

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOSTEFA BENBOULAIID BATNA 2
FACULTE DE MEDECINE DE BATNA
COURS DE GASTRO-ENTEROLOGIE
2024_2025

Cancer du pancréas

Dr . Dous . CH

Table des matières :

- A. Définition**
- B. Epidémiologie:**
 - Générale
 - Facteurs de Risque
- C. Rappel anatomique**
- D. Anatomopathologie:**
 - Macroscopique
 - Microscopique
- E. Diagnostic positif:**
 - Clinique
 - Paraclinique
- F. Diagnostic différentiel**
- G. Prise en charge:**
 - But/ moyens
 - Les indications thérapeutiques
- H. Surveillance**
- I. Conclusion**

A. Définition:

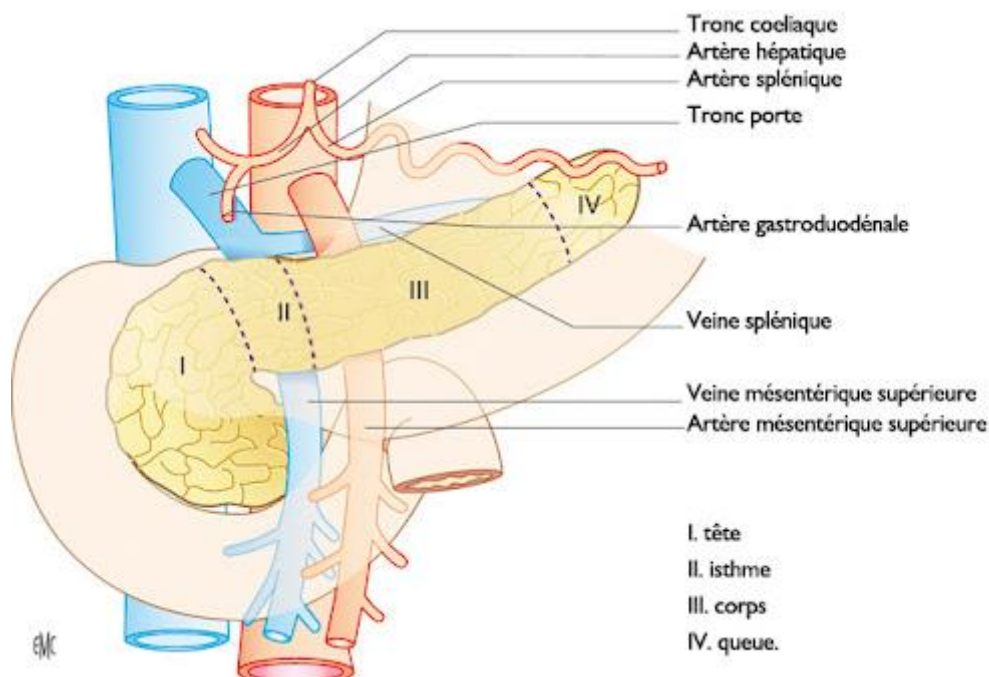
- Les tumeurs malignes du pancréas sont le plus souvent d'origine exocrine, dominées par l'adénocarcinome canalaire (tumeur épithéliale).
- D'autres types histologiques, moins fréquents, peuvent également être observés (néoplasmes neuroendocrines, lymphomes, métastases pancréatiques...).

B. Épidémiologie:**1. Générale:**

- Le cancer du pancréas est le cancer digestif le plus fréquent aux pays développés
- Il devrait être la deuxième cause de mortalité par cancer en Europe en 2030
- ADK pancréatique est le type histologique le plus fréquent, présentant 90% des cas
- L'âge moyen au diagnostic chez la femme et l'homme est respectivement de 73 et 68 ans
- Le seul traitement à visée curative est la **Chirurgie**
- Son Diagnostic est le plus souvent tardif
- Le pronostic est très défavorable
- Survie globale (SG) à 5 ans, tous stades confondus, de 7% à 8%

2. Facteurs de risque:

Endogènes	Exogènes	Lésions précancéreuses
<ul style="list-style-type: none">• L'obésité• Diabète• Pancréatite chronique• Prédisposition génétique• Age (> 50 ans)• Sexe masculin	<ul style="list-style-type: none">• Tabagisme +++• Alcool• Régime pauvre en fibres• Exposition aux métaux lourds	<ul style="list-style-type: none">• Tumeurs intra canalaire papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP)• Tumeurs mucineuses kystique• Néoplasie intraépithéliale pancréatique (PanIN)

C. Rappel anatomique:

D. Anatomopathologie:**1. Macroscopie:**

- Soixante-dix à 80 % des CP se situent dans la tête du pancréas.
- Les tumeurs localisées au niveau de la queue du pancréas sont souvent les plus volumineuses.
- Mode d'extension:
 - ✓ Ganglionnaire
 - ✓ vasculaire
 - ✓ Métastases :
 - Tumeur céphalique : extension rétro-péritonéale, duodénale, gastrique, péritoine vésiculaire
 - Tumeur corporéo-caudale : péritoine, estomac, rate, glande surrénale.
 - Autres : foie, poumon ...

