



Pancréas

Définition

La tumeur la plus fréquente du pancréas est l'adénocarcinome canalaire, mais il existe une variété importante d'autres types de tumeurs, dont certaines assez ou très rares, qui peuvent être bénignes (comme le cystadénome séreux, le kyste lymphoépithélial, la pancréatite sclérosante lymphoplasmacytique) bénignes avec un potentiel malin (tumeur intracanaire papillaire et mucineuse du pancréas, cystadénome mucineux, tumeur solide pseudopapillaire) ou malignes (adénocarcinome à cellules acineuses, cystadénocarcinome mucineux, lymphome non-Hodgkinien du pancréas, métastases d'autres primitifs).

Il existe aussi des formes de tumeurs provenant de la partie endocrine du pancréas (Insulinome, glucagonome, VIPome, somatostatine, gastrinome). Ces dernières tumeurs sont responsables de syndromes particuliers et ne feront pas l'objet de ce chapitre.

Symptômes

Les tumeurs du pancréas exocrine et notamment l'adénocarcinome peuvent se manifester par de différents symptômes qui ne sont pas nécessairement spécifiques et qui apparaissent assez souvent tardivement : perte de poids, fatigue, ictère non douloureux, douleur abdominale ou dorsale, malabsorption, diabète récent. Parfois elles font l'objet de découverte fortuite au cours d'un bilan d'imagerie pour autre raison (surtout les tumeurs de la partie distale du pancréas), parce qu'elles peuvent rester asymptomatiques malgré une taille assez importante.

Traitement

Le diagnostic est basé sur un ensemble d'éléments recherchés à l'examen physique du patient, lors d'un bilan sanguin et à l'imagerie (scanner et/ou imagerie par résonance magnétique). Le plus souvent une biopsie (prélèvement d'un échantillon de la tumeur) sous scanner ou lors d'une echo-endoscopie est nécessaire afin de préciser le type histologique. La prise en charge qui sera proposée suite à un ensemble d'examen dépend du diagnostic.

En cas d'adénocarcinome

Le patient est tenu informé du diagnostic de la maladie par le médecin responsable. La conduite à tenir est exposée en détail au cours d'une consultation d'annonce spécialisée. L'ensemble des examens déjà faits sera complété par un bilan d'extension pour évaluer les différentes possibilités thérapeutiques et surtout la possibilité d'un traitement chirurgical. Ce bilan est coordonné soit par le chirurgien soit par le gastroentérologue, qui présentera le dossier du patient dans une réunion de concertation pluridisciplinaire au cours de laquelle un traitement sera proposé.

Le traitement chirurgical est le plus souvent proposé dans un premier temps, mais il peut aussi être proposé à la suite d'une chimiothérapie.

Cette chirurgie est faite par laparotomie pour les tumeurs de la partie proximale du pancréas et



le plus souvent par laparoscopie pour les tumeurs de sa portion caudale.

Notre équipe a une expérience importante dans la chirurgie par une approche minimale invasive qui peut être une laparoscopie classique (à 4 ou 5 trocarts) ou une laparoscopie par une seule incision de 2-3 cm (trocarts unique) (dans les cas de petites tumeurs distales). L'intervention consiste en l'exérèse de la partie de pancréas atteinte (souvent avec les organes et les tissus environnants pour de raisons de vascularisation ou d'envahissement tumoral) et, dans le cas de tumeur de la tête du pancréas, le rétablissement de la continuité des circuits digestif, biliaire et pancréatico-digestif. Si la rate doit être retirée, une vaccination prophylactique contre certains microbes est prévue, les plus souvent en préopératoire.

Le jour de la reprise de l'alimentation dépend du type de l'opération : s'il n'y pas de geste au niveau du tube digestif elle est reprise le premier jour postopératoire; dans le cas contraire, elle est quelques jours (3 ou 4) plus tard. Le type de l'opération détermine aussi la durée de l'hospitalisation qui peut varier de 3-4 jours à 10-12 jours. Chez les patients fragiles (surtout après une chirurgie pour tumeur de la tête du pancréas) une hospitalisation, le plus souvent courte, en réanimation peut être nécessaire. Les risques les plus importants de ces types d'opération sont les pneumopathies (nécessité d'un traitement antibiotique ou rarement d'un drainage d'épanchement qui peut se former autour des poumons), un saignement au niveau de la section des vaisseaux, des tranches de section ou des anastomoses (suture entre deux organes) , qui peut être traité par la technique de radiologie interventionnelle, par endoscopie ou par reprise chirurgicale. Un déficit de cicatrisation peut provoquer une fistule, qui nécessite un drainage, et qui peut prolonger l'hospitalisation.

Le traitement chirurgical est souvent suivi par une chimiothérapie (et parfois une radiothérapie). Le patient est systématiquement revu par le chirurgien en consultation 3 semaines après sa sortie du service puis tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans.

En cas de tumeur potentiellement maligne

Une intervention chirurgicale est aussi proposée selon de critères précis et toujours après discussion du dossier du patient en réunion pluridisciplinaire. Dans certains cas et selon les directives scientifiques internationales une surveillance proche peut être indiquée. Les techniques chirurgicales sont celles qui ont été décrites pour l'adénocarcinome.

En cas de tumeur bénigne sans potentiel malin

La chirurgie peut être proposée en cas de symptômes (douleurs, syndrome de masse, pancréatite, saignement) ou en cas de doute diagnostique. Les principes chirurgicaux sont ceux qui ont été précédemment décrits. La surveillance postopératoire se fait au bout de 3 semaines et à 1 an de l'opération, mais n'est pas prolongée systématiquement à distance.