

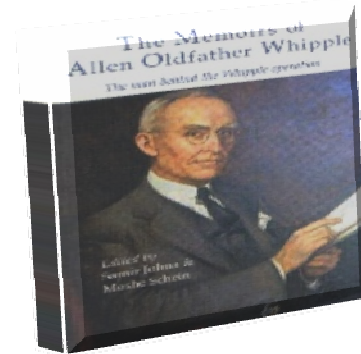


Pancréatectomie céphalique pour cancer du pancréas Indications et Limites

Zeynal ANIL
CHRU TOURS
BREST JUIN 2011

INTRODUCTION

TREATMENT OF CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER
ALLEN O. WHIPPLE, M.D., WILLIAM BARCLAY PARSONS, M.D.,
AND CLINTON R. MULLINS, M.D.
NEW YORK, N. Y.
FROM THE DEPARTMENT OF SURGERY, COLUMBIA UNIVERSITY



- Mortalité élevée à l'origine

Des progrès depuis :

- Plus de 10% de mortalité dans les années 80*
- Moins de 3% dans les centres spécialisés actuellement**

La morbidité de 40 à 60%, reste élevée***

*Yeo *et al*; *ann surg* 2007

***JL Cameron *et al*. One thousand consecutive pancreatoduodenectomies. *Ann Surg* 2006

LES INDICATIONS

Tumeurs exocrines (60% des DPC) :

- Solide : adénocarcinome pancréatique
- Kystiques : TIPMP, CM, CKM

Tumeurs endocrines :

- Insulinome, gastrinome

Ampullomes

INDICATIONS

ADK PANCREATIQUE

- Découverte tardive : 50 % métastatiques
- Seul 20 % bénéficient de la chirurgie
- Seul traitement curatif
- Mauvais pronostic :
 - Survie globale à 5 ans 1 à 4% *
 - < 20% de survie à 5 ans après résection**

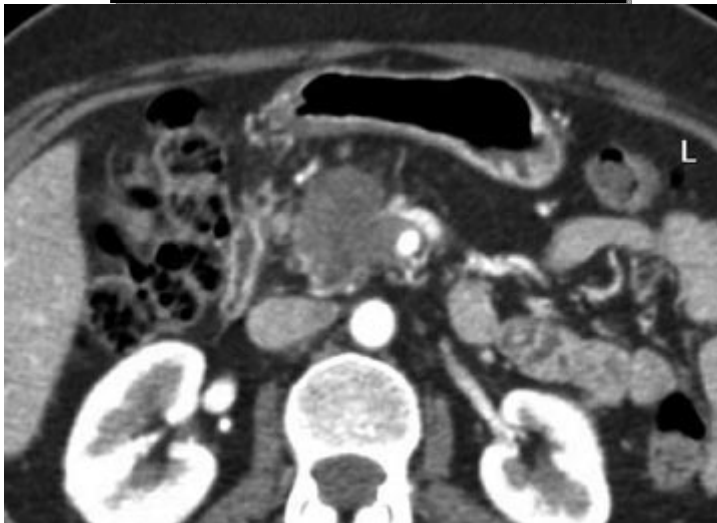
* Gudjensson B. Cancer of the pancreas 50 years of surgery. *Cancer* 1987

** Ahmad NA. Long term survival after pancreatic resection for pancreatic adenocarcinoma

Ann J Gastro Enterolo 2001

Ferrone CR. Pancreatic Adenocarcinoma : the actual 5 years survivors. *J Gastro Intest Surg.* 2008

INDICATIONS



TDM multi-barettes : Gold Standard

- Diagnostic
- Envahissement
 - Artériel* (Se 80,91% Sp 89,100%)
 - Veineux < EE
 - Ganglionnaire** (Se 54-77%)
- Métastases hépatiques et pulmonaires
- Carcinose péritonéale

*Zims M . Imagerie de l'ADK pancréas. *J Radiol* 2005

** Roche et al. CT and pathologic assessment of prospectif nodal staging in patients with ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas *AJR* 2003

