

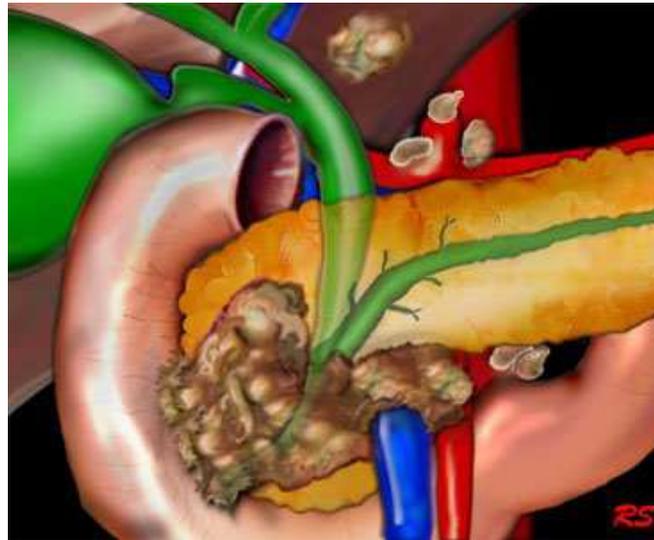
# Tumeur du pancréas

**Walter Thomas**

Praticien Hospitalo-Universitaire

UE 2.9 « processus tumoraux »

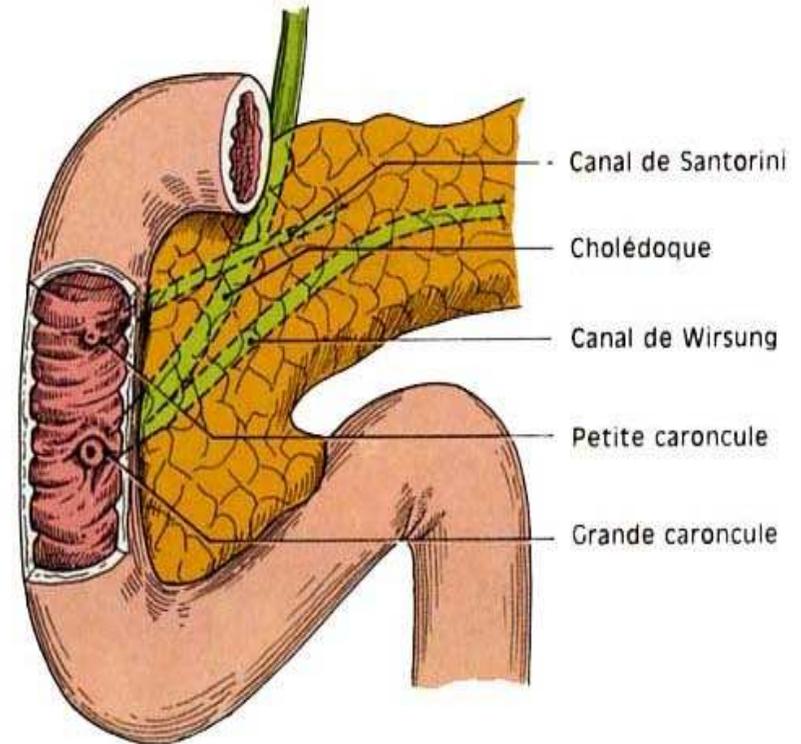
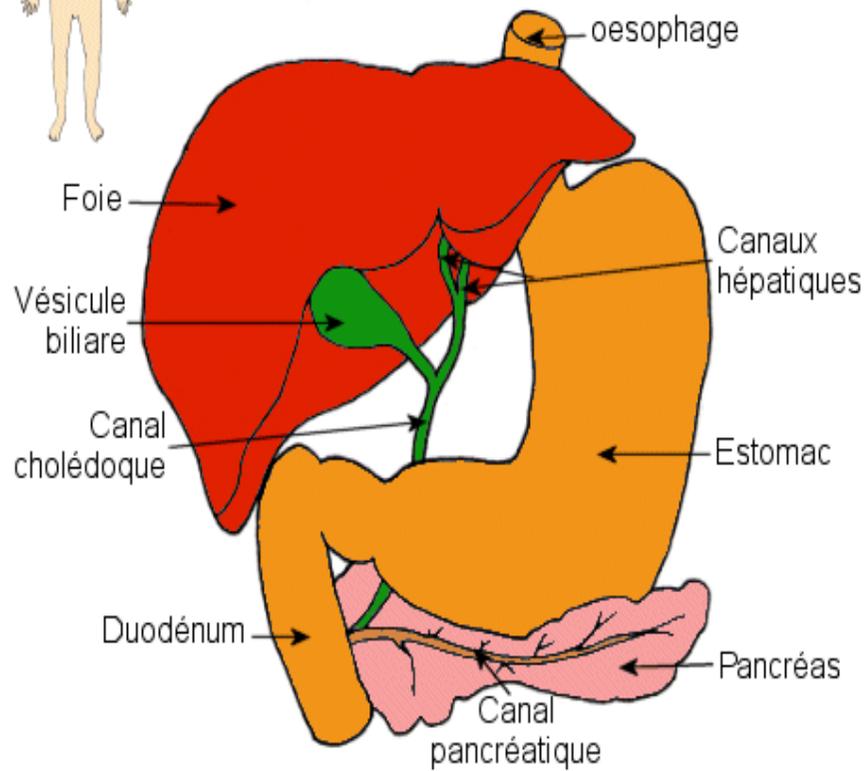
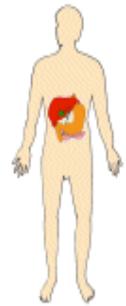
16/09/2014



