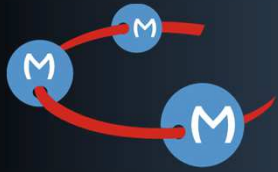


Tumeurs du pancréas

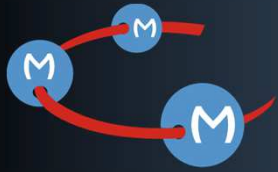
Item 155

Diagnostiquer une tumeur du pancréas



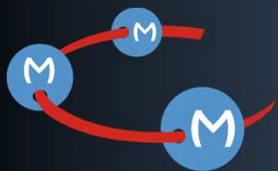
Incidence et prévalence

- Bénignes ou malignes
- Solides ou kystiques
- Tissu endocrine ou exocrine
- Adénocarcinome pancréatique
 - 60 à 70 ans
 - Sex ratio 1
 - 90 % tumeurs solides pancréatiques (plus rarement tumeur endocrine ou métastase)
 - Incidence : 5000 cas/an, 5^{ème} cause décès par Kc digestif
 - Médiane de survie : 8-24 mois

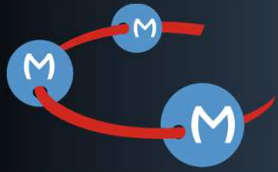


Incidence et prévalence

- Tumeur endocrine
 - 2^{ème} cause tumeur solide du pancréas
 - Incidence : 4 cas/million
 - Probabilité malignité ↑ avec taille > 2-3 cms
 - Symptômes liés à l'hypersécrétion hormonale (insuline ou gastrine)
- Tumeurs kystiques
 - Découverte fortuite
 - Fréquente : 1/1000 échographies digestives
 - Cystadénome séreux : bénin
 - Contingent mucineux : potentiel de dégénérescence
 - Cystadénome mucineux : pas de communication avec le système canalaire pancréatique
 - Tumeur intracanalair papillaire mucineuse pancréatique (TIPMP) : en continuité avec branches secondaires du canal de Wirsung ou dans la paroi du canal pancréatique

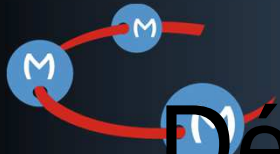


ADÉNOCARCINOME PANCRÉATIQUE



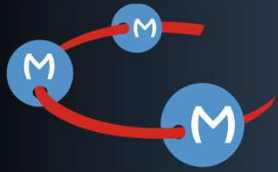
Facteurs de risques

- Exogène
 - Tabac
 - Effet synergique avec Pancréatite chronique héréditaire, Cancer pancréatique familial
- Endogène
 - Diabète
 - Pancréatite chronique alcoolique
 - Pancréatite chronique héréditaire (risque cumulée 40 % à 50 ans)
 - TIPMP, cystadénome mucineux
 - Formes héréditaires de cancer du pancréas
 - ATCD familiaux de cancer du pancréas (x9-32)



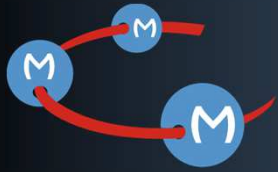
Dépistage et traitement préventif

- Pas de dépistage au niveau de la population générale
- Pas de groupe à risque en dehors
 - Pancréatite chronique héréditaire
 - TIPMP
 - Formes héréditaires de cancer du pancréas
- Modalités de dépistage
 - CA19-9 : 0 intérêt
 - Imagerie : IRM ? Echoendoscopie ?
- Pas de traitement préventif connu



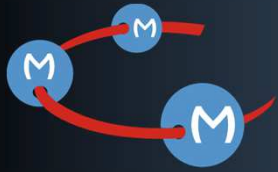
Diagnostic positif

- Clinique (Tumeur de la tête du pancréas)
 - Ictère nu, progressif, sans fièvre, prurit (lésions de grattage), grosse vésicule tendu
 - Douleur « solaire », transfixiante, insomniente, opiacés
 - Absente au début, sa présence traduit un envahissement local important
 - Altération de l'état général : amaigrissement massif et rapide (dizaine de kilos en 2-3 mois)



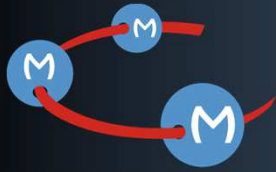
Diagnostic positif

- Autres formes cliniques
 - Angiocholite : douleur, fièvre, ictère
 - Douleur dorsale rhumatologique
 - Pancréatite aiguë
 - Diabète chez l'homme > 40 ans
 - Thrombophlébite
 - Dépression
 - Kc queue du pancréas : Douleur traduisant l'envahissement de la région coeliaque
 - Métastases hépatiques