INDICATIONS



Echo-endoscopie

- Sensibilité 98% *
- Intérêt si T < 2 cm
- Envahissement veineux ++
- Biopsie à l'aiguille fine
 - CI si tumeur résécable : morbidité et risque de dissémination
 - Preuve histologique si T non résécable

*DeWitt et al. Comparison of endoscopic ultrasonography and multi detector computed tomography for detecting and staging pancreatic cancer. *Ann. Intern Med* 2004

INDICATIONS

Laparoscopie pré opératoire pour le staging

- But : éviter une laparotomie blanche
- Mais
 - Après un diagnostic de résécabilité seul 4 à 15% de CI découvert par laparoscopie*
 - Mauvais pour l'envahissement vasculaire**
 - ➔ La coelio pré opératoire n'est pas indiquée***

*Pfisters PF. Laparoscopy in the staging of pancreatic cancer. *Br J Surg* 2007

** AGA. AGA technical review on the epidemiology, diagnosis, and treatment of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Gastroenterology* 2005

***SFCD. Indication de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive. *Annales de Chirurgie*. 2005

INDICATIONS

TUMEURS KYSTIQUES DU PANCREAS : TKP

- **Rares** : 5% des tumeurs du pancréas
- **TK à risque de dégénérescence**
 - Cystadénome mucineux → CKM
 - TIPMP → Forme dégénérée

INDICATIONS

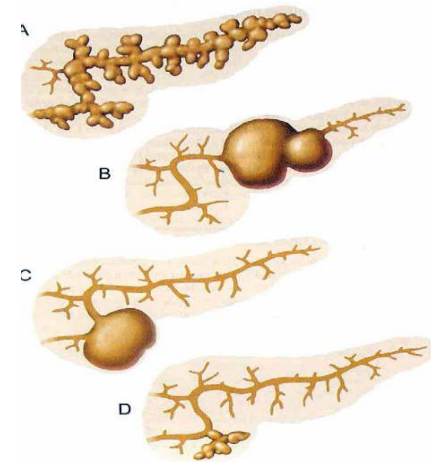
TIPMP

- Dilatation kystique des canaux
- Céphalique dans 60%
- 20 à 40% de malignité

Clinique

- Pancréatite aigue récidivente ++

Biologie non spécifique



INDICATIONS

TIPMP

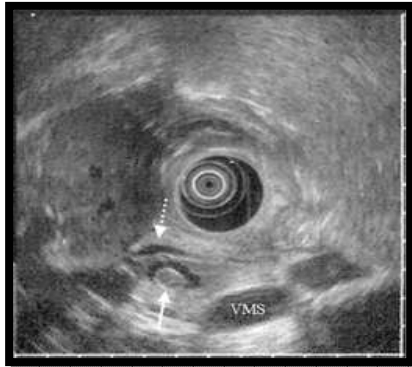
Qui opérer* : Critères de Sendai

- TIPMP du canal principal
- TIPMP canaux secondaires
 - > 3 cm
 - Nodules muraux
 - Symptomatiques
 - Entre 1 et 3 cm et cytologie positive
- Survie à 5 ans : 85% Cis, 30% forme invasive**

* Mise au point sur la stratégie chirurgicale des TIPMP. Jean Robert Delpero

**Salvia R et al. Main-duct intra ductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas clinical predictors of malignancy and long term survival following resection. *Ann Surg* 2004

INDICATIONS



Imagerie : TDM, EE, IRM

- ❑ Bilan diagnostique
- Nature kystique de la lésion
- Communication avec le cancal principal
- ❑ Localisation et taille
- ❑ Nodules muraux
- ❑ Bilan d'extension

INDICATIONS

CYSTADENOME MUCINEUX

- Macrozyste uni ou multi loculaire de 5 à 10 cm
- Prédominance féminine
- Céphalique dans 20% des cas

INDICATIONS



Potential de transformation
maligne >>> CKM



Résection chirurgicale

Le Borgne J. Cystadenomas ent cystadenocarcinomas of the pancreas. A multiinstitutional retrospective study of 398 cases. *Ann Surg.* 1999

