

LE CANCER DU PANCREAS

Facteurs de risque

■ Endogènes :

- Le diabète sucré
- La pancréatite chronique

■ Exogènes :

- Tabagisme
- Alcool
- Alimentation

Morphopathologie

- La plupart sont des adénocarcinomes
- Macroscopique - 70% - tête du pancréas
 - 25% - corps du pancréas
 - 5% - queue du pancréas
- Microscopique : - structures canalaire ayant divers degrés de différenciation : forts, modérés, faibles
 - caractéristique : importante réaction desmoplasique (formation de tissu conjonctif intra-, péri-tumoral et au niveau des métastases)

Classification TNM

T₁ tumeur limitée au pancréas

■ T_{1a} < 2 cm

■ T_{1b} > 2 cm

T₂ extension aux organes voisins

■ T_{2a} – rétropéritoine

■ T_{2b} – duodénum, voies biliaires

T₃ extension directe à l'estomac, à la rate, au côlon, aux grands vaisseaux

N₀ sans métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux

N₁ métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux

M₀ il n'y a pas de métastases à distance

M₁ métastases à distance

Stades

Stade I ($T_{1-2}N_0M_0$)

- ▣ Tumeur limitée au pancréas , sans extension aux organes voisins
- ▣ Sans métastases ganglionnaire ou à distance

Stade II ($T_3N_0M_0$)

- ▣ Extension aux organes voisins
- ▣ Sans métastases ganglionnaires ou à distance

Stade III ($T_{1-3}N_1M_0$)

- ▣ Métastases ggl

Stade IV ($T_{1-3}N_{1-2}M_1$)

- ▣ Métastases à distance

Tableau clinique

LA DOULEUR

- Apparaît dans les stades précoces, mais elle est ignorée et par le médecin, et par le patient
- Précède en moyenne de 3 mois l'ictère
- Présente deux composantes:
 - Viscérale péritonéale** : quasi continue, localisation diffuse, exacerbée en décubitus dorsal, nécessite des positions antalgiques
 - Somatique**: siège bien précisé , en fonction de l'emplacement de la tumeur: céphalique en HD, corporeale en épigastre, et caudale en HS ,de grande intensité, sous forme de crises
- **pathogénèse** : envahissement périneural , élévation de la pression intracanalairé ou compression exercée par la masse tumorale

Tableau clinique

L'ICTERE: symptôme de début dans la plupart des cas, accompagné de prurit

- Par compression CBP
- Signe de Courvoisier-Terrier
- En localisation corporeo-caudal (le corps et la queue du pancréas) apparaît dans < 10% des cas, par des métastases ou des adénopathies dans le hile hépatique)

PERTE DE POIDS

Amaigrissement accentué, par : réduction de l'apport calorique, maldigestion (déficit enzymatique) , cachexie tumorale

DIABETE SUCRE

- non-insulino-dépendant , produit surtout par insulino-résistance
- dg. fréquent avec la tumeur
- Sans manifestations cliniques majeures

Tableau clinique

HEMORRAGIES DIGESTIVES

- ❑ Envahissement tumoral de l'estomac, du duodénum ou du côlon
- ❑ HTP globale (envahissement de la veine porte) ou segmentaire (envahissement de la veine splénique)

AUTRES MANIFESTATIONS

Thrombophlébite migrante (signe de Trousseau) en localisation caudale

- ❑ Troubles psychiques (dépression)
- ❑ Nausée, vomissements, anorexie, troubles intestinaux

Tableau clinique

EXAMEN OBJECTIF

- Tumeur rarement palpable
- Ascite carcinomateuse ou HTP)

