

Cancer du pancréas exocrine



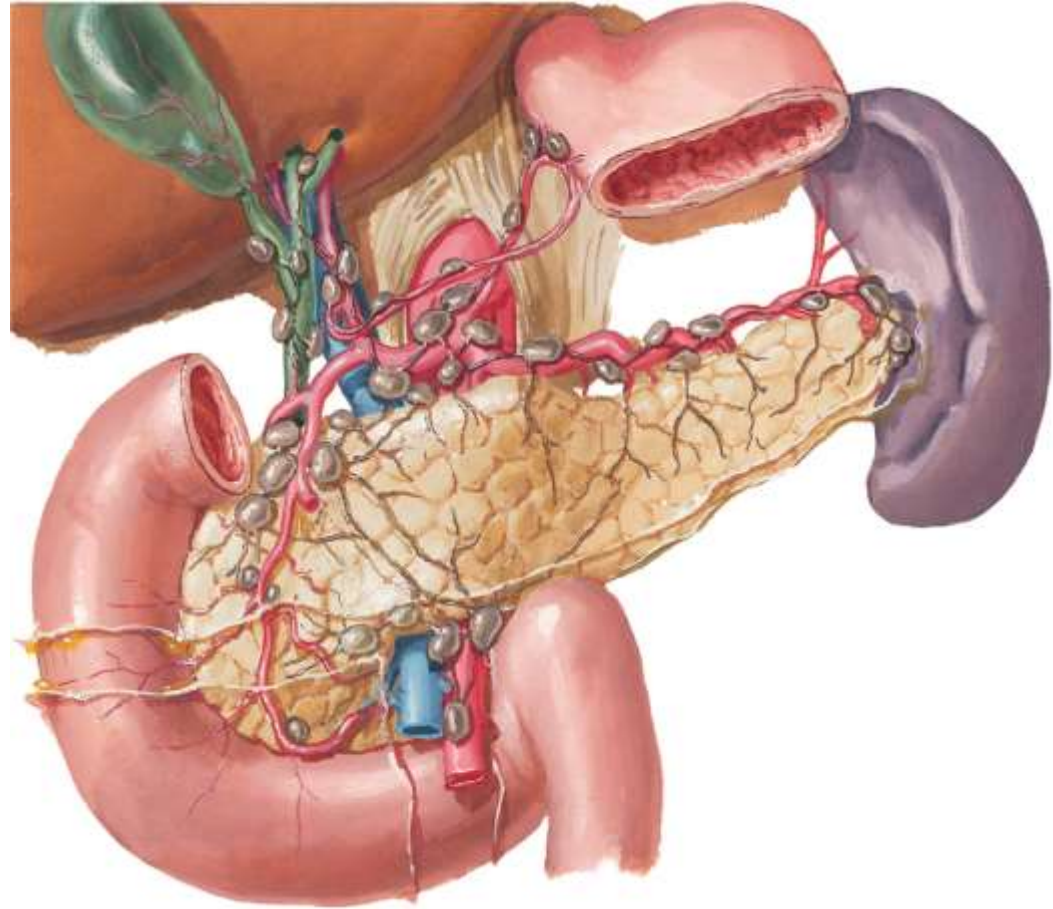
PR.N. SOUILAH

DR.M.S. ESSALHI

seddikessalhi@hotmail.fr

PLAN

- DEFINITION.
 - RAPPEL ANATOMIQUE.
 - INTERET DE LA QUESTION.
 - EPIDEMIOLOGIE.
 - ETIOLOGIE.
 - ANAPATH.
 - DIAGNOSTIC
- DIAGNOSTIC POSITIF.
BILAN D'EXTENSION.
BILAN D'OPERABILITE.
FORMES CLINIQUES.
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.
- TRAITEMENT.



DÉFINITION

Prolifération maligne au dépens des cellules exocrines du pancréas, excluant :

- les ampullomes.
- les tumeurs endocrines.
- les cystadenocarcinomes.

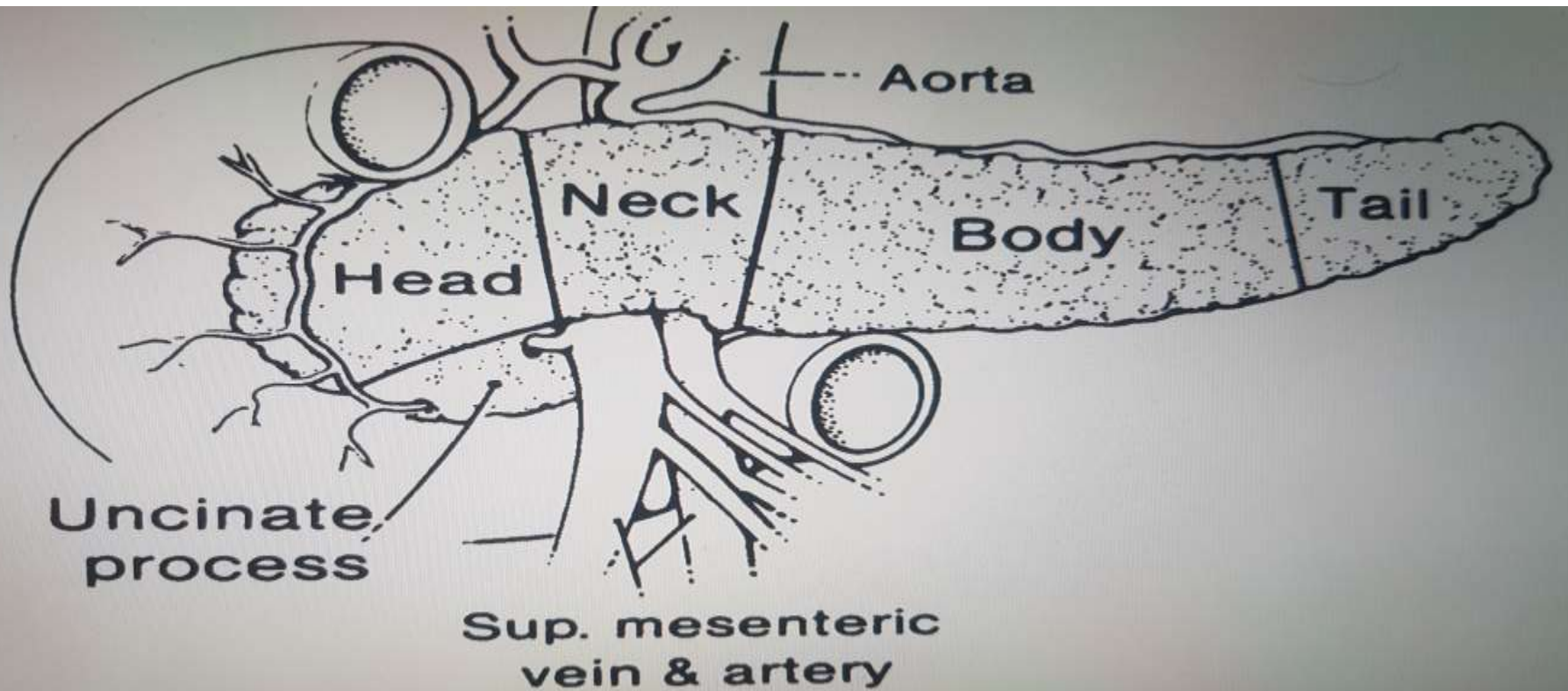
INTÉRÊT DE LA QUESTION

- **Fréquence**: en croissance constante .
- **Anapath** : **adénocarcinome canalaire** 95% des cancers du pancréas.
- **Diagnostic**: souvent **tardif**.
- **Thérapeutique**: essentiellement **chirurgicale**, chirurgie lourde avec morbi-mortalité non négligeable chez un patient fragile.
Radio-chimiothérapie décevante.
- **Pronostic** : reste **sombre**.

ÉPIDÉMIOLOGIE

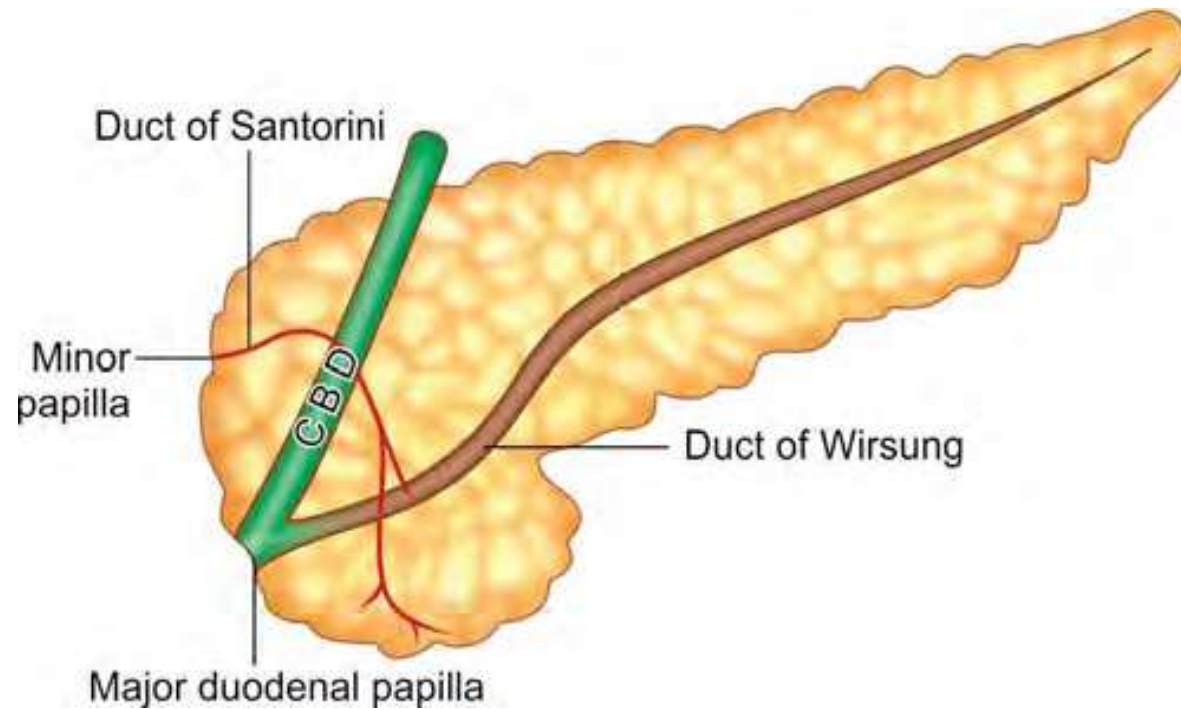
- **incidence**: 9 nouveaux cas par 100000 habitants.
3 % des cancers, 5^{ème} cause de décès par cancer .
- **Age**: sujet Âgé , 50 et 70 ans
- **Sexe** : prédominance **masculine**
- **Répartition géographique**: pays industrialisés.
- **pronostic**: médiane de survie entre **4 et 7 mois**,
15% des cancers bénéficient d'une résection a visée curative
80 % environs sont déjà métastatiques au moment du diagnostic, **Survie a 5 ans des patients reséqués est inférieure a 20 %**