# PLAN

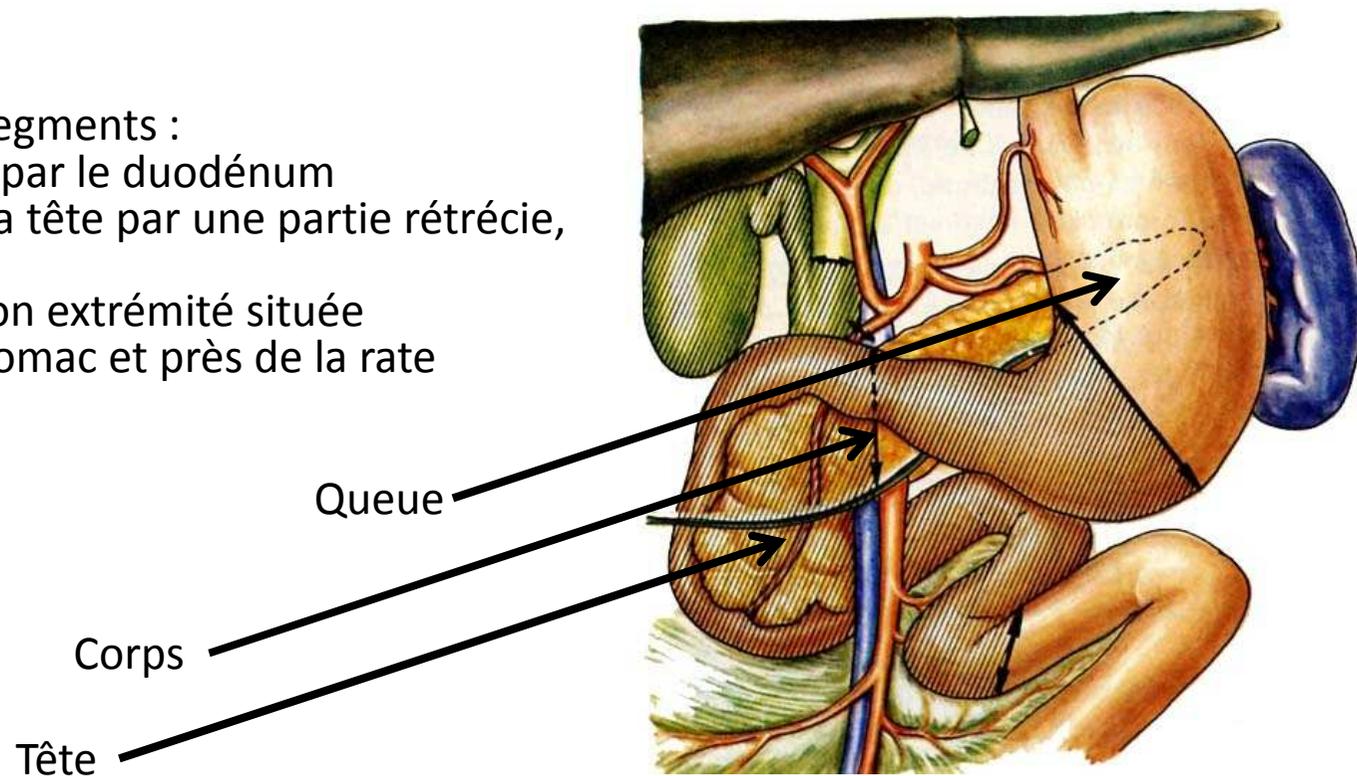
- Généralités : anatomie, physiologie, carcinogenèse
- Epidémiologie ciblée à la pathologie, prévention, dépistage
- Facteurs de risque
- Signes cliniques
- Examens complémentaires (diagnostic et bilans d'extension) :  
biologie, morphologie, histologie
- Pronostic
- Stratégies thérapeutiques : forme localisée, forme métastatique,  
suivi et prise en charge du patient
- Perspectives d'avenir : essais cliniques, nouveaux traitements...
- Synthèse
- Abréviations
- Références, bibliographie, liens utiles

