

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2017

THESE N°: 111

LE CANCER DU PANCREAS AUX STADES AVANCES
L'EXPERIENCE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE « B »
A PROPOS DE 34 CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr. Ossama SAHHAB

Né le 19 Juillet 1990 à Khouribga

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Cancer – Pancréas – Avancé – Diagnostic – Traitement.

JURY

Mr. B. CHAD

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. J. MDAGHRI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. R. MSSROURI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. A. AIT ALI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. A. JAHID

Professeur d'Anatomie Pathologique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

باسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى:

﴿سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَزِيزُ

الْحَكِيمُ﴾

سورة البقرة الآية 31

﴿إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ * خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ
* إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ * الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ
يَعْلَمُ﴾ سورة العلق، الآية 1-5. صدق الله العظيم.

عن أبي هريرة رضي الله عنه، أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " وَمَنْ سَلَكَ طَرِيقًا يَلْتَمِسُ فِيهِ عِلْمًا، سَهَّلَ اللَّهُ لَهُ بِهِ طَرِيقًا إِلَى الْجَنَّةِ ". رواه مسلم.

"إِنَّمَا الْعِلْمُ عِلْمَانِ : عِلْمُ الدِّينِ وَعِلْمُ الدُّنْيَا. فَالْعِلْمُ الَّذِي
لِلدِّينِ هُوَ الْفِقْهُ وَالْعِلْمُ الَّذِي لِلدُّنْيَا هُوَ الطِّبُّ. " الإمام الشافعي
رحمه الله.

"الطِّبُّ لَيْسَ سَهْلًا إِلَّا عَلَى الْأَحْمَقِ، فَالْأَطِبَّاءُ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- Directeur CHIS
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale

Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrie
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - Directeur HMI Med V
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said

Gastro-Entérologie
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie Directeur. Hop.d'Enfants



Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie ***Directeur Hôpital Ibn Sina***
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique

Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOURIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Noureddine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir

Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique



(mise en disponibilité)

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique



Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr. ZOUBIR Mohamed*

Pr. TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Pr. AGDR Aomar*

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*

Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Pr. AKHADDAR Ali*

Pr. ALLALI Nazik

Pr. AMINE Bouchra

Pr. ARKHA Yassir

Pr. BELYAMANI Lahcen*

Pr. BJIJOU Younes

Pr. BOUHSAIN Sanae*

Pr. BOUI Mohammed*

Pr. BOUNAIM Ahmed*

Pr. BOUSSOUGA Mostapha*

Pr. CHAKOUR Mohammed *

Pr. CHTATA Hassan Toufik*

Pr. DOGHMI Kamal*

Pr. EL MALKI Hadj Omar

Pr. EL OUENNASS Mostapha*

Pr. ENNIBI Khalid*

Pr. FATHI Khalid

Pr. HASSIKOU Hasna *

Pr. KABBAJ Nawal

Pr. KABIRI Meryem

Pr. KARBOUBI Lamyia

Pr. L'KASSIMI Hachemi*

Pr. LAMSAOURI Jamal*

Pr. MARMADE Lahcen

Pr. MESKINI Toufik

Pr. MESSAOUDI Nezha *

Pr. MSSROURI Rahal

Pr. NASSAR Ittimade

Pr. OUKERRAJ Latifa

Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha

Pr. AMEZIANE Taoufiq*

Pr. BELAGUID Abdelaziz

Pr. BOUAITY Brahim*

Pr. CHADLI Mariama*

Pr. CHEMSI Mohamed*

Pr. DAMI Abdellah*

Pr. DARBI Abdellatif*

Pr. DENDANE Mohammed Anouar

Pr. EL HAFIDI Naima

Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Pr. EL MAZOUZ Samir

Ophthalmologie

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Médecine interne

Pédiatre

Chirurgie Générale

Neurologie

Neuro-chirurgie

Radiologie

Rhumatologie

Neuro-chirurgie

Anesthésie Réanimation

Anatomie

Biochimie-chimie

Dermatologie

Chirurgie Générale

Traumatologie orthopédique

Hématologie biologique

Chirurgie vasculaire périphérique

Hématologie clinique

Chirurgie Générale

Microbiologie

Médecine interne

Gynécologie obstétrique

Rhumatologie

Gastro-entérologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*

Chimie Thérapeutique

Chirurgie Cardio-vasculaire

Pédiatrie

Hématologie biologique

Chirurgie Générale

Radiologie

Cardiologie

Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation

Médecine interne

Physiologie

ORL

Microbiologie

Médecine aéronautique

Biochimie chimie

Radiologie

Chirurgie pédiatrique

Pédiatrie

Radiologie

Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie



Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAYDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JM FAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L


2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





REMERCIEMENTS

Remerciements.

Je souhaite avant tout,
remercier ALLAH tout puissant
de m'avoir soutenu et permis
l'achèvement de ce travail.

C'est avec une certaine émotion et beaucoup de sincérité que je voudrais remercier toutes les personnes ayant soutenu et apprécié mon travail.

Mes plus profonds remerciements vont à mes parents, tout au long de mon cursus, ils m'ont toujours soutenu, encouragé et aidé. Ils ont su me donner toutes les chances pour réussir, qu'ils trouvent dans la réalisation de ce travail, l'aboutissement de leurs efforts ainsi que l'expression de ma plus affectueuse gratitude.

Mes remerciements vont également à monsieur
le chef du service de chirurgie « B » au centre
Hospitalo-Universitaire Ibn Sina de Rabat,
le professeur CHAD Bouziane de me faire
l'honneur de présider le jury de cette thèse,
et pour sa très grande ouverture d'esprit.

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, Professeur MDAGHRI Jalil, pour la confiance qu'il m'a accordé en acceptant d'encadrer ce travail, pour ces multiples conseils et pour le temps qu'il a consacré à diriger cette recherche, j'aimerais également lui dire à quel point j'ai apprécié sa grande disponibilité.

Enfin, j'ai été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail.

Je souhaiterais aussi adresser ma gratitude aux professeurs MSSROURI Rahal, professeur AITALI Abdelmounaim et au professeur JAHID Ahmed de l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard de cette recherche en s'engageant à être les juges de ce travail.

Ces remerciements seraient incomplets si je n'en adressais pas à l'ensemble de mes professeurs du service de chirurgie « B » pour le partage et le bon encadrement qu'ils m'ont accordé en tant qu'étudiant, également à tout ceux qui m'ont appris la médecine.

Tables des matières :

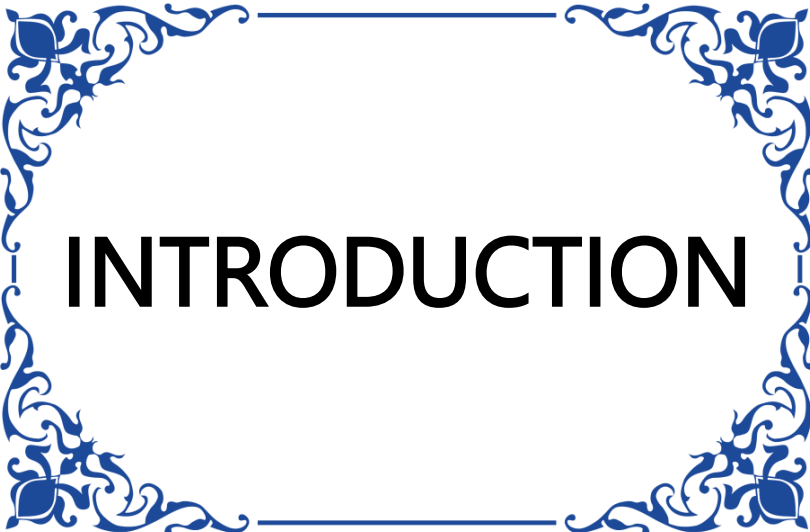
I.	Introduction :	1
II.	Matériel et méthodes :	3
III.	Généralités :	5
	A. Embryologie du pancréas :	6
	B. Rappel anatomique du pancréas :	6
	C. histoire naturelle :	12
	1. Les lésions pancréatiques précancéreuses.....	12
	a) Les cystadénomes mucineux.....	12
	b) Les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP).....	12
	c) Les néoplasies intra-épithéliales pancréatiques (PanIN).....	13
	2. Les voies d'extension.....	13
IV.	Résultats :	15
V.	Discussion :	27
	A. Epidémiologie et facteurs de risque :	28
	B. Diagnostic positif :	
	1. Tableau clinique.....	32
	a) La forme typique.....	32
	b) Les formes atypiques.....	33
	2. Les modes de révélation.....	34
	3. Les causes de retard de diagnostic.....	35
	4. L'étude paraclinique :	37
	a) L'exploration biologique :	37
	▪ Le bilan biologique standard.....	37
	▪ Les marqueurs biologiques tumoraux.....	38

b) L'exploration radiologique :	40
↳ Echographie abdominale.....	41
↳ Tomodensitométrie.....	43
↳ Echo-endoscopie à l'aiguille fine.....	47
↳ Imagerie par résonance magnétique.....	48
↳ PET-scan.....	49
c) Anatomopathologie :	50
C. Bilan de résecabilité et stadification :	52
1. La classification TNM.....	52
2. L'extension vasculaire :	53
a) Aspect morphologique d'un vaisseau envahi.....	54
b) Extension veineuse porte, mésentérique et splénique.....	55
c) Extension artérielle mésentérique supérieure, hépatique et splénique.....	57
3. L'extension extra-pancréatique :	58
a) L'extension locorégionale.....	58
b) L'extension à distance.....	58
4. Trois groupes de patients :	58
a) Résecable d'emblée.....	58
b) Borderline.....	59
c) Non résecable ou métastatique.....	59
D. Prise en charge des cancers du pancréas aux stades avancés :	60
1. Le traitement chirurgical palliatif :	60
a) La voie d'abord :	60
b) L'exploration :	61
c) Les dérivations biliaires :	61
d) Les dérivations digestives :	62
e) Les splanchnicectomies :	62
f) Les résections à visée palliative :	63
g) Les indications :	63

