



Cancer du pancréas

[Quelles sont les différentes tumeurs du pancréas ?](#)

[Quels sont les principaux symptômes du cancer du pancréas \(adénocarcinome\) ?](#)

[Quels sont les examens biologiques peu utiles au diagnostic du cancer du pancréas ?](#)

[Quels sont les examens d'imagerie utiles au diagnostic du cancer du pancréas ?](#)

[Quel bilan fait-on avant le traitement du cancer du pancréas \(adénocarcinome\) ?](#)

[Quelle est la stratégie en fonction du bilan du cancer du pancréas \(adénocarcinome\) ?](#)

[Quels sont les objectifs du bilan avant une opération du cancer du pancréas \(adénocarcinome\) ?](#)

[Quel est le traitement de l'ictère et du prurit dans le cancer du pancréas inextirpable ?](#)

[Quels sont les autres mesures palliatives utiles dans le cancer du pancréas ?](#)

[Quel est le pronostic du cancer du pancréas ?](#)

7.4.1. Quelles sont les différentes tumeurs du pancréas ?

Les tumeurs du pancréas sont classées en tumeurs exocrines, tumeurs endocrines et tumeurs développées aux dépens du tissu conjonctif (exceptionnelles). Elles peuvent être bénignes ou, le plus souvent malignes.

L'adénocarcinome canalaire est la tumeur la plus fréquente (80 % de l'ensemble). On distingue d'autre part, selon l'aspect macroscopique, les tumeurs solides et les tumeurs kystiques.

Principales tumeurs pancréatiques

Tumeurs malignes	Tumeurs bénignes
Adénocarcinome ductulaire*	
Tumeur neuro-endocrine**	Tumeur neuro-endocrine**
	<i>Cystadénome séreux</i>
<i>Cystadénocarcinome mucineux</i>	<i>Cystadénome mucineux</i>
<i>Tumeur à cellules acinaires</i>	
<i>Tumeur pseudopapillaire et kystique</i>	
<i>Tumeur intracanaire papillaire et mucineuse</i>	<i>Tumeur intracanaire papillaire et mucineuse</i>
<i>Pancréatoblastome</i>	
<i>Carcinome épidermoïde</i>	
<i>Lymphome non hodgkinien</i>	
<i>Métastases (rein, sein, mélanome, ...)</i>	

* L'adénocarcinome représente à lui seul près de 90% des tumeurs pancréatiques non endocrines.

** les insulinomes, les gastrinomes et les tumeurs non fonctionnelles sont de loin les plus fréquentes des tumeurs neuro-endocrines.

Le risque de malignité est exceptionnel pour les insulinomes, de 20 à 40 % pour les gastrinomes, fréquent pour les glucagonomes.

Les tumeurs notées en italiques sont rares voire exceptionnelles.

7.4.2. Quels sont les principaux symptômes du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

Le maximum de fréquence est entre 60 et 70 ans. Les circonstances de découverte de l'adénocarcinome du pancréas sont presque toujours liées à son extension anatomique :

– les adénocarcinomes de la tête du pancréas se révèlent par un ictère cholestatique, d'apparition progressive, sans fièvre, ni douleurs. Il arrive que l'ictère soit, au début ou plus souvent plus tard, associé à des douleurs intenses, épigastriques, à irradiation dorsale et une altération de l'état général majeure due à une anorexie, et souvent associée à un syndrome dépressif. L'ictère peut être précédé d'une cholestase anictérique associée à un prurit. On peut palper une hépatomégalie due à la cholestase et surtout une grosse vésicule tendue, signe de valeur lorsqu'il est présent ;

– les cancers de la partie gauche du pancréas (corps et queue) sont plus rares et se manifestent plus tardivement par des douleurs liées à l'envahissement postérieur du plexus solaire. Les douleurs peuvent être extrêmement intenses et nécessiter le recours à un traitement antalgique systématique par des dérivés morphiniques, les antalgiques courants étant rapidement inefficaces. L'altération de l'état général est souvent majeure. Il arrive que l'on palpe une masse épigastrique sensible ;

– l'apparition ou l'aggravation d'un diabète, initialement non insulino-dépendant, doit faire évoquer ce cancer chez un homme de plus de 40 ans sans antécédent familial de diabète et sans obésité.