# GENERALITES : anatomie



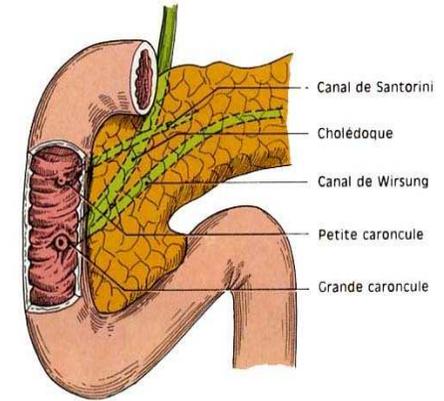
# GENERALITES : anatomie

- Organe allongé de 15 cm de long, très postérieur, niveau de la deuxième vertèbre lombaire
- On distingue trois segments :
  - La **tête** entourée par le duodénum
  - Le **corps**, relié à la tête par une partie rétrécie, l'isthme
  - La **queue**, avec son extrémité située en arrière de l'estomac et près de la rate



Walter - PHU - 08/09/2014

# GENERALITES : anatomie, physiologie, carcinogénèse



Fonction du pancréas : **glande mixte**

- **sécrétion exocrine** : suc pancréatique déversé dans l'intestin par le canal de Wirsung, permettant la digestion des protéines, glucides, et graisses
- **sécrétion endocrine** : insuline, glucagon

Le cancer du pancréas se développe à partir de ces deux types cellulaires :

- **95% sont des adénocarcinomes** exocrines canaux (sujet de ce cours)
- 5% sont des tumeurs neuroendocrines

# EPIDEMIOLOGIE

- 6ème cancer en incidence (11662 nouveaux cas par an en France en 2012)
- Incidence en hausse
- **Très mauvais pronostic** : 4ème cause de mortalité par cancer en France en 2012 (environ 10000 décès par an)
  
- Sexe ratio H/F : 1
- Age moyen : 60-70 ans

# EPIDEMIOLOGIE, PREVENTION, DEPISTAGE

- Pas de dépistage de masse
- Lutte contre le tabac, surtout en cas de pancréatite chronique héréditaire
- Surveillance +/- traitement chirurgical des lésions pré-cancéreuses (cf dia suivante)
- Consultation onco-génétique des rarissimes formes héréditaires

# FACTEURS DE RISQUE

- Pas de facteurs de risque exogène bien définis pour les adénocarcinomes du pancréas en dehors du **tabac**
- Pancréatite chronique, surtout la **pancréatite chronique héréditaire (génétique)**
- Rare formes héréditaires prédisposant à d'autres cancers (mutation des gènes BRCA2 et cancer du sein, FAMMM syndrome (familial atypical multiple mole melanoma)...) )

Il existe deux **lésions précancéreuses** favorisant les adénocarcinomes :

- TIPMP (tumeur intracanaulaire papillaire mucineuse du pancréas)
- Cystadénome mucineux