2. Thérapie locorégionale avec Eléctroporation Irréversible :	64
3. Le traitement palliatif non chirurgical :	65
a) Le traitement de l'ictère :	65
b) Le traitement de l'obstruction duodénale :	66
c) Le traitement de la douleur :	66
• Les traitements non chirurgicaux « invasifs » :	67
• Les traitements pharmacologiques de la douleur :	68
4. La place de la chimiothérapie et radiothérapie :	70
a) les protocoles possibles :	70
b) l'association chimiothérapie et biothérapie :	72
E. Pronostic et survie :	73
F. Les perspectives apportées par la recherche :	74
VI. Conclusion :	76
VII. Références :	78
VIII. Résumé :	89
IX. Annexes :	93
X. Serment d'Hippocrate	130

Abréviations :

- ACE :Antigène Carcino-Embryonnaire.
- ADK :Adénocarcinome.
- AJCC :American Joint Committee on Cancer.
- AMM :Autorisation de Mise sur le Marché.
- AMS :Artère Mésentérique Supérieure.
- BRCA2 :Breast Cancer gene 2.
- CA19-9 :Cancer Antigene 19-9.
- CA50 :Cancer Antigene 19-9.
- CAM17.1 :Carcinoma-Associated Mucin 17.1.
- CDKN2A :Cyclin Dependent kinase inhibitor 2A.
- CPRE :CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique.
- DU PAN2 :Duke Pancreatic monoclonal type2.
- EGF :Epidermal Growth Factor.
- EUS-FNA :Endoscopic UltraSound-guides Fine Needle Aspiration biopsy
- FDG :FluoroDésoxyGlucose.
- IARC :The International Agency for Research on Cancer.
- INO :Institut National d'Oncologie.
- IRE :Irréversible Electroporation.
- IRM :Imagerie par Résonance Magnétique.
- K-RAS :(V-Ki-ras2) Kirsten Rat Sarcoma viral oncogene homolog.
- LYVE1 :Lymphatic Vessel Endothelial hyaluranon receptor1.
- OMS :Organisation mondiale de la Santé.
- PanIN :Néoplasie Intra-épithéliale Pancréatique.
- P35 gène :gène de la Protéine 53.
- PET-Scan :Tomographie par Émission de Positrons.
- REG-1A :lithostatine 1 Alpha.
- SPSS :Statistical Package for the Social Sciences.
- STK11 :Serine Thero bine kinase 11.
- TC :Tronc cœliaque.
- TDM :Tomodensitométrie.
- TFF1 :TreFoil factor 1.
- TIPMP :Tumeurs Intra canalaires Papillaires et Mucineuses du Pancréas.
- TM :Tumeur.
- VPN :Valeur Prédictive Négative.
- VPP :Valeur Prédictive Positive.



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Le cancer du pancréas est beaucoup plus fréquent dans les pays industrialisés et en forte augmentation, même s'il n'apparaît qu'au 10ème rang des localisations de cancer en termes de fréquence et au 5ème rang des causes de mortalité par cancer.

Il constitue un enjeu de santé publique majeur en effet : avec un diagnostic souvent tardif, une symptomatologie bruyante et invalidante et un pronostic toujours grave en dépit des progrès de l'imagerie médicale et des thérapeutiques, avec le plus faible taux de survie à 5 ans.

La prise en charge palliative et oncologique peut contribuer à améliorer la survie et diminuer la douleur, qui est une véritable priorité. Ainsi qu'une prise en charge palliative précoce, dans les cancers au pronostic péjoratif, améliorerait la qualité de vie des patients, en évitant notamment des traitements lourds, parfois jugés déraisonnables, en fin de vie.

On a donc choisi de travailler sur la prise en charge des cancers pancréatiques aux stades avancés au sein du service de chirurgie B au Centre Hospitalo-Universitaire Avicenne à Rabat, à travers une série de cas de patients colligés du janvier 2011 au janvier 2016, et de s'intéresser plus particulièrement à la prise en charge palliative dont ils pouvaient bénéficier.



**MATERIEL
ET
METHODES**

II. Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique portant sur une série de 34 cas de cancer du pancréas aux stades avancés, pris en charge dans le service de chirurgie B au CHU Avicenne à Rabat du janvier 2011 jusqu'à janvier 2016.

L'objectif de ce travail à travers cette série de 34 cas est de réaliser une évaluation épidémiologique, clinique, évolutive de ce cancer, de décrire les causes du retard de diagnostic et le traitement choisie, afin de préserver la qualité de vie de ces patients dont la survie est limitée.

CRITERES D'INCLUSION :

Nous avons retenu tous les patients porteurs d'un cancer pancréatique localement avancé et métastatique, chez qui le traitement ne peut relever, que d'un traitement palliatif.

CRITERES D'EXCLUSION :

Nous avons exclu de cette étude :

- les patients qui ont bénéficié d'emblée d'une résection curative.
- les patients présentant un cancer pancréatique secondaire.

AU TOTAL :

Nous avons dénombré 51 cas de cancers pancréatiques dont 17 cas (33%) ont bénéficiés d'une résection à visée curative par duodéno pancréatectomie céphalique.

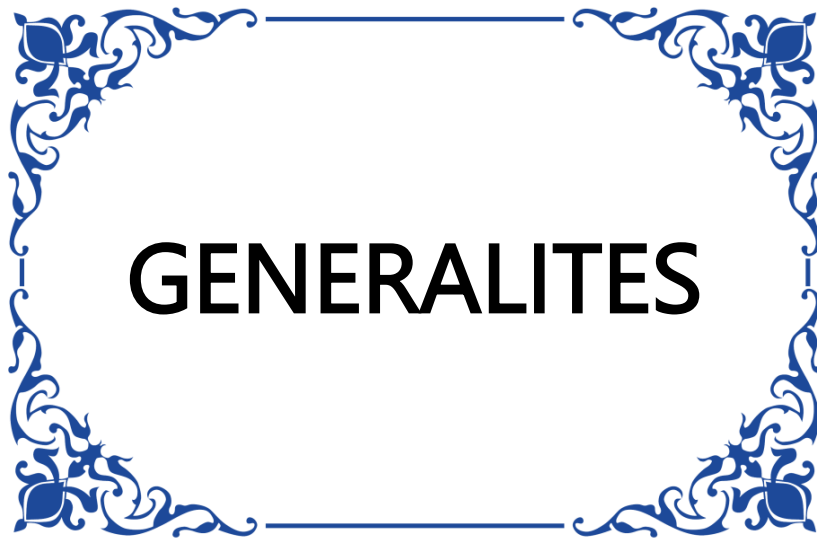
Ainsi 34 cas (67%) ont été jugés évolutifs. C'est le bilan de ces 34 patients que nous rapportons dans cette étude.

CRITERES D'EVALUATION :

Pour la réalisation de ce travail on s'est basé sur le registre du service de chirurgie B pour avoir le nombre total des patients présentant un cancer du pancréas au cours de la période analysée, puis les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques auxquels nous nous sommes intéressés dans cette étude.

Pour cela, pour chaque patient une fiche d'exploitation a été remplie (fiche d'exploitation ; voir annexe).

Pour l'analyse statistique le logiciel SPSS v20, et Excel Office 2013 ont été utilisés.