ANATOMIE

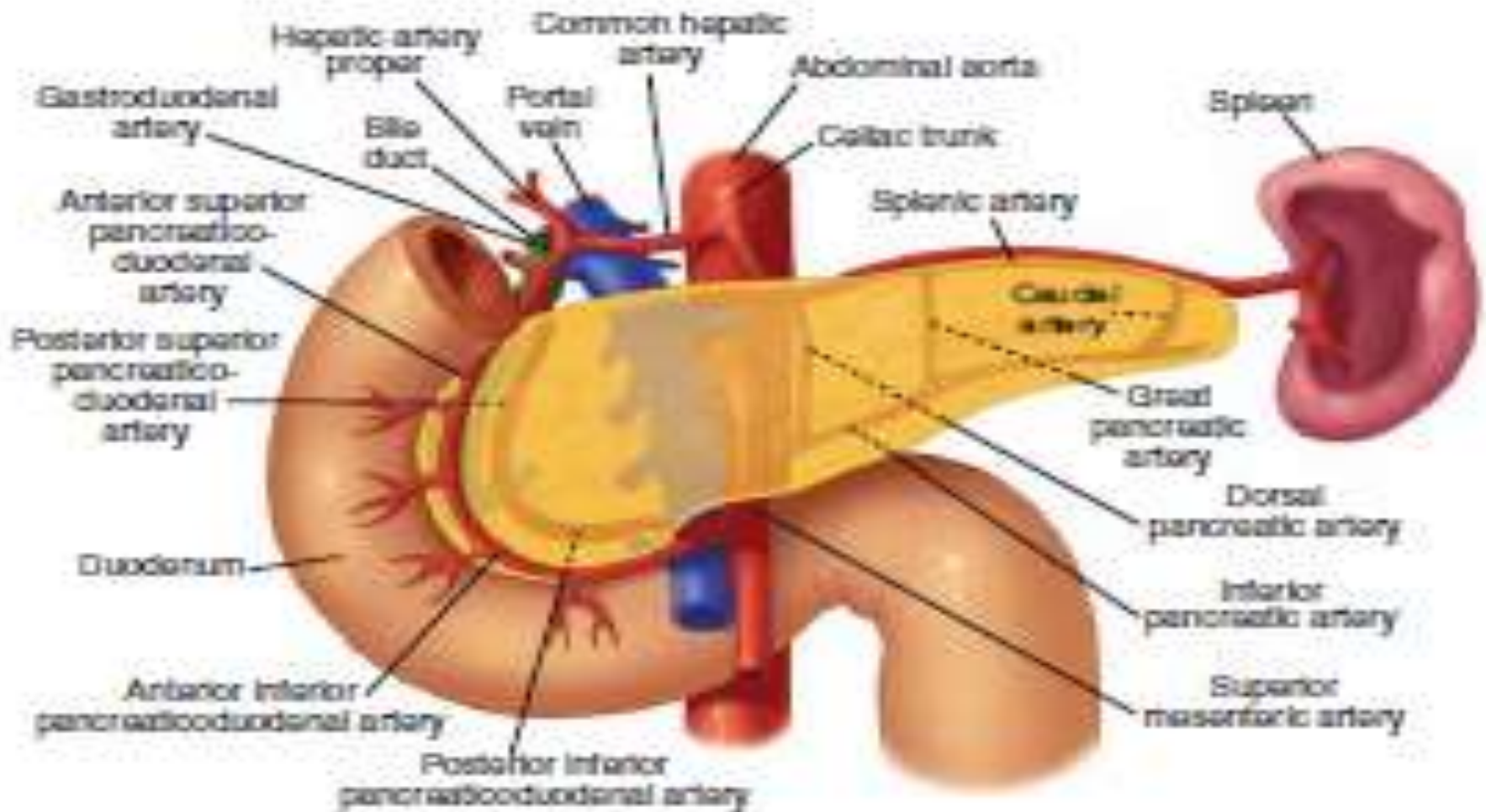


Les différentes portions du pancréas

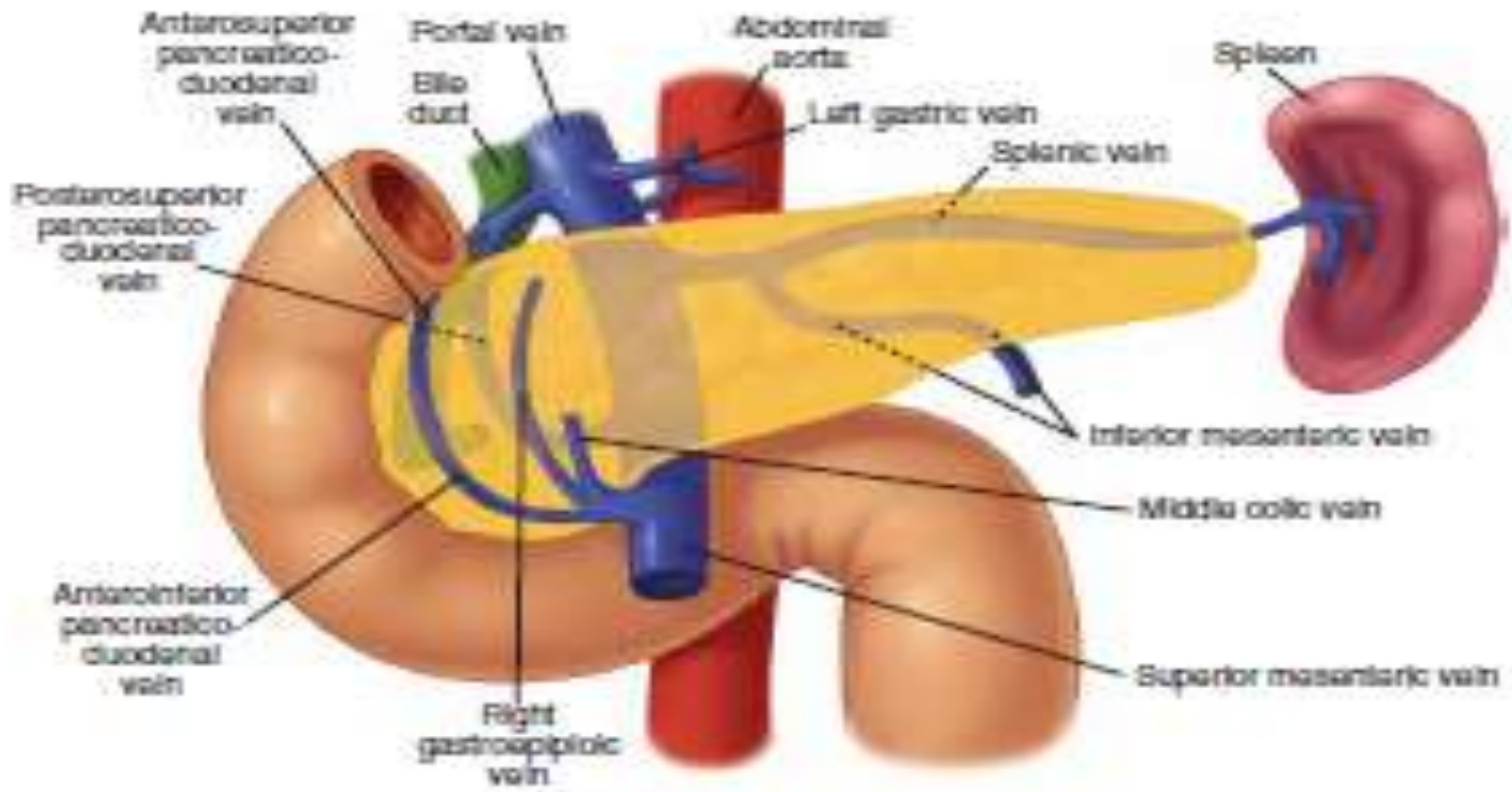
ANATOMIE



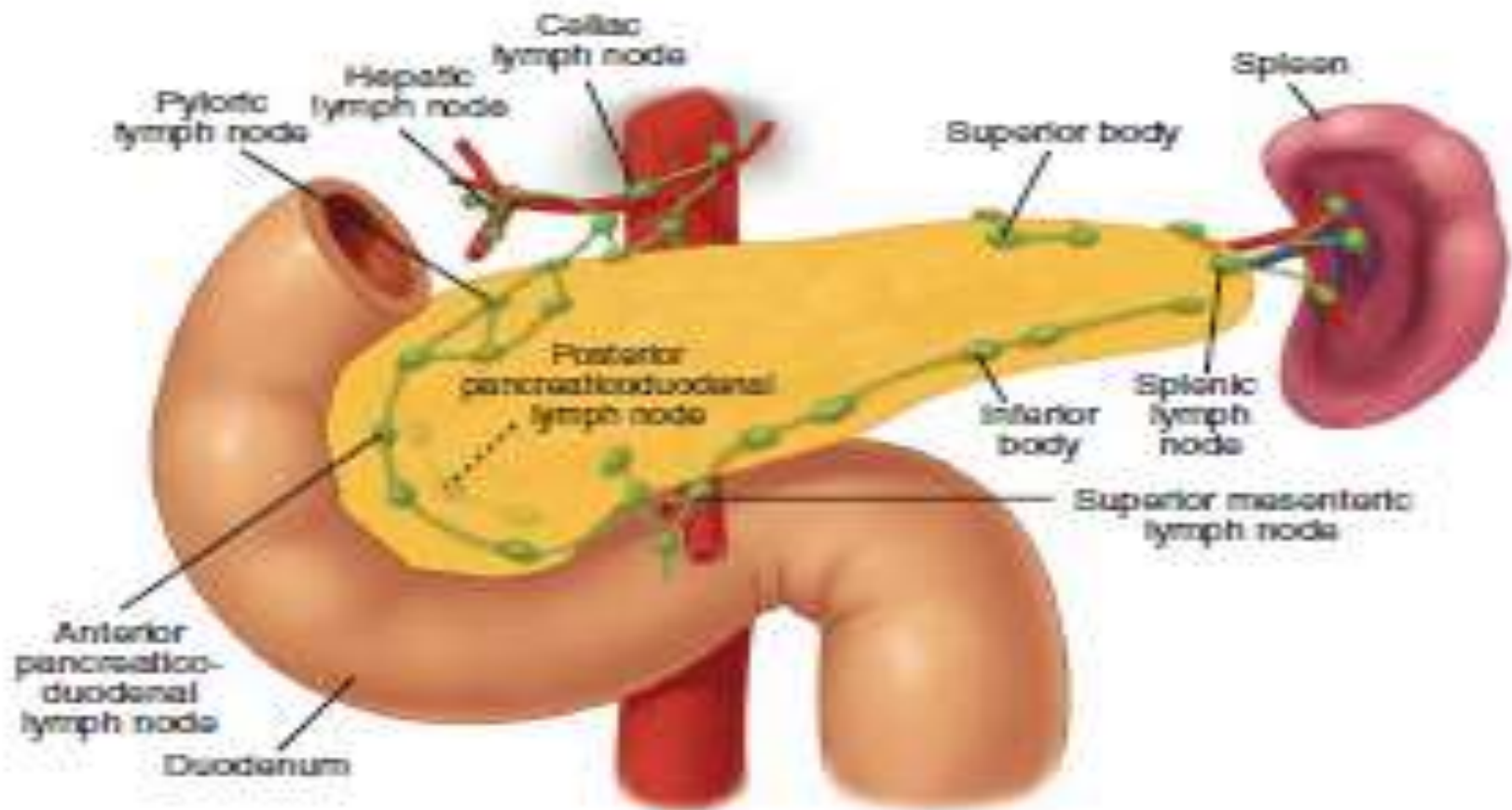
PANCREAS ANATOMIQUE



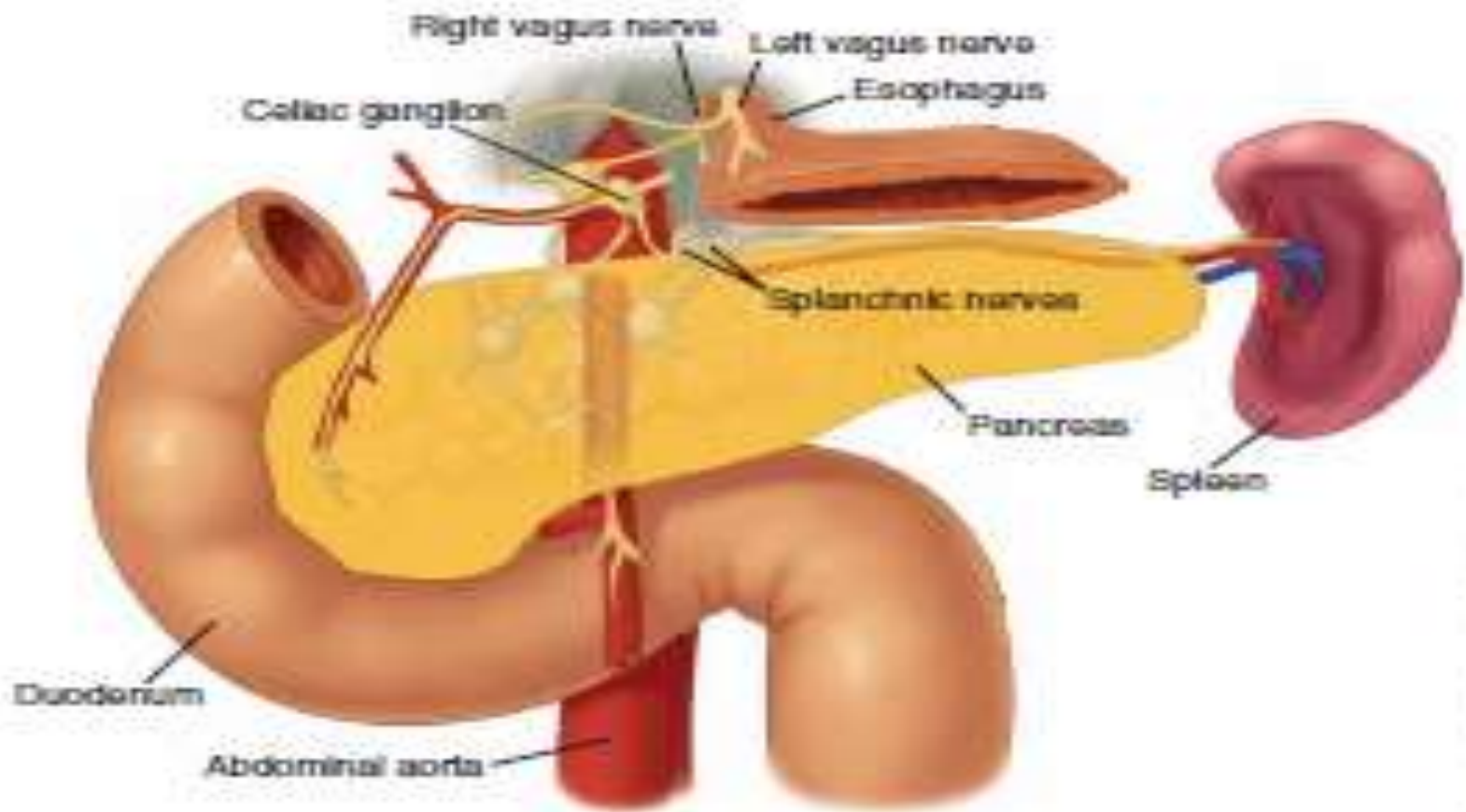
Vascularisation artérielle du pancréas



Vascularisation veineuse



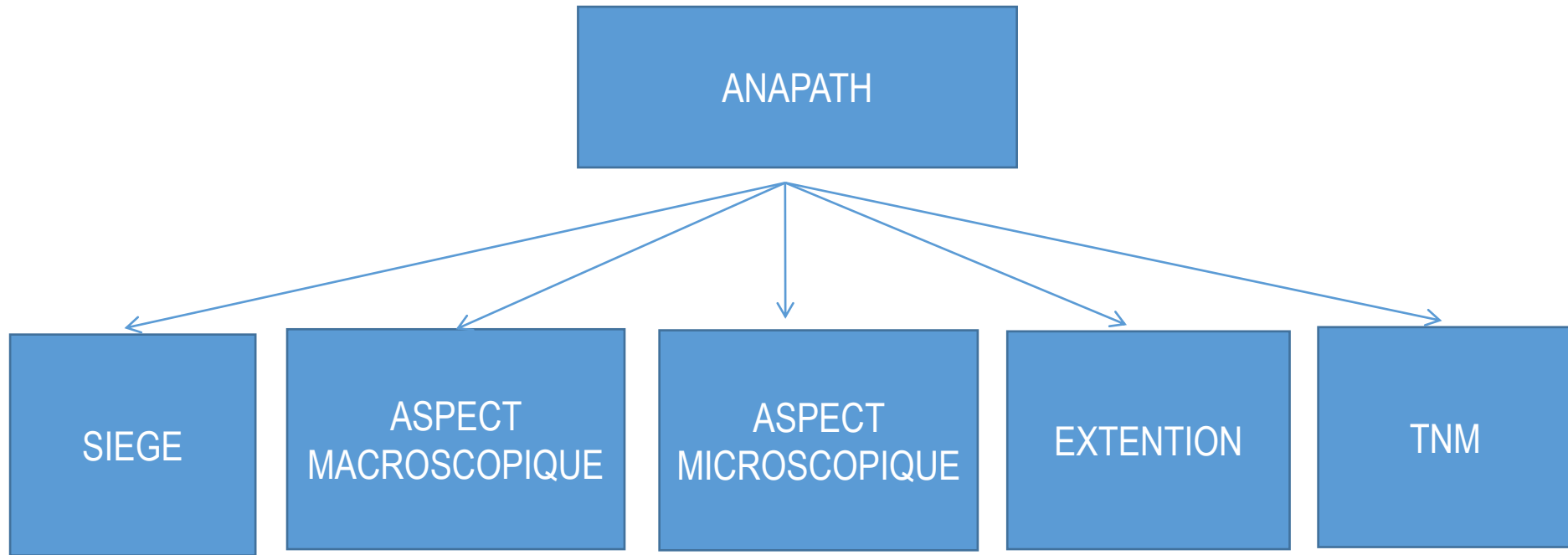
Drainage lymphatique



Innervation

ÉTIOLOGIE et FACTEURS DE RISQUE

- **Diabète** : plus fréquent chez les diabétiques, bien qu'il peut être responsable.
- **Pancréatite chronique** : association décrite.
- **Tabac** : le risque d'avoir le cancer est plus fréquent.
- **Alcool**.
- **Obésité**.
- Régime alimentaire: **aliments riches en graisse** , sucre et protéines.
- Certaines **professions**: travailleurs de papiers/ métaux(aluminium, acrylamide)
- **Radiations** .
- **Génétiques**: cancers familiaux, et syndromes associés au cancer du pancréas(syndrome de Peutz-Jeghers, pancréatite héréditaire, mucoviscidose, PAF, syndrome de Li-Fraumeni, mélanome multiple familial)
- **TIPMP**.



