Item 305 – Tumeurs du pancréas

<table>
<tr><td>Epidémiologie</td><td colspan="2">

Adénocarcinome pancréatique ++ :

60-70 ans
90% des tumeurs solides pancréatiques, ↑ incidence, 2ème cancer digestif
Mauvais pronostic

Tumeurs neuroendocrines :

2ème 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 intracanalaires papillaires mucineuses pancréatiques (TIPMP 15% des > 60 ans)
Métastases pancréatiques

</td></tr>
<tr><td>Facteurs de risque</td><td colspan="2">

<u>Exogènes</u> :

Tabac ++
Affections génétiques prédisposantes (pancréatite chronique héréditaire, cancer pancréatique familial) : effet synergique avec tabac
Obésité

<u>Endogènes</u> :

Diabète
Pancréatite chronique
Lésions précancéreuses : TIPMP, cystadénome mucineux
Forme héréditaire
ATCD familiaux

</td></tr>
<tr><td>Dépistage et prévention</td><td colspan="2">

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

</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Diagnostic</td><td>Clinique</td><td>

<u>Tumeurs de la tête du pancréas</u> : les 3 signes les + fréquents :

Ictère : ictère rétentionnel 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

<u>Adénocarcinomes de la partie gauche du pancréas</u> (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>
<tr><td>Biologie</td><td>

Dosage CA 19.9 : intérêt dans suivi sous Tt
Recherche d'une cholestase : dosage de la γ-GT et PAL
Recherche d'un diabète

</td></tr>
<tr><td>Imagerie</td><td>

Echographie
TDM avec et sans injection ++++ :

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

</td></tr>
</table>

		▪ **Echoendoscopie** (en cas de doute le TDM ou petite tumeur pancréatique < 2 cm) + dg histologique
	Confirmation histologique	▪ **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	▪ 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	▪ **< 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	▪ Tt curatifs : - Tumeur de la tête du pancréas : **duodéno-pancréatectomie céphalique** - Tumeur du pancréas gauche : **spléno-pancréatectomie gauche** - **+ chimiothérapie** ▪ Tt palliatifs : - **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	▪ 5-10% des tumeurs solides pancréatiques ▪ Contexte de découverte : - **Syndrome hormonal** : insulinomes (hypoglycémies sévères) +++ , gastrinomes (sd de Zollinger-Ellison : ulcères duodénaux ou jéjunaux multipes et diarrhée) +++, VIPome (sécrétion de VIP), glucagonome (sécrétion de glucagon), somatostatinome (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** ▪ Bilan biologique standard : ○ Dosage de la **chromogranine A** ○ +/- selon symptômes : - Insulinome : épreuve de jeûne, dosage insuline, peptide C - Gastrinome : dosage de gastrinémie, test à la sécrétine avec tubage gastrine ▪ Imagerie : **TDMi** (rehaussement vasculaire intense au temps artériel) , **échoendoscopie** (tumeur de petite taille ++, biopsie) ▪ Bilan d'extension : **IRM hépatique** : recherche de lésions secondaires hépatiques ▪ **Imagerie nucléaire** (TEP gallium 68 ou indium 111 (Octréoscan®) : but diagnostique et évaluation de extension tumorale

TIPMP	▪ = tumeurs kystiques dues à prolifération mucineuse de épithélium canalaire pancréatique ▪ Découverte : +/- **crises de pancréatite aigüe** ou **fortuite** ▪ = **lésions précancéreuses avec potentiel de dégénérescence** (2-50%) ▪ Bilan d'imagerie : **TDM, CPRM, échoendoscopie** ▪ Tt : simple **surveillance** ou **résection pancréatique**