

TUMEURS DU PANCREAS

item 155 : Diagnostiquer une tumeur du pancréas

Bénignes ou malignes, 2 formes : solide (tissulaire) ou kystique (cavité liq.)

I/ ADENOCARCINOME PANCREATIQUE

K le plus répandu, 90% = tumeurs solides pancréatiques Pers. âgées **60-70 ans**

Incidence : 5000 cas/an

5ème cause de Dc par K digestif

sex ratio=1 : Hommes = Femmes

Médiane de survie : 8-24 mois = 50% des gens encore en vie entre 8 et 24mois

Possibilité d'une **remise en cause du diagnostique** si le patient n'est pas mort au bout de 1 an.

1) FdR

Exogène

Tabac

Effet synergique avec pancréatite chronique héréditaire et K pancréatique familial

Endogène

Diabète
Pancréatique chronique alcoolique
TIPMP ou cystadénome mucineux
Pancréatique chronique héréditaire
ATCD familiaux
Formes héréditaire K pancréas

2) Dépistage et TTT préventif

Pas de dépistage au niveau de la pop. générale

Pas de groupe à risque excepté : Pancréatite chronique héréditaire, TIPMP et formes héréditaire K du pancréas → surveillance

Modalités de dépistage :

- pas de marqueur biologique, CA19-9 pas d'intérêt (ni Sp ni Se) → impossible à utiliser
- Imagerie : IRM, échoendoscopie impossibles à utiliser chez toute la pop

Pas de TTT préventif connu

3) Diagnostique positif

Clinique

Forme typique : trajet rétro-pancréatique de la voie biliaire principale

- **Ictère nu, progressif, purit** (lésions de grattage), grosse vésicule tendue
- Douleur « solaire », **coup de poignard**, intense, **transfixiante**, insomniente
→ recours direct aux **opiacés** ou **anesthésie de la moëlle**
→ Abs au début, sa présence = *envahissement local important* (ggl)
- AEG : **amaigrissement massif et rapide** (-10kg en 2-3mois)

Autres formes :

- Angiocholite : triade de Charcot (on tombe sur le K après recherche de calcul)
- Douleur dorsale rhumatologique persistance (imagerie du pancréas)
- Pancréatite aiguë : K obstrue canal de Wirsung
- Diabète chez l'homme > 40ans
- Thrombophlébite
- Dépression inexplicée → recherche d'un K
- K queue du pancréas : douleur due à l'envahissement de la région coeliaque
- Métastases hépatiques

Biologie

Pas vraiment d'intérêt diagnostique (tout se joue sur l'imagerie)

Lipasémie, amylasémie : aucun intérêt, généralement normales

CA19-9 : ni Se ni Sp ; perturbé par la cholestase

GGT, phosphatases alcalines : élevée

glycémie dans le cas du diabète

Imagerie

Echographie abdomen : 1ère intension

Echoendoscopie : intéressant pour les *petites tumeurs*

- Image < 2 cms
- Biopsies si tumeurs non opérables, si négativité initiale répéter les biopsies qui peuvent déboucher sur un TTT.

TDM + PdC : *exam de référence + bilan d'extension*

- Masse hypodense, mal limitée
- Dilatation des VBIH et VBEH et du canal pancréatique en
- Envahissement vasculaire artériel (tronc coeliaque, artère mésentérique sup, artère hépatique), veineux, ganglionnaire
→ non résécable si atteinte de gros troncs
- Métastases hépatiques

4) Bilan d'extention

Evaluer :

- **Résécabilité** de la tumeur (20%) par scanner avec PdC (recherche d'une extension vasculaire ou ganglionnaire) ou par échocendoscopie (si doute sur l'extension)
- **Opérabilité** du patient : âge physiologique + comorbidité

Toujours refaire son propre diagnostic, remettre en cause, évite les erreurs

Carcinose péritonéale : métastases sous le péritoine (souvent secondaire à un K digestif) indétectable en préopératoire, inaperçus au scanner dans 10% des cas.

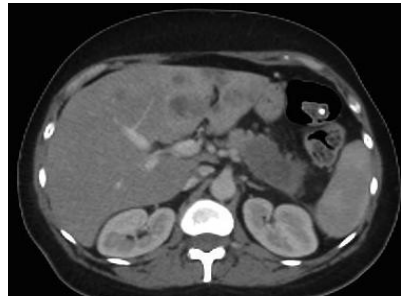
5) Pronostic

< 5% à 5 ans

Résection R0 (sans reliquat tumoral microscopique) : 10-30% survie à 5ans

En absence de résection chirurgicale : médiane de survie à 12 mois

Tumeur + métastases



6) Principes thérapeutiques

TTT curatif : chirurgie

- Tumeur tête du pancréas : duodéno pancréatectomie céphalique (grosse intervention)
- Tumeur du pancréas G : spléno pancréatectomie G
- TTT associés (peu d'effets) : chimiothérapie adjuvante et radiochimiothérapie néo-adjuvante

TTT palliatif (80%)

- Chimiothérapie : réponse tumorale, médiane de survie à 18mois
- Obstacle biliaire : prothèse biliaire
- Obstacle duodénal : prothèse duodénale
- TTT chir palliatif de dérivation (plus trop utilisés)
- Antalgiques de pallier 1 à 3
- Prise en charge de la dénutrition
- Prise en charge psychologique

II/ TUMEURS ENDOCRINES PANCREATIQUES

Incidence : 4cas/1million, 2ème cause tumeur solide du pancréas, 5-10% des tumeurs pancréatiques

Probabilité de malignité augmente avec taille > 2-3cm

Symptômes : liés à l'hypersécrétion hormonale : insulinomes (→ hypoglycémie majeure), gastrinomes (→ ulcères graves multiples, Sd de Zollinger Ellison), Vipomes, glucagonomes, somatostatines

Sd de masse (50% non sécrétants, peu être confondu avec un adénocarcinome) → biopsie indispensable pour le diagnostic et établir la thérapeutique ou **découverte fortuite**

Bilan d'extension génétique : pour détecter une **néoplasie endocrinienne multiple de type 1** (NEM) (affection autosomique dominante)

Marqueurs : chromogranine A, hormones

Imagerie : TDM, échocendoscopie, scintigraphie à l'octrotide au Tc99 (Rc à la somatostatine)

III/ TUMEURS KYSTIQUES

Découvertes fortuite

Incidence : fréquente 1/1000 échographies digestives

2 catégories :

x **cystadénome séreux** : bénin

x **contingent mucineux** : potentiel de dégénérescence, 2 formes :

➤ **cystadénome mucineux** : pas de communication avec le système canalaire pancréatique

➤ **tumeur intracanaulaire papillaire mucineuse pancréatique (TIPMP)** : en continuité avec branches secondaires du canal de Wirsung ou dans la paroi du canal pancréatique

- due à une **métaplasie mucineuse de l'épith canalaire** pancréatique
- crises de pancréatite
- potentiel de dégénérescence : **5-50%**
- TDM, échocendoscopie, IRM bilio-pancréatique pour apprécier les calculs
- **Surveillance** ou **résection** en fonction de l'étendue de l'atteinte canalaire ou signes de dégénérescence