ANAPATH

- **Siege:**

tête 70 %

Corps et Queue 30 %

- **Macroscopie**

Masse blanche grisâtre souvent, limitée ou diffuse , de taille variable, irrégulière d'une dureté extrême.

- **Microscopie**

ADK dans 95% .

ANAPATH 2

- **EXTENSION:**

- 1.regionale:

- A. Lymphatique:

- ganglions péri-pancréatiques
- Ggl du pédicule hépatique
- Ggl de la racine du mésentère
- Ggl retro péritonéaux et inter aortico-caves

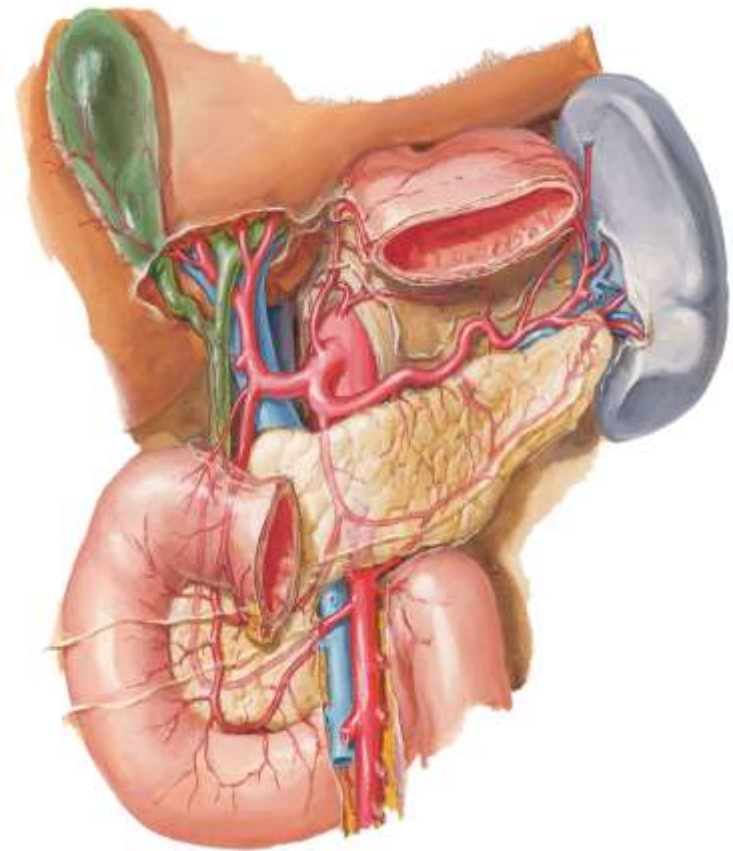
- B. Vasculaire :

vers l'artère splénique

Veine mésentérique supérieure

Veine porte

Artère mésentérique supérieure, artère hépatique et tronc coeliaque



ANAPATH 3

C. infiltration postérieure:

la lame retro portale.

Gaine de l'artère mésentérique.

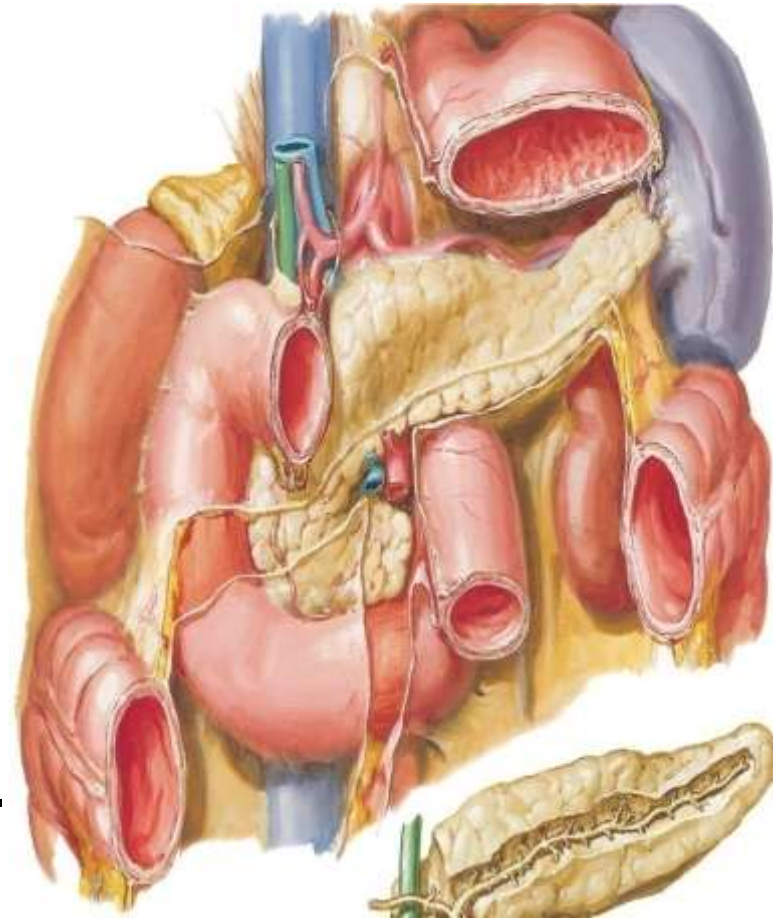
Adventice aortique.

Plexus nerveux coelio-mesenterique.

D. Organes de voisinage :

duodénum, estomac, colon transverse

2. A distance (métastases): péritonéales, hépatiques ,
pulmonaire osseuses, surrénalienne, cérébrales.



Classification tumor-nodes-metastases (TNM) des cancers du pancréas .

Tx : Tis : T1 : T2 : T3 : T4 :	• Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive • Carcinome in situ • Tumeur limitée au pancréas ≤ 2 cm dans son plus grand diamètre • Tumeur limitée au pancréas > 2 cm dans son plus grand diamètre • Tumeur s'étendant au-delà du pancréas mais sans envahir le tronc cœliaque ni AMS • Tumeur étendue au tronc cœliaque ou à l'artère mésentérique supérieure (non résécable)
Nx : N0 : N1 :	• Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales • Pas de métastase ganglionnaire régionale • Envahissement des ganglions lymphatiques régionaux
M0 : M1 :	• Pas de métastase • Présence de métastase(s) à distance

ANATOMIC STAGE/PROGNOSTIC GROUPS

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
Stage IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Stage III	T4	Any N	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

Stadification de la tumeur

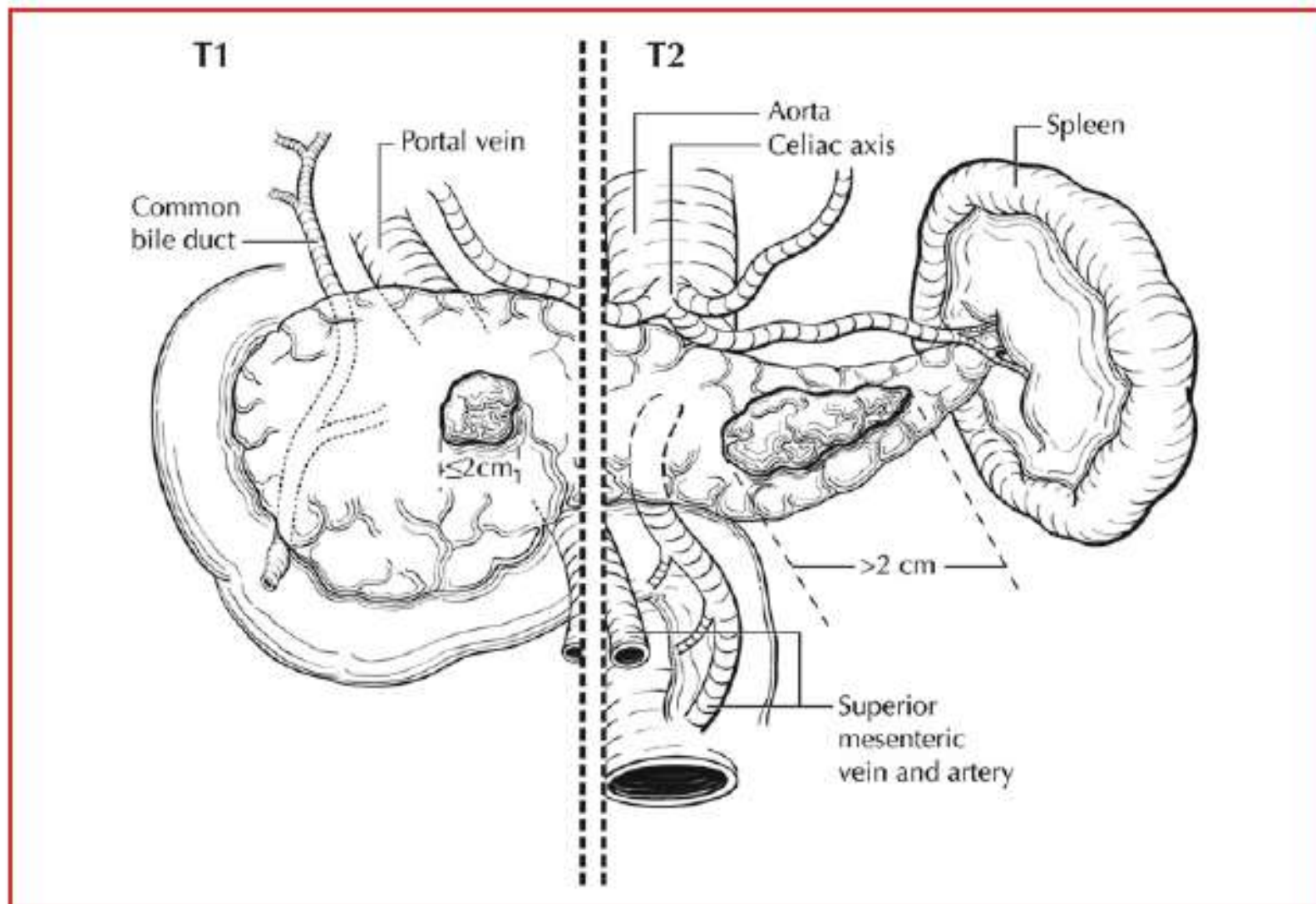
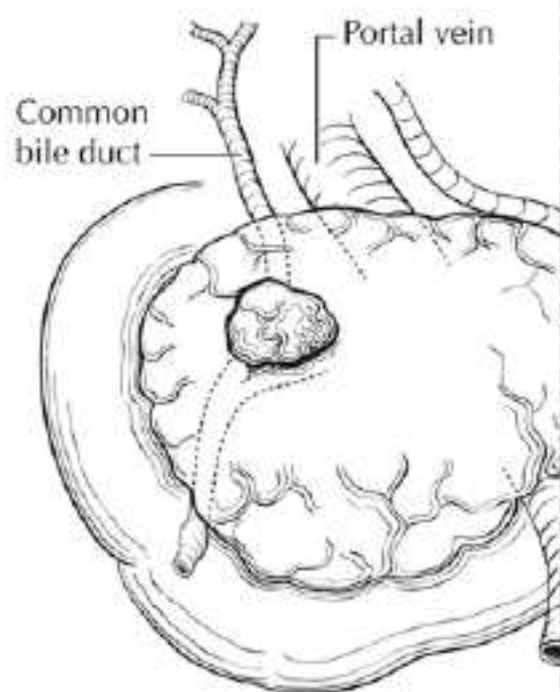
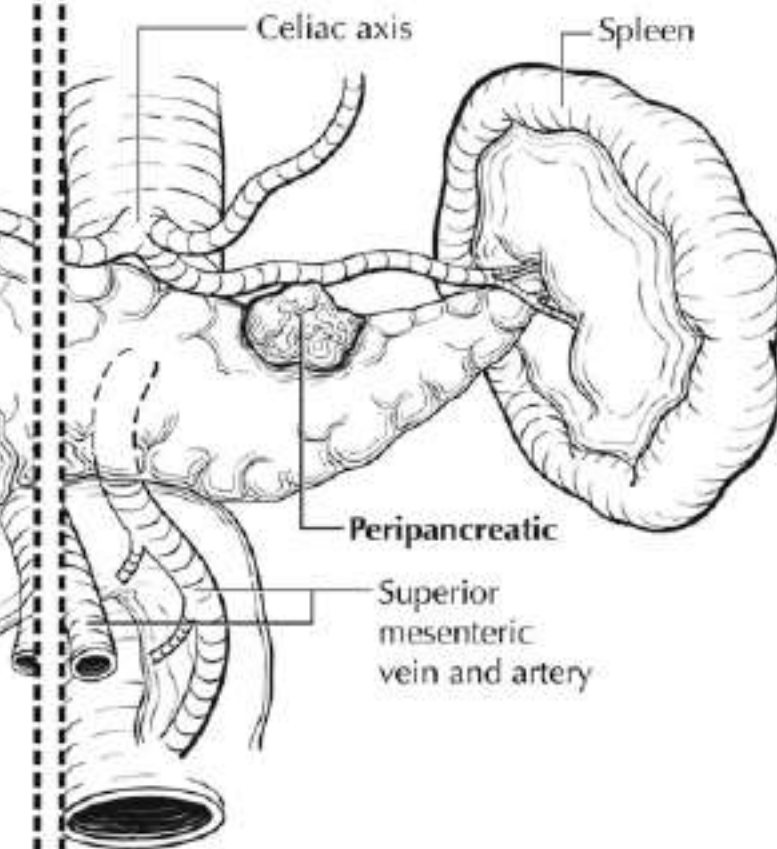


FIGURE 24.5. T1 (left of dotted line) is defined as tumor limited to the pancreas 2 cm or less in greatest dimension. T2 (right of dotted line) is defined as tumor limited to the pancreas more than 2 cm in greatest dimension.

