



ELSEVIER



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR... . .

L'adénocarcinome du pancréas : du diagnostic au traitement[☆]

E. Frampas^{a,*}, A. David^a, N. Regenet^b, Y. Touchefeu^c,
J. Meyer^a, O. Morla^a

^a Service central de radiologie et imagerie médicale, centre hospitalier universitaire, Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

^b Clinique chirurgicale digestive et endocrine, centre hospitalier universitaire, Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

^c Service d'hépatogastro-entérologie, centre hospitalier universitaire, Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 1, France

MOTS CLÉS

Abdomen ;
Pancréas ;
Adénocarcinome ;
Scanner ;
IRM

Résumé L'adénocarcinome pancréatique (ACP) est un cancer à forte mortalité. Le seul espoir de survie prolongée repose sur la chirurgie complète R0, même si les patients développeront fréquemment par la suite des métastases et/ou des récidives locales. Du fait d'une évolution silencieuse, moins de 20 % des patients sont éligibles à une résection curative. En l'absence de gain de survie en cas de chirurgie incomplète, l'imagerie joue un rôle majeur pour le diagnostic et le bilan d'extension afin de sélectionner les patients. Le scanner et l'IRM en sont les pierres angulaires et le radiologue doit connaître les protocoles d'imagerie adaptés, la terminologie et les points critiques à préciser dans le cadre de comptes rendus standardisés pour évaluer le stade tumoral, minimiser la morbidité chirurgicale et offrir au patient la meilleure prise en charge.

© 2016 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2016.07.008>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eric.frampas@chu-nantes.fr (E. Frampas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2016.07.007>

2211-5706/© 2016 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le cancer du pancréas est l'un des cancers présentant la plus forte mortalité dans le monde. Jusqu'à ce jour, la chirurgie offre encore le seul espoir de guérison ou de survie prolongée. Néanmoins, du fait d'une évolution longtemps silencieuse et d'un diagnostic retardé, moins de 20 % des patients seront candidats à une résection chirurgicale. Quel que soit le stade, l'imagerie est la pierre angulaire pour la décision thérapeutique et doit aboutir à un bilan d'extension précis pour une prise en charge adaptée. La compréhension par le radiologue des particularités tumorales et de l'anatomie pancréatique concernant notamment l'envahissement vasculaire, la connaissance des termes consacrés sont essentielles afin d'établir des comptes rendus standardisés et permettre un traitement optimal.

Épidémiologie et pronostic

Le cancer du pancréas est une tumeur hautement agressive, responsable d'une mortalité élevée et il est attendu qu'il devienne la 2^e cause de mort liée au cancer en 2030 [1]. En 2008, le nombre de cas estimés en Europe était de 96 000 avec 95 200 décès et 265 000 décès dans le monde, constituant la tumeur de plus mauvais pronostic au niveau du tractus digestif [2,3].

Ce mauvais pronostic est lié au pourcentage élevé de maladie avancée au moment du diagnostic et à l'efficacité limitée des combinaisons actuelles de radiochimiothérapie. Malgré des décennies d'effort, la survie globale à 5 ans était de moins de 5 % en 2005 et le taux de mortalité reste stable. Jusqu'à aujourd'hui, la chirurgie reste le seul espoir de survie prolongée. Cependant, même après résection, la survie à 5 ans reste approximativement de 20 %, 80 % des patients présentant une récurrence dans les 2 ans suivant la chirurgie [4].

Histopathologie

L'adénocarcinome invasif exocrétopancréatique (ACP), développé à partir de l'épithélium canalaire du pancréas exocrine, représente 95 % des tumeurs malignes du pancréas. Un certain nombre de caractéristiques histopathologiques vont expliquer la sémiologie radiologique et aussi l'évolution tumorale. L'ACP se caractérise histologiquement par une hypovascularisation et une fibrose interstitielle marquée, associée à une réaction desmoplastique, expliquant les protocoles d'imagerie mis en œuvre pour sa détection. Il est prompt à envahir les nerfs, les petites veines, les espaces lymphatiques et à disséminer le long des espaces périnerveux. Ces éléments expliquent le tropisme péri- et extrapancréatique rapide de la tumeur, favorisant l'envahissement vasculaire de proximité, l'atteinte métastatique lymphatique et la dissémination hépatique.

