

Item 305 – Tumeurs du pancréas

Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adénocarcinome pancréatique ++ : <ul style="list-style-type: none"> - 60-70 ans - 90% des tumeurs solides pancréatiques, ↑ incidence, 2^{ème} cancer digestif - Mauvais pronostic ▪ Tumeurs neuroendocrines : <ul style="list-style-type: none"> - 2^{ème} cause de tumeur solide pancréatique - 4/1 million/an - Malignité fréquente si > 3 cm - +/- association à symptômes d’hypersécrétion hormonale (tumeurs fonctionnelles) ou pas (non fonctionnelles 75%) ▪ Tumeurs kystiques pancréatiques : découverte fortuite, bénigne (cystadénome séreux), +/- risque de dégénérescence si contingent mucineux, +/- communication avec système canalaire pancréatique (cystadénome mucineux) ou dvlp dans canaux secondaires et/ou Wirsung (tumeurs intracanales papillaires mucineuses pancréatiques (TIPMP 15% des > 60 ans) ▪ Métastases pancréatiques 		
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exogènes : <ul style="list-style-type: none"> - Tabac ++ - Affections génétiques prédisposantes (pancréatite chronique héréditaire, cancer pancréatique familial) : effet synergique avec tabac - Obésité ▪ Endogènes : <ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Pancréatite chronique - Lésions précancéreuses : TIPMP, cystadénome mucineux - Forme héréditaire - ATCD familiaux 		
Dépistage et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de dépistage ▪ TIPMP, formes héréditaires de cancer du pancréas, pancréatite chronique héréditaire : IRM, TDM, échoendoscopie ▪ Pas de Tt préventif hormis arrêt du tabac et résection de lésions précancéreuses patentes 		
Diagnostic	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="331 1256 523 1756">Clinique</td> <td data-bbox="523 1256 1498 1756"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeurs de la tête du pancréas : les 3 signes les + fréquents : <ul style="list-style-type: none"> - Ictère : ictère rétionnel progressif, lié à obstruction de la VBP, + prurit, +/- vésicule biliaire tendue et volumineuse et lésions cutanées de grattage - Douleur : épigastrique, « solaire », transfixiante, progressive, insomniante, de + en + intense. ⇔ envahissement local important - AEG : amaigrissement majeur et rapide - Symptômes atypiques : ictère + angiocholite, dlr abs ou slt irradiation dorsale, pancréatite aigüe, vomissements, occlusion ▪ Adénocarcinomes de la partie gauche du pancréas (plus rares), découverte tardive : dlr ⇔ envahissement de la région cœliaque ou du rétropéritoine. Aggravation d’un diabète chez H > 40 ans + signes digestifs Favorise les phénomènes thrombotiques ▪ Dépression </td> </tr> </table>	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeurs de la tête du pancréas : les 3 signes les + fréquents : <ul style="list-style-type: none"> - Ictère : ictère rétionnel progressif, lié à obstruction de la VBP, + prurit, +/- vésicule biliaire tendue et volumineuse et lésions cutanées de grattage - Douleur : épigastrique, « solaire », transfixiante, progressive, insomniante, de + en + intense. ⇔ envahissement local important - AEG : amaigrissement majeur et rapide - Symptômes atypiques : ictère + angiocholite, dlr abs ou slt irradiation dorsale, pancréatite aigüe, vomissements, occlusion ▪ Adénocarcinomes de la partie gauche du pancréas (plus rares), découverte tardive : dlr ⇔ envahissement de la région cœliaque ou du rétropéritoine. Aggravation d’un diabète chez H > 40 ans + signes digestifs Favorise les phénomènes thrombotiques ▪ Dépression
	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeurs de la tête du pancréas : les 3 signes les + fréquents : <ul style="list-style-type: none"> - Ictère : ictère rétionnel progressif, lié à obstruction de la VBP, + prurit, +/- vésicule biliaire tendue et volumineuse et lésions cutanées de grattage - Douleur : épigastrique, « solaire », transfixiante, progressive, insomniante, de + en + intense. ⇔ envahissement local important - AEG : amaigrissement majeur et rapide - Symptômes atypiques : ictère + angiocholite, dlr abs ou slt irradiation dorsale, pancréatite aigüe, vomissements, occlusion ▪ Adénocarcinomes de la partie gauche du pancréas (plus rares), découverte tardive : dlr ⇔ envahissement de la région cœliaque ou du rétropéritoine. Aggravation d’un diabète chez H > 40 ans + signes digestifs Favorise les phénomènes thrombotiques ▪ Dépression 	
	Biologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosage CA 19.9 : intérêt dans suivi sous Tt ▪ Recherche d’une cholestase : dosage de la γ-GT et PAL ▪ Recherche d’un diabète 	
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echographie ▪ TDM avec et sans injection ++++ : <ul style="list-style-type: none"> - Signes directs : masse hypodense, mal limitée - Signes indirects : dilatation des voies biliaires ou du canal pancréatique - Bilan extension, recherche envahissement vasculaire, rétropéritonéal ou métastases hépatiques, pulmonaires ou ggaires 		