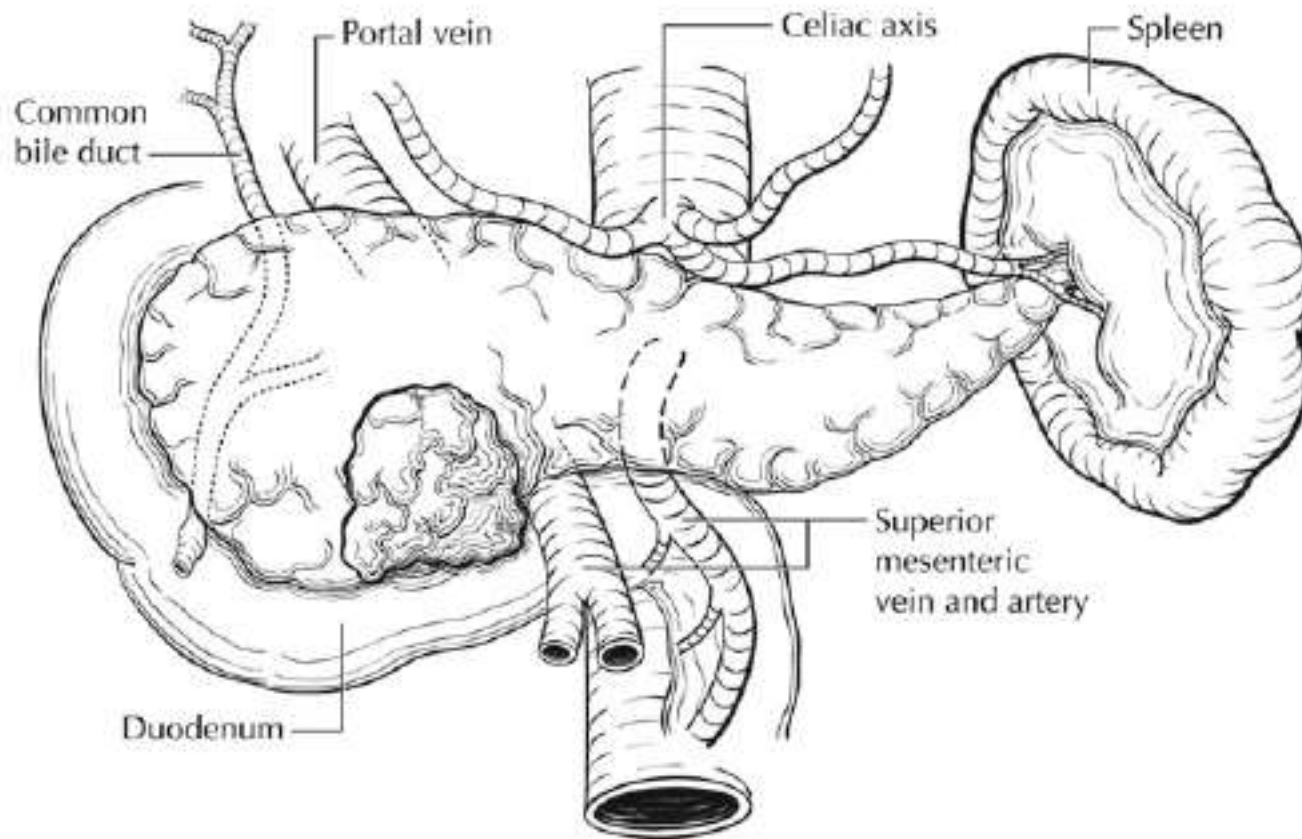
A T3



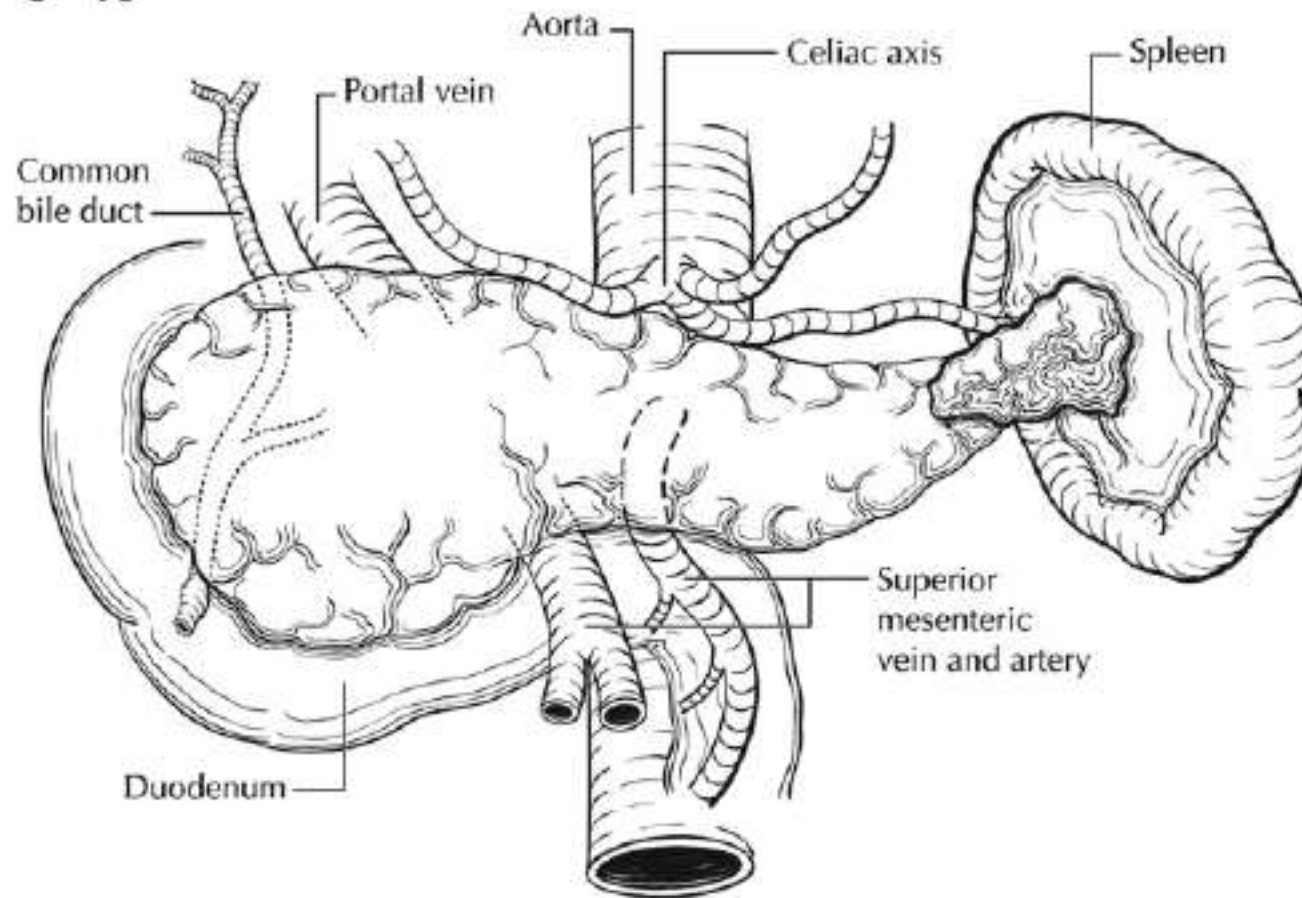
T3



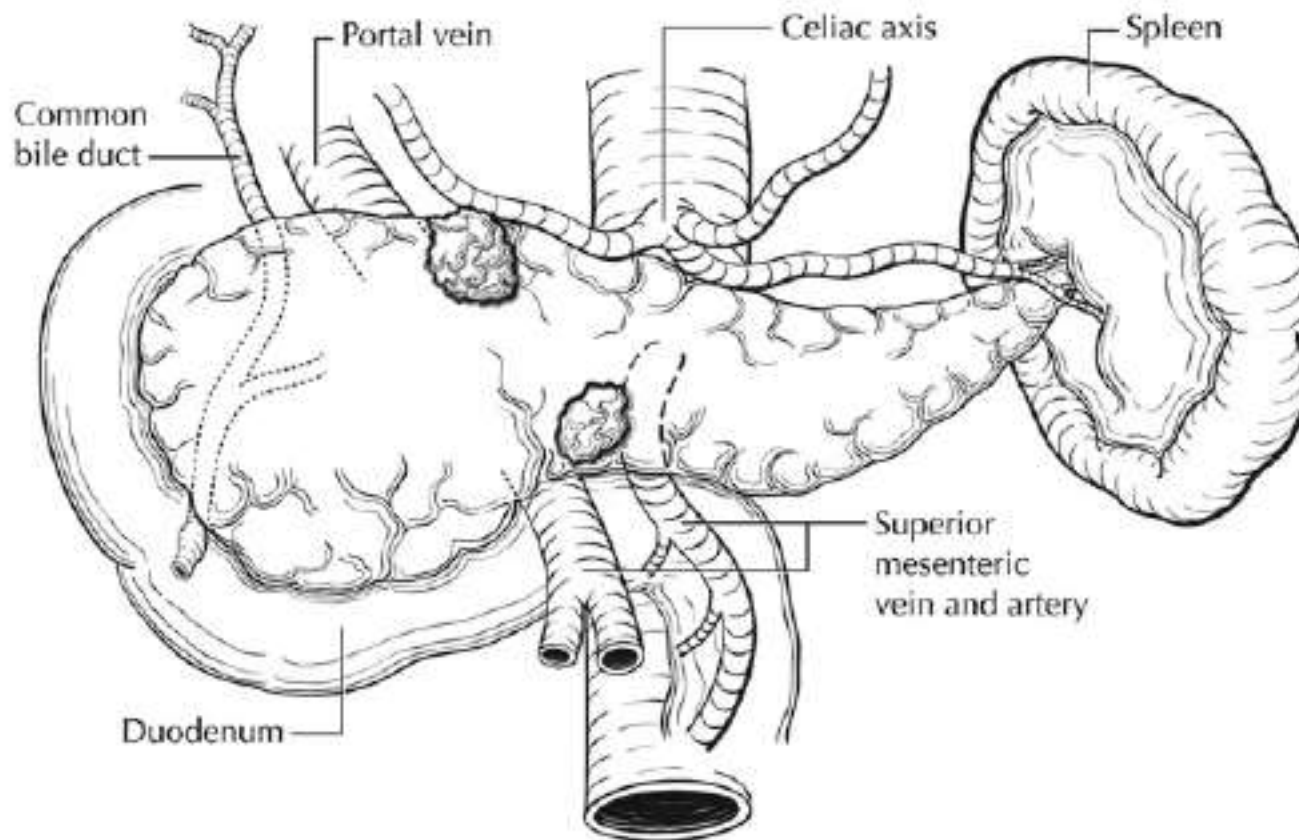
B T3



C T3



D T3



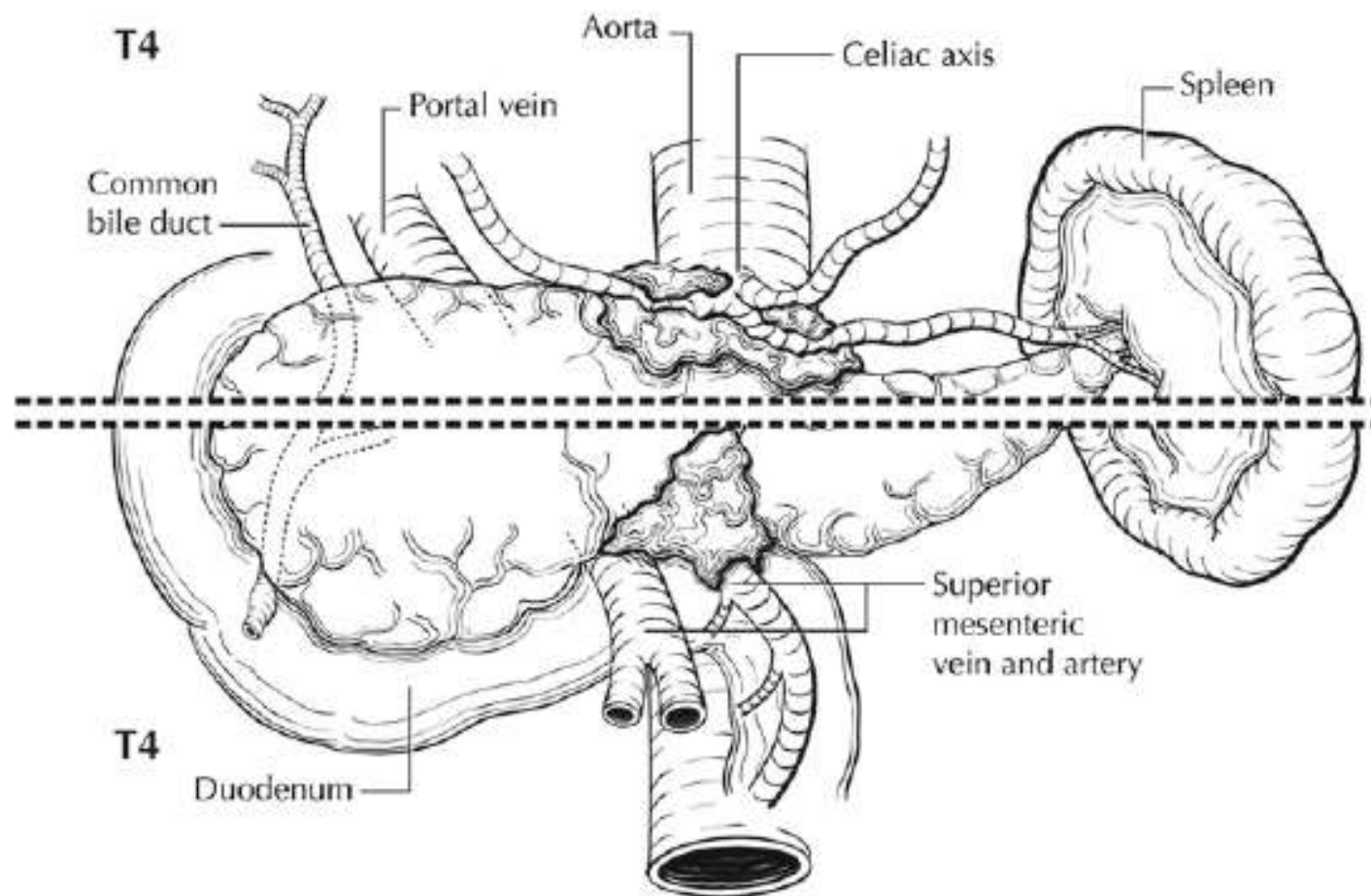
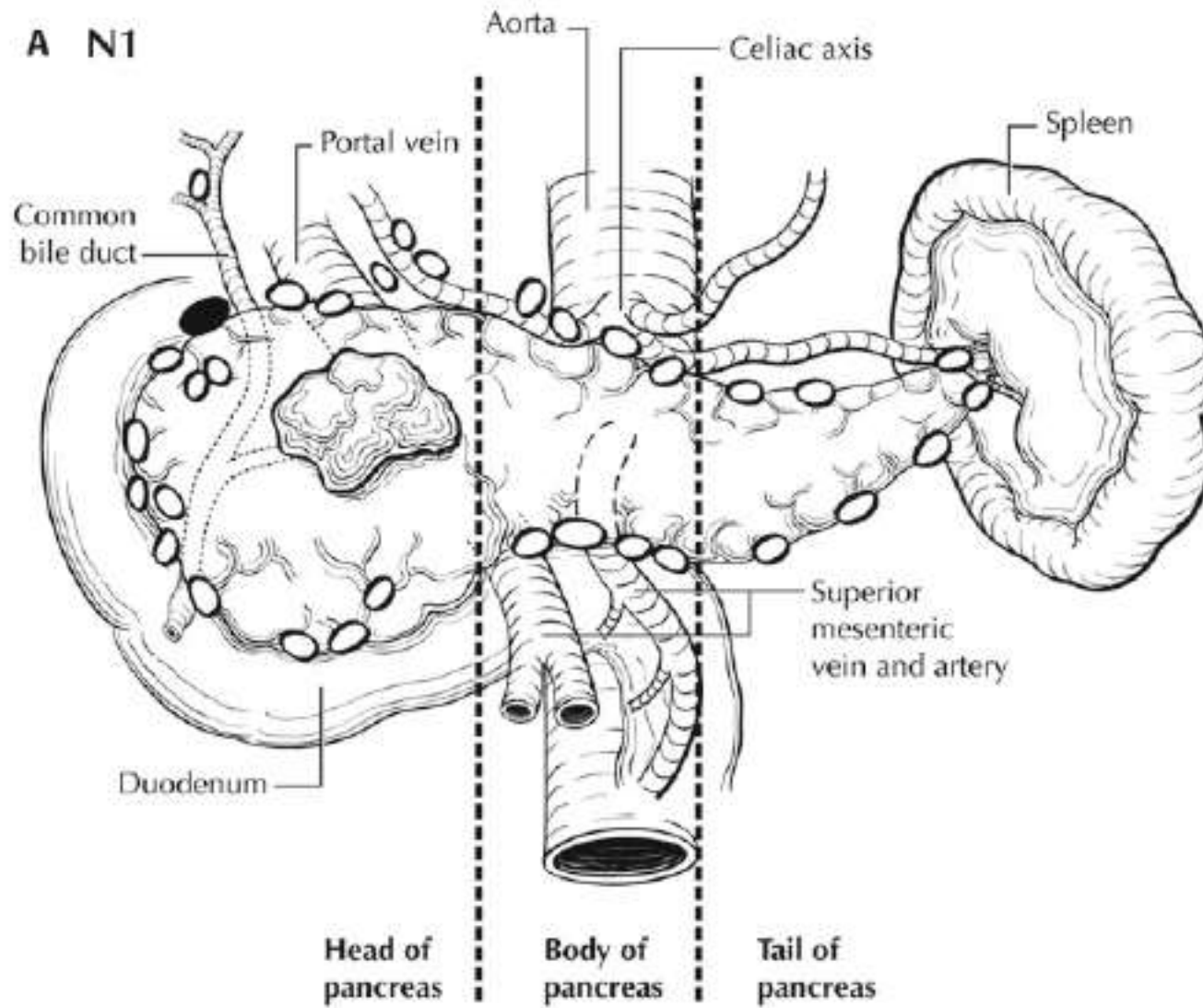