Ce sont des lésions kystiques identifiées par le scanner ou l'IRM

# SIGNES CLINIQUES

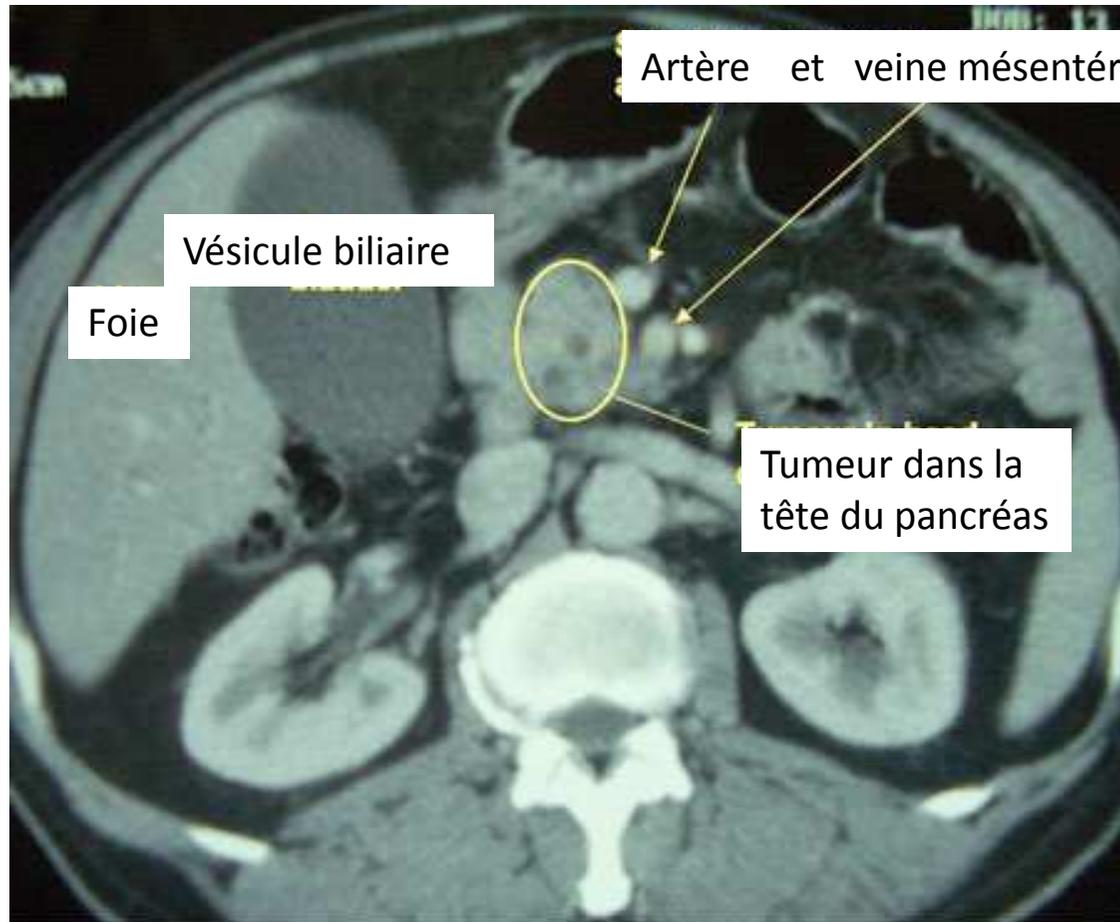
Une triade à ne pas rater :

- **Ictère** (40 à 80%) en cas de cancer de la tête du pancréas, d'apparition progressive, sans fièvre, par compression du cholédoque. Un prurit peut être associé
- **Douleur** (~ 80%), de siège épigastrique, à irradiation dorsale, soulagée par la position dite en « chien de fusil », rapidement intenses, nécessitant des antalgiques morphiniques
- **Altération de l'état général** majeure, lié à l'anorexie et au catabolisme de la maladie

D'autres circonstances doivent faire évoquer un adénocarcinome pancréatique :

- Phlébite ou embolie pulmonaire inexplicée
- Métastases hépatiques, ascite par carcinose péritonéale
- Apparition ou aggravation d'un diabète chez un patient de plus de 40 ans
- Pancréatite aigue (10%)
- Douleurs pseudo rhumatismales simulant un lombago

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (DIAGNOSTIC ET BILAN D'EXENSION)





# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (DIAGNOSTIC ET BILAN D'EXENSION)

## Biologie

- Le **Ca19-9** (marqueur tumoral) n'est pas utile pour le diagnostic (faux positif) mais peut servir pour le suivi de la maladie

## Morphologie

- Le **scanner +++** abdominal l'examen essentiel
  - Il visualise la tumeur
  - Il fait le bilan d'extension (thoraco-abdomino-pelvien) des métastases à distances et locorégionale notamment vasculaire
- L'IRM pancréatique et angio-IRM pour étudier l'envahissement des vaisseaux
- L'**échoendoscopie** peut-être utile pour évaluer l'envahissement ganglionnaire et vasculaire
- Le PET-scan n'est pas systématique, peut se faire avant une chirurgie en cas de cancer jugé résécable

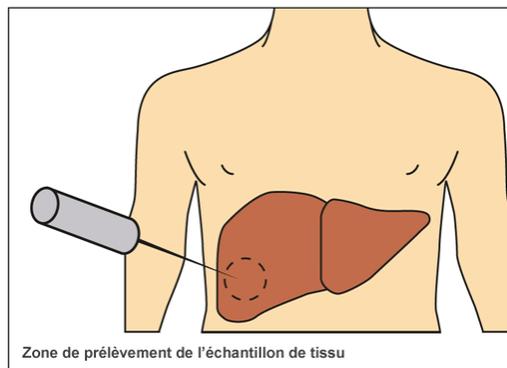
# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (DIAGNOSTIC ET BILAN D'EXENSION)

## Histologie

Fait la preuve du cancer et du type histologique (adénocarcinome) +++

Soit par prélèvement :

