminologie s'aligne parfaitement avec la 5e édition de la classification OMS des tumeurs digestives, facilitant ainsi la communication, les démarches diagnostiques et thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Pitman MB, Centeno BA, Reid MD, Siddiqui MT, Layfield LJ, Perez-Machado M, et al. The World Health Organization reporting system for pancreaticobiliary cytopathology. Acta Cytologica 2023;67:304—20.
[2] International Academy of Cytology, International Agency for Research on Cancer, World Health Organisation Joint Editorial Board. WHO Reporting System for Pancreaticobiliary Cytopathology. 1^{sh} Edition. France: Lyon; 2022.
[3] Field AS, Pitman M, Cree IA, Canberk S, Mahrotra R, Schmitt F. The rationale for the development and publication of the World Health Organization reporting systems for cytopathology and a brief overview of the first editions of the lung and pancreaticobiliary systems. Cancer Cytopathol 2023;131:751—61.
[4] Pitman MB, Centeno BA, Reid MD, Saeig M, Siddiqui MT, Layfield LJ, et al. A brief review of the WHO reporting system for pancreaticobiliary cytopathology. J Am Soc Cytopathol 2023;12:243e250.
[5] Centeno BA, Saieg M, Siddiqui MT, Perez-Machado M, Layfield LJ, Weynand B, et al. The World Health Organization reporting system for pancreaticobiliary cytopathology: overview and summary. Cancer Cytopathol 2024;132:396—418.
[6] Hoda RS, Arpin RN, Rosenbaum MW, Pitman MB. Risk of malignancy associated with diagnostic categories of the proposed world health organization international system for reporting pancreaticobiliary cytopathology. Cancer Cytopathology 2022, http://dx.doi.org/10.1002/cncy.22514.
[7] Pitman MB. The World Health Organization reporting system for pancreaticobiliary cytopathology, review and comparison to the papanicolaou society of cytopathology system. Arch Pathol Lab Med 2024, http://dx.doi.org/10.5858/arpa.2023-0411-RA.