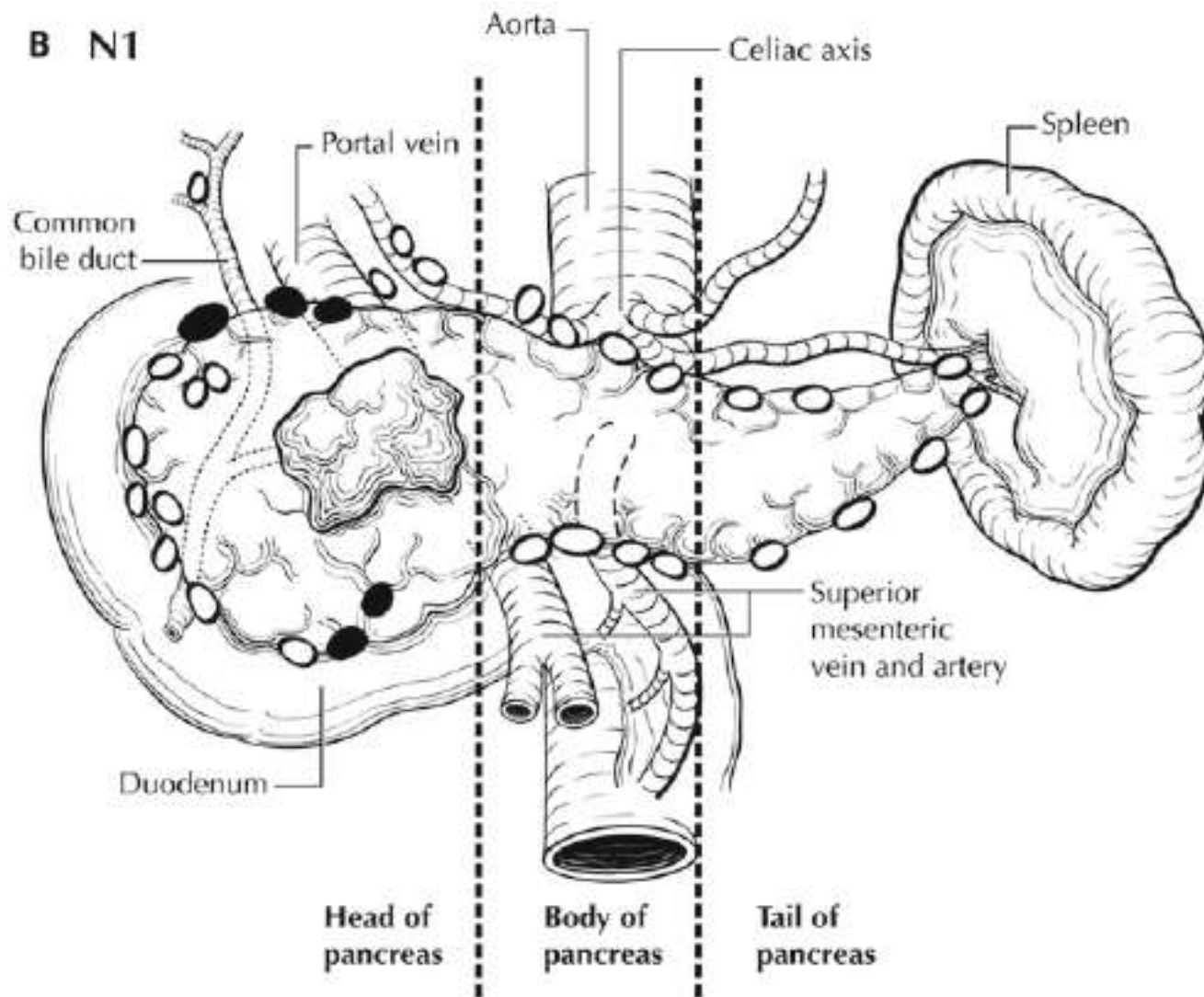


FIGURE 24.7. Two views of T4, which is defined as tumor encasing the celiac axis (above dotted line) or (below dotted line) the superior mesenteric artery (unresectable primary tumor).