GENERALITES

III. GENERALITES :

A. Embryologie du pancréas :

Le pancréas dérive de deux bourgeons endodermiques de la future région duodénale de l'intestin primitif : l'un ventral, commun avec le bourgeon hépatobiliaire, et l'autre dorsal, qui se développe dans le mésogastre postérieur. Chaque ébauche a son propre canal. Deux phénomènes de rotation vont se produire. Avec la rotation de l'estomac, les deux ébauches, initialement sagittales, vont se placer dans un plan frontal. L'ébauche ventrale, qui donne aussi naissance au canal cholédoque, va tourner vers l'arrière autour du deuxième duodénum pour se placer en dessous et en arrière de l'ébauche dorsale. Son canal s'abouche au canal dorsal. [12]

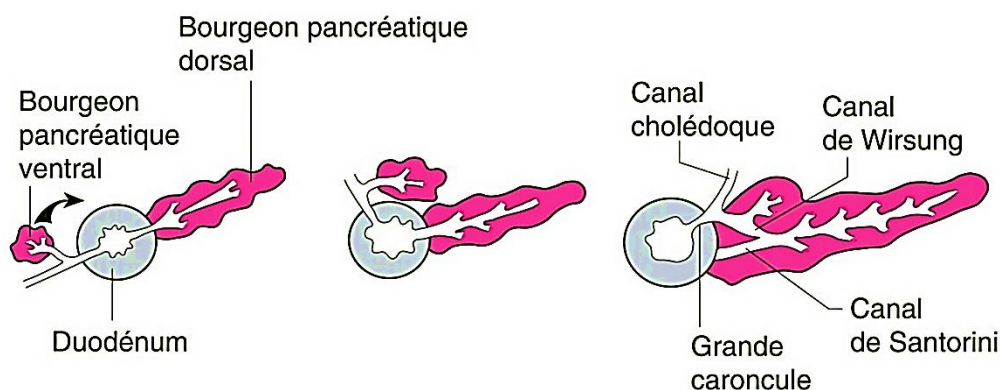


Figure 1 : Développement embryonnaire du pancréas.

B. Rappel anatomique du pancréas :

Configuration extérieure :

Le pancréas est un organe plat situé dans l'abdomen, derrière l'estomac, il est positionné dans une anse formée par les 4 portions duodénales.

Il est d'aspect lobulé, mesure entre 12 et 15 cm de longueur, et présente un axe oblique vers le haut et la gauche et concave vers l'arrière, en avant des trois premières vertèbres lombaires.

Le pancréas est divisé en quatre parties :

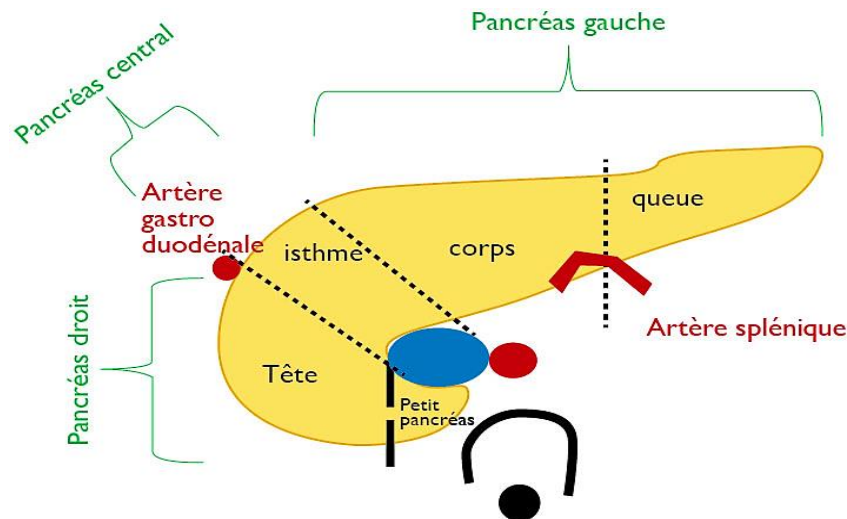


Figure 2 : Coupe transversale montrant les différents segments du pancréas.

- **La tête :** Limitée à gauche par le bord droit de la veine mésentérique supérieure, elle présente une portion en arrière des vaisseaux mésentériques, le processus unciné ou petit pancréas. La tête du pancréas est enchâssée dans la deuxième portion du duodénum, ainsi ce bloc duodéno-pancréatique réalise une véritable entité radiologique et chirurgicale.
- **L'isthme :** il sépare la tête du corps, il est limité à droite par le bord latéral de la veine mésentérique supérieure et à gauche par le bord droit de l'artère mésentérique supérieure.
- **Le corps :** situé entre le bord droit de l'artère mésentérique supérieure et le croisement du bord supérieur de la glande par l'artère splénique.
- **La queue :** Elle poursuit le corps au-delà du croisement entre le bord supérieur de la glande et l'artère splénique. [8]

Les canaux pancréatiques :

Le canal pancréatique principal (canal de Wirsung) parcourt toute la longueur de la glande et reçoit des canaux secondaires courts qui s'abouchent perpendiculairement. Son calibre moyen est de 3 mm, il rejoint le canal cholédoque à la partie basse de la tête pour former un sphincter commun, le sphincter d'Oddi. Il se termine dans l'appareil ampullaire à la partie basse du bord interne du 2ème duodénum en regard de la grande caroncule.

Le canal pancréatique accessoire (canal de Santorini) draine la partie haute de la tête en se terminant à la partie haute du bord interne du 2ème duodénum par la petite caroncule.

La vascularisation artérielle:

La vascularisation artérielle du pancréas est triple, provenant de l'artère gastroduodénale, l'artère mésentérique supérieure (AMS) et l'artère splénique.

On la sépare classiquement en deux réseaux : **la vascularisation céphalique** commune au duodénum et à la partie basse de la voie biliaire principale, et **la vascularisation corporéocaudale** commune à la rate.

La vascularisation céphalique est assurée par les arcades pancréatico-duodénales antérieures et postérieures, branches des 4 artères pancréatico-duodénales issues de l'artère gastro-duodénale et de l'artère mésentérique supérieure.

Ces arcades pancréatico-duodénales permettent d'assurer une collatéralité efficace entre le tronc coélique et l'artère mésentérique supérieure en cas de sténose proximale de l'un de ces 2 vaisseaux.

La vascularisation corporéocaudale s'effectue par l'artère splénique qui donne les artères pancréatiques dorsales et l'artère grande pancréatique, qui pénètrent dans le parenchyme pancréatique et s'anastomosent avec l'artère pancréatique inférieure issue de l'AMS. L'artère de la queue du pancréas naît d'une branche terminale de l'artère splénique dans le hile de la rate et s'anastomose avec l'artère pancréatique inférieure. [9]

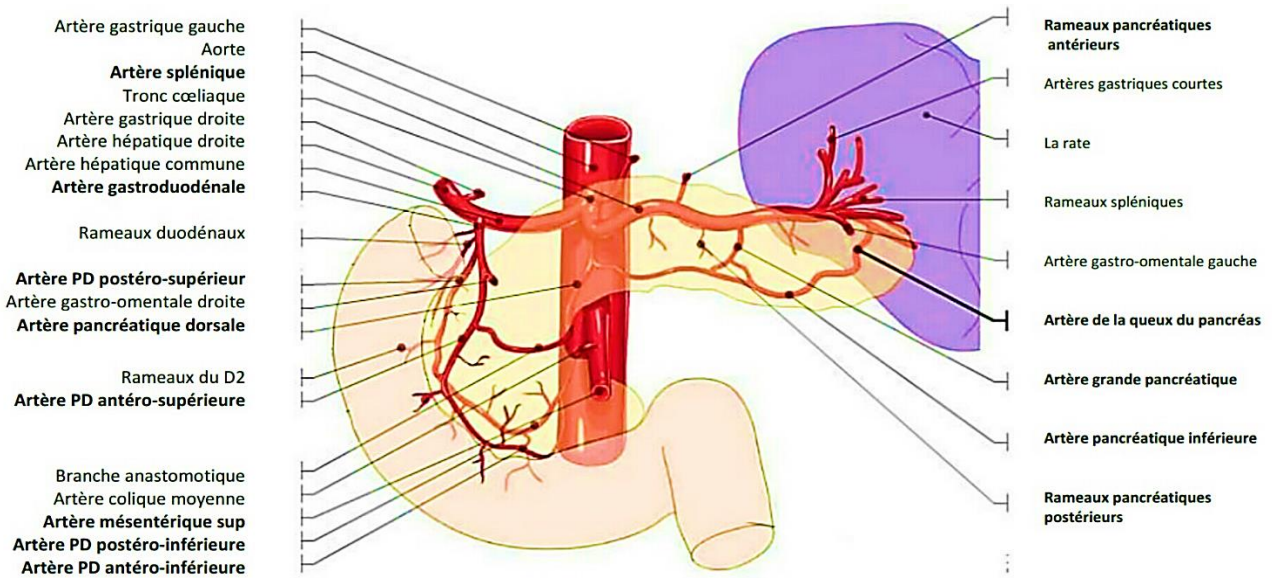


Figure 3 : Vue antérieure montrant la vascularisation artérielle du pancréas.