Localisation céphalique

- Ictère er obstructif, douleur, hépatomégalie, signe de C-T

Localisation corporeale

- Douleur solaire, HTP segmentaire ,amaigrissement, +/- DS

Localisation caudale

- Douleur en HG, DS, constipation

Explorations labo

BIOCHIMIQUES ET FONCTIONNELS

Généralement **non spécifiques** pour le diagnostic

- sdr. inflammatoire, sdr. anémique
- Élévation glycémie,, BT, BD, enzyme cholestatique
- **Marqueurs tumoraux**
 - CEA, CA 19-9, CA 125, Span-1
 - CA 19-9 (valeurs > 90 UI/ml est hautement suggestive, > 200 est diagnostiquée et > 300 UI/ml sont un facteur de non résécabilité de la tumeur
 - Très utile pour le suivi post-opératoire ou chimiothérapie (arrêt ou poursuite de la thérapie)

Explorations imagerie

EXAMEN RADIOLOGIQUE

- Disparition /réduction du nombre de certaines calcifications pancréatiques préexistantes : peuvent suggérer un adénocarcinome
- Peut mettre en évidence des métastases pulmonaires ou osseuses

ULTRASONOGRAPHIE (Se 76%, Sp 91%)

- Tumeurs avec dimensions, $> 1,5 - 2$ cm, hypoéchogènes, inhomogènes
- Dilatation du canal de Wirsung et VBP (“signe du double canal “)
- Métastases hépatiques , envahissement vasculaire, collection liquidienne d’ascite

SCANNERS: (Se 95%, Sp 97%)

- L’exploration la plus utilisée pour diagnostiquer et préciser le stade de la tumeur
- En 90% des cas on apprécie correctement la résecabilité , et en 96% l’envahissement vasculaire

Explorations imagerie

RMN

- Résultats semblables en CT
- Semble supérieure pour apprécier la résécabilité

ECHOENDOSCOPIE (Se 99%, Sp 100%)

- Actuellement le gold standard dans le diagnostic, surtout en cas de petites tumeurs < 1 cm
- Résultats supérieurs aux US, CT si RMN
- Permet d'effectuer la biopsie
- À présent, on utilise l'identification des tumeurs en-dessous du seuil de détection par rapport à d'autres méthodes

CHOLANGIOGRAPHIE TRANSHEPATIQUE

- Rarement, lorsqu'on ne peut pas cathétériser l'ampoule de Vater

Explorations imagerie

CPRE (Se, Sp 90-100%)

- Méthode invasive
- Aspect radiologique de la sténose canalaire
- Permet de récolter du suc pancréatique pour cytologie, d'effectuer des biopsies ou des manoeuvres thérapeutiques (pose de stent de la voie biliaire pour drainage , dans les localisations céphaliques)
- Permet de différencier la pancréatite chronique (modifications canalaire diffuses) du cancer pancréatique (sténose unique , irrégulière, arrêt brusque du canal de Wirsung, déplacement du canal)

Exploration autres

LAPAROSCOPIE

- Pour déceler les micrométastases péritonéales
- À présent on associe la laparoscopie et l'échographie intra-opératoire
- On combine Se et Sp 90-100% pour établir le stade du néoplasme