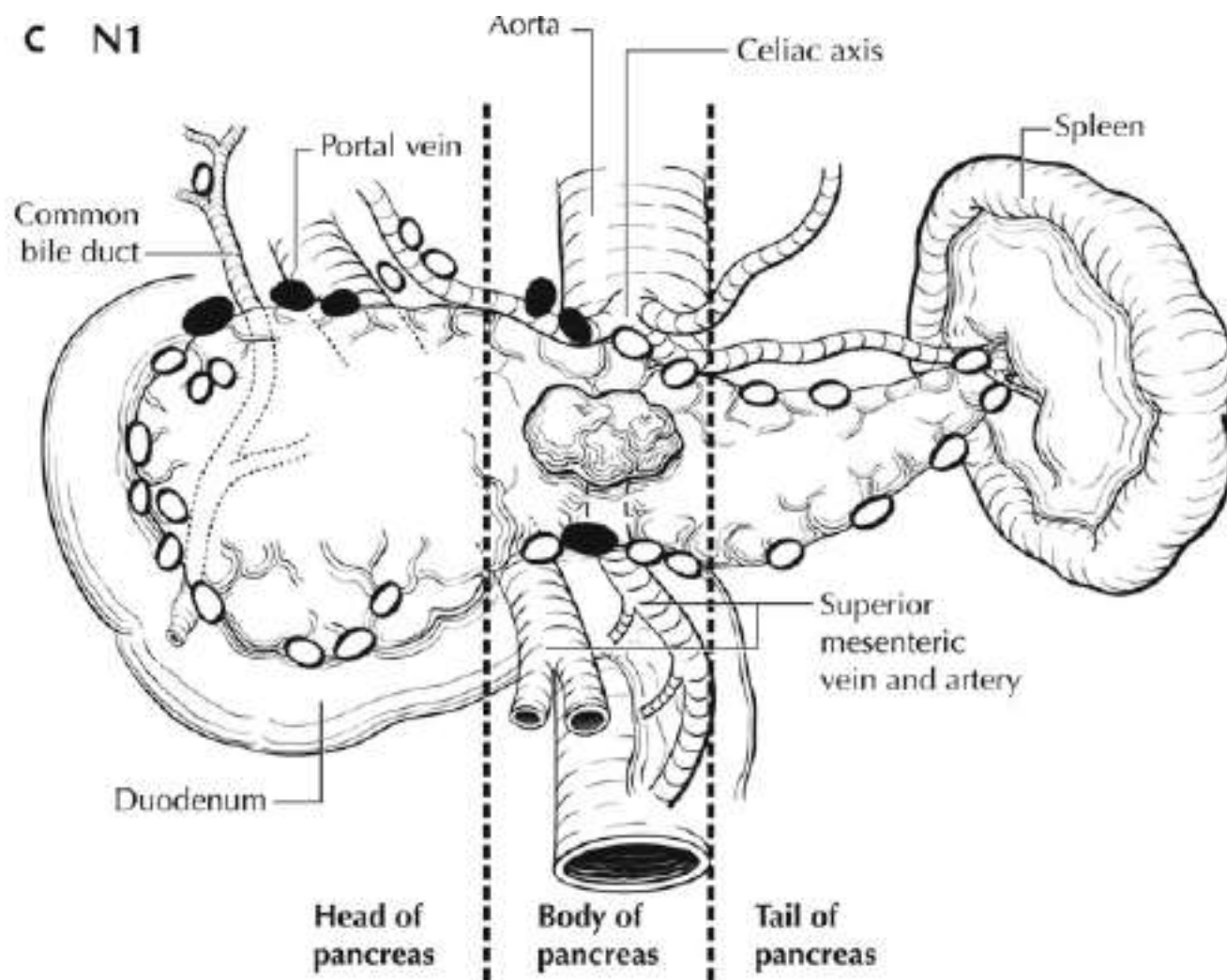
A N1



B N1



C N1



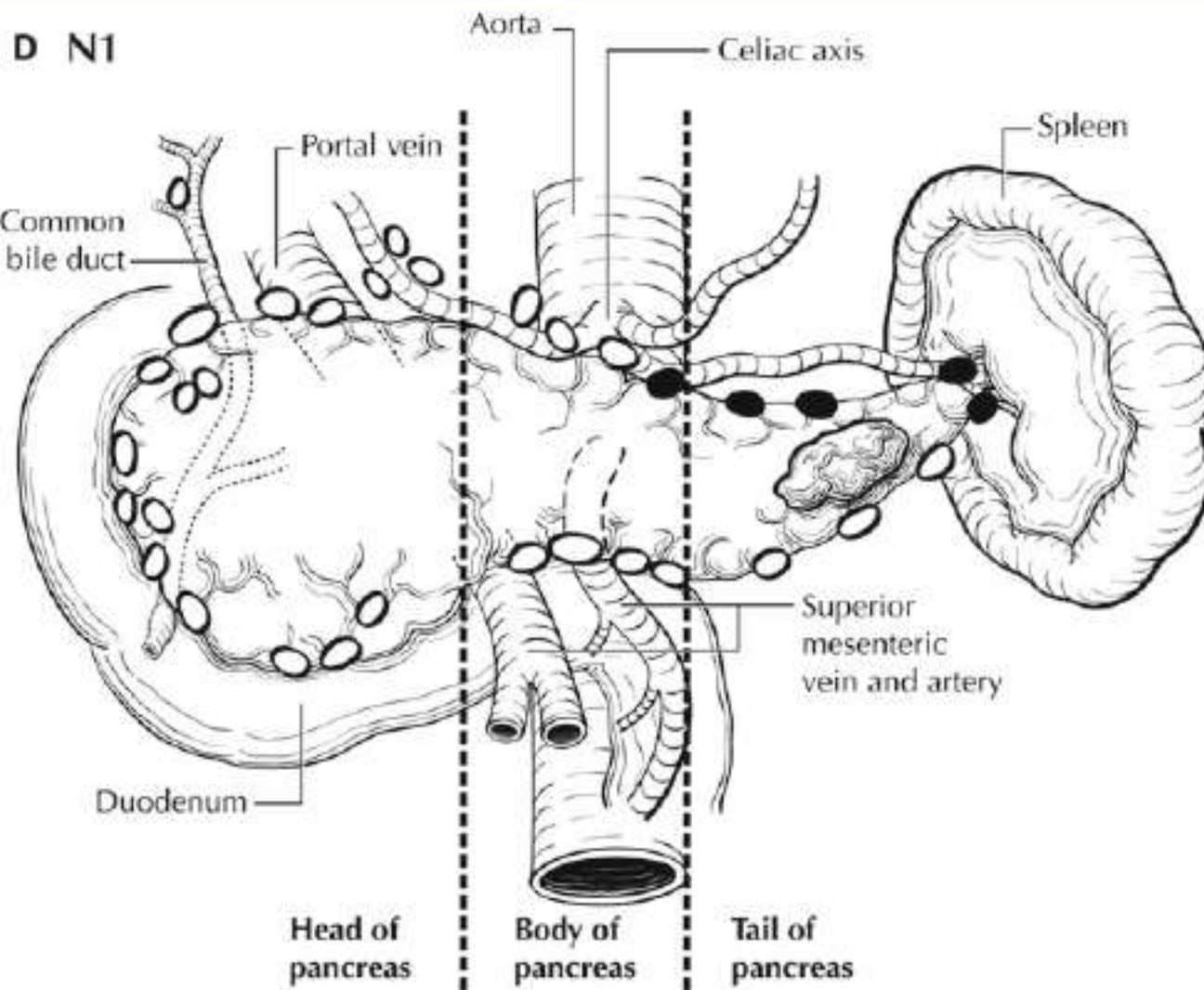


FIGURE 24.8. (continued) (D) Here, the primary tumor is located in the tail of pancreas with multiple nodal metastases in the tail of pancreas and hilum of spleen.

DIAGNOSTIC

- **DIAGNOSTIC POSITIF** :FORME TYPIQUE
CLINIQUE
EXAMENS BIOLOGIQUES
EXAMENS MORPHOLOGIQUES
- **BILAN D'EXTENSION**
- **BILAN D'OPERABILITE**
- **BILAN D'EXTENSION**
- **FORMES CLINIQUES**
- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Diagnostic positif

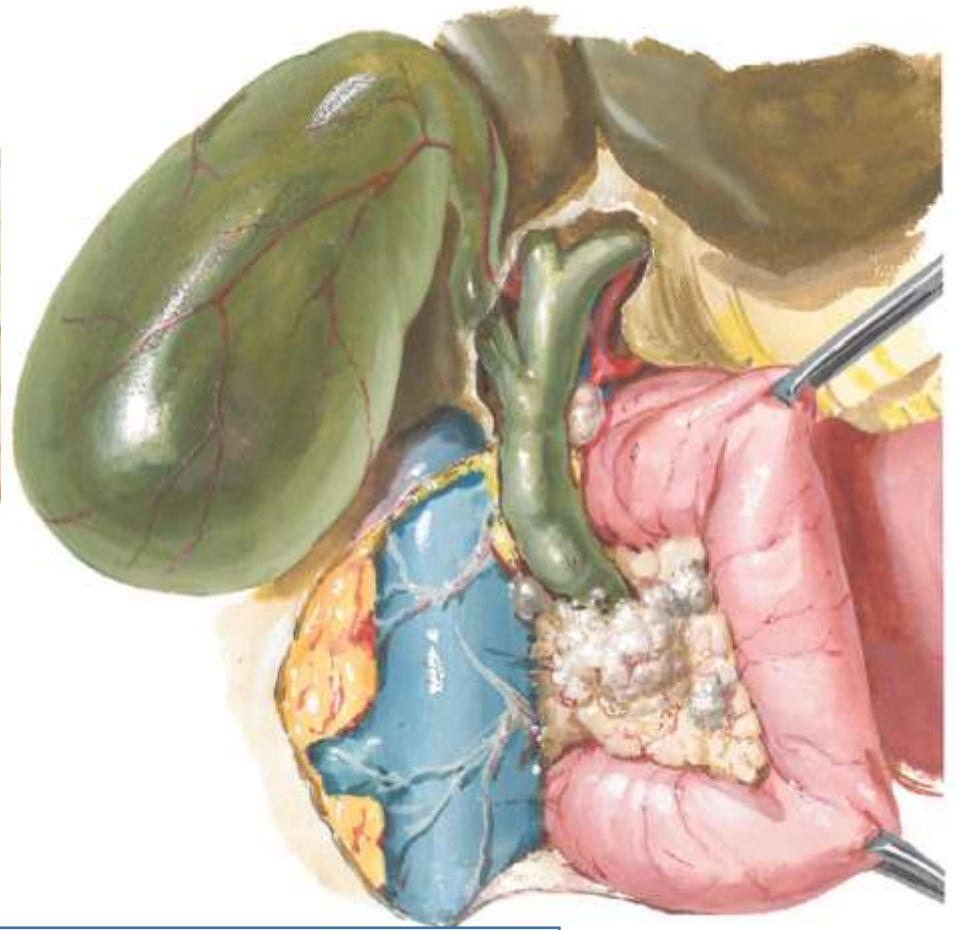
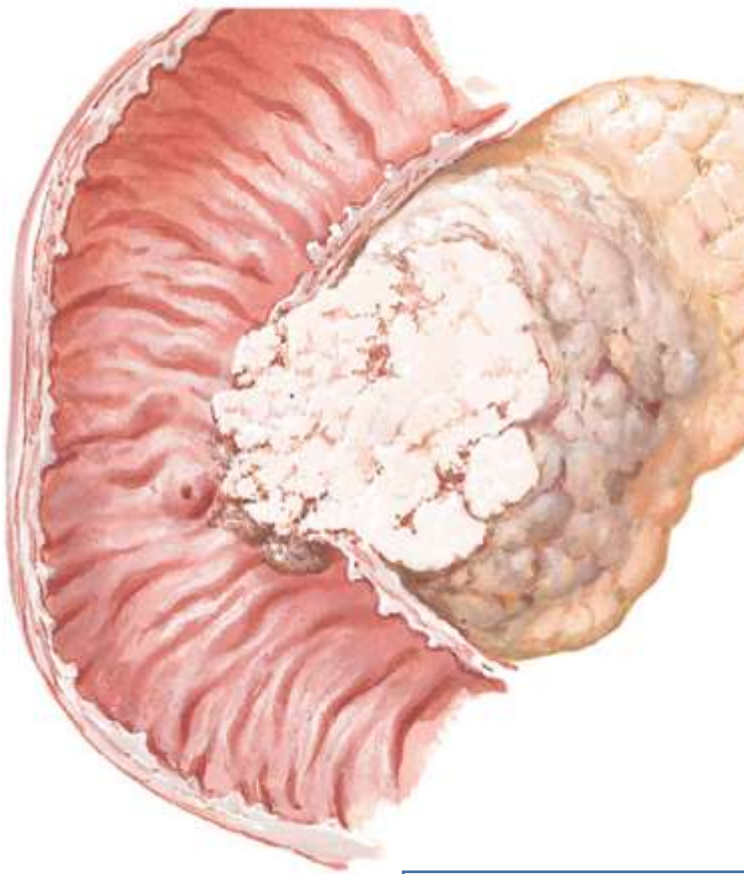
CLINIQUE

- **TDD** : forme ictérique d'un cancer de la tête du pancréas

SF:

Ictère:

nu, d'installation insidieuse, sans fièvre ni douleurs
fonçant rapidement + prurit et lésions de grattage
urines foncées , selles décolorées blanc mastic(ictère
cholestatique)
Stéatorrhée.



Tumeur de la tête du pancreas



Male



Female

Ictère conjonctivale

SG:

- Altération de l'état général:

asthénie

anorexie parfois élective aux viandes et graisses

amaigrissement rapide aboutissant à la cachexie

Pâleur

SP:

- **Grosse vésicule**: avant l'apparition de l'ictère

Signe capital en faveur du cancer de la tête du pancréas :
signe de **Courvoisier**.

Tuméfaction au bord inférieur du foie en dehors du muscle grand droit , régulière , lisse rénitente , indolore , mobile avec la respiration

- Hépatomégalie :régulière , lisse ferme indolore.

BILAN BIOLOGIQUE

Bilan hépatique:

signes de cholestase: augmentation du taux de bilirubine a prédominance conjugué.

Augmentation des phosphatases alcalines et des gamma GT

TP diminué par malabsorption de vit k .

Signes de cytolysse : absents au début.

FNS : une anémie.

CA 19 9 .

BILAN MORPHOLOGIQUE

- **ECHO A/P:**

Permet de visualiser les tm de plus de 2 cm.

Visualiser la **dilatation de la VBP** et parfois du Wirsung.

Inconvénients : pancréas non visualisé dans 20 % des cas

- **TDM A/P** avec injection de produit de contraste

Sensibilité de 90 % pour le diagnostic de tumeur du pancréas : **masse hypo dense**.

20 -30% des cancers du pancréas de moins de 2 cm sont méconnus

- **IRM + cholangiographie** par résonnance magnétique:

Permet de visualiser les tumeurs de moins de 2 cm

Permet de visualiser la **dilatation du Wirsung et de la VBP** en amont d'une image d'arrêt/image de sténose régulière.

TDM A/P



Tumeur de la tête du pancréas sur une coupe TDM

Bili IRM



Tumeur de la tête du pancréas a la bili IRM

- **Echoendoscopie**: examen invasif

Sensibilité diagnostic supérieure à 95 % indépendante de la taille du cancer du pancréas.

Permet de guider une ponction pour étude anapath.

Permet de guider une neurolyse coéliquale.

BILAN D'EXTENSION

- **Interrogatoire.** Douleurs, vomissements, céphalées, douleurs osseuses ,signes respiratoires....
- **Examen clinique** : Recherche d'une hépatomégalie , ADP ; ascite ; carcinose péritonéale
- **Echographie a/p** :

Métastases hépatiques ,ovariennes

ADP de façon moindre

Signes directes de carcinose: nodules

Signes indirectes: ascite

BILAN D' EXTENSION

- **TDM A/P :**

bonne évaluation de l'extension locale(vasculaire, ganglionnaire et organes de voisinage).

Détection des métastases hépatiques, ovariennes...

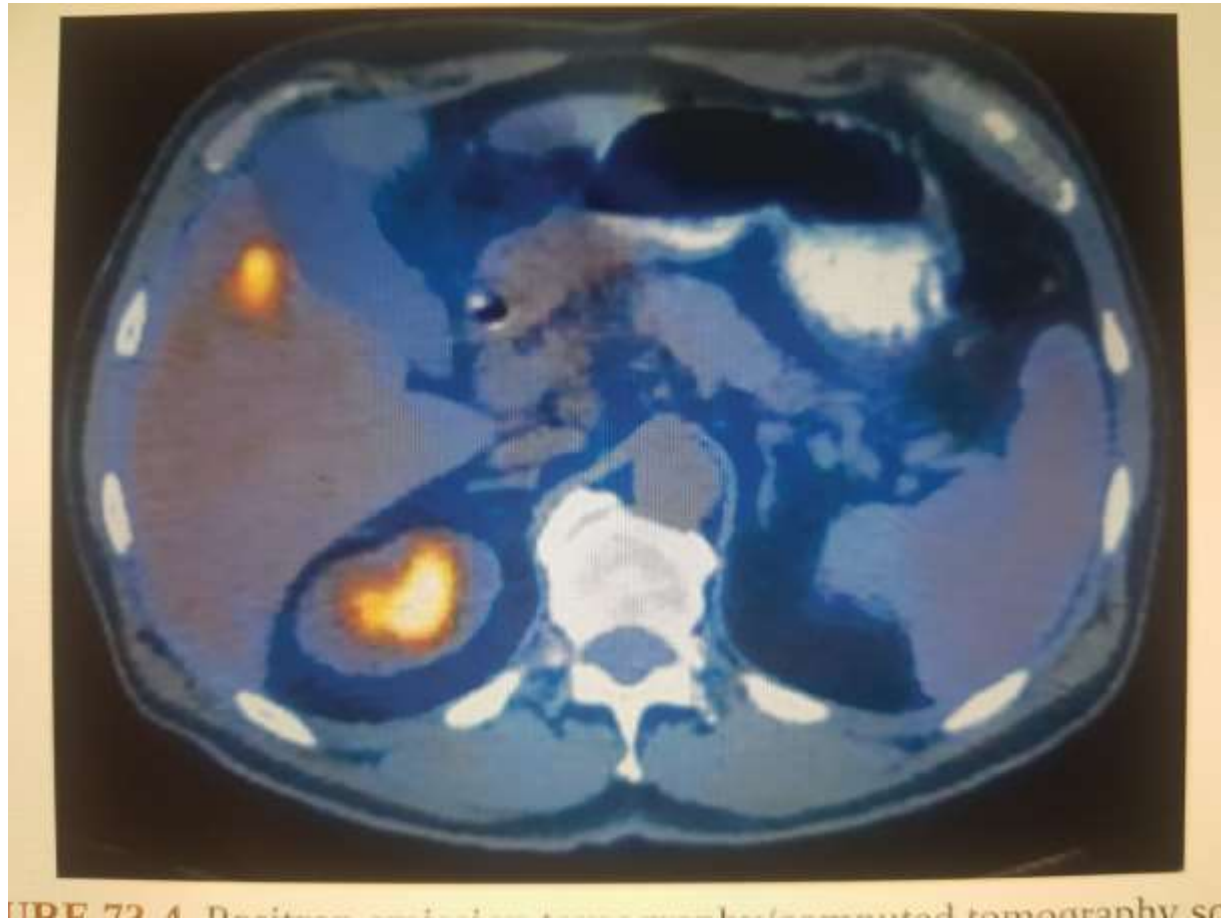
- **TDM THORACIQUE:** métastases pulmonaires

- **ECHOENDOSCOPIE:** envahissement artériel ,veineux et ganglionnaire

- **TEP SCAN**

- Autres: **scitigraphie osseuse, TDM cérébrale.....**: en fonction des signes d'appel

Tep scan



TEP SCANNER

- **LA LAPAROSCOPIE**

Dépistage des métastases péritonéales ou hépatiques de petite taille non visualisées par l'imagerie.