Le retour veineux :

Le retour veineux céphalique est assuré par 4 veines pancréaticoduodénales équivalentes à leur homonyme artériel. La veine pancréatico-duodénale postéro-supérieure s'abouche directement au bord droit de la veine porte, La veine pancréatico-duodénale antéro-supérieure se jette dans le tronc veineux gastrocolique de Henlé et les veines pancréatico-duodénales inférieures se drainent dans la veine mésentérique supérieure. La veine splénique draine l'ensemble de la région corporéocaudale. [9]

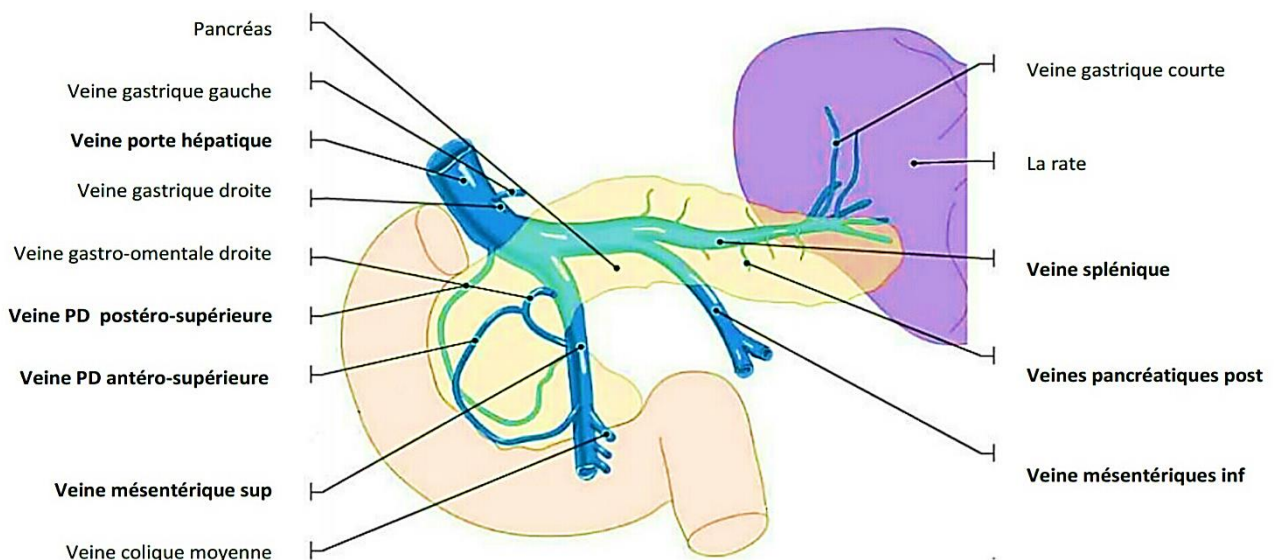


Figure 4 : Vue antérieure montrant le retour veineux du pancréas.

Drainage lymphatique :

Le drainage de la région céphalique est assuré par des ganglions périoduodéno pancréatiques, mésentériques supérieurs, rétrocholédociens et hépatiques communs. Le drainage corporocaudal s'effectue par l'intermédiaire de ganglions situés dans le hile splénique. Les ganglions situés près de l'origine du TC et de l'AMS ou dans la région inter-aortico cave assurent le drainage de l'ensemble du pancréas. [9]

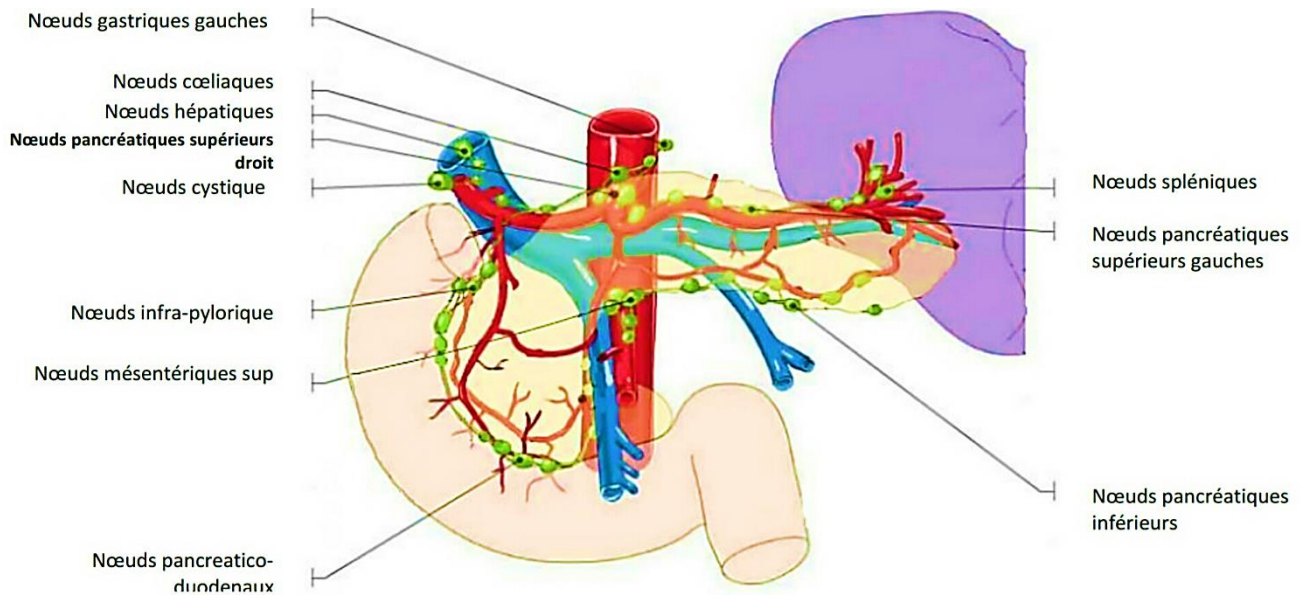


Figure 5 : Vue antérieure montrant le drainage lymphatique du pancréas.

L'Innervation :

Le pancréas reçoit une innervation sympathique par les nerfs splanchniques et une innervation parasympathique par le nerf vague.

Les nerfs sympathiques véhiculent la douleur. Les fibres cholinergiques du nerf vague participent, avec des facteurs humoraux, à la commande de la sécrétion exocrine. [9]

Sur le plan fonctionnel le pancréas est une glande à la fois exocrine et endocrine. La fonction endocrine joue un rôle primordial dans la régulation du métabolisme glucidique grâce à l'insuline et au glucagon. La fonction exocrine a un rôle tout aussi essentiel dans la digestion, par l'intermédiaire du suc pancréatique. [8]

La lame rétro-portale droite :

La lame rétro-portale droite ou lame rétro-porte est une formation conjonctive dense constituée de tissu adipeux, d'éléments vasculaires (artères duodéno-pancréatiques inférieures, artère hépatique droite, veines duodéno-pancréatiques inférieures), nerveux (lames unco--mésentériques) et lymphatiques. [10]

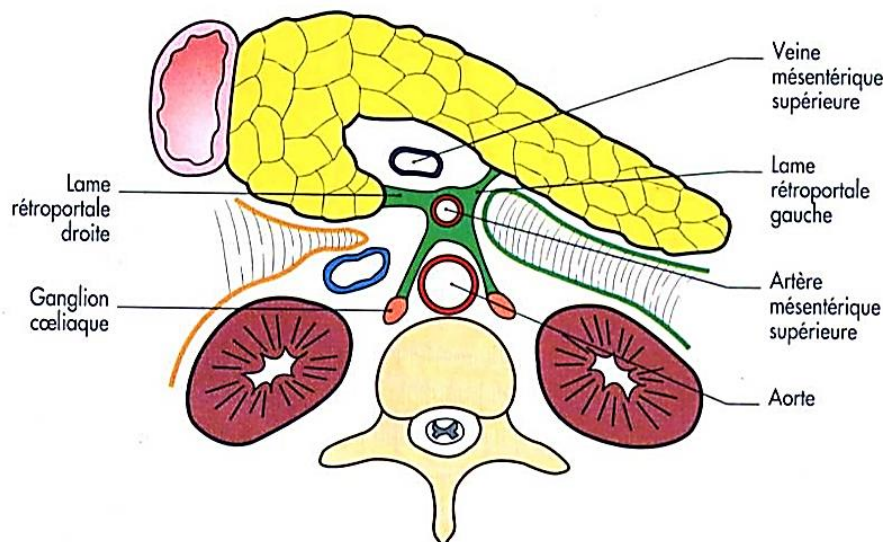


Figure 6 : Coupe transversale en regard de L2 montrant les attaches postérieures du pancréas.

Elle est limitée latéralement par l'uncus pancréatique, médialement par l'artère mésentérique supérieure, en haut par le ganglion coéliquien droit, en bas par le troisième duodénum, en avant par l'isthme et la veine mésentérique supérieure, en arrière par l'aorte abdominale et la région coéliquienne.

La lame rétro-porte est une voie de diffusion privilégiée des processus pathologiques tumoraux et un lieu clé dans l'envahissement locorégional des tumeurs pancréatiques céphaliques. Ainsi cette région devra être examinée avec attention lors de l'étude anatomo-pathologique pour affirmer une résection chirurgicale en marge saine. [11][13]

C. Histoire naturelle :

1. Les lésions pancréatiques précancéreuses :

a) Les cystadénomes mucineux :

Il s'agit d'une lésion kystique avec un revêtement épithélial sécrétant de la mucine. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, diagnostiqué devant des douleurs abdominales ou une pancréatite aigue inaugurale, mais le plus souvent la découverte de ces lésions est fortuite.