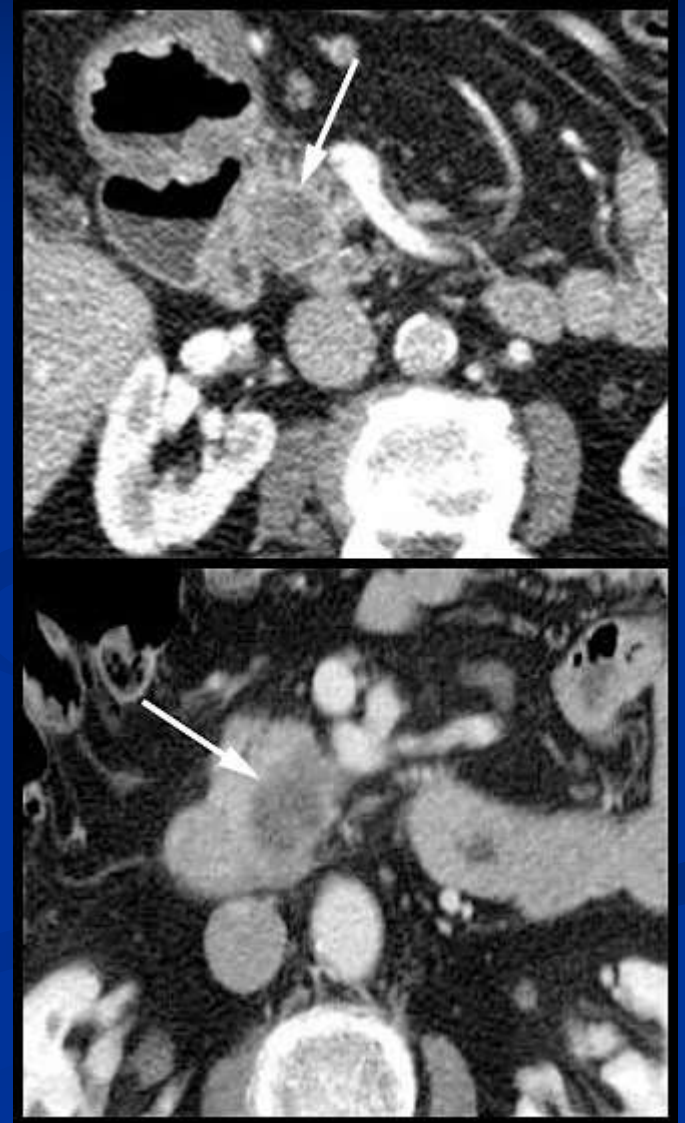
TOMOGRAPHIE A EMISSION POSITRONIQUE (TEP)

Pour dg. différentiel avec la pancréatite chronique

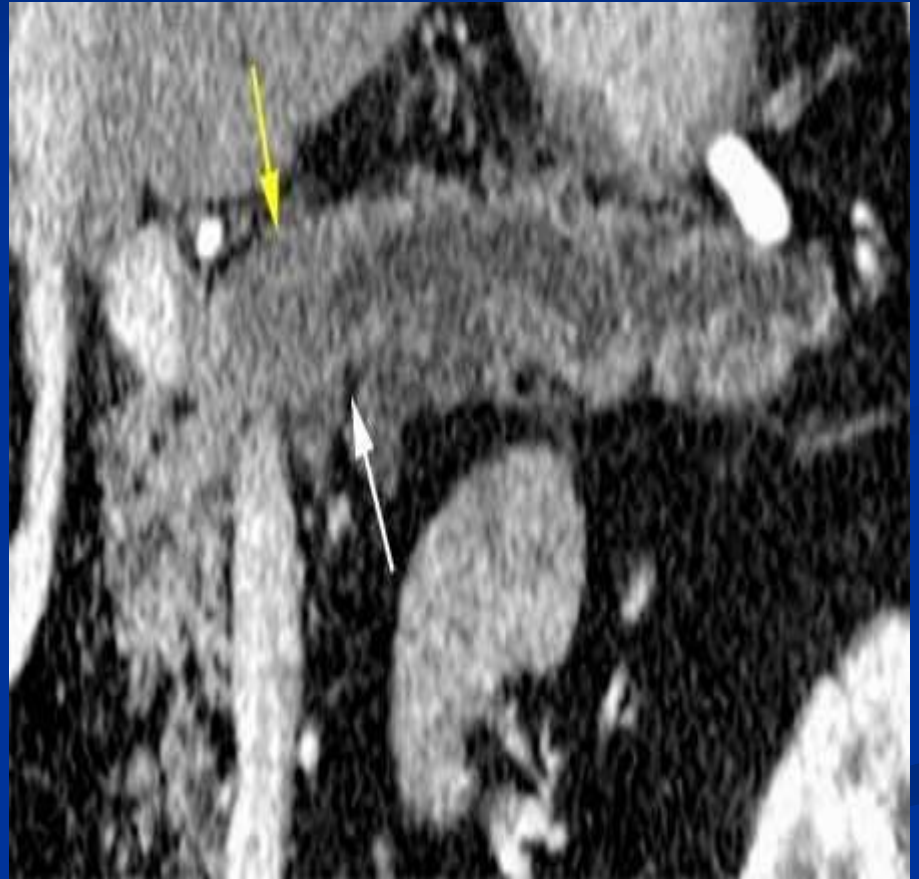
EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

