

Cancer du pancréas exocrine

Définition / intérêt de la question

- C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées aux dépens de l'épithélium excréteur pancréatique.
- Cancer grave: propagation rapide
- Il a bénéficié des moyens d'investigation récents: écho-endoscopie (EE), TDM, IRM
- Traitement essentiellement chirurgical
- Résultats: généralement décevants

Rappel anatomique

- Le pancréas est une glande à la fois exocrine et endocrine profondément située en avant de la colonne dans la concavité de l'anse duodénale où s'ouvrent ses canaux excréteurs.
- On lui distingue 04 parties: la tête, l'isthme, le corps et la queue.
- La tête a des rapports intimes avec :

-le duodénum: même vascularisation.

-le **cholédoque**: face post

-l'origine de la veine porte

-vaisseaux mésentériques supérieurs

-plus à distance: foie, vésicule, colon transverse en avant, VCI en arrière

- Le pancréas gauche:

-l'artère et la veine splénique, la VMI à distance

-l'estomac

-la rate

-l'aorte (+plexus solaire) et veine rénale gauche

Epidémiologie

- Descriptive:
 - ☐ Incidence: en++ les 4 dernières décennies 2700Ncas/ans France
 - ☐ Sexe: homme,sexe-ratio:1à3 selon les pays
 - ☐ Age :sujet âgé: pic :75-79ans; rare avant 45ans

☐ Statut socio économique élevé

- **Causale: Facteurs de risque:**

*pathologies pancréatiques:

- pancréatite chronique
- tumeurs bénignes intra canalaire : papillaire, kyste mucineux
- diabète: surtout après 50 ans

*facteurs d'environnement:

- tabac +++
- rôle protecteurs : légumes et fibres.

Anatomie pathologique

Tumeurs canalaire: 90%

- Localisation intra glandulaire:
 - la tête: 60 à 70 %. ++ fréquente
 - corps: 13 à 15 %
 - queue: 5 à 10 %

les cancers multifocaux ou de l'ensemble de la glande = 10 à 20 % des cas.

- Macroscopie:
 - forme squamreuse: blanc-jaunâtre
 - forme encéphaloïde: grisâtre molle (- fréquente)
- Microscopie:
 - ADK = 75 à 80 % des cas

Plus rares sont:

- les carcinomes anaplasiques à cellules géantes (5%)
- le carcinome épidermoïde (4%)
- ADK mucineux ou colloïde (2 %)
- le cystadénocarcinome (1 à 2 %)
- le carcinome acineux (2%)
 - L'extension tumorale:

Se fait vers les tissus péri pancréatiques:

- Envahissement péri nerveux, péri vasculaire
- Lymphatique: la richesse et +++ du réseau lymphatique pancréatique expliquent que la dissémination lymphatique précède la diffusion hématogène.

Clinique

- **Circonstances de découverte:**

- ❖ souvent asymptomatique au stade précoce: l'apparition de signes cliniques traduit en général une tumeur déjà évoluée.

❖ signes fonctionnels:

- Aucune spécificité
- Triade:

- ictère (38-81 %), prurit (26 %)
- douleurs épigastriques (62-79 %)
- amaigrissement (49-84 %): moyenne 12 kg

- **Examen clinique:**

L'examen clinique complet doit rechercher:

- une grosse vésicule (loi de Courvoisier Terrier)
- HPM évocatrice de métastases hépatiques.
- ADP sus claviculaire gauche de Troisier
- carcinose péritonéale: ascite, nodule ombilical ou toucher rectal: nodule du CSD

Examens complémentaires

- **Bilan biologique:**

- Biologie courante:

- un diabète d'installation récente est dans 15 à 20 % des cas.
- l'élévation des enzymes pancréatiques est inconstante et non spécifique
- la cholestase n'est que la traduction de la compression de la voie biliaire principale
- Marqueurs tumoraux:
- l'élévation des marqueurs tumoraux CA 19.9 et ACE respectivement dans 80 et 28 %

- **Bilan radiologique:**

Intérêt: diagnostic et bilan d'extension, geste TRT en même temps.