- des métastases (foie, ascite...)
- de la tumeur primitive pancréatique (échoendoscopie ou percutanée ou par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE))



Biopsie de foie percutanée



Echoendoscopie + ponction



CPRE

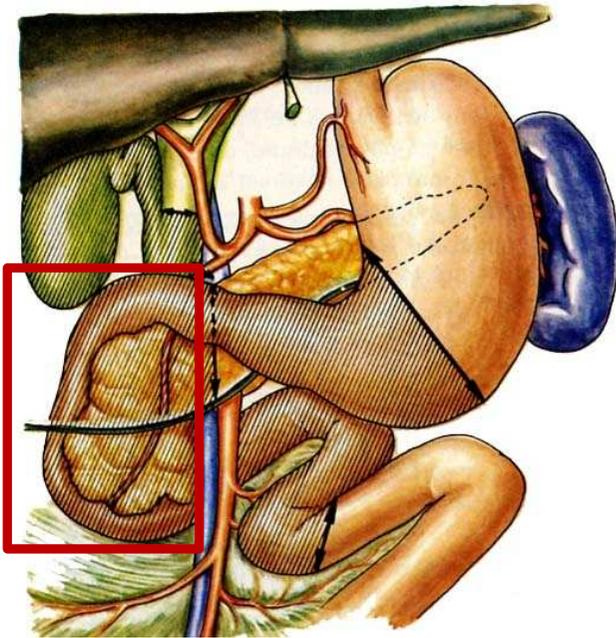
# PRONOSTIC

- Le pronostic du cancer du pancréas est **effroyable**
- Le taux de mortalité annuel  $\sim$  incidence (car survie médiane d'environ 12 mois)
- Le taux de survie à **5 ans** après le diagnostic est de **5%**
  
- Pronostic meilleur chez les patients opérés à visée curative (taux de survie à 5 ans est de 10 à 20%), contre  $<1\%$  pour les formes métastatiques
  
- Rq: pronostic nettement meilleur pour les rares (5%) tumeurs neuroendocrines (survie à 5 ans  $> 50\%$ )

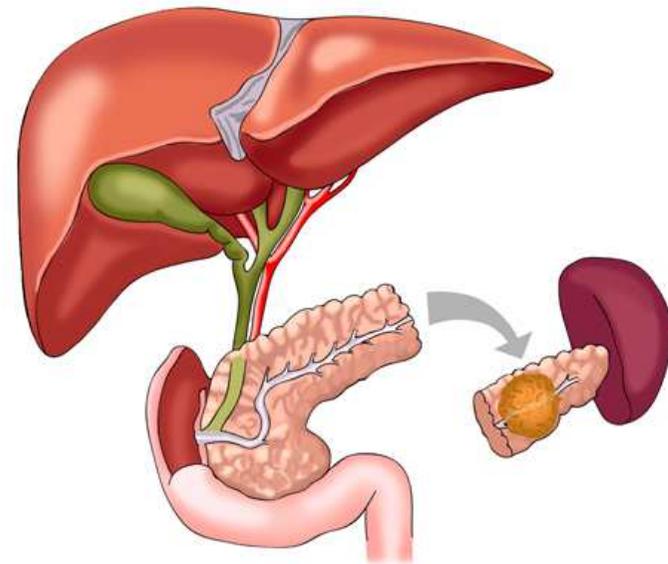
# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

On distingue schématiquement **trois cas de figure** :

1. Les tumeurs **extirpables** de façon carcinologiquement satisfaisante relèvent d'un traitement chirurgical : **résection avec curage ganglionnaire**



**Duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC)**  
si cancer de la tête du pancréas



**Spléno-pancréatectomie gauche** si cancer  
du corps ou de la queue du pancréas

# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

On distingue schématiquement **trois cas de figure** :

1. Les tumeurs extirpables : **résection avec curage ganglionnaire** suivi d'une chimiothérapie adjuvante pendant 6 mois
2. Les tumeurs **localement évoluées** avec un envahissement vasculaire, ganglionnaire ou rétropéritonéal relèvent d'un traitement associant chimiothérapies +/- radiothérapie

# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

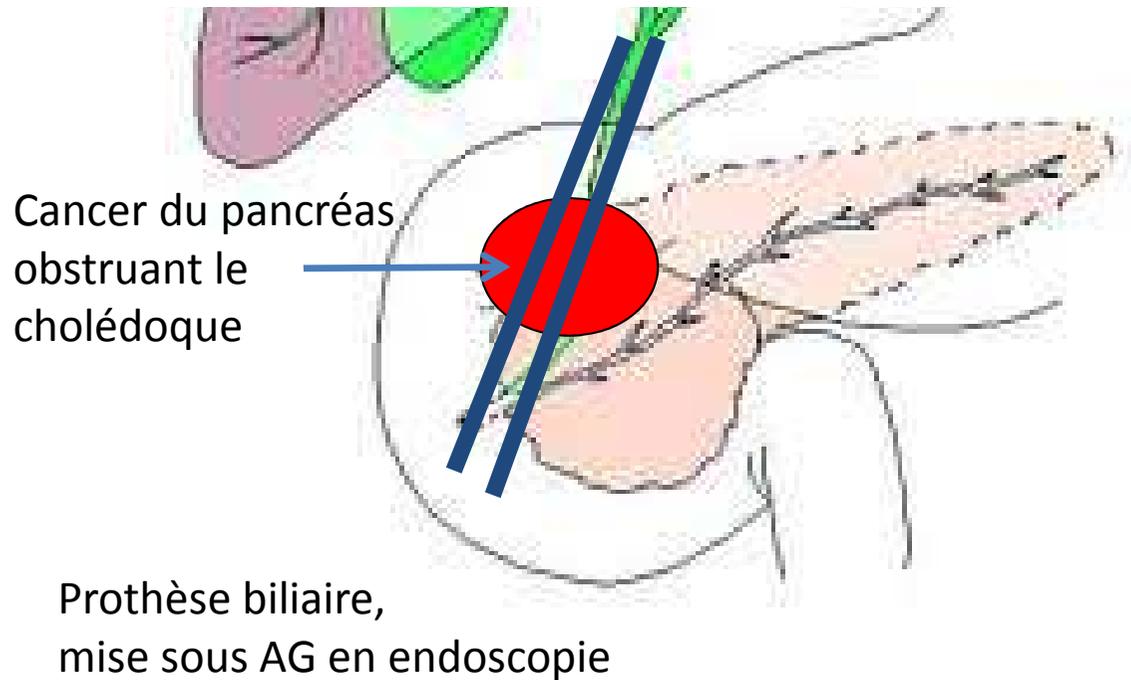
On distingue schématiquement **trois cas de figure** :

1. Les tumeurs extirpables : **résection avec curage ganglionnaire** suivi d'une chimiothérapie adjuvante pendant 6 mois
2. Les tumeurs **localement évoluées** avec un envahissement vasculaire, ganglionnaire ou rétropéritonéal relèvent d'un traitement associant chimiothérapies +/- radiothérapie
3. Les tumeurs **métastatiques** seront traitées de manière palliative avec :
  - une chimiothérapie si l'état général le permet pour ralentir la croissance tumorale (gemcitabine ou folfirinox)
  - Le traitement de la douleur
  - Un soutien psychologique du patient et de sa famille
  - Un support nutritionnel adapté.
  - Le traitement des complications du fait de la compression (voie biliaire ou duodénum)

# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

La compression biliaire entraînant un ictère peut être traitée par :

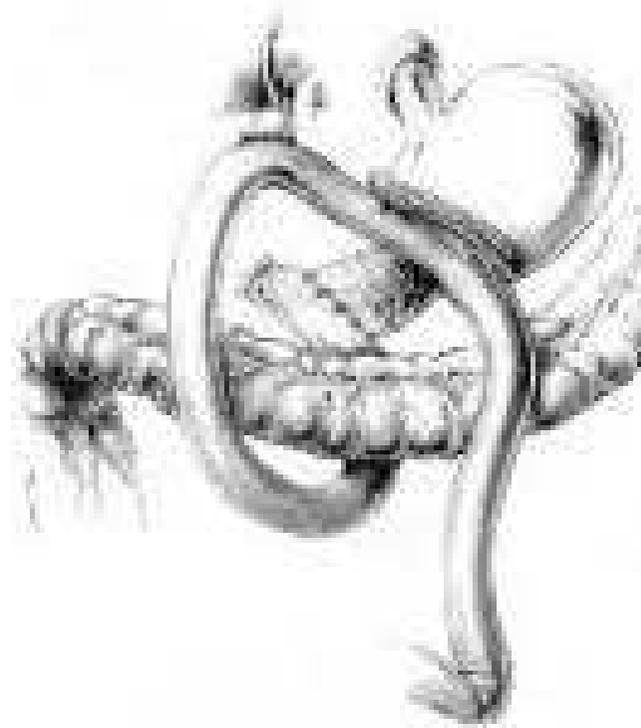
- Anastomose bilio-digestive par voie chirurgicale (à éviter)
- **Prothèse biliaire +++** mise par voie endoscopique (ou par voie trans-hépatique)



# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

La **compression duodénale** entraînant une occlusion intestinale haute (vomissement) peut être traitée par :