Le traitement est toujours chirurgical, en raison du risque de dégénérescence, et aucune surveillance n'est nécessaire étant donné le caractère non invasif de cette lésion. Il faudra savoir rechercher des arguments évocateurs de dégénérescence, devant un nodule mural, un épaissement pariétal ou encore une taille supérieure à 8 mm [14].

b) Les tumeurs intra-canales papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) :

Il s'agit de dilatations canales, liées à une sécrétion de mucus, apparaissant sous forme de lésions kystiques avec communication canalaire. Ces lésions sont développées aux dépens du canal principal ou des canaux secondaires, et siègent préférentiellement au niveau de la tête du pancréas. La découverte est souvent fortuite, mais peut avoir lieu devant des douleurs abdominales ou un épisode de pancréatite aigue. [14]

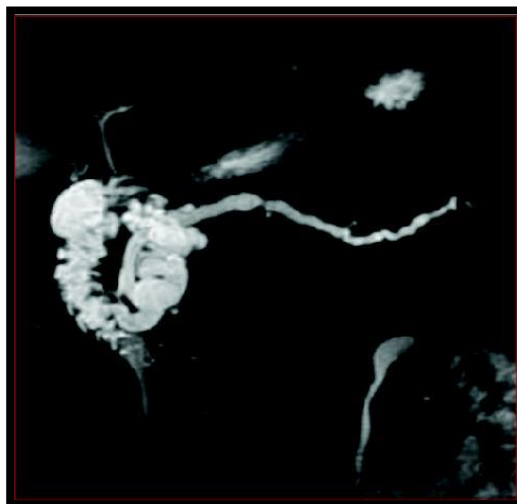


Figure 7 : Projection volumique d'une acquisition 3D en wirsungo-IRM montrant une tumeur intracanales papillaire et mucineuse du pancréas (TIPMP) mixte au niveau de la tête du pancréas.

c) Les néoplasies intra-épithéliales pancréatiques :

Ce sont des lésions microscopiques, asymptomatiques, retrouvées dans 80% des cas dans le parenchyme adjacent des cancers du pancréas opérés.

Ces lésions sont retrouvées dans la pancréatite chronique alcoolique (forme de bas grade), dans les pancréatites héréditaires et chez les patients à haut risque de cancer (syndromes de Peutz-Jeghers, de Lynch et de mutation BRCA2).

Ces lésions ne peuvent être mises en évidence en imagerie, on pratiquera une surveillance annuelle par IRM et écho-endoscopie uniquement après 45 ans dans le cas de syndromes associés à un risque accru de cancer. [14]

2. Les voies d'extension :

Les cancers du pancréas, et notamment les adénocarcinomes canaux, sont souvent caractérisés par la présence d'engainements tumoraux périnerveux.

Les cellules tumorales peuvent ainsi disséminer le long des gaines des nerfs intra et péri-pancréatiques expliquant la fréquence des récurrences et extensions tumorales locales et intra-abdominales.

Au stade localement avancé, il existe fréquemment une extension directe aux vaisseaux veine et artère mésentérique, artère hépatique, tronc porte et tronc coeliaque ainsi qu'aux organes de voisinage comme le duodénum ou le haut cholédoque [15].

La diffusion de la prolifération tumorale au sein du tissu adipeux péri-pancréatique, arrive au contact de la séreuse péritonéale et explique la fréquence des lésions de carcinose péritonéale.

Les adénocarcinomes canaux pancréatiques s'accompagnent très souvent d'extension tumorale endolymphatique, expliquant la fréquence des extensions ganglionnaires.

Les extensions endoveineuses, diffusant au système porte, sont responsables de la survenue des métastases hépatiques, puis pulmonaires et viscérales, après passage dans la circulation générale.



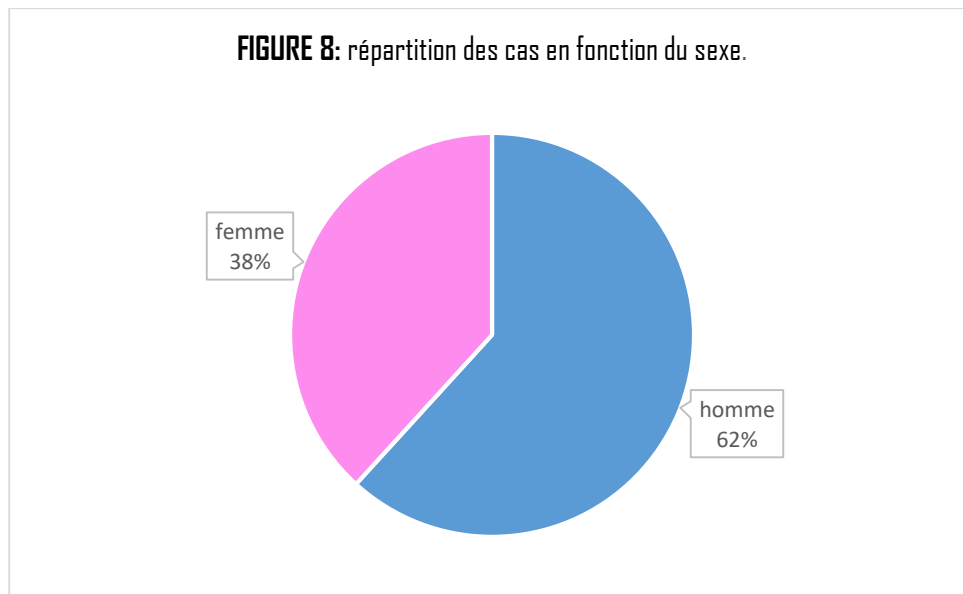
RESULTATS

IV. Résultats :

A. Epidémiologie :

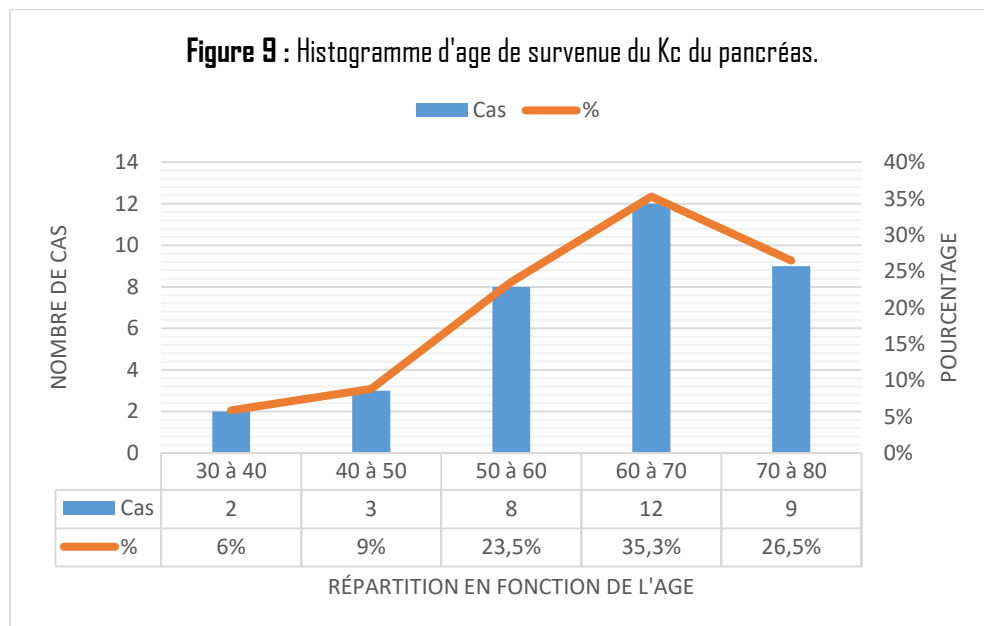
1. Répartition en fonction du sexe :

Notre série est faite de 21 cas de sexe masculin versus 13 cas de sexe féminin avec un sexe-ratio à 1,6.