Quelle que soit la localisation anatomique, certains cas peuvent se traduire par des douleurs uniquement dorsales

d'allure rhumatologique.

Le cancer du pancréas peut également se révéler par des métastases, surtout hépatiques, parfois douloureuses, parfois dans un contexte d'altération massive de l'état général. La présence d'une tumeur pancréatique est alors généralement évidente sur les examens d'imagerie mais la confirmation histologique est nécessaire pour adapter les traitements radiochimiothérapeutiques. Cette biopsie peut se faire par échographie, scanographie ou échoendoscopie.

Dans plus de 90 % des cas, le diagnostic d'adénocarcinome est fait à un stade où plus aucun traitement chirurgical à visée curative n'est possible en raison de métastases ou d'un envahissement local d'un vaisseau majeur.

Principaux signes cliniques de l'adénocarcinome de la tête du pancréas et fréquence :

Signe clinique	Fréquence (%)
Ictère	40-80
Prurit	25
Douleurs abdominales	60-80
Amaigrissement (souvent massif et rapide)	50-80
Thrombophlébite	< 15
Vomissement	< 15
Pancréatite aiguë	< 15

7.4.3. Quels sont les examens biologiques peu utiles au diagnostic du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

L'élévation du taux sérique de l'antigène CA19.9 est présente dans 80 % des cas car il s'agit le plus souvent de tumeurs déjà volumineuse. Le CA19.9 n'est pas sensible pour la détection des petites tumeurs. Sa valeur prédictive positive est faible, surtout en cas de cholestase. En effet, une cholestase, même due à une affection bénigne, peut être associée à une élévation parfois majeure du CA19.9. Ces données expliquent pourquoi, globalement, son utilité diagnostique est faible.

7.4.4. Quels sont les examens d'imagerie utiles au diagnostic du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

L'échographie abdominale est l'examen de première intention. Elle peut suffire au diagnostic positif dans les cancers de la tête du pancréas où elle montre une dilatation de l'ensemble des voies biliaires et éventuellement la tumeur. On observe parfois une dilatation du canal pancréatique principal en amont d'une sténose. La tumeur elle-même, sous forme d'une masse hypoéchogène mal limitée déformant le pancréas et envahissant les organes de voisinage, n'est pas toujours visible en échographie. L'échographie peut aussi montrer des métastases hépatiques évidentes. Dans ce dernier cas, il est inutile de faire des examens supplémentaires en dehors de ceux nécessaires à la preuve histologique.

La scanographie permet le diagnostic et le bilan d'extension, notamment vasculaire, ganglionnaire et rétropéritonéal (**figures 36 - 44**). La scanographie est d'autant plus utile qu'elle est performante utilisant au mieux la technique hélicoïdale et paramétrée pour une exploration pancréatique. Elle recherche des signes directs (masse focale le plus souvent hypodense ou diffuse (**figures 36 - 38 - 42 - 43**)) et indirects (dilatation biliaire ou du canal pancréatique principal, atrophie parenchymateuse d'amont (**figures 39 - 40 - 44**)). La tumeur elle-même n'est pas visible à la scanographie dans environ 10 % des cas. C'est pourquoi, les signes indirects sont alors très utiles.

L'échoendoscopie est surtout utile au diagnostic des petites tumeurs (moins de 20 mm). Elle n'a d'intérêt et ne doit être faite que si l'échographie et la scanographie ne montrent pas de signes évidents de non-résécabilité. En pratique, elle ne devrait être faite que dans moins de 10 % des cas.

La CPRE n'est réalisée à titre diagnostique que dans des cas particuliers. Son intérêt est surtout thérapeutique (pose de prothèse biliaire (**figures 45 - 50**)).

7.4.5. Quel bilan fait-on avant le traitement du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

La première étape consiste à préciser si le malade est opérable pour une chirurgie pancréatique. Le reste du bilan d'extirpabilité n'a d'intérêt que si la réponse est positive à cette première question.

– L'échographie abdominale recherche :

- des métastases hépatiques ;
- une ascite (traduisant la présence d'une carcinose péritonéale) ;
- des adénopathies coelio-mésentériques et rétro-péritonéales.

– La scanographie précise, outre les éléments précédents, l'extension loco-régionale notamment vasculaire.

