

QU'EST-CE QU'UN CANCER DU PANCREAS "LOCALEMENT EVOLUE" ?

Alain Sauvanet

Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif,
Service de Chirurgie Hépatique et Pancréatique
Hôpital Beaujon 92118 Clichy Cedex

Une extension loco-régionale est la plus fréquente contre-indication à la résection des adénocarcinomes du pancréas exocrine. Cette extension loco-régionale (ou cancer localement évolué) correspond à l'envahissement tumoral de structures de voisinage (organes ou vaisseaux) ou à l'existence d'adénopathies à distance de la tumeur.

Ces cancers localement évolués constituent une entité importante car le développement récent des traitements néoadjuvants permet d'envisager la résécabilité secondaire de certains d'entre eux. Toutefois, il est indispensable d'éliminer l'existence associée de métastases hépatiques (ou plus rarement péritonéales) qui ne seraient pas visibles en imagerie du fait de leur petite taille, métastases qui sont plus fréquentes que dans les cancers résécables et que certains recherchent systématiquement par laparoscopie (1).

1. L'extension aux organes de voisinage

Il s'agit le plus souvent d'une extension à l'estomac, à l'angle colique gauche, au rein, à la rate pour les adénocarcinomes du corps et de la queue du pancréas, ou plus rarement d'une extension au mésocolon pour les cancers de la tête du pancréas. Quelques travaux rétrospectifs comparatifs suggèrent que ces tumeurs peuvent être accessibles à une résection radicale, élargie aux organes de voisinage avec une mortalité comparable aux résections non élargies mais au prix d'une morbidité plus élevée (2,3)

2. L'extension vasculaire

L'extension vasculaire la plus fréquente est l'extension veineuse (veine mésentérique supérieure ou veine porte) des tumeurs de la tête du pancréas. Cette extension est le plus souvent suggérée par l'imagerie (scanner et échoendoscopie). Elle ne correspond à une

extension histologique à la paroi veineuse que dans environ 2/3 des cas, les autres cas correspondant à une adhérence ou à un engainement de la paroi veineuse par une fibrose péri-tumorale. Plusieurs études rétrospectives comparatives montrent que, si cet envahissement veineux est isolé, la résection de la tumeur est justifiée car la mortalité opératoire reste inchangée, la morbidité globale est peu modifiée, et la survie à distance est inchangée par rapport aux pancréatectomies sans résection veineuse (4-7). La principale difficulté est alors d'obtenir des marges de résection saines, en particulier au niveau de la lame rétro péritonéale (au contact de l'artère mésentérique supérieure) (6,7).

L'extension artérielle ne constitue une contre indication à la résection que lorsqu'elle intéresse des artères qui ne peuvent être sacrifiées ou facilement remplacées (artère mésentérique supérieure, artère hépatique, tronc coeliaque). De très courtes séries de pancréatectomies avec résection artérielle montrent qu'il s'agit d'un geste techniquement rarement réalisable, associé à une morbidité et une mortalité élevées et les possibilités de survie à distance sont quasi nulles (8).

3. L'extension ganglionnaire à distance de la tumeur

L'extension ganglionnaire péri pancréatique est très fréquente (60-70%) au cours de l'adénocarcinome du pancréas. Et est réséquée en bloc avec la pancréatectomie. L'extension à distance concerne les ganglions situés à l'origine du tronc coeliaque, de l'artère mésentérique supérieure ou plus en arrière dans le rétropéritoine (ganglions latéro-aortiques, latéro-caves, ou dans les hiles rénaux). La plupart des travaux suggèrent qu'une tumeur associée à une extension ganglionnaire à distance n'est pas accessible à un traitement efficace par la seule chirurgie (9,10). Cette extension ganglionnaire est donc encore habituellement considérée comme une contre-indication à la résection.