- Est réalisé par cytologie ou ponction à aiguille fine
- Guidage US, CT, CPRE, à présent EUS
- Complications possibles: pancréatite aiguë, péritonite ou fistule pancréatique

■ CT – adénocarcinome
pancréatique



- CT avec substance de contraste
- Adénocarcinome pancréatique



Evolution . Complications.

- Ictère obstructif (compression cholédoque)
insuffisance vidange gastrique (envahissement D3 et D4)
- HDS (envahissement direct ou varices oesogastriques par HTP globale sau segmentaire)

Diagnostic différentiel

- pancréatite chronique (surtout la forme pseudo-tumorale céphalique)
- kystadénocarcinome (curable 50%)
- lymphome pancréatique (bonne réponse à la chimio- et radiothérapie)

Pronostic

- Le taux de résécabilité est de maximum 0-20%
- Au moment du diag. la tumeur a déjà parcouru $\frac{3}{4}$ de son cycle évolutif
- La plupart sont surpris au stades tardifs
- Facteurs de pronostic réservés:
 - Envahissement capsulaire
 - Metastases ganglionnaires
 - Extension rétropéritonéale
 - Envahissement vasculaire
 - Tumeur de plus de 3 cm
- Possibilités d'optimisation : diagnostiquer les cancers petits et précoces + conduite chirurgicale agressive

Traitement chirurgical radical

- En bénéficient 10-20% des patients
- Survie 5% à 5 ans
- En fonction de la localisation et de l'extension:
 - duodéno-pancréatectomie céphalique (tête)
 - résection pancréatique gauche (queue, corps)
 - pancréatectomie totale (+ duodénum, rate, estomac distal, épiploon) s'associe avec une exérèse ganglionnaire large

À présent on préfère conserver le pylore afin d'assurer une meilleure fonctionnalité du montage en post-opératoire

- Toutes ces opérations ont un taux de morbidité et de mortalités relativement élevées
- On les pratique dans des centres spécialisés

Traitement chirurgical palliatif

- La plupart des patients
- Pour résoudre les complications tumorales :
 - obstruction biliaire
 - obstruction duodénale
 - syndrome douloureux
- Interventions classiques ou laparoscopiques
- On peut effectuer aussi la résection palliative de la tumeur, si la situation le permet, à laquelle on associe le traitement oncologique

Traitement chirurgical palliatif

- se réalise en vue de résoudre certaines complications tumorales
- **Méthodes endoscopiques**
 - Pose de stents biliaires pour le drainage
 - Pose de stents duodénaux en cas d'envahissement de ce niveau (endoprothèses métalliques auto-extensibles)
- **Méthodes fondées sur l'imagerie**
 - Drainage biliaire externe sous contrôle US ou CT
 - Alcoolisation des plexus nerveux (alcool 70%)
- **Laparatomie simple**
 - Dans des cas non résécables , pour certifier l'extension tumorale la méthode laparoscopique est préférable
 - permet l'affirmation d'un diag. douteux et certifie un éventuel traitement oncologique

Traitement adjuvant

CHIMIOThERAPIE

- Gemcitabine
- 5FU
- En association avec le traitement chirurgical prolonge la survie