Depuis l'avènement de la technique hélicoïdale, la scanographie est l'examen le plus utile au diagnostic et au bilan d'extension des adénocarcinomes pancréatiques (**figures 36 - 44**).

– L'écho-doppler est utilisé pour déceler un envahissement vasculaire, veineux plus fréquent qu'artériel.

– L'échoendoscopie peut apporter des éléments complémentaires pour l'évaluation de l'extension tumorale.

– Pour certains auteurs, la coelioscopie permet de dépister une carcinose péritonéale ou hépatique non vue sur les autres examens.

7.4.6. Quelle est la stratégie en fonction du bilan du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

– Tumeur inextirpable en raison de métastases ou de l'envahissement loco-régional, surtout vasculaire, ou contre-indication chirurgicale liée au terrain. La ponction guidée sous échographie, scanographie ou sous échoendoscopie permet d'obtenir une preuve histologique avant de discuter un traitement chimiothérapique ou radio-chimiothérapique, dont l'efficacité n'est pas démontrée sur la durée de survie. En revanche, ces traitements semblent améliorer la qualité de vie, notamment les douleurs.

– Tumeur apparemment extirpable (moins de 10% des cas) et terrain ne contre indiquant pas l'intervention :

- laparotomie exploratrice (\pm précédée par une coelioscopie) sans exérèse en cas de métastases hépatiques, de carcinose péritonéale ou d'adénopathies tumorales à distance de la tumeur (coéliquies ou interaortico-caves), passées inaperçues aux examens précédents ;
- pancréatectomie partielle adaptée au siège de la tumeur (duodéno-pancréatectomie céphalique ou spléno-pancréatectomie gauche) avec curage ganglionnaire.

7.4.7. Quels sont les objectifs du bilan avant une opération du cancer du pancréas (adénocarcinome) ?

- Faire le diagnostic d'adénocarcinome pancréatique
- Ne pas opérer les malades dont la tumeur est non résecable ou qui ne tireront pas profit de la résection.
- Ne pas récuser à tort un malade pour des raisons d'ordre général (en raison du terrain) ou sur des critères de non résecabilité incorrects.

7.4.8. Quel est le traitement de l'ictère et du prurit dans le cancer du pancréas inextirpable ?

Le but du traitement palliatif est le traitement de l'ictère, du prurit et d'une éventuelle sténose duodénale. Ce traitement ne modifie pas la survie.

On peut pratiquer une anastomose bilio-digestive chirurgicale ou poser une prothèse biliaire par voie endoscopique ou trans-hépatique (**figures 45 - 50**). Le choix entre ces deux méthodes est fonction de l'état général du malade, de l'existence d'une carcinose péritonéale contre-indiquant la chirurgie, de l'association à une sténose digestive. Dans ce dernier cas, l'intervention chirurgicale permet d'associer une dérivation digestive à la dérivation biliaire.

7.4.9. Quels sont les autres mesures palliatives utiles dans le cancer du pancréas ?

La pose de prothèse duodénale (**figure 48**) sous contrôle endoscopique ou radiologique permet désormais un traitement non chirurgical des sténoses duodénales. Elle peut être associée à une prothèse biliaire.

Le traitement médical vise à calmer la douleur par des antalgiques (opiacés le plus souvent), des infiltrations splanchniques (par de l'alcool absolu, du phénol, des corticoïdes ou des produits anesthésiques, sous guidage scanographique ou échoendoscopique). L'intérêt de la chimiothérapie et de la radiothérapie à titre palliatif est démontré.

7.4.10. Quel est le pronostic du cancer du pancréas ?

Seulement moins de 5 % de l'ensemble des patients sont vivants 5 ans après le diagnostic. Parmi les malades dont la tumeur n'est pas résecable, 50 % sont morts entre 4 et 5 mois après le diagnostic.

Parmi les patients opérés «à visée curative» (c'est-à-dire dont tout le tissu tumoral macroscopiquement visible a été extirpé), le taux de survie à 5 ans est de 10 à 30 %. Le résultat est d'autant meilleur que la tumeur est plus petite et qu'il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire histologique.

Exemple de courbe de survie globale chez les malades opérés d'un adénocarcinome pancréatique.