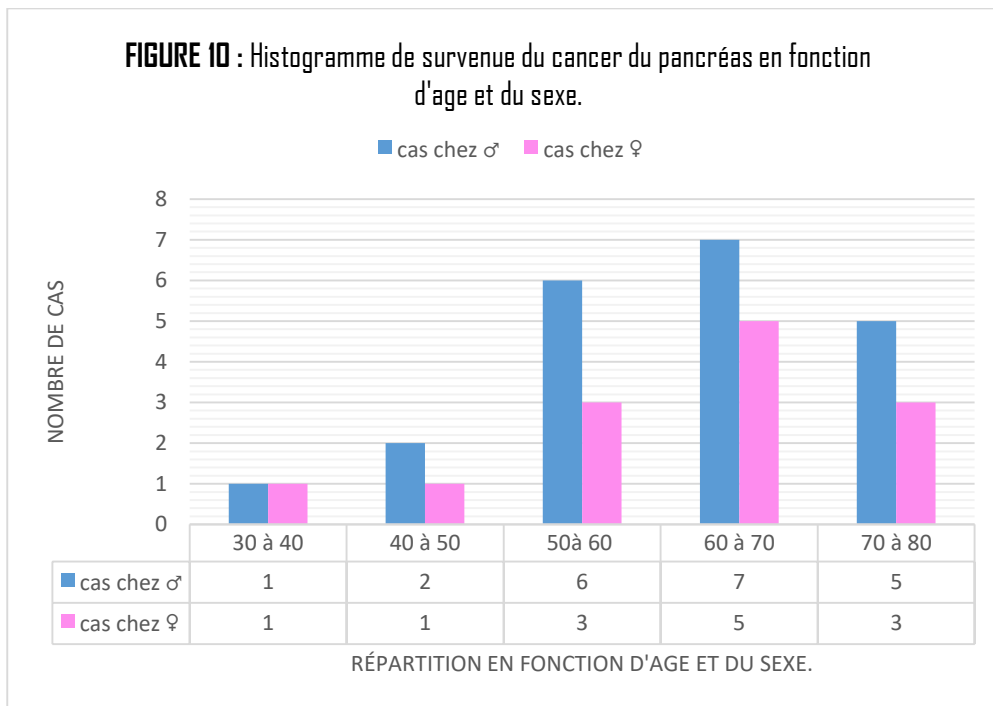


2. Répartition en fonction de l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 61 ans.

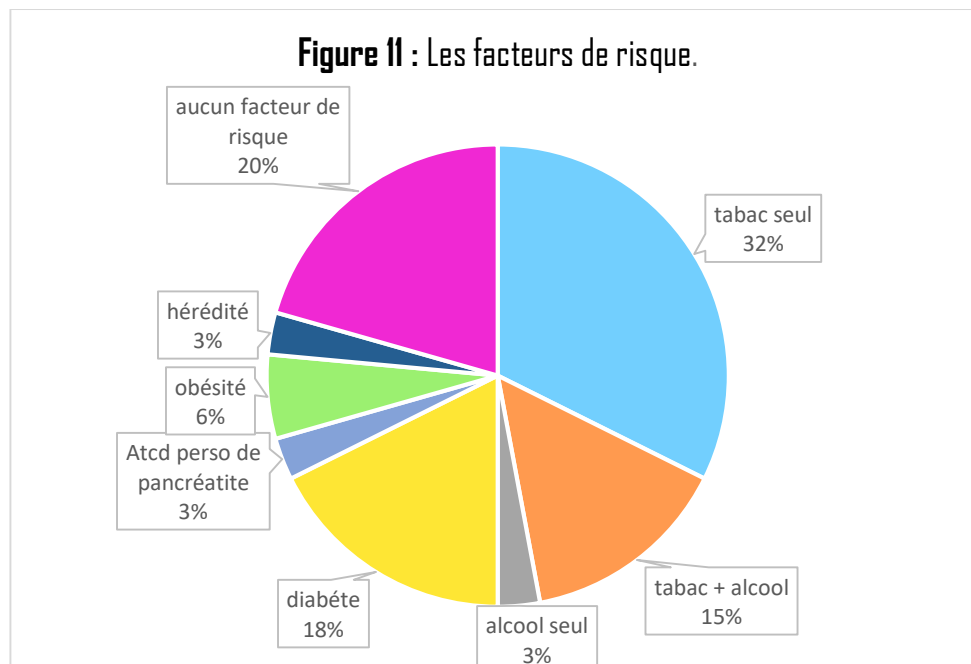


L'âge moyen au moment du diagnostic était de 56 ans chez les femmes et de 63 ans chez les hommes avec des extrêmes allant de 32 à 79 ans.



B. Les facteurs de risque :

Nous nous sommes basés sur la recherche et l'évaluation de l'incidence des facteurs de risque les plus décrits et validés par la littérature.



1. Tabac seul :

Le tabac seul occupe la première place avec une incidence de 32% représentant le facteur de risque le plus incriminé.

2. Intoxication alcoolo-tabagique :

Intoxication alcoolo-tabagique est liée au cancer du pancréas dans 15% des cas dans notre série.

3. Alcool seul :

La consommation exclusive d'alcool est retrouvée chez 3% de nos malades.

4. Diabète :

Le diabète se place en deuxième position après le tabagisme avec une incidence de 18%, dont 67% de nos patients diabétiques avaient un diabète ancien datant de plus de 2 ans avant le diagnostic du cancer du pancréas.

5. Pancréatite chronique :

La pancréatite chronique est retrouvée chez 3% de nos malades.

6. Obésité :

L'obésité présente une incidence estimée à 6% de cas.

7. Facteur héréditaire :

Les antécédents familiaux de premier degré du cancer pancréatique est retrouvé dans un seul cas soit une incidence de 3%.

C. Le tableau clinique :

1. Les signes fonctionnels

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et le diagnostic était de 3 mois avec des extrêmes de 1 à 9mois.

Dans cette étude la symptomatologie clinique a été dominée par :

Tableau I : La prévalence des signes fonctionnels.

SIGNES FONCTIONNELS	Nombre	%
Amaigrissement	28	82%
Ictère	24	70%
Douleur Abdominale	33	97 %
Diabète inaugural	2	6 %

○ **Amaigrissement :**

L'amaigrissement apparait chez 82% de nos patients avec des extrêmes que nous avons pu chiffrer allant de 7 à 20 Kg sur une durée de 45j à 4 mois.

○ **Ictère :**

Présent chez 70% des malades, il s'agit d'un ictère choléstatique, progressif, évoluant d'un seul tenant sans tendance à la régression.

○ **Douleurs abdominales :**

C'est le signe d'appel le plus répondu, est retrouvé chez 97% de nos patients, sont des douleurs en majeure partie de type solaire, typiquement, de siège épigastrique intenses, transfixiantes, irradiant vers le dos.

○ **Diabète :**

Le diabète découvert concomitante au diagnostic de la tumeur, est retrouvé chez 2 patients, il s'agissait d'un diabète de type 2, faisant une prévalence de 6%.

2. Les signes physiques :

L'examen clinique était pauvre et non spécifique, on a essayé donc de chercher les signes physiques les plus évocateurs selon la littérature.

Tableau 2 : La prévalence des signes physiques.

SIGNES PHYSIQUES	NOMBRE	%
Ictère	24	70 %
Masses abdominales	9	26 %
Hépatomégalie	4	11%
Grosse VB	2	6 %
Ascite	3	9 %
ADP périphérique	3	9 %

- Ictère cutanéomuqueux était très présent, soit 70% des cas souvent associé aux lésions de grattage.
- Les masses abdominales sont retrouvées chez 26% de nos patients.
- Hépatomégalie était découverte chez 11% de malades.
- Une grosse vésicule biliaire avec une prévalence estimée à 6%.
- Ascite et les adénopathies périphériques sont retrouvées chez 9% de nos patients.

D. Paraclinique :

1. La biologie :

Le bilan biologique a été marqué par :

- une perturbation du bilan hépatique chez 26 patients soit 77% des cas de la série, elle a été en faveur d'une cholestase très prononcée dans 84% des cas, et une cytolysse hépatique dans 54%.
- Le dosage des marqueurs tumoraux CA19-9 et ACE a été réalisé chez 17 patients soit 50% des cas, CA19-9 revenant positif chez 74% des patients prélevés, dépassant 800U/ml, de même l'ACE revenant positif chez 69% des cas.

2. La radiologie :

• L'Échographie :

L'échographie était l'examen de première intention chez 17 patients, dont elle a évoqué le diagnostic du cancer pancréatique chez 9 patients soit 53%, de siège céphalique dans 67% des cas, d'une taille moyenne de 30mm, associé d'une ectasie biliaire quasi présente.

2 cas de métastase hépatique ont été décelés par l'échographie, un du segment V et un cas de foie multinodulaire. Un seul cas d'envahissement ganglionnaire intéressant les ganglions du hile hépatique.

L'envahissement vasculaire a été suspecté échographiquement dans un seul cas.

• Tomodensitométrie :

Trente-et-un de nos patients ont bénéficiés d'une TDM surtout thoraco-abdomino-pelvienne soit 91% de la série, le diagnostic a été posé chez 29 cas soit 94%, les deux cas restants nous ont posés de problème avec d'autres diagnostics (ampullome Valérien et pseudo kyste d'une pancréatite).

Le bilan d'extension locorégional et à distance a permis de détecter :

- Une extension vasculaire directe aux : veine et artère mésentérique, artère hépatique, tronc porte et tronc coeliaque dans 13 cas soit 42%.
- La présence d'engainements tumoraux péri-nerveux chez 9 patients soit 29%.
- Ainsi l'extension au duodénum, le haut cholédoque et la lame rétro-portale dans 21 cas soit 68%.
- Prolifération tumorale au sein du tissu adipeux péri-pancréatique, arrivant au contact de la séreuse péritonéale dans 4 cas 13%.
- Des métastases ganglionnaires péri-pancréatiques (surtout rétro-pancréatique) dans 12 cas soit 38%, et périphériques dans 2 cas soit 6%.
- Des métastases hépatiques dans 6 cas soit 18%, splénique, surrénalienne, pulmonaire et colique dans 3% et 9% respectivement.