RADIOThERAPIE

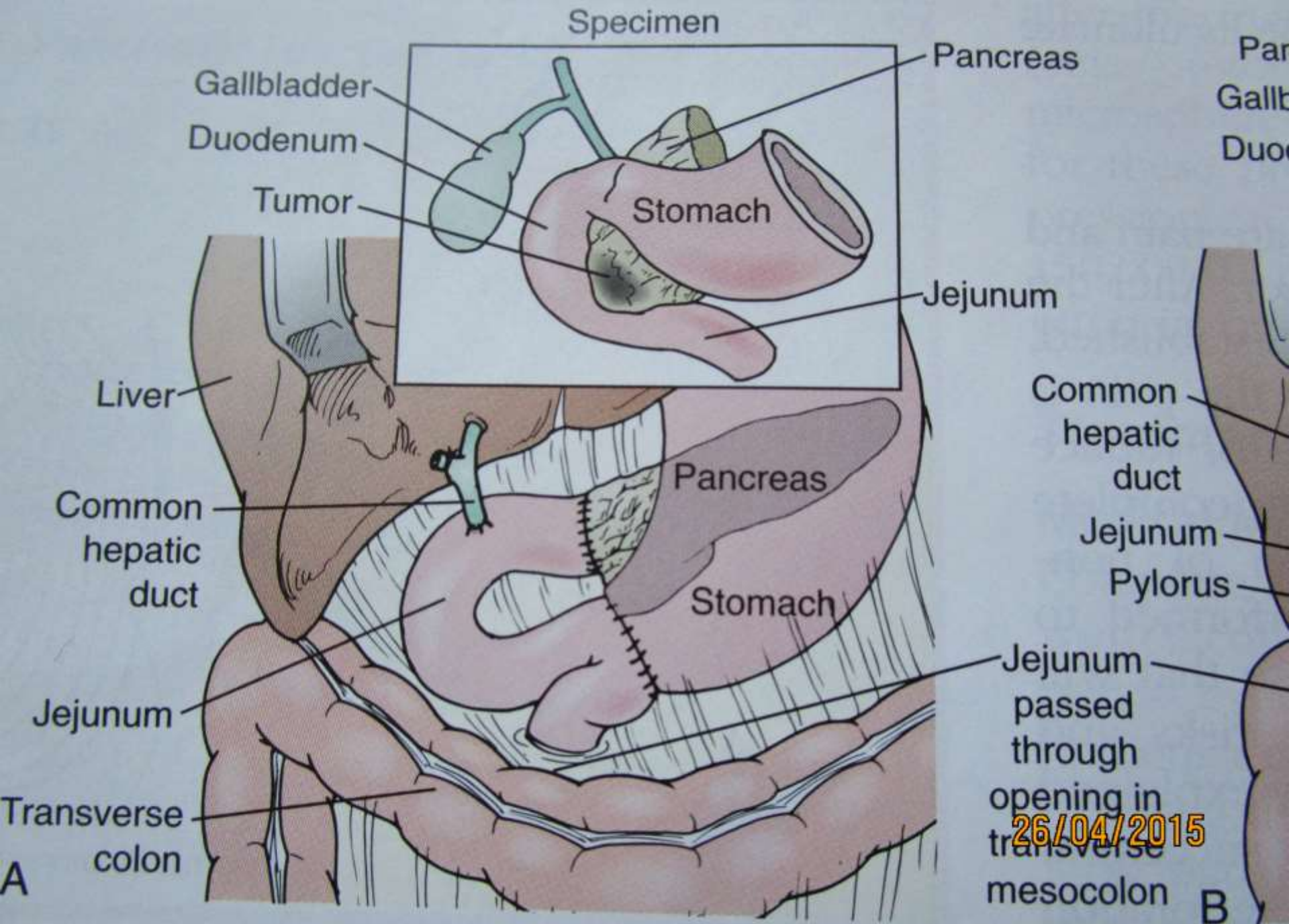
- Est utilisée comme thérapie adjuvante

TRAITEMENT HORMONAL