INDICATIONS

CYSTADENOME MUCINEUX

- Surveillance :
 - Taille < 2 cm
 - Sans signe de malignité : nodule mural

Enucléation si T < 4 cm et absence de signe de malignité

INDICATIONS

TUMEURS ENDOCRINES DU PANCREAS :TEP

- 5% des tumeurs pancréatiques
- Insulinome ou gastrinome ++
- 30 à 50 % de malignité
- 10 à 15 % d'association à une NEM1

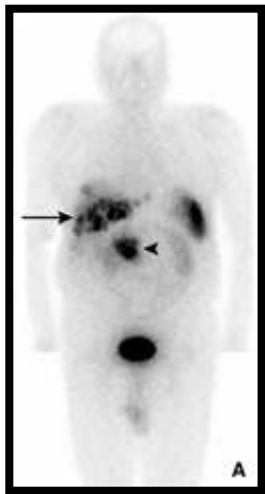
Clinique : variable, hypoglycémie, SZE

Biologie : gastrinémie, insulinémie, Chr A (Se 70 à 80% pour les TEP)

INDICATIONS



- **Écho endo** : Se 89% Sp 90%*
- Rapports avec vb et pancréatique
- Extension locale
- **TDM** :
- Moins performant pour les petites T (Se 73 à 88%)**
- Bilan d'extension



- **Octréoscan** :
- Gastrinome Se >90% si T>2cm
- Insulinome Se 50%
- BUT : recherche de métastase : meilleur que TDM

*Rosch T. Localization of pancreatic endocrine tumors by endoscopic ultrasonography
NEJM. 1992

**Fidler JL. Preoperative detection of pancreatic insulinomas on multiphasic helical CT. *AJR*
2003

INDICATIONS

TUMEURS ENDOCRINES

Énucléation ou pancréatectomie réglée?

- Taille de la tumeur
- Potentiel malin
- La localisation
- Caractère sporadique ou NEM1

INDICATIONS

TUMEURS ENDOCRINES

Indications de la DPC* :

- Tumeur céphalique maligne
- Ou située à proximité du canal de Wirsung
- Taux de survie sans récurrence après résection
 - 90% pour l'insulinome **
 - 40% pour le gastrinome***

*Traitement chirurgical des tumeurs gastro-entéro-pancréatiques. Belghiti et al. *J Chirurgie* 2005

Localisation per opératoire et principes du traitement chirurgical des tumeurs endocrines du pancréas. Belghiti. *EMC*

**Simon D. Reoperative surgery for organic hyperinsulinism : indications and operative strategy. *World j Surg* 1998

*** Norton JA. Strategy to cure The Zollinger Ellison Syndrome. *NEJM*. 1999

INDICATIONS

AMPULLOME

Place grandissante de la sphinctérotomie

Endoscopique* :

- Mortalité nulle
- Morbidité 26%
- Durée de séjour réduite

*Tumeur de l'ampoule de Vater. C Lefort, B Napoléon. *EMC 2007*

Adénome et adénocarcinome de l'ampoule de Vater, place du traitement endoscopique à but curatif. B Napoléon. *Gastro Entero Clin et Biol, 2004*

INDICATIONS

AMPULLOME

La DPC reste indiquée en cas de :

- Tumeur ulcérée
- T > T1 ou atteinte de la sous muqueuse
- Extension pancréatique ou intracanalalaire
- Extension ganglionnaire
- Marges de résection endoscopique envahies

INDICATIONS

AMPULLOME

- **Survie à 5 ans après DPC *:**
 - 60 à 70% si N-
 - 30% si N+
- **Exérèse endoscopique curative dans 75 à 90% des cas**

* Shirai Y. Carcinoma of the ampulla of Vater, histopathologic analysis of tumor spread in Whipple pancreatoduodenectomy specimens. *World J Surg* 1995

LIMITES

TERRAIN

- Pour certains* l'âge n'est pas un facteur de risque de surmorbimortalité
- Discuté par d'autres**
- L'âge ne constitue pas un critère formel de non opérabilité
- Importance des comorbidités : âge > 70 ans + comorbidité = 38% de mortalité***