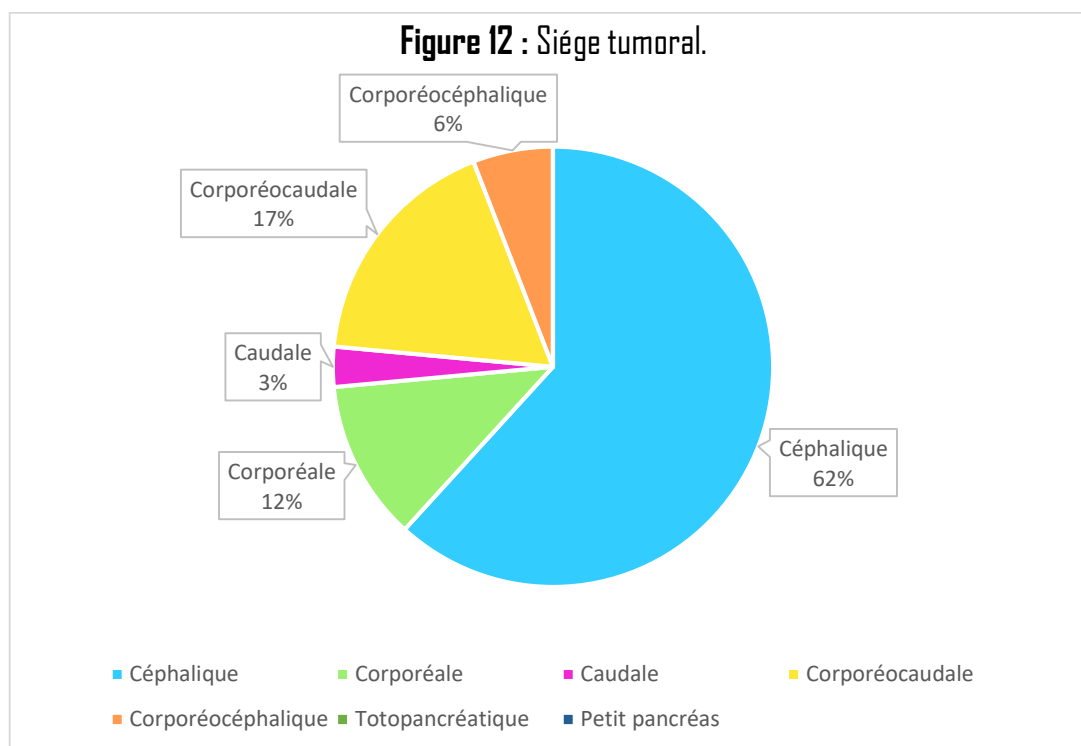
- **L'Echo-endoscopie :**

L'écho-endoscopie a été faite chez 3 patients soit 9% des cas de notre série, cet examen a permis d'établir le diagnostic du cancer du pancréas de siège céphalique dans les 3 cas, en éliminant les diagnostics différentiels, permettant aussi de détecter des adénopathies péri-pancréatique de caractères métastatique.

- **L'Imagerie par Résonance Magnétique :**

Deux patients de notre série ont bénéficiés d'une IRM abdominale, objectivant une tumeur de la tête du pancréas de caractère non résécable jugé sur des séquences d'angio-IRM montrant un engainement de l'artère hépatique commun dans un cas et des nodules hépatique infra-centimétrique secondaires au néoplasie pancréatique chez le second cas.

Figure 12 résume la répartition du siège tumorale de notre série après la réalisation du bilan morphologique.



3. Anatomopathologie :

Trente-deux cas soit 91% ont bénéficiés d'une biopsie de confirmation du type histologique des cancers pancréatiques, et de leurs localisations secondaires, revenant positif à 100%.

L'étude anatomopathologique de notre série a révélé une prédominance de l'adénocarcinome ductulaire avec 88% de l'ensemble des cas, et seulement 2 cas de tumeur neuroendocrinienne soit 6%.

Par ailleurs, chez 6% de nos patients, la nature histologique de ces tumeurs n'avait pas été connue du fait de l'absence de pièce opératoire ou de biopsie (pour des raisons d'altération grave de l'état générale et de décès). Ces malades ont été considérés dans le groupe des adénocarcinomes pancréatiques par argument de fréquence.

Le tableau 3 résume les données anatomopathologiques de notre série.

Tableau 3 : Variétés histologiques des tumeurs pancréatiques de la série.

TYPES	Nombre	%
ADK Ductulaire	30	88%
Cystadenocarcinome	0	0%
Carcinome adenosquameux	0	0%
Tumeur neuro-endocrinienne	2	6%
Lymphome (primitif)	0	0%
Nature histologique non connu	2	6%
TOTAL	34	100%

E. Causes du retard de diagnostic

A travers cette étude les principales causes du retard de diagnostic qu'on a pu conclure sont essentiellement :

- La latence clinique de ce cancer, dont l'ensemble de nos patients ont consulté à des stades avancés exprimé cliniquement par une symptomatologie non spécifique généralement : amaigrissement, douleur abdominale, ictère et diabète, dont le premier signe a apparu est souvent banalisé.
- La composante socio-économique défavorable de nos patients qui conditionne le délai moyen entre le début de la symptomatologie et le diagnostic, dans notre étude ce délai arrive jusqu'à 9 mois.
- Absence d'un programme de surveillance des lésions précancéreuse qui pourrait repérer les premiers stades du développement de ce cancer et d'un programme de dépistage pour des groupes sélectionnés à haut risque de développer un cancer du pancréas dans un contexte de prédisposition héréditaire, ce qui rend sa détection généralement à des stades évolutifs.

F. Traitement :

Une palliation chirurgicale a trouvé sa place chez 23 cas (68%), et la palliation non chirurgicale chez 7 cas (20%). 1 seul cas (3%) n'a pu avoir qu'une laparotomie exploratrice alors qu'une abstention thérapeutique a été décidée chez 3 patients (9%) jugés inopérables, (une palliation pharmacologique a été décidée chez les deux derniers groupes de nos patients.)

Tableau 4 : La stratégie Thérapeutique adoptée vis-à-vis de nos malades.

.Stratégie thérapeutique	Nombre	%
Palliation chirurgicale	23	67,5%
Palliation non chirurgicale	7	20,5%
Laparotomie exploratrice	1	3%
Abstention thérapeutique	3	9%
Exérèse	0	0%
Total	34	100%

1. Palliation chirurgicale :

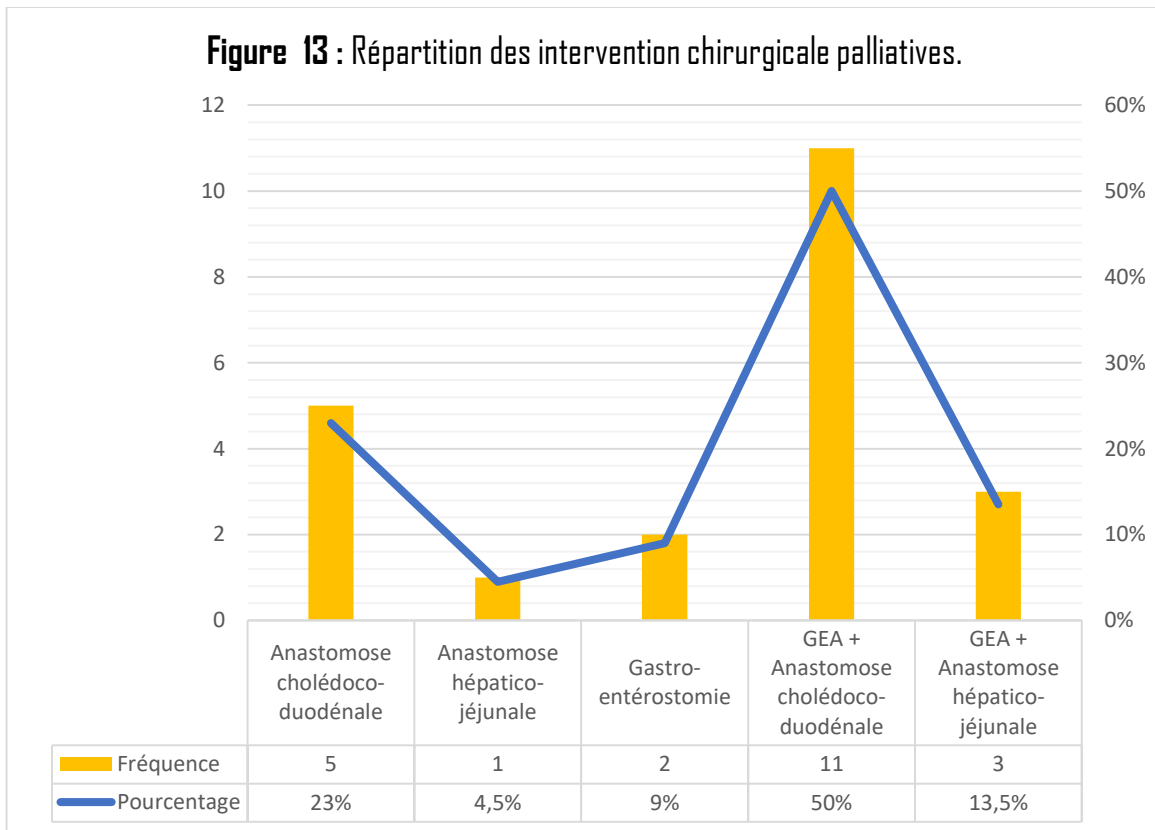
Vingt-trois patients (68%) ont subi une intervention chirurgicale à visée palliative destinée à court-circuiter l'obstruction biliaire et digestive.