Diagnostic positif

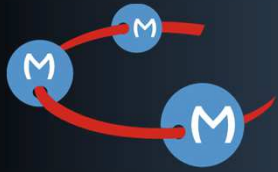
- Biologie
 - Lipasémie, amylasémie : Aucun intérêt
 - CA19-9 : ni sensible, ni spécifique (↑cholestase)
 - GGT, phosphatases alcalines
 - Glycémie



Diagnostic positif

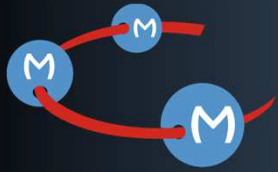
- Imagerie

- Echographie abdomen (1^{ère} intention)
- Scanner avec injection de produit de contraste (Examen de référence + bilan d'extension)
 - Masse hypodense, mal limitée
 - Dilatation des VBIH et VBEH et du canal pancréatique en amont
 - Envahissement vasculaire artériel (tronc coeliaque, artère mésentérique >, artère hépatique), veineux, ganglionnaire
 - Métastases hépatiques
- Echoendoscopie
 - Image < 2 cms
 - Biopsies



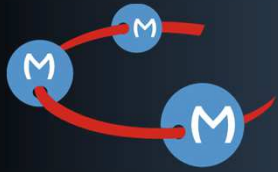
Diagnostic positif

- Biopsies
 - Sous contrôle par imagerie
 - Indispensable pour toutes les tumeurs non résécables
 - Site primitif ou les métastases hépatiques
 - A répéter si négativité initiale