- Gastro-entéro-anastomose chirurgicale (à éviter) et anastomose bilio-digestive

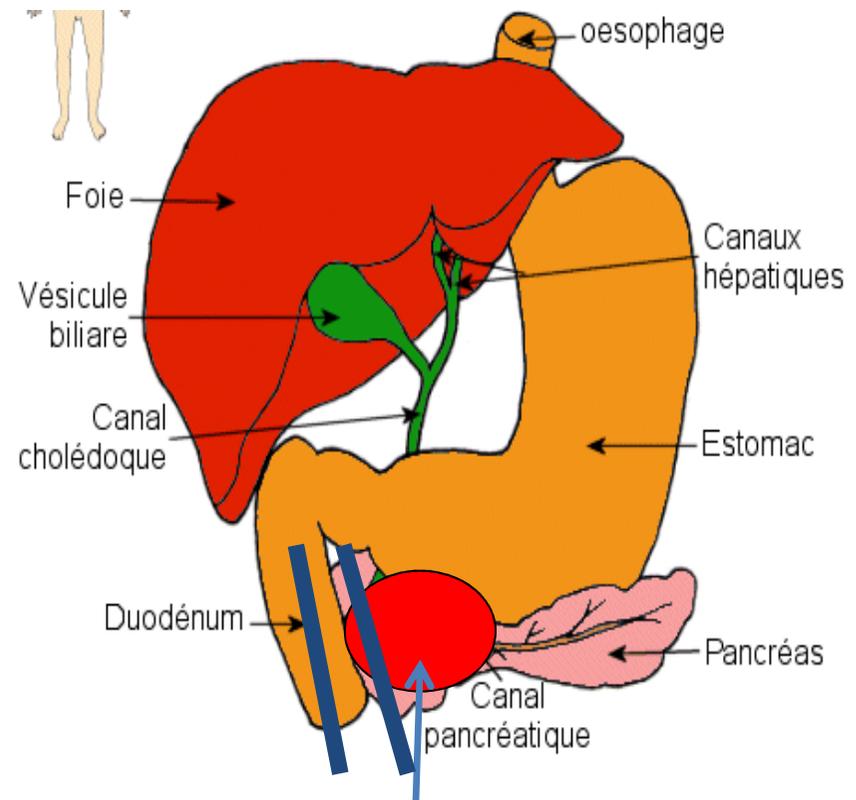
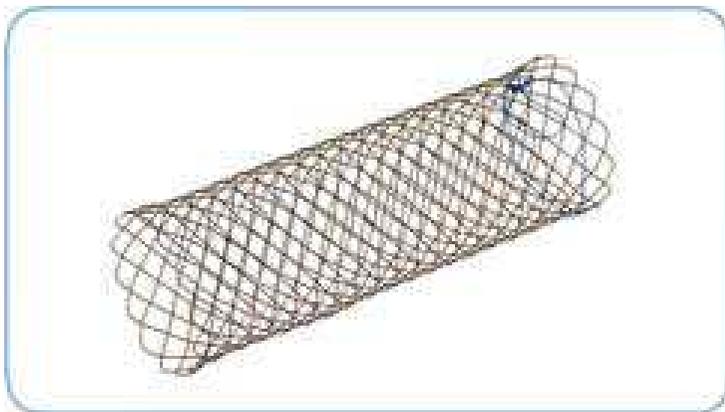


# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

La **compression duodénale** entraînant une occlusion intestinale haute (vomissement) peut être traitée par :

- Gastro-entéro-anastomose chirurgicale (à éviter)
- **Prothèse duodénale métallique par voie endoscopique**