Il s'agissait dans la majorité des cas, de tumeurs céphaliques et corporeo céphaliques traités par une double dérivation :

- Anastomoses cholédoco-duodénale + gastro-jéjunale dans 50 % des cas.
- Anastomoses hépatico-jéjunale + gastro-jéjunale dans 13,5 %.

27,5% de nos patients ont bénéficiés d'une dérivation biliaire seule alors qu'une gastroentérostomie seule n'a été faite que dans 9% des cas.

Figure 13 résume les interventions chirurgicale adoptée vis-à-vis de nos malades.



2. Palliation non chirurgicale

a. Traitement endoscopique :

Un drainage biliaire endoscopique par pose de prothèse métallique auto-expansive a été réalisé chez deux patients ayant un ictère choléstatique symptomatique. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique chez les 2 malades.

b. Traitement antalgique pharmacologique :

Le recours au traitement antalgique était nécessaire chez 28 patients soit 82% des cas incluent dans notre étude, variable entre traitement antalgique pharmacologique exclusive et traitement antalgique en post opératoires.

Les antalgiques paliers I à base de paracétamol (Perfalgan) ont été utilisés chez 16 patients. Les antalgiques paliers II représentés par l'association codéine-paracétamol ou Taramadol ont été utilisés chez 5 patients.

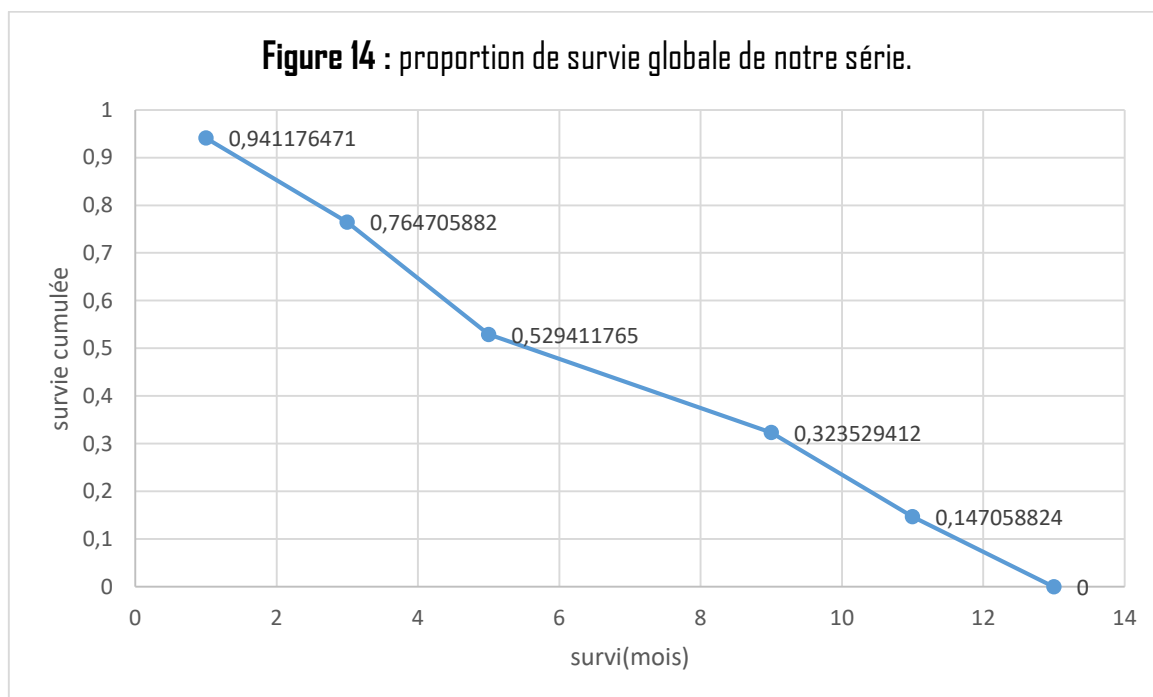
Le recours aux morphiniques était nécessaire chez 7 patients.

c. Chimiothérapie :

La chimiothérapie à visée palliative a été décidée chez deux patients, qui ont été transférés à l'Institut Nationale d'Oncologie à Rabat, dans le but d'allonger leur survie avec moins de progression tumorale.

G. Surveillance :

- L'amélioration clinique a été obtenu chez l'ensemble des patients traités.
- A noter que 17 malades ont eu des suites opératoires simples.
- 6 patients ont présentés des complications non létales variables entre infection de la paroi et fistule biliaire spontanément tarie au bout de deux semaines
- La mortalité globale opératoire était de 0 %.
- Le taux de survie de nos patients à 1 an était de 11%. Avec une médiane de survie de ≈ 5 mois.





DISCUSSION

A. Epidémiologie et facteurs de risque

Epidémiologie (Les données nationales disponibles) :

a. L'INO de Rabat : [1]

Les cancers du pancréas représentaient 5 % des cancers digestifs enregistrés dans le service d'épidémiologie de l'Institut National d'Oncologie de Rabat, entre 1997 et 2012.

b. Registre du centre hospitalier d'oncologie de Marrakech : [1]

Les proportions du cancer du pancréas étaient très voisines, 0,20 % chez les hommes et de 0,17 % chez les femmes.

c. REGISTRE DES CANCERS de la Région du Grand Casablanca pour la période 2008 – 2012 :

L'incidence standardisée estimée du cancer du pancréas de la région du grande Casablanca était à 1,0 chez les femmes et de 1,7 chez les hommes avec un sexe-ratio à 1,4.

d. Selon L'International Agency for Research on Cancer 2012 (IARC) : [2]

L'incidence standardisée estimée du cancer du pancréas au Maroc était la même chez les deux sexes (1,2 pour 100 000 personnes/an) avec un sexe-ratio à 1,5.

La comparaison de l'incidence estimée au Maroc avec celle d'autres pays, selon IARC 2012 : L'incidence standardisée estimée du cancer du pancréas chez les hommes au Maroc était légèrement supérieure à celle observée en Algérie et un peu plus faible que celle observée en Tunisie (1,2 versus 0,6 et 1,7 pour 100 000 hommes/ an, respectivement).

Elle était très faible par rapport à d'autres pays comme la France (10,7 pour 100 000 hommes/an). Alors que chez les femmes, cette incidence était de 1,2 pour 100 000 femmes/an, voisine de celle observée en Algérie et en Tunisie, elle restait moindre que celle estimée dans d'autres pays comme la France avec 3,9 pour 100 000 femmes/an

Le risque de cancer du pancréas augmente avec l'âge, dont La plupart des cancers du pancréas sont diagnostiqués entre 60 et 80 ans [2].

Dans notre série le sexe ratio était à 1,6 proche du sexe-ratio rapporté par la littérature. Notre étude a montré que l'âge moyen de survenu de ce cancer au moment du diagnostic était de 56 ans chez les femmes et de 63 ans chez les hommes, et de 61ans chez les deux sexes.

Estimated age-standardised incidence and mortality rates: women

Estimated age-standardised incidence and mortality rates: men

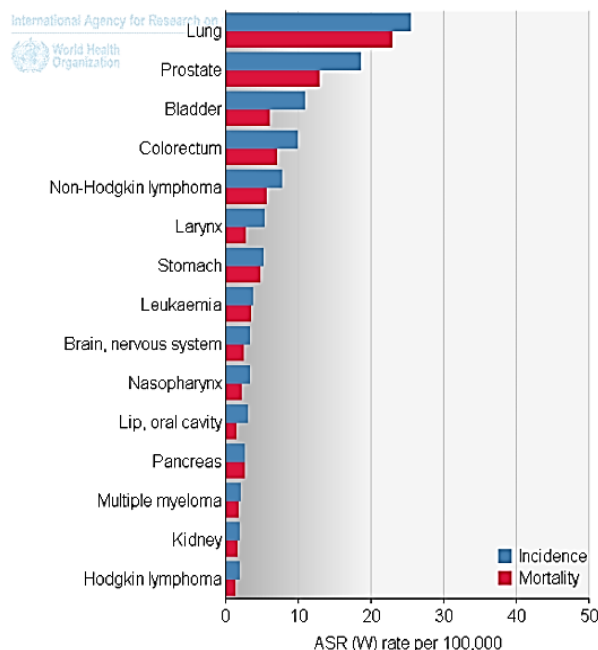