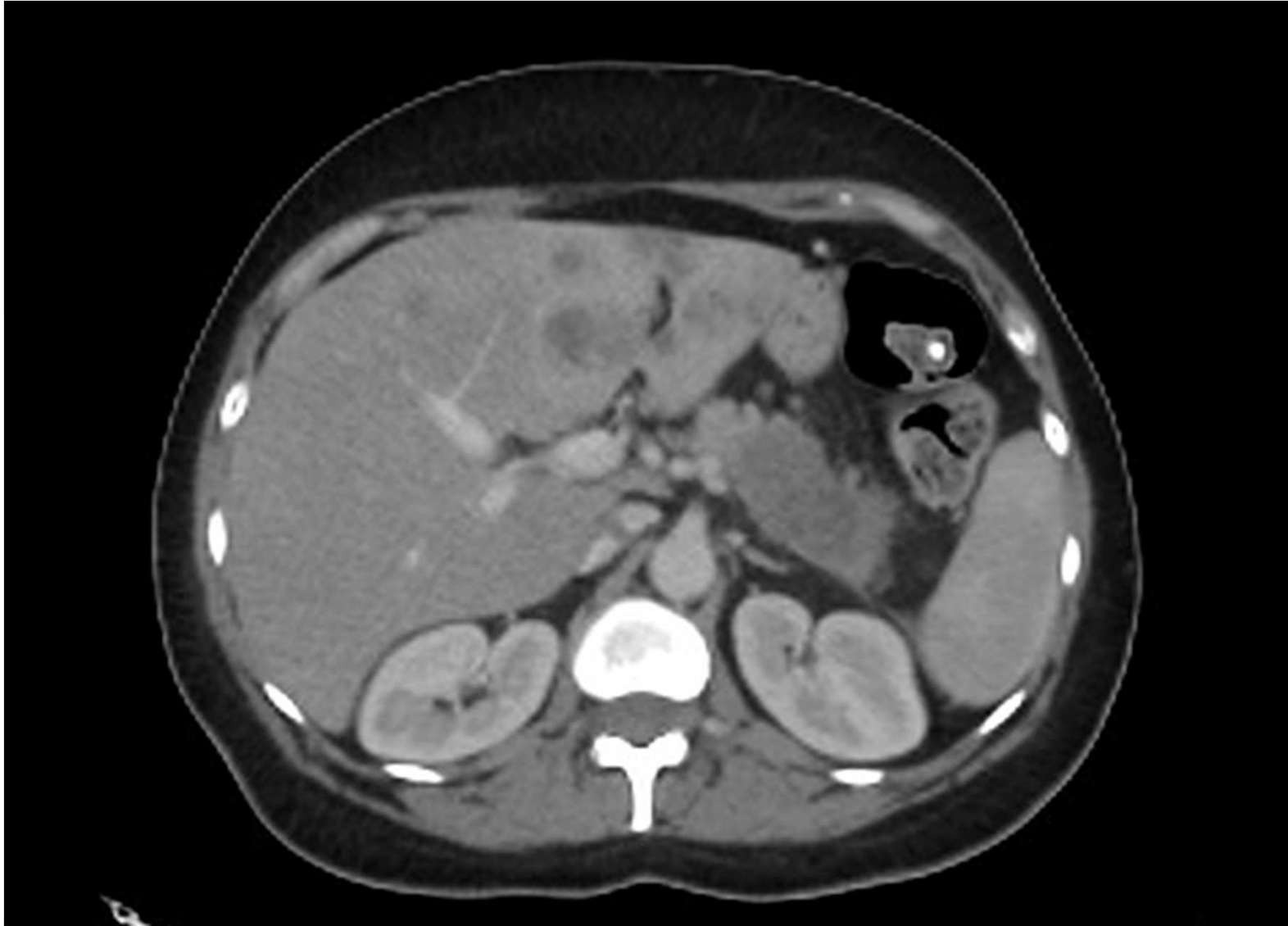


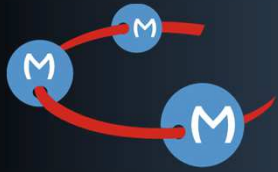
Bilan d'extension

- Evaluer
 - Résécabilité de la tumeur (20 %)
 - Scanner avec injection du produit de contraste (envahissement vasculaire + métastases)
 - Echoendoscopie (si doute sur une extension vasculaire ou ganglionnaire)
 - Opérabilité du patient
 - Age physiologique
 - Comorbidité
- Carcinose péritonéale (indétectable en préopératoire, 10 %)



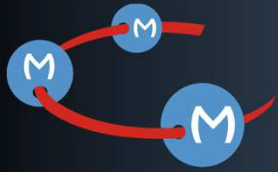
Tumeurs + Métastases





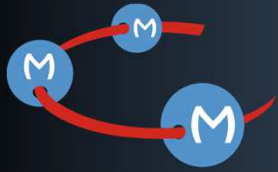
Pronostic

- < 5 % survie à 5 ans
- Résection R0 (sans reliquat tumoral microscopique) : 10-30 % survie à 5 ans
- En l'absence de résection chirurgicale : médiane de survie à 12 mois



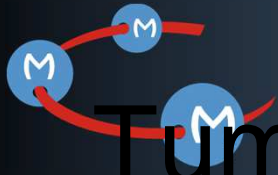
Principes thérapeutiques

- Traitement curatif : chirurgie
 - Tumeur de la tête du pancréas :
duodéno pancréatectomie céphalique
 - Tumeur du pancréas G :
spléno pancréatectomie G
 - Traitements associés
 - Chimiothérapie adjuvante
 - Radiochimiothérapie néoadjuvante



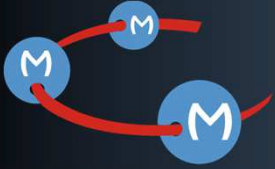
Principes thérapeutiques

- Traitements palliatifs (80 %)
 - Chimiothérapie (réponse tumorale : survie médiane 18 mois)
 - Obstacle biliaire : prothèse biliaire
 - Obstacle duodénale : prothèse duodénale
 - Traitements chirurgicaux palliatifs de dérivation ↓
 - Antalgiques de pallier 1 à 3
 - Prise en charge de la dénutrition
 - Prise en charge psychologique



Tumeurs endocrines pancréatiques

- 5 à 10 % des tumeurs pancréatiques
- Insulinomes, gastrinomes (syndrome de Zollinger Ellison), Vipomes, glucagonomes, somatostatинomes
- Syndrome de masse (50 % non sécrétants), ou découverte fortuite
- Néoplasie endocrinienne multiple de type 1 : bilan génétique, affection autosomique dominante
- Chromogranine A, hormones
- Scanner, échoendoscopie, Scintigraphie à l'octréotide au Tc99 (récepteur à la somatostatine)



TIPMP

- Tumeurs kystiques dues à une métaplasie mucineuse de l'épithélium canalaire pancréatique
- Crises de pancréatite
- Potentiel de dégénérescence (5-50 %)
- Scanner, échoendoscopie, IRM bilio-pancréatique
- Surveillance ou résection en fonction de l'étendue de l'atteinte canalaire ou signes de dégénérescence