- **Echographie:** 1^{ère} intention (sensibilité 65-78 %)

- diagnostique la tumeur si taille est > 2 cm
- signes indirects: une double dilatation des VBP et pancréatiques

- **TDM abdominale:**

- meilleure sensibilité que l'échographie pour le diagnostic de masse pancréatique (77 à 85 %) et de malignité (90 %)
- précision de l'envahissement vasculaire > à l'artériographie
- diagnostic de métastases hépatiques et péritonéales

- **L'échoendoscopie:**

- examen de référence dans le bilan d'extension locorégional et surtout diagnostic d'envahissement ganglionnaire
- examen du corps et de la queue à travers la paroi gastrique, examen de la tête à travers le duodénum

- **La laparoscopie:**

diagnostic de carcinose péritonéale (93 à 97 %), des métastases passées inaperçues dans 25 % des cas

➤ La cholangiopancréatographie par voie rétrograde endoscopique: CPRE

- en cas de doute sur la malignité
- objective une double sténose sur la VBP et du Wirsung
- +/- brosse pour étude cytologique
- +/- biopsies transpapillaires

intérêt en cas d'attitude d'emblée palliative avec mise en place de prothèse +++

➤ Autres:

- wirsungo IRM
- tomographie d'émission de positrons (PET Scan)
- artériographie coeliomésentérique abandonnée
- ponction écho guidée ou scannoguidée

Formes cliniques

- Formes topographiques et symptomatiques:
- Cancer de la tête du pancréas: forme ictérique typique
 - Ictère nu + prurit (lésions de grattage): installation insidieuse
 - Syndrome de malabsorption: stéatorrhées, vit liposoluble
 - Amaigrissement, AEG
 - Douleurs abdominales
 - Examen clinique:
 - Grosse vesicule palpable
 - Exceptionnellement masse épigastrique
- Cancer du corps: forme douloureuse
 - douleur +++: syndrome pancréatico solaire de Chauffard
 - AEG, amaigrissement
 - examen pauvre
- Cancer de la queue: forme tumorale
- Formes compliquées:
 - Métastases hépatiques et péritonéales
 - Ascite néoplasique ou par compression portale
 - Thromboses veineuse
 - Angiocholite
 - Hgie digestive
 - Sténose duodénale pylorique ou colique

Diagnostic différentiel

- Forme ictérique:
 - LVBP: vesicule scléro atrophique, EE
 - Kc du hile: pas de dilatation des VB
 - Kc des voies biliaires: bili IRM, EE
 - Lésions ampullaires: endoscopie + biopsie

- Pancréatite chronique
- Forme anictérique:

pancréatite chronique

autres tumeurs pancréatiques: cystadénome

Traitement

- Buts:
 - Exérèse de la lésion
 - Supprimer la rétention biliaire et éviter la sténose duodénale
 - Enfin atténuer la douleur
 - Moyens thérapeutiques:

A. Traitement chirurgical à visée curative: exérèse pancréatique

1-pancréatectomie partielle:

- Duodéno pancréatectomie céphalique: tumeur de la tête
- Spléno pancréatectomie caudale: tumeur corporéocaudale

2. Pancréatectomie subtotale, totale ou même élargie

B. Traitement chirurgical et instrumental palliatif:

pour la plupart des malades, le TRT n'est que palliatif et symptomatique

1. Le traitement de l'ictère néoplasique:

prothèse biliaire: mise par voie transhépatique ou endoscopique ou dérivation biliaire chirurgicale

2. L'obstruction duodénale:

survient chez 10 à 20 % des patients avec tumeur non résécable

dérivation digestive: gastroentéroanastomose

récemment: on peut utiliser des prothèses

- La prise en charge de la douleur est essentielle

les antalgiques utilisés de façon graduelle: le recours aux morphiniques est fréquent

l'alcoolisation des nerfs splanchniques: soit par voie percutané échoguidé ou par TDM soit sous echoendoscopie

Lorsque une laparotomie exploratrice est indiquée la réalisation d'une splanchnicectomie transhiatale complète utilement les dérivations bilio et gastrodigestives

La radiothérapie externe dans un but antalgique

- **Résultats:**
 - Le taux de résécabilité des tumeurs pancréatiques céphaliques avoisine 20 %
 - Celui des tumeurs caudales ou corporéocaudales est moindre
 - Les résultats de l'exérèse des ADK du pancréas sont décevants
 - La médiane de survie après résection varie de 12 à 18 mois, survie à 5 ans après résection à visée curative = 20 à 25 %