Rentabilité plus importante que l'imagerie préopératoire, 25 % de tumeurs de la tête et jusqu'à 50 % des tumeurs corporéo-caudales jugées potentiellement résécables par le bilan d'imagerie sont non résécables.

Coelioscopie :métastases hépatiques



Figure 33-67. Liver metastases identified at diagnostic laparoscopy.

BILAN D'OPÉRABILITÉ

- **Clinique:** état général, âge, existence de tares associées, taux d'amaigrissement et BMI ,diurèse.
- **Para clinique:** Telethorax, ECG, bilan biologique(FNS,TP,UREE,CREAT, BT,BD,TGO,TGO...)

FORMES CLINIQUES

SYMPTOMATIQUES:

1 DOULOUREUSES:

- Par compression ou envahissement du plexus nerveux coelomesenterique surtout en cas de cancer du corps du pancréas.
- Par obstruction des canaux pancréatiques donnant le tableau de pancréatite aigue.

2 TUMORALES: cancer de la queue du pancréas.

3 TROUBLES DIGESTIS stéatorrhée.

4 DIABETE INAUGURAL.

5 FORMES COMPLIQUES : accès d'angiocholite, de pancréatite, ascite, métastases hépatique ou péritonéale

6 SYNDROME PARANÉOPLASIQUE: phlébite, troubles neurologiques(neuropathie périphérique), polymyosite, syndrome de cushing, steatonecrose sous cutanée et osteoarticulaire

TOPOGRAPHIQUE:

1 TETE: forme ictérique typique

Forme ictérique atypique: angiocholite, VB non palpable (scleroatrophique)

Forme anicterique

2 CORPS: forme douloureuse

Forme ictérique parfois

3 QUEUE: forme tumorale

Parfois troubles généraux, digestifs et endocriniens

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Formes ictériques :

- LVBP
- Angiocholite.
- Pancréatite chronique.
- Ictère néoplasique :
 - Cancer du hile hépatique.
 - Cancer de la VB
 - Ampullome vaterien.
- Cancer secondaire du foie.
- Cancer du duodénum.

FORMES DOULOUREUSES: crise ulcéreuse, perforation d'ulcère, IEM,

FORME TUMORALE: SPM, gros rein, cancer colique:ACG, transverse, cancer gastrique, tumeurs retroperitoneales

TRAITEMENT

I. méthodes

TRT curatif:

Réanimation

Chirurgie

TRT adjuvant et néo adjuvant

TRT palliatif

Chirurgie

Endoscopie

Radio-chimiothérapie palliative

II. Indications

Malade non opérable

Malade opérable et tumeur resecable

Malade opérable et tumeur non resecable

METHODES

A visée curative

I. MISE EN CONDITION ET RÉANIMATION:

Correction des troubles de coagulation et correction du **TP** par administration de vit K en IV chez le patient icterique

Schéma de **réhydratation** avec contrôle de la diurèse : lutte contre la défaillance rénale induite par l'ictère et le syndrome biliprive

Lutte contre l'infection pat **ATB** prophylaxie
(CG2 et metronidazole)

Lutte contre la **dénutrition** et favoriser la cicatrisation par un support alimentaire

Kinésithérapie respiratoire

Correction des **tares** associées

Préparation psychologique

Drainage biliaire préopératoire si taux de bilirubine supérieur à 30 mg

II.CHIRURGIE

•RESECTION:

1.DUODENO PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE: résection en bloc de la tête du pancréas et des structures biliodigestives attenantes: antre gastrique, cadre duodénal, 1 ère anse jéjunale, VB en continuité avec le canal cystique et le cholédoque

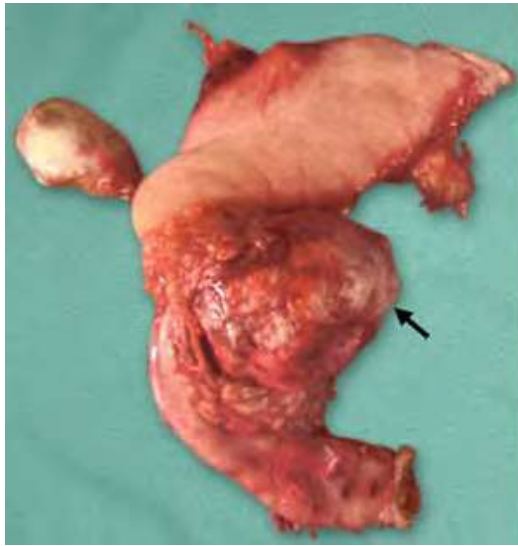
Peut être associée a une résection d'une partie de la VMI ou de la VP,

2 DUODENOPANCREATECTOMIE TOTALE:

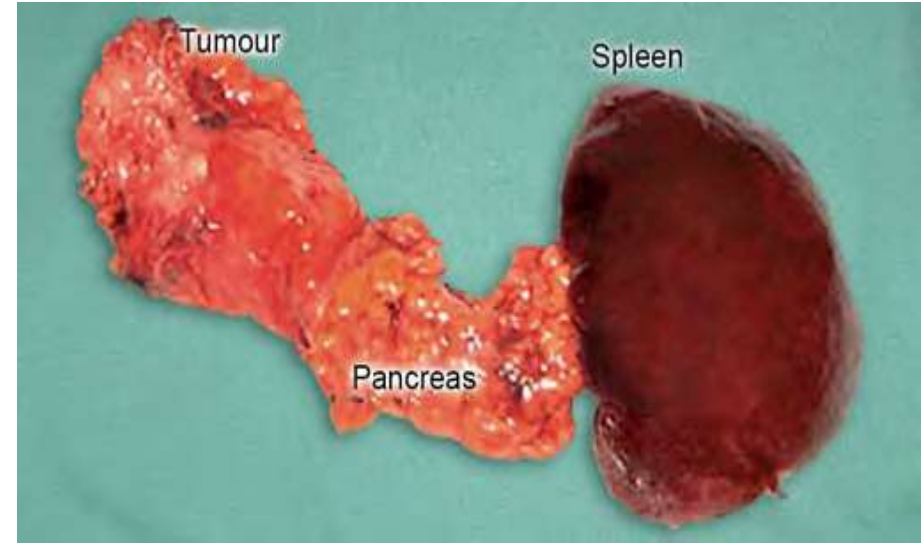
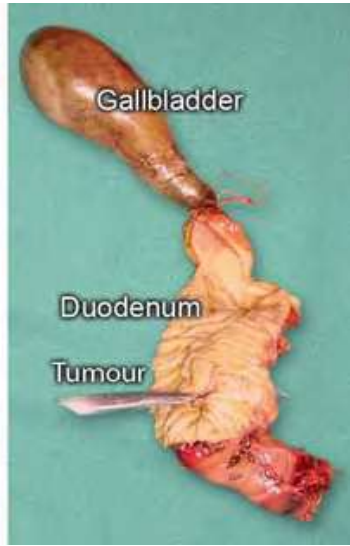
Résection en bloc de tout le pancréas et des structures biliodigestives attenantes et la rate

3 SPLENOPANCREATECTOMIE GAUCHE:

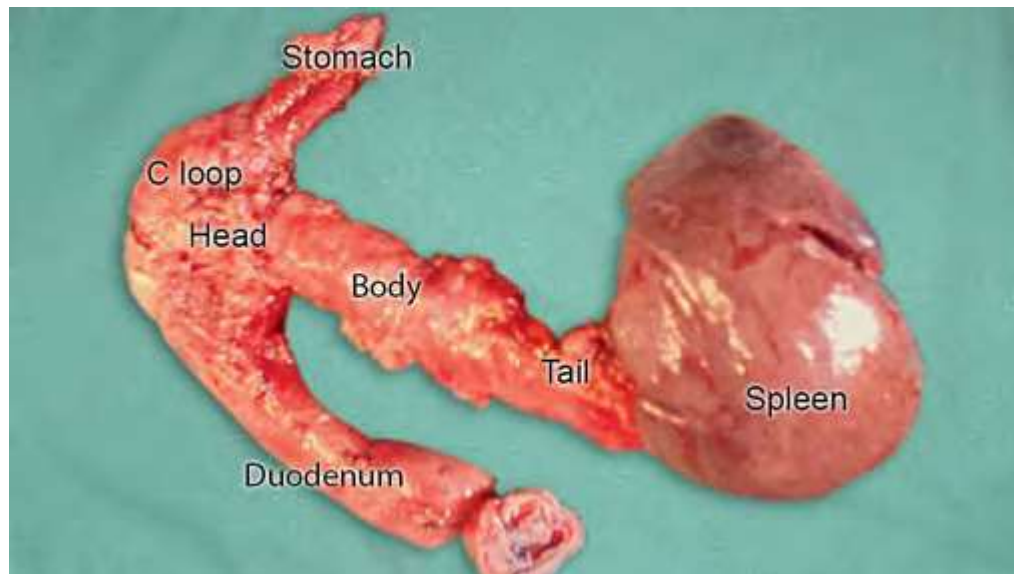
- Résection en bloc de la rate, et de la partie corporeocaudale du pancréas



DPC



SPLENO
PANCREATECTOMIE
CAUDALE



DUODENO-PANCREATECTOMIE
TOTALE

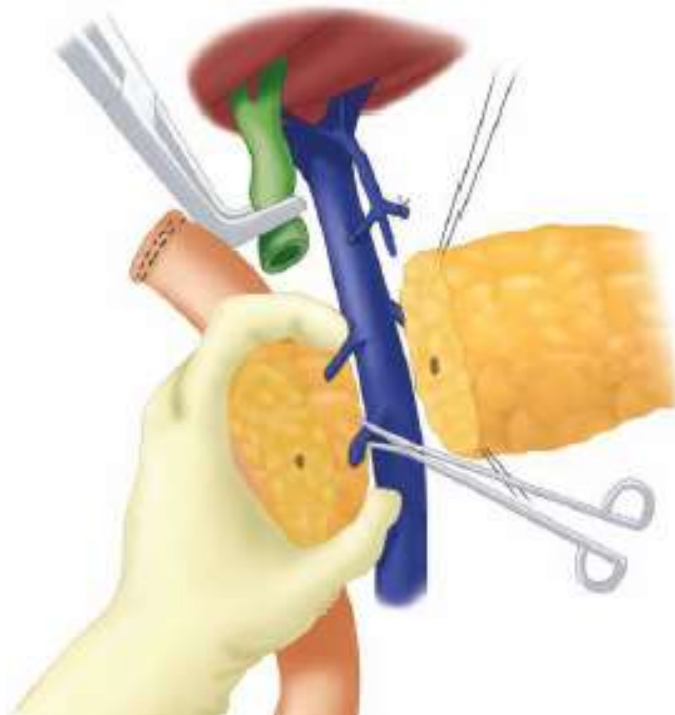
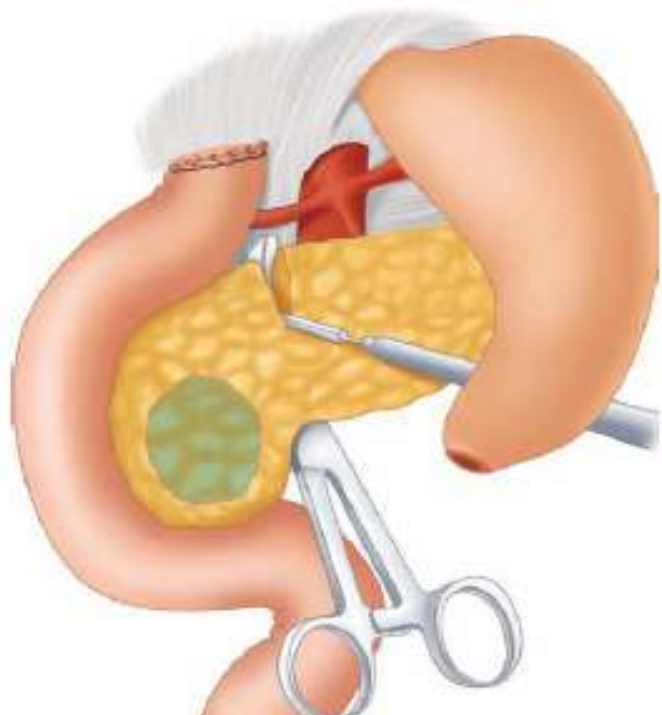
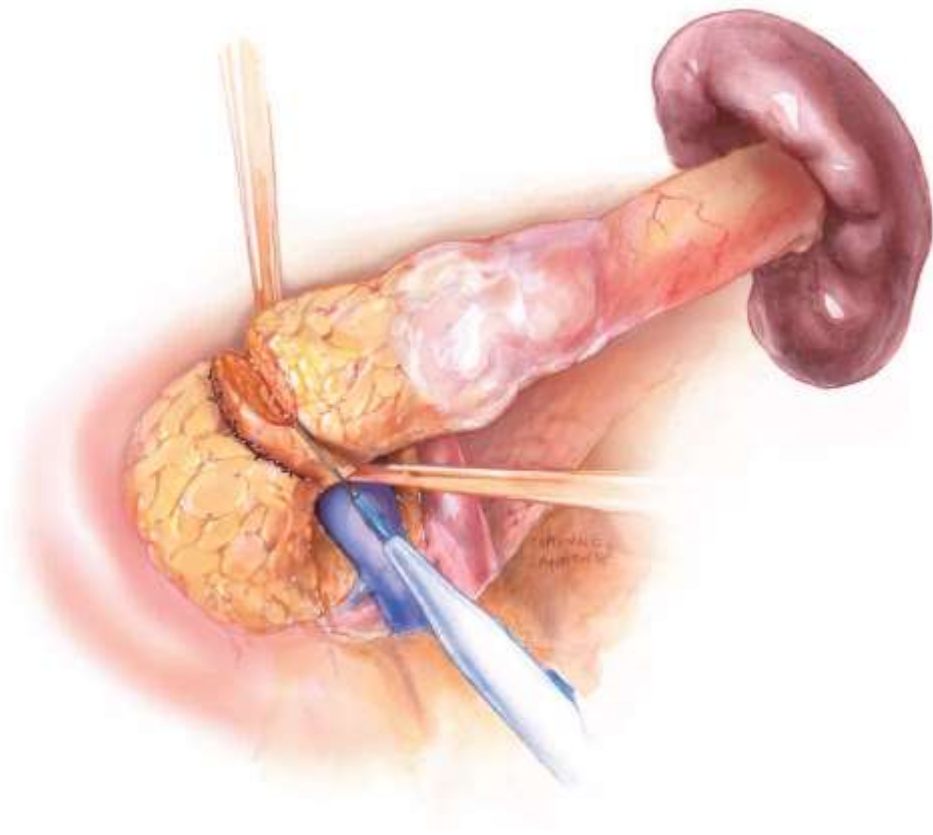