*Adam U et al. Risk factors for complication after pancreatic head resection. *Am J Surg* 2004

Makary MA. Pancreaticoduodenectomy in the very elderly. *J Gastrointest Surg* 2006

** Muscari F. French Association for Surgical Research. Risk factors for mortality and intra-abdominal complications after pancreatoduodenectomy: multivariate analysis in 300 patients. *Surgery* 2006

*** Baumel H et al. Results of resection of the exocrine pancreas : a study from the French Association of Surgery. *Br J Surg* 1994

LIMITES

TAILLE DE LA TUMEUR

- Une tumeur volumineuse n'est pas une contre indication à une résection
- Mais la taille est un élément pronostic :
 - Si $T > 2\text{cm}$: survie à 5 ans inf à 8% *
 - Si $T < 2\text{cm}$: survie à 5 ans jusqu'à 35% **

*Meyer et al. Pathomorphological and histological prognostic factors in curatively resected ductal adenocarcinoma of the pancreas. *Surg Today*. 2000

** Geer RJ. Prognostic indicators for survival after resection of pancreatic adenocarcinoma. *Am J Sur*. 1993

LIMITES

ENVAHISSEMENT VEINEUX

Atteinte > 50% de l'axe VMP

- Cavernome porte
- Envahissement de la LRP
- De la racine du mésentère

LIMITES

ENVAHISSEMENT VEINEUX

Atteinte > 50% de l'axe VMP

- Cavernome porte
- Envahissement de la LRP
- De la racine du mésentère
- >>> **Résection R0 difficile**

- Ishikawa et al (Ann of surg 92) : pas de survie après 18 mois
- Envahissement dépassant l'hémicirconférence
- Ou sur une hauteur > 1,2 cm


LIMITES

ENVAHISSEMENT VEINEUX

Lorsque la résection est possible

- Survie à 5 ans identique à l'absence de résection*

Série récente de 435 RVMP : *JR DELPERO AFC 2010*

- Mortalité et morbidité identique
 - Survie à 3 ans 30% Vs 44% après DPC
-  **Quelle stratégie thérapeutique en cas de RVMP ?**

* Carrere N. Pancreaticoduodenectomy with mesentericoportal vein resection . World J Surg 2006

LIMITES

ENVAHISSEMENT ARTERIELLE

La résection artérielle RA *

- Morbidité et mortalité élevée

38% selon Nakao A. World J Surg 1995

- Survie à distance quasi nulle

LIMITES

ENVAHISSEMENT ARTERIELLE

La résection artérielle RA *

- Morbidité et mortalité élevée
- Survie à distance quasi nulle

Mais**

- 26 pancréatectomies avec RA
- Mortalité 5,7% et morbidité 41,6%
- Survie à 3 ans 22%

*Thesaurus national de cancérologie digestive.