4. Peut-on rendre résécable une tumeur localement avancée ?

Cette attitude récente est motivée par les mauvais résultats des résections incomplètes macroscopiquement (R2) ou même microscopiquement (R1) de l'adénocarcinome du pancréas et d'autre part par le développement récent de traitements anti-tumoraux efficaces. Un traitement « néoadjuvant » nécessite le drainage biliaire endoscopique en cas d'ictère et surtout l'obtention d'une preuve histologique de la tumeur. Les quelques séries publiées ayant utilisé en traitement néo adjuvant de la chimiothérapie isolée ou le plus souvent une association de radio-chimiothérapie, font état d'un taux de résécabilité secondaire compris

entre 3% et 20% (11,12). Ce traitement pourrait exposer à une augmentation de la morbidité péri-opératoire (13). La survie à distance ne semble améliorée que chez les patients ayant eu une résection R0 le plus souvent grâce à une réponse tumorale histologique satisfaisante.

1) Jimenez RE, Warshaw AL, Rattner DW, Willett CG, McGrath D, Fernandez-del Castillo C. Impact of laparoscopic staging in the treatment of pancreatic cancer. *Arch Surg.* 2000 Apr;135(4):409-14.

2) Shoup M, Conlon KC, Klimstra D, Brennan MF. Is extended resection for adenocarcinoma of the body or tail of the pancreas justified ? *J Gastrointest Surg.* 2003 Dec;7(8):946-52.

3) Sasson AR, Hoffman JP, Ross EA, Kagan SA, Pingpank JF, Eisenberg BL. En bloc resection for locally advanced cancer of the pancreas: is it worthwhile? *J Gastrointest Surg.* 2002 Mar-Apr;6(2):147-57.

4) Tseng JF, Raut CP, Lee JE, Pisters PW, Vauthey JN, Abdalla EK, Gomez HF, Sun CC, Crane CH, Wolff RA, Evans DB. Pancreaticoduodenectomy with vascular resection: margin status and survival duration. *J Gastrointest Surg.* 2004 Dec;8(8):935-49.

5) Carrere N, Sauvanet A, Goere D, Kianmanesh R, Vullierme MP, Couvelard A, Ruszniewski P, Belghiti J. Pancreaticoduodenectomy with mesentericoportal vein resection for adenocarcinoma of the pancreatic head. *World J Surg.* 2006 Aug;30(8):1526-35.

6) Bachellier P, Nakano H, Oussoultzoglou PD, Weber JC, Boudjema K, Wolf PD, Jaeck D. Is pancreaticoduodenectomy with mesentericoportal venous resection safe and worthwhile ? *Am J Surg.* 2001 Aug;182(2):120-9.

7) Capussotti L, Massucco P, Ribero D, Vigano L, Muratore A, Calgaro M. Extended lymphadenectomy and vein resection for pancreatic head cancer: outcomes and implications for therapy. *Arch Surg.* 2003 Dec;138(12):1316-22.

8) Takahashi S, Ogata Y, Tsuzuki T. Combined resection of the pancreas and portal vein for pancreatic cancer. *Br J Surg.* 1994 Aug;81(8):1190-3.

- 9) [Ishikawa O, Ohhigashi H, Sasaki Y, Kabuto T, Fukuda I, Furukawa H, Imaoka S, Iwanaga T.](#) Practical usefulness of lymphatic and connective tissue clearance for the carcinoma of the pancreas head. *Ann Surg.* 1988 Aug;208(2):215-20.
- 10) Lim JE, Chien MW, Earle CC. Prognostic factors following curative resection for pancreatic adenocarcinoma: a population-based, linked database analysis of 396 patients. [Ann Surg.](#) 2003 Jan;237(1):74-85.
- 11) Kim HJ, Czischke K, Brennan MF, Conlon KC. Does neoadjuvant chemoradiation downstage locally advanced pancreatic cancer? *J Gastrointest Surg* 2002, 6 ; 763-769.
- 12) Sa Cunha A, Rault A, Laurent C, Adhoute X, Vendrely V, Bellanne G, Brunet R, Collet D, Masson B. Surgical resection after radiochemotherapy in patients with unresectable adenocarcinoma of the pancreas. *J Am Coll Surg.* 2005 Sep;201(3):359-65.
- 13) Turrini O, Moutardier V, Guiramand J, Lelong B, Bories E, Sannini A, Magnin V, Viret F, Blache JL, Giovannini M, Delpero JR. Hemorrhage after duodenopancreatectomy: impact of neoadjuvant radiochemotherapy and experience with sentinel bleeding. *World J Surg.* 2005 Feb;29(2):212-6