Figure 33-



Pièce de DPC



Spleno pancreatectomie caudale

CURAGE GANGLIONNAIRE N1

- **Tête du pancréas:**

peri pancreatiques antérieurs et postérieurs, hépatiques ,
au bord droit du pédicule hépatique et de l'AMS a son
origine

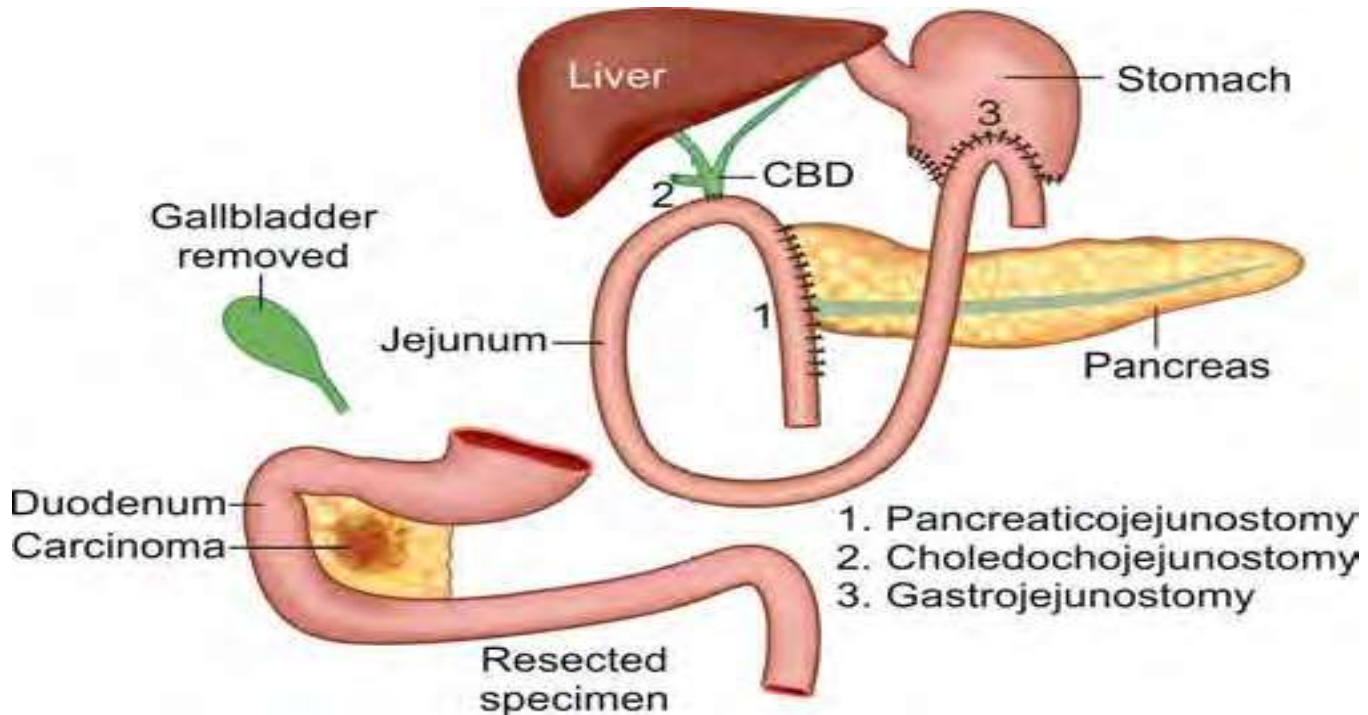
- **Corporeo caudal:**

peri pancreatiques antérieurs et postérieur, hépatique
communs, au bord gauche de l'AMS et du TC, dans l'
épiploon gastrosplénique

RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE:

- Selon CHILD: drainage successif du pancréas, de la VBP, et de l'estomac sur la première anse jéjunale

Autres:



Montage selon CHILD après DPC

RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE SELON CHILD



III. CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE:

- But :

diminuer le taux de récurrence

Augmenter le taux de survie

- Méthodes :

5FU et acide folinique (6 cures FUFOL)

6 cycles de GEMCYTABINE

4. CHIMIOThÉRAPIE ET RADIO-CHIMIOThÉRAPIE NEO ADJUVANTE:

essais cliniques sur une population très sélectionnée et traitée dans des centres hyperspécialisés

A VISEE PALLIATIVE

- **CHIRURGICAL:**

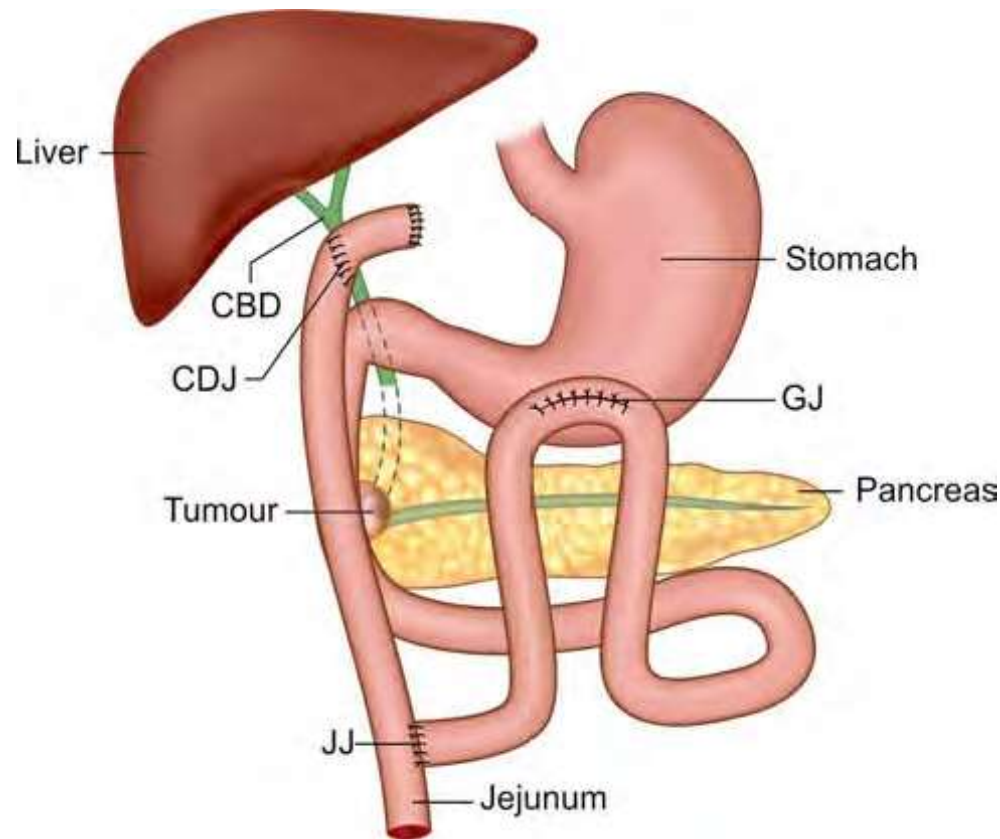
Double dérivation:

- Biliaire: cholecysto-duodenale, cholecysto-jejunale
choledocho-duodenale, choledocho-jejunale,
hepaticojejunale
- Digestive: GEA

Chirurgie de la douleur:

- Splanchniectomy chirurgicale, splanchniectomy
chimique peropératoire

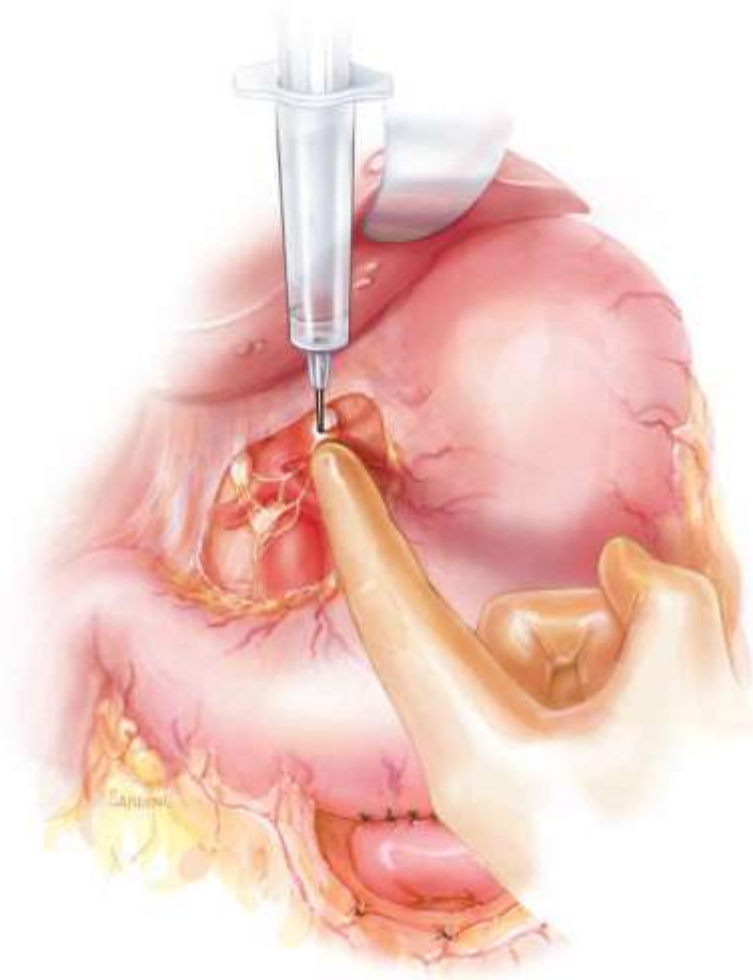
DOUBLE DERIVATION BILIAIRE ET DIGESTIVE



DOUBLE DERIVATION



NEUROLYSE CHIMIQUE PEROPERATOIRE



ENDOSCOPIQUE:

- Endoprothèse : duodénale et biliaire, plastique ou métallique
- Neurolyse coélique : splanchniectomie chimique guidée par l'échoendoscopie

CHIMIOTHÉRAPIE PALLIATIVE:

GEMCYTABINE

5FU, FOL, OXA si échec

La radio chimiothérapie peut être discuter si les patients ne progressent pas.

Radiothérapie antidouleur.

Soins de support nutritionnel et antalgique



Figure 33-70. Expandable metallic biliary stent. After ERCP cannulation of the distal bile duct (*left*) the stent is advanced over the cannula and placed across the obstruction in the distal bile duct (*right*).

Endoprothese metalique

INDICATIONS

OPERABILITE:

- Ne sont pas opérés les patients avec défaillance viscérale, cardiaque, pulmonaire, rénale ,cirrhose avec HTP.
- métastases viscérales ou carcinose péritonéale.

RESECABILITE :

Non resecable si :

EXTENSION A DISTANCE: meta foie ,poumon peritoine..

EXTENSION LOCOREGIONALE:

- **INFILTRATION POSTÉRIEURE:** lame retro portale, envahissement de la gaine de l'artère mésentérique, adventice de l'AO

- **EXTENSION VASCULAIRE:**

AMS, AH,TC

VMS et VP si ca intéresse plus de la moitié de la circonférence

Si la partie proximale de la veine mésentérique concernée
abouchement des dernières veines jéjunales

Signes manifestes d'HTTP segmentaire(exp cavernome portal)

- **EXTENSION GANGLIONNAIRE:**

Hile hépatique, racine du mésentère, TC, inter aortico-cave

1. Malade non opérable:

- Endo-prothese biliaire si ictère
- Endo-prothese duodénale si sténose duodénale
neurolyse coélique endoscopique si douleur
- Chimiothérapie palliative si supportable
- Soins palliatifs

2. Malade opérable et lésion resecable:

Chirurgie curative et chimiothérapie adjuvante ou radio chimiothérapie néo-adjuvante

- **Tm tête** : DPC, duodeno-pancreatectomie totale si l'examen anatomopathologique extemporané de la tranche de section est positif ,curage N1,et RC
- **TM corps ou queue**: spleno-pancreatectomie caudale , totale si l'extemporané de la tranche est positif
- **TIPMP dégénéré**: DPT et curage N1 et RC

MALADE OPERABLE ET LESION NON RESECABLE:

- Double dérivation chirurgicale et alcoolisation coeliaque et chimiothérapie palliative si pas de méta ou carcinose
- Endoprothèse duodénale et ou biliaire, neurolyse coeliaque endoscopique avec chimiothérapie palliative

BIBLIOGRAPHIE

- R.Faroux EMC **tm malignes du pancréas exocrine** emc 2014
- C. Buffet EMC **Cancer du pancréas exocrine** : clinique, bilan diagnostique et préthérapeutique 2009
- A.Hollebecque, D.Goéré,E.Deutch,M.Ducieux EMC **Cancer du pancréas exocrine traitements** 2013
- P.Lawrans **Essentials of General Surgery and Surgical Specialties** wolters kluer
- **SRB's Manual of Surgery**
- J. cameron **atlas of gastrointestinal surgery**
- **Netter's surgical anatomy and aproaches**
- **Thesaurus de cancerologie digestive**

Merci