2. Microscopie:

- La forme histologique la plus fréquente: ADK canalaire du pancréas plus ou moins différencié
- Il se développe à partir des cellules épithéliales canalaire et représente, avec ses variantes histologiques, la très grande majorité des tumeurs solides primitives du pancréas.
- Il existe des variantes histologiques de l'adénocarcinome pancréatique (carcinomes médullaires, les carcinomes adenosquameux, les carcinomes hépatoides...)
- La classification TNM de l'AJCC 2017 (8^e édition) permet une stratification clinico-pathologique et guide la décision thérapeutique.
 - ✓ T: tumeur
 - ✓ N: envahissement ganglionnaire
 - ✓ M: métastases

Catégorie T	Taille de la tumeur mesurée dans sa plus grande dimension
T1	Tumeur ≤ 2 cm T1a $\leq 0,5$ cm T1b $> 0,5$ cm et < 1 cm T1c > 1 cm et ≤ 2 cm
T2	Tumeur > 2 cm et ≤ 4 cm
T3	Tumeur > 4 cm
T4	Tumeur envahissant tronc cœliaque, AMS et AHC
Catégorie N	Adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1	1 à 3 ganglions métastatiques régionaux
N2	≥ 4 ganglions métastatiques régionaux
Catégorie M	Métastases à distance
M0	Absence
M1	Présence

AHC : artère hépatique commune; AJCC : American Joint Committee on Cancer; AMS : artère mésentérique supérieure.

Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T1-T3	N1	M0
Stade III	Tout T-T4	N2 tout N	M0
Stade IV	Tout T	Tout N	M1

AJCC : American Joint Committee on Cancer.

E. Diagnostic positif:**1. Clinique:****• Mode de révélation:**

- Le type et la chronologie des manifestations cliniques dépendent principalement du site de la tumeur primitive et de son stade au diagnostic.
- Les symptômes les plus fréquents:
 - ✓ **Ictère choléstatique:** représente le signe essentiel du cancer de la tête du pancréas. il est progressif , nu Il s'accompagne de selles décolorées (couleur mastic), d'urines foncées (couleur bière brune), de prurit (qui précède parfois l'apparition de l'ictère) et de troubles digestifs.
 - ✓ **Syndrome douloureux abdominal:** constitue la manifestation clinique la plus fréquente. Elle prédomine classiquement dans les localisations corporeales et caudales de la tumeur. La douleur, localisée en région sus-ombilicale, présente un caractère transversale et transfixiant. Initialement modérée et intermittente, elle tend à devenir plus fréquente et plus intense, évoluant vers des paroxysmes douloureux majeurs. Ces douleurs sont souvent insupportables en décubitus dorsal, contraignant le patient à adopter des positions antalgiques(l'antéflexion du tronc, la position en chien de fusil ou encore la compression manuelle de la région sus-ombilicale).
 - ✓ **Altération de l'état général:** souvent à un stade avancé (asthénie, amaigrissement, anorexie)
 - ✓ **Diabète :** soit récent (< 2 ans), causé par le cancer soit ancien.
 - ✓ **Autres:** pancréatite aigue ,évènement thromboembolique , occlusion intestinale, hémorragie digestive ...

• L'examen physique:

- ✓ **L'interrogatoire:** à la recherche des antécédents personnels et familiaux de cancers
- ✓ **Inspection:** ictère cutanéomuqueux et les lésions de grattage
- ✓ **Palpation:** à la recherche d'une masse épigastrique, hépatomégalie, grosse vésicule palpable(loi de Courvoisier-Terrier), ganglion de troisier...
- ✓ **Percussion:** matité des flancs(ascite= stade avancé)

2. Paraclinique :**• Biologie:**

- ✓ **Bilan hépatique :** un syndrome de choléstase biologique (élévation du taux de γ GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée),une cytolysé hépatique modérée (ALAT, ASAT élevés).
- ✓ Une glycémie élevée
- ✓ **Marqueurs tumoraux :** L'antigène carbohydre 19-9 (CA 19-9) ne présente pas de bonnes performances diagnostiques, En revanche, il présente un intérêt pronostique et constitue un outil utile pour le suivi thérapeutique.

