

Université Salah Boubnider Constantine 3

FACULTE DE MEDECINE

**MODULE** : gastro-entérologie-chirurgie digestive

**Enseignant** : *Docteur SAID Amine*

Maitre-assistant chirurgie générale

# Cancer du pancréas

Année universitaire 2019 -2020

## **Introduction :**

Les tumeurs pancréatiques peuvent être malignes ou bénignes et sont développées à partir des tissus exocrine ou endocrine

L'adénocarcinome est la tumeur la plus fréquente et a globalement un très mauvais pronostic

## **ADENOCARCINOME CANALAIRE DU PANCREAS ( OU CANCER DU PANCREAS EXOCRINE )**

### **1- EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE :**

Il représente plus de 90% des tumeurs pancréatiques

Son incidence annuelle en France est d'environ 8000 nouveaux cas

Il touche plus fréquemment l'homme entre 60 et 80 ans

Le diagnostic souvent fait à un stade tardif et seul 20% des patients ont une tumeur résecable au moment du diagnostic

La survie tous stade confondus est d'environ 5% à 5 ans et environ 20% à 30% après résection ( la médiane de survie est de 13 à 18 mois )

#### **Facteurs de risque**

Le facteur de risque le plus important est la consommation tabagique

Sont aussi évoqués :

La présence d'une pancréatite chronique (alcoolique ou héréditaire), l'obésité et les lésions kystiques mucineuses du pancréas ( TIPMP et cystadénome mucineux )

Dans environ 5% des cas il existe une prédisposition familiale à rechercher par l'interrogatoire

### **2- ANATOMOPATHOLOGIE :**

Dans 95% est un adénocarcinome ductulaire ( canalaire) provenant des canaux excréteurs des cellules exocrines

Ces cellules épithéliales ne représentent qu'environ 10 % du parenchyme pancréatique composées essentiellement des cellules acineuses

Localisation : les adénocarcinomes sont localisés le plus souvent dans la tête du pancréas (70%), corps (13%), queue (7%), diffuse (15%).

Classification TNM des adénocarcinomes du pancréas (2010)

Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur limitée au pancréas inférieure ou égale à 2 cm dans son plus grand diamètre

T2 : tumeur limitée au pancréas supérieure à 2 cm dans son plus grand diamètre

T3 : tumeur extra pancréatique sans atteinte du tronc cœliaque et de l'AMS

T4 : tumeur étendue au tronc cœliaque ou à l'AMS

Nx : renseignements insuffisants

N0 : pas de ganglions envahis (10)

N1 : envahissement des ganglions régionaux

Mx : renseignements insuffisants

M0 : pas de métastases

M1 : présence de métastase (foie)

### **3- DIAGNOSTIC**

#### **A/ clinique :**

Les tumeurs du pancréas sont le plus souvent diagnostiquées à un stade tardif

Les signes vont varier en fonction de localisation et de l'extension de la lésion

**Tumeurs de la tête : 70% des cancers**

Elles se révèlent souvent par l'association :

- Ictère par obstruction de la voie biliaire principale ; progressif, continu, avec des urines foncées et selles décolorées

-Grosse vésicule

- sténose duodénale entraîne des vomissements bilieux ; post prandiaux puis permanents

### **Tumeur du corps et de la queue :**

Pas de retentissement sur la voie biliaire (pas d'ictère)

Souvent diagnostiquée devant l'apparition de douleurs épigastriques ou de l'hypochondre gauche ; transfixiante irradiant en arrière, majorées la nuit ou lors de l'alimentation, en rapport avec l'envahissement du plexus solaire

### **L'examen clinique ne permet que rarement de palper la masse pancréatique**

Les autres signes pouvant révéler une tumeur pancréatique quel que soit sa localisation :

Altération de l'état général ; amaigrissement

Apparition d'un diabète ou déséquilibre d'un diabète préexistant

Pancréatite aiguë

Ascite en cas de carcinose

Hépatomégalie métastatique

Métastases osseuses et pulmonaires ; rarement révélatrices

Symptômes non spécifiques :

Douleur abdominale, fièvre au long cours, trouble du transit, syndrome dépressif, syndrome inflammatoire, syndrome paranéoplasique ; TVP

### **B/ IMAGERIE :**

Les explorations doivent confirmer le DC, faire le bilan d'extension et rechercher des contre indications à la résection

### **Echo abdominale :**

Examen de première intention devant l'ictère, les douleurs épigastriques ou une cholestase

Explore difficilement le pancréas (l'obésité, interposition gazeuse)

Signes indirects (dilatation des voies biliaire intra et extra hépatique, présence de méta hépatique ou péritonéale ; ascite)

### **TDM Thoraco-abdominale :**

Examen clé pour le DC des tumeurs en particulier solide, systématique

Indispensable au DC positif et d'extension (vasculaire, métastase hépatique et pulmonaire ou péritonéale).