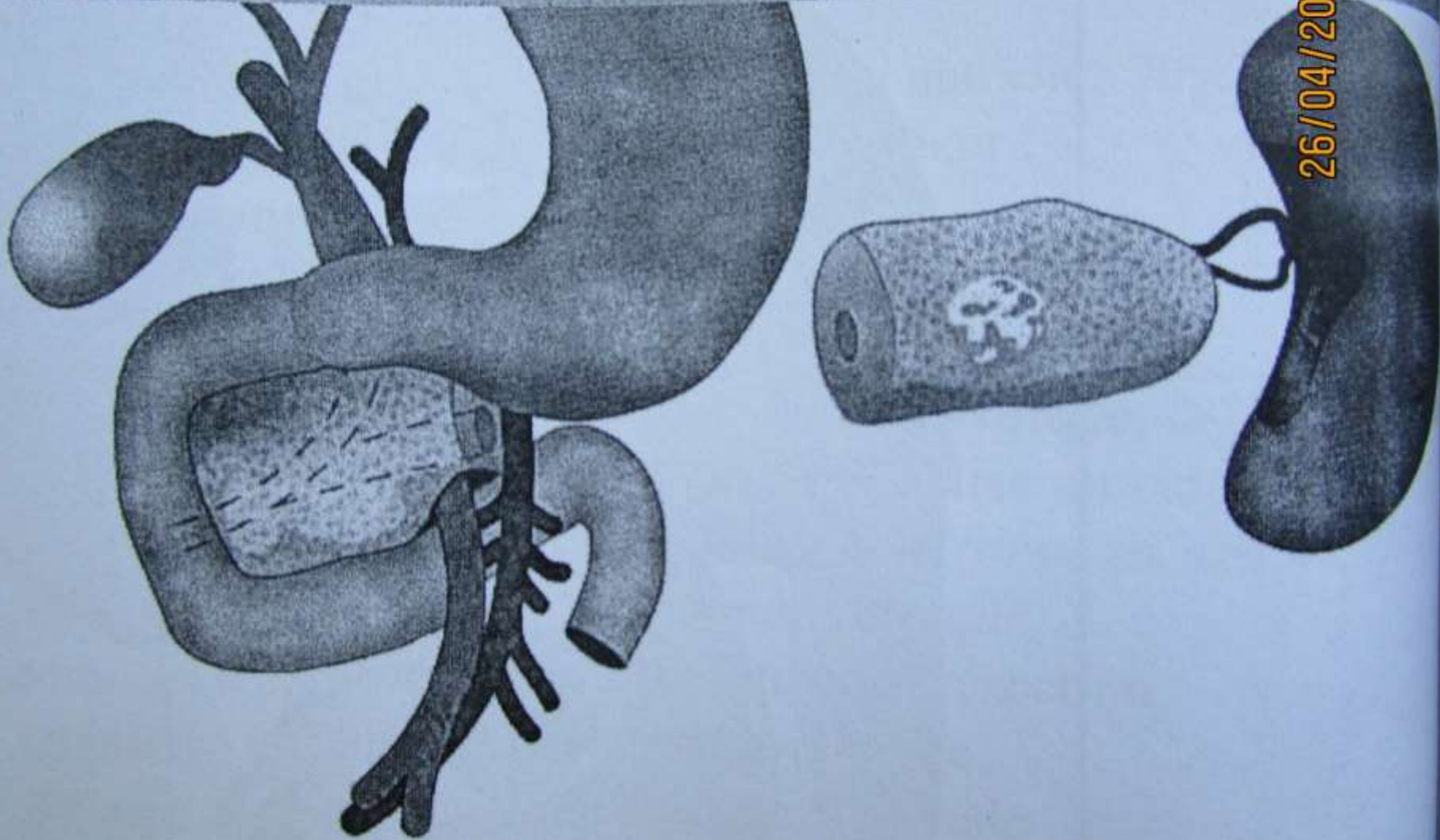
- Inhibiteurs des facteurs de croissance, bloquants récepteurs d'oestrogènes (Tamoxifène : en cours d'évaluation)