• Les examens morphologiques:

- ✓ **L'échographie abdominale:** constitue l'examen de première intention en cas d'ictère.
- ✓ **La TDM thoraco-abdominopelvienne tri phasique avec injection du produit de contraste:** est l'examen de référence pour visualiser la tumeur et son retentissement, évaluer son stade juger de sa respectabilité chirurgicale et d'établir le bilan d'extension.
- ✓ **IRM abdominale avec séquence de cholangiopancréatographie:**

est une alternative aussi sensible et spécifique que la TDM pour le bilan diagnostique et d'extension de l'AP à l'étage abdominal, mais est moins utilisée en raison de son coût et de sa disponibilité plus limitée

- ✓ **IRM hépatique de diffusion:** à la recherche des localisations secondaires hépatiques
- ✓ **Echoendoscopie:** a pour principal intérêt de permettre la réalisation de prélèvements à visée cytologique ou histologique. Elle peut aussi apporter des informations complémentaires à la TDM concernant l'extension locorégionale.
- ✓ **cholangio-pancréato-graphie rétrograde endoscopique (CPRE):** est envisagée pour réaliser un geste de drainage biliaire, elle peut être associée à un cytotabouillage à visée diagnostique.
- ✓ **Laparoscopie:** permet de détecter et de biopsier de petites métastases péritonéales et/ou hépatiques, notamment en cas de doute sur la résectabilité, en particulier face à des tumeurs corporeo-caudales volumineuses.
 - **L'examen histologique:**
- ✓ Non systématique avant la résection chirurgicale, mais indiquée dans certaines situations particulières.

F. Diagnostic différentiel :

- **Devant une masse pancréatique:**
 - ✓ Pancreatite chronique dans sa forme pseudo-tumorale
 - ✓ Pancreatite auto-immune
 - ✓ Les tumeurs de la région péri-ampullaires
- **Devant l'ictère:**
 - ✓ Lithiase de la voie biliaire principale
 - ✓ Cancers biliaires
 - ✓ Syndrome de Mirizzi
- **Devant la douleur épigastrique:**
 - ✓ Crise douloureuse de l'ulcère gastro-duodénal
 - ✓ Pancreatite aiguë...

G. Prise en charge :

- Elle est pluridisciplinaire.
- Elle se fait après un bilan pré thérapeutique qui évalue :
 - ✓ L'état général (score OMS), l'état nutritionnel et les comorbidités associées.
 - ✓ L'extension de la maladie (par examen clinique, TDM TAP et IRM hépatique).
 - ✓ La résectabilité chirurgicale (en fonction du degré d'envahissement vasculaire et de la présence ou non de métastases à distance).

a. **But/ Moyens:**

But de TRT	<ul style="list-style-type: none">• Exérèse totale de la tumeur.• Supprimer la rétention biliaire.• Améliorer la survie et la qualité de vie.
Moyens	<ul style="list-style-type: none">• La chirurgie.• TRT instrumental (CPRE).• TRT médical (chimiothérapie/ radiochimiothérapie).• Les soins de support.

1. La chirurgie:

- Seul traitement potentiellement curateur.
- Le Type de la chirurgie est selon la localisation tumorale, elle est soit :
 - ✓ **Curative:**
 - **Cancer de la tête du pancréas:** Duodéno-pancreatectomie céphalique
 - **Cancer corporeo-caudal:** spléno-pancreatectomie gauche
 - **Cancer diffus:** pancreatectomie totale
 - ✓ **Palliative :** si tumeur non résécable
 - Dérivations biliodigestives

2. Traitement instrumental :

- Drainage biliaire par CPRE ou echoendoscopie avec mise en place d'une prothèse.
- la mise en place d'une prothèse duodénale en cas de sténose duodénale.

3. La chimiothérapie:

- **D'induction:** pour les tumeurs à la limite de résécabilité (pour devenir résécables)
- **Adjuvante:** après la résection chirurgicale.
- **Palliative :** pour la maladie métastatique.

4. Radiochimiothérapie:

5. Soins de support:

- Pour améliorer la qualité de vie des patients en stade avancé.

b. Les indications thérapeutiques :

- Selon l'état de résécabilité de la tumeur, l'état général du patient (opérabilité) et l'extension de la maladie
- Le projet thérapeutique doit obligatoirement être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Les critères NCCN définissent la résécabilité avec 3 situations au diagnostic pour les tumeurs non métastatiques: résécable, à la limite de résécabilité (borderline) et non résécable.

Tumeur résécable	○ Chirurgie → chimiothérapie adjuvante
Tumeur à la limite de résécabilité	○ Chimiothérapie d'induction/ Radiochimiothérapie → chirurgie → chimiothérapie adjuvante
Tumeur non résécable	○ Chimiothérapie puis réévaluation
Tumeur métastatique	○ Chimiothérapie palliative ○ Soins de support

H. Surveillance:

- Elle doit être Clinique, biologique (CA19 .9) et radiologique (TDM TAP).
- tous les 3 mois pendant la période à risque de récurrence (2-3 ans) puis selon un rythme plus espacé tous les 6-12 mois jusqu'à 5 ans.

I. Conclusion:

- Le Cancer du pancréas devrait devenir la seconde cause de décès par cancer en 203.
- Malgré les progrès thérapeutiques, il reste de mauvais pronostic
- Un dépistage peut être indiqué en cas de pancréatite héréditaire et chez les patients porteurs d'une mutation constitutionnelle à risque.