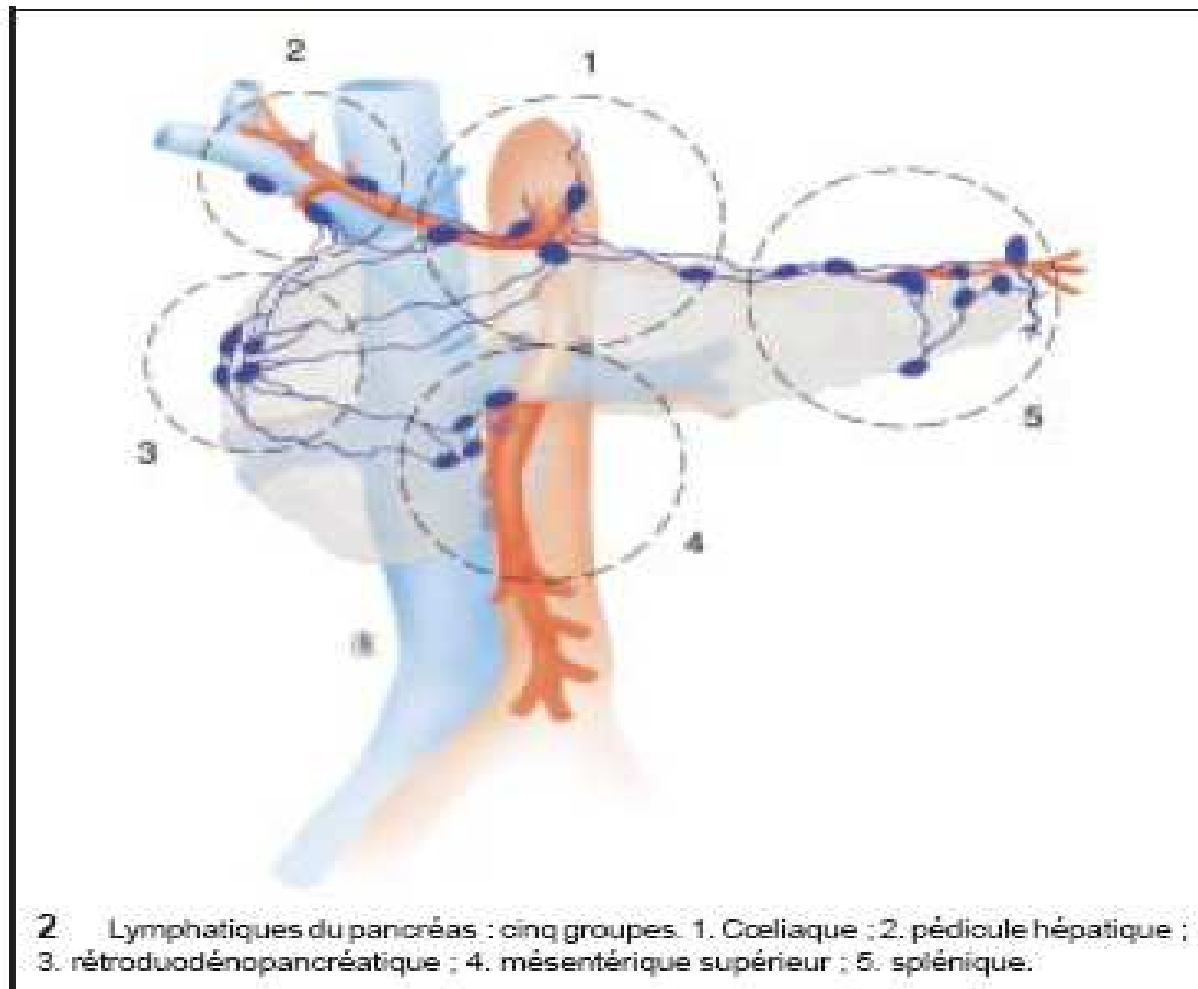
**P Bachellier. La résection artérielle est-elle une contre-indication à une résection pancréatique dans les adénocarcinomes localement avancés du pancréas?

LIMITES

Apport de la RCT néo-adjuvante

- Etude prospective sur 111 patients
- 39 RCT et 72 CHIR
- ✓ pas de différence pour la morbimortalité
- ✓ pas de différence pour le taux de R0
- ✓ A 3 ans même taux de survie globale

LIMITES



LIMITES

Une lymphadenectomie étendue ?

- Morbidité plus élevée
- Mortalité identique
- La survie n'est pas augmentée*

Nimura et al. Regional versus extended lymph node dissection in radical pancreatoduodenectomy for pancreatic cancer. A multicenter, randomized controlled trial. *J Intern HBP Ass* 2004.

LIMITES

METASTASES

Adénocarcinome pancréatique

- Contre indication à la chirurgie*
- Médiane de survie de 3 à 6 mois

Tumeur endocrine

- Pas de contre indication si métastase hépatique résecable **
- Taux de survie de 70% à 4 ans

* Thesaurus de cancérologie digestive

** F.G QUE. Hepatic resection for metastatic neuroendocrine carcinomas. *Am J surg.* 1995

CONCLUSION

- ADK indication la plus fréquente
- Mauvais pronostic
- 20% seulement résecables
- ✓ Down-staging avec la RCT néo-adjuvante
- La résection veineuse reste possible
- La résection artérielle ?