TRAITEMENT IMMUNOLOGIQUE et GENETIQUE

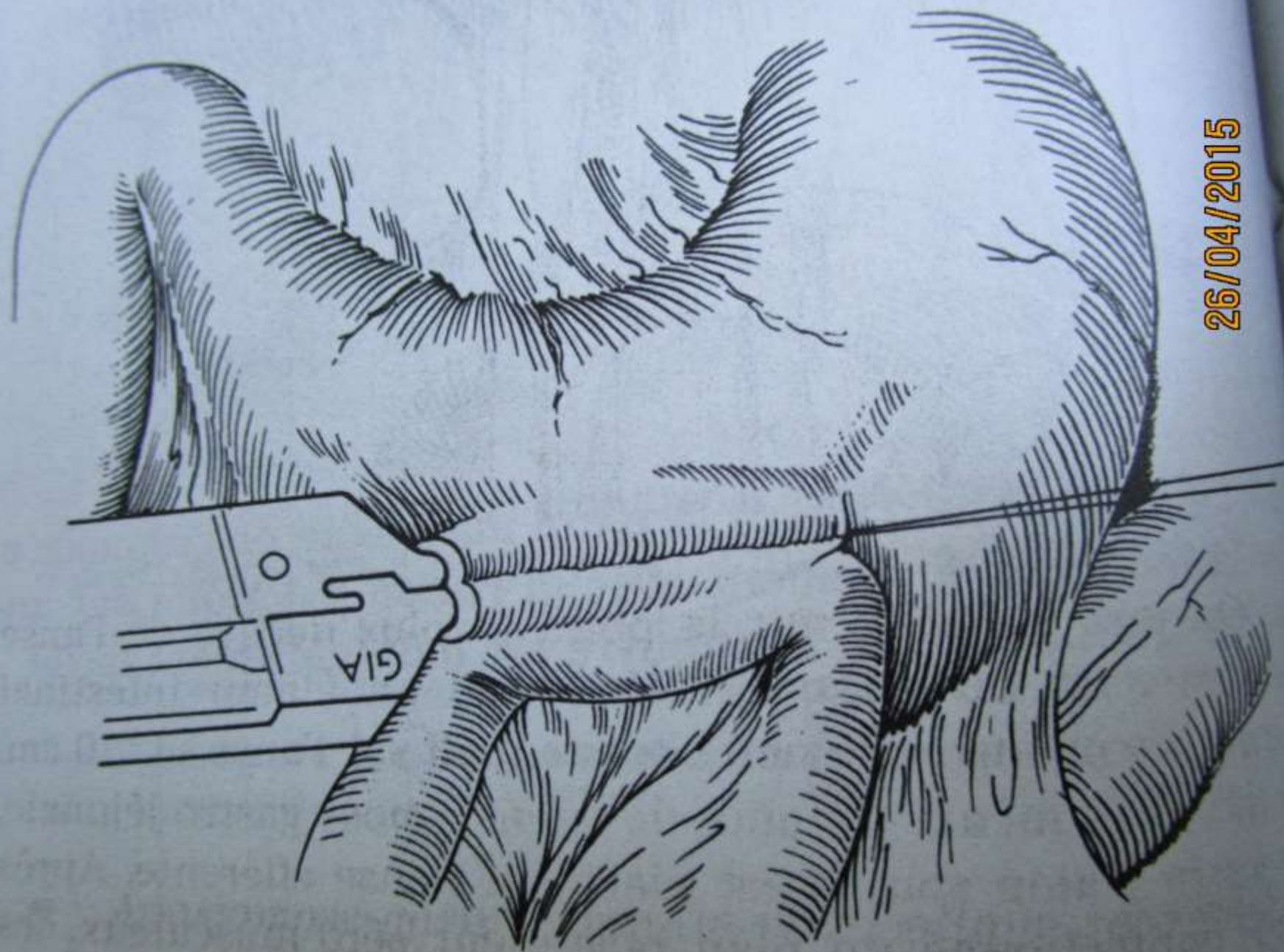
- en cours d'évaluation (anticorps monoclonaux, immunothérapie adoptive, transfert de gènes de suppression tumorale, etc.)



Spléno-pancréatectomie gauche pour tumeur de la queue du pancréas.



26/04/2015



4 Lorsque l'anastomose est faite à l'aide d'un stapleur GIA on fixe