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Echoendoscopie (en cas de doute le TDM ou petite tumeur pancréatique < 2 cm) + dg histologique
	Confirmation histologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indispensable avant tout Tt par radio ou chimio-thérapie, dans tous les cas de tumeurs non résécables, en cas de Tt néoadjuvant, doute diagnostique ▪ Echoendoscopie préférée en l'absence de métastase hépatique ▪ Biopsie non indispensable si Tt chirurgical envisagé
Bilan d'extension		<ul style="list-style-type: none"> ▪ But : évaluation de la résécabilité de la tumeur et opérabilité du malade ▪ TDMi +++ (+/- endoscopie si doute ou biopsie nécessaire) ▪ Si tumeur opérable : +/- IRM pour détecter les métastases hépatiques (10% des tumeurs résécables associées à carcinose péritonéale ou métastases hépatiques indétectables en TDM) ▪ < 20% des tumeurs sont résécables ▪ Si impossibilité de chirurgie (âge physiologique, tares viscérales) => limiter au minimum le bilan
Pronostic		<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 5% à 5 ans ▪ Si résection (R0) : 20-30% à 5 ans ▪ Absence de résection : 6-9 mois si tumeur métastatique, 9-12 mois si non métastatique
Traitements		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Tt curatifs</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur de la tête du pancréas : duodéno-pancréatectomie céphalique - Tumeur du pancréas gauche : spléno-pancréatectomie gauche - + chimiothérapie ▪ <u>Tt palliatifs</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Chimiothérapie si état satisfaisant - Si obstacle biliaire : Tt endoscopique par prothèse biliaire - Si sténose duodénale : prothèse métallique expansive pour réalimentation - Antalgiques - PEC psychologique
Tumeurs neuroendocrines pancréatiques		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-10% des tumeurs solides pancréatiques ▪ <u>Contexte de découverte</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome hormonal : insulinomes (hypoglycémies sévères) +++ , gastrinomes (sd de Zollinger-Ellison : ulcères duodénaux ou jéjunaux multiples et diarrhée) +++, VIPome (sécrétion de VIP), glucagonome (sécrétion de glucagon), somatostatine (sécrétion de somatostatine) - Syndrome de masse - Bilan génétique familial (néoplasie endocrinienne multiple type I : tumeurs des parathyroïdes, du pancréas, des surrénales, de l'hypophyse) - Découverte fortuite ▪ <u>Bilan biologique standard</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosage de la chromogranine A ○ +/- selon symptômes : <ul style="list-style-type: none"> - Insulinome : épreuve de jeûne, dosage insuline, peptide C - Gastrinome : dosage de gastrinémie, test à la sécrétine avec tubage gastrique ▪ <u>Imagerie</u> : TDMi (rehaussement vasculaire intense au temps artériel) , échoendoscopie (tumeur de petite taille ++, biopsie) ▪ <u>Bilan d'extension</u> : IRM hépatique : recherche de lésions secondaires hépatiques ▪ <u>Imagerie nucléaire</u> (TEP gallium 68 ou indium 111 (Octréoscan®)) : but diagnostique et évaluation de extension tumorale
TIPMP		<ul style="list-style-type: none"> ▪ = tumeurs kystiques dues à prolifération mucineuse de épithélium canalaire pancréatique ▪ <u>Découverte</u> : +/- crises de pancréatite aigüe ou fortuite ▪ = lésions précancéreuses avec potentiel de dégénérescence (2-50%) ▪ <u>Bilan d'imagerie</u> : TDM, CPRM, échoendoscopie ▪ <u>Tt</u> : simple surveillance ou résection pancréatique