La lésion est typiquement hypodense par rapport au parenchyme sain

Elle peut retrouver des signes directs :

Masse pancréatique écho gène, ADP

Signes indirects :

- Dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques (DC différentiel avec kc du hile)
- Vésicule biliaire distendue
- Dilatation du canal de Wirsung, atrophie pancréatique en amont
- Méta hépatique, ascite, carcinose

### **Echo endoscopie :**

Examen de deuxième intention après la TDM pour étude de l'extension locorégionale

Elle visualise précisément les petites tumeurs solides moins de 2 cm et les parois des tumeurs

canalaires

Elle précise le statut ganglionnaire +++

Permet la biopsie des tumeurs solides ou les ponctions des tumeurs kystiques

Autres examens :

IRM pancréatique, PET scan, CPRE, Artériographie, Coello exploratrice

## **C / BIOLOGIE :**

Marqueurs tumoraux :

**CA 19-9** : est aussi élevé en cas de cholestase qui est fréquente dans les tumeurs de la tête du pancréas

Élévation possible en cas de cancer gastrique ou colique ou diabète mal équilibré

**ACE** : également élevé dans d'autres cancers mais non sujet à variation si cholestase ou diabète

Bilan nutritionnel : albumine, pré albumine

Cholestase et Cytolyse

Hémostase : TP, TCK, NFS

Glycémie : apparition ou aggravation d'un diabète.

## **D/ HISTOLOGIE :**

Avant résection, la confirmation histologique du DC n'est habituellement pas exigée

En revanche ; avant chimiothérapie palliative ou néo-adjudante la confirmation est exigée

## **4/ PRISE EN CHARGE :**

Au terme du bilan on distingue :

Les tumeurs résécables (possibilité de résection complète à visée curative)

Les tumeurs borderline et localement avancées (contact voir engainement vasculaire)

Tumeurs métastatiques définitivement non opérables

### **a/moyens :**

#### **1 : traitement interventionnel :**

Basée sur la chirurgie d'exérèse (pancréatectomie) pour le traitement curatif et l'endoscopie interventionnelle pour le traitement palliatif

#### **A/ Chirurgie curative :**

Duodenopancréatectomie céphalique (DPC) pour les tumeurs de la tête.

Pancréatectomie gauche ou spléno pancréatectomie gauche (SPG) en cas de tumeurs malignes (pour les tumeurs du corps et de la queue).

Duodéno pancréatectomie totale : en cas de lésion maligne diffuse ou à haut grade de dégénérescence.

Seul 20 % des malades peuvent avoir un traitement curateur

Taux de survie actuel à 5 ans après résection curative est d'environ 20 %

#### **b/ Chirurgie palliative :**

Entrainant une morbidité plus importante que celle du traitement endoscopique

Palliatif

Indiquée en cas de contre-indication à une exérèse curative

Elle consiste en :

Anastomose bilio digestive ( cholédocho-duodenale ou cholédocho-jejunale)

Anastomose gastro jéjunale si sténose duodénale

Ou les 2 faites simultanément (double dérivation)

#### **C / Traitement endoscopique palliatif :**

Il permet avec moins de risque le traitement de l'ictère ou de sténose duodénale

Il s'agit de l'intubation endoscopique de la voie biliaire principale

En cas d'échec TCTH radiologique

### **2- traitement anti tumoral :**

Chimiothérapie systématique : mono chimiothérapie (gemcitabine) ou poly chimiothérapie

(Souvent avec sel de platine)

Radiothérapie moins utilisée

Chimiothérapie palliative est le traitement de référence des cancers métastatiques ;

3 possibilités :

Gemcitabine seul

Gemcitabine + Erlotinib

FOLFIRINOX (5 FU+ acide folinique+oxaliplatine+irinotécan)

### **3-Soins de support :**

Rénutrition si possible voie enterale

Equilibration d'un diabète avec insulinothérapie

Traitement de la douleur

Prise en charge psychologique

### **B/ indication des traitements**

#### **Tumeur résecable :**

Chirurgie en première intention

DPC ou SPG selon la Tm et examen histologique

Si résections R0 chimiothérapie adjuvante ( gemcitabine 6 mois)

Si résections R1 ou R2 chimiothérapie adjuvante seule ou radio-chimiothérapie à base de

5 FU

#### **Tumeur non résecable :**

Drainage biliaire si ictère

Si patient inopérable : TRT symptomatique ou chimio seule à base de gemcitabine

Si patient opérable : chimio seule (incluant gemcitabine) éventuellement suivie d'une radio-chimio ( 50 à 60 ) avec 5 FU et réévaluation pur résection secondaire

### **5/ SURVEILLANCE :**

Elle ne s'envisage qu'après traitement curatif

Tous les 3 à 6 mois examen clinique +Echo abdominale et Rx en alternance avec une TDM thoraco-abdominale