Comme toute tumeur maligne, l'ACP invasif évolue à partir de lésions précancéreuses. Ces lésions incluent les néoplasies intraépithéliales pancréatiques (PanIN), les tumeurs intracanales papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) et les cystadénomes mucineux. Les PanIN sont des lésions épithéliales microscopiques présentant des mutations, anomalies cytologiques et architecturales croissantes, classées des grades 1 à 3 en fonction de la sévérité

des atypies cyto-architecturales. Les PanIN 3 sont présentes sur 30–50 % des pancréas présentant un ACP [5]. Les TIPMP sont des tumeurs produisant de la mucine ; elles présentent une progression potentielle sur des années de la dysplasie de bas, puis haut grade vers le carcinome invasif. Contrairement aux PanINs de diagnostic essentiellement microscopique, les TIPMP sont découvertes de façon croissante par l'imagerie. Certains caractères sont corrélés avec un risque accru de malignité. Les TIPMP malignes sont principalement observées dans les lésions du canal principal avec un diamètre canalaire de plus de 1 cm, en cas de nodules muraux et de zones de rehaussement anormal dans le parenchyme adjacent. La présence d'un ictère en cas de lésion kystique de la tête, d'une composante solide rehaussée, d'un diamètre du canal pancréatique supérieur à 10 mm devrait conduire à une résection chirurgicale ; les patients avec des signes péjoratifs tels qu'un kyste supérieur à 3 cm, des parois épaissies rehaussées, des nodules muraux non rehaussés, un diamètre du canal principal compris entre 5–9 mm, une atrophie pancréatique préstenotique ou des adénopathies péripancréatiques devraient être évalués par écho-endoscopie [6]. Le risque de développement de cancer à 5 ans a été rapporté à près de 46 % dans les TIPMP du canal principal, avec une mortalité spécifique de 19 % dans une large série de 285 patients [7–9].

Des ACP concomitants mais distincts des TIPMP ont été décrits depuis de nombreuses années avec une fréquence de 2,5 à 9,2 % [10]. Bien que peu fréquents, les TIPMP sont devenues une cible pour la détection des cancers sporadiques du pancréas car elles sont détectables par l'imagerie.

Facteurs de risque et dépistage

L'âge, l'exposition à la nicotine (risque relatif RR : 2–3), l'obésité (RR : 2), un diabète de type 2 ancien (RR : 2) et la pancréatite chronique sont des facteurs de risque identifiés de l'ACP. Bien que la cause soit multifactorielle, le tabagisme et l'histoire familiale sont des facteurs dominants. Les pancréatites chroniques non héréditaires sont associées à un RR de 15 [11]. Comparativement à la population générale, les individus avec une pancréatite chronique ont un risque accru de près de 53 fois de cancer du pancréas, avec un risque cumulé de 30 à 40 % à l'âge de 70 ans [12].

Les principaux syndromes génétiques à risque accru de cancer du pancréas incluent le syndrome de Peutz-Jeghers, le syndrome familial atypique de moles et mélanomes multiples (FAMMM), de cancer ovarien et du sein héréditaires, HNPCC et de polypose adénomateuse familiale.

Les études cas-contrôles et prospectives de cohorte renforcent également l'hypothèse de formes d'agrégations familiales et de facteurs de susceptibilité génétique dans le développement du cancer du pancréas. Les formes d'agrégation familiale sont considérées lorsque plus de 2 parents proches du 1^{er} degré ou plus de 3, quel que soit le degré, sont atteints. Le risque augmente alors avec le nombre de cas. Près de 5 à 10 % des sujets présentant un cancer du pancréas rapportent une histoire de cancer pancréatique chez un membre proche de la famille.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663220>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663220>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)