

EPIDEMIOLOGIE

2^{ème} cancer digestif. Age moyen 60-70 ans.
Incidence en ↗ (pays dvpés). Ratio ♂ / ♀ =1.
Pronostic sombre: survie = 7-8% à 5 ans =>
6-9 mois si métastatique; 18-24 mois si
réséqué, 20% de formes résécables

FACTEURS DE RISQUE et SUIVI

-Pancréatite chronique alcoolique (faible)
ou héréditaire (risque 40% à 50 ans)
- Diabète type 2
-Tabac ++ (surtout si prédisposition
génétique), obésité, âge
-Prédispositions familiales génétiques :
Sein-ovaire, Sd de Lynch, Mélanomes
familiaux (FAMM), Peutz-Jeghers
-Antécédents familiaux : RR= 9 si 1
parent du 1^{er} degré ; RR=32 si 2
parents du 1^{er} degré
-lésions précancéreuses : TIPMP et
cystadénome mucineux (suivi à vie par
IRM bilio pancréatique +/- résection
lésions)

ANATOMOPATHOLOGIE

-90% : **Adénocarcinome canalaire du pancréas
exocrine** : de la tête (70-80%), du corps et de la queue
(20-30%) ou diffus
-5-10% : **Tumeurs neuro-endocrines** associées
à la sécrétion hormonale (insulinome++ ou
gastrinome)
-Tumeurs kystiques bénignes +/- à potentiel
dégénératif: cystadénome séreux, mucineux, tumeurs
intra-canales papillaires et mucineuses (TIPMP) se
développant dans canaux pancréatiques

CANCER DU PANCRÉAS**EXTENSION FREQUENTE**

-Loco-régionale : vaisseaux mésentériques
supérieurs, lymphatiques, péritoine, duodénum
(=> occlusion), cholédoque (=> ictère)
- A distance : métastases hépatiques

TRAITEMENT

Curatif : si pas d'envahissement vasculaire, pas de métastases, bon état général (20% des cancers)
=>Chirurgie (**pas besoin de preuve anapath**) + curage ganglionnaire + chimiothérapie adjuvante
- Cancer de la tête : duodéno-pancréatectomie céphalique
-Cancer du corps ou de la queue : spléno-pancréatectomie gauche (attention prophylaxie anti-
infectieuse post-splénectomie)
Palliatif (80%) :
=> Chimiothérapie selon état général (PS OMS) (survie 9 mois); état nutritionnel à augmenter
=> Si compression biliaire ou duodénale : endoprothèse *après imagerie de qualité et indication
posée en RCP en présence de chirurgiens spécialisés ou dérivation chirurgicale
(angiocholite, bilirubine >250, dénutrition majeure, maladie non résécable, chimio néoadjuvante)*
=> Antalgiques adaptés
=> Prise en charge nutritionnelle +++
=> PEC psychologique

TUMEURS NEUROENDOCRINES

-Diagnostic sur syndrome hormonal, syndrome de masse ou sur néoplasie endocrinienne multiple
-Marqueur général tumoral et sérique: **chromogranine A**

Clinique

* **Tumeurs de la tête** => 3 signes fréquents :
- Ictère nu+/- Prurit intense
- Epigastralgie « solaire » transfixiantes,, insomniantes (signe
d'évolution avancée)
- AEG avec amaigrissement massif et rapide
* **ADK de la partie gauche** : + rare
- Révélation tardive par douleurs => envahissement région
coeliaque ou rétropéritone
* Apparition/aggravation d'un diabète
stabilisé
* Plus rarement : Phlébite spontanée. Dépression. Pancréatite
aigüe (<10%), occlusion intestinale, hémorragie digestive,
diarrhée par maldigestion, ascite ou panniculite (syndrome de
Weber-Christian)

Paraclinique**Biologie** :

- Glycémie à jeun, Bilan hépatique (recherchant une
cholestase), *Bilan d'hémostase TP, TCA (carence en vit K par
malabsorption des graisses), Albuminémie
(dénutrition), NFS (anémie)*
- Marqueur tumoral CA 19.9 (utile pour suivi)

Imagerie :

- **Echographie abdominale** (si dilatation voies biliaires => scanner)
- **Scanner TAP avec et sans injection PCI** : **BUT**: taille tumeur; si
**résécabilité; atteinte à distance, si atteinte vaisseaux tronc
coeliaque; mésentériques; hépatiques/porte**
**ADK lésions hypodenses temps artériel et peu
réhaussées/isodense temps portal, si isodenses faire IRM abdo**
- **Echo-endoscopie** : pour biopsie : doute avec une lésion
bénigne; tumeur non résécable mais sans métastase
facilement accessible par voie transpariétale (preuve
histologique avant traitement médical); tumeur
potentiellement résécable et traitement néoadjuvant envisagé
- IRM hépatique séquence diffusion (méta hépatique
ocultes ? Toujours à faire avant chir)

Coelioscopie abdo exploratrice: si suspicion carcinome
péritonéale (ascite; lésions suspectes imagerie)

Spécifique des TNE :

Bio : Chromogranine A couplée à gastrinémie

Imagerie : **TEP à la somatostatine**

Anapath : IHC ≥2/3 parmi CGA, CD56, synaptophysine, index
mitotique et Ki67

Penser NEM1 : connaître les conditions consultation oncogénétique