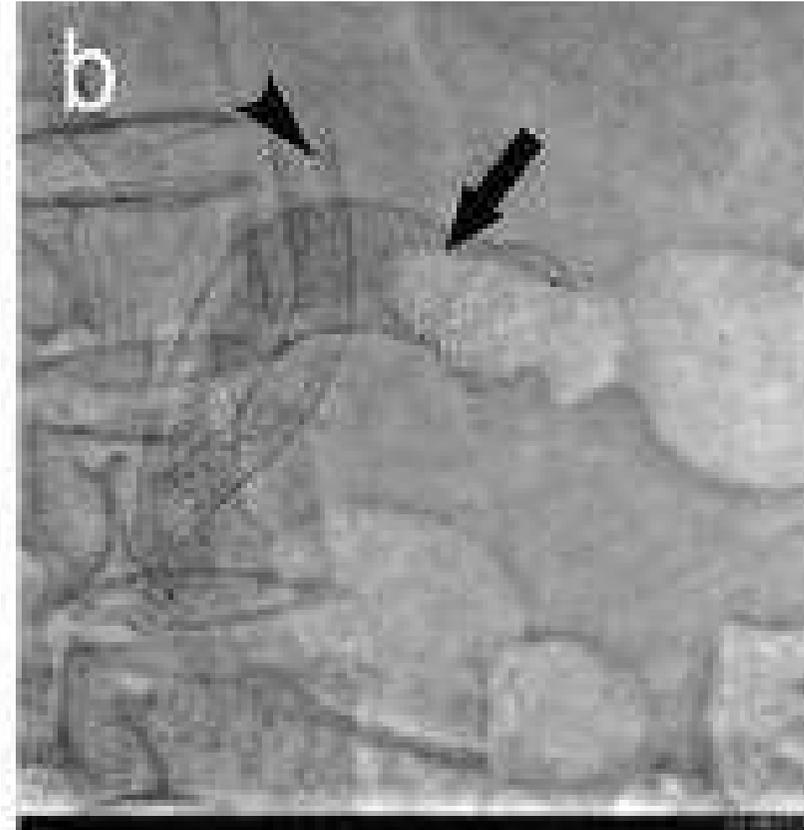
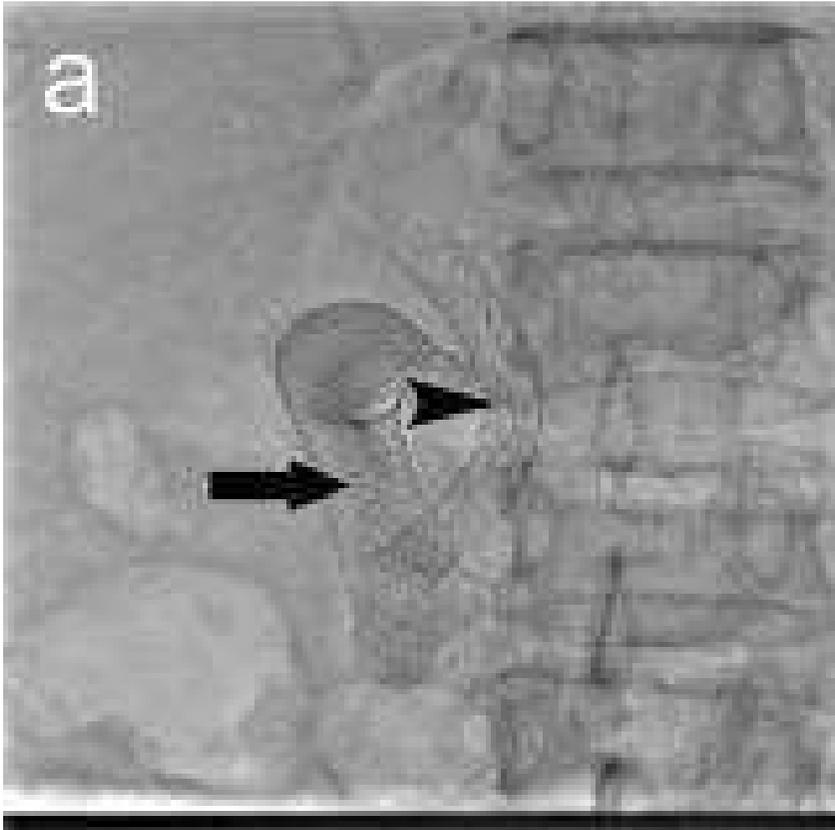
Prothèse duodénale,  
Mise sous AG en endoscopie



Cancer du pancréas obstruant  
le duodénum

# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

Prothèse biliaire et prothèse duodénale mise par voie endoscopique



# SYNTHÈSE

- Histologie : **Adénocarcinome+++**, rarement (5%) tumeur neuroendocrine
- Pronostic effroyable (~ 5% de survie à 5 ans)
  
- Clinique : **ictère, douleur, altération de l'état général**
- Biologie : cholestase ictérique, CA19-9 pour le suivi
- Morphologique : échographie abdominale, **scanner+++**, échoendoscopie, IRM
- Diagnostic **histologique** : biopsie foie ou ponction de la tumeur du pancréas
- Bilan d'extension à la recherche de métastases et d'un envahissement locorégional vasculaire qui contre-indiquerait un traitement chirurgical curatif
  
- Traitement curatif par **exérèse chirurgicale** de la tumeur suivi d'une chimiothérapie adjuvante
- Traitement **palliatif** :
  - chimiothérapie (gemcitabine ou folfirinox)
  - soins de support : douleur, dénutrition, psychologique
  - traitement des complications (prothèse biliaire +/- duodénale)

# ABREVIATIONS

---

- AG : anesthésie générale

# REFERENCES, BIBLIOGRAPHIE, LIENS UTILES

---

- [www.tncd.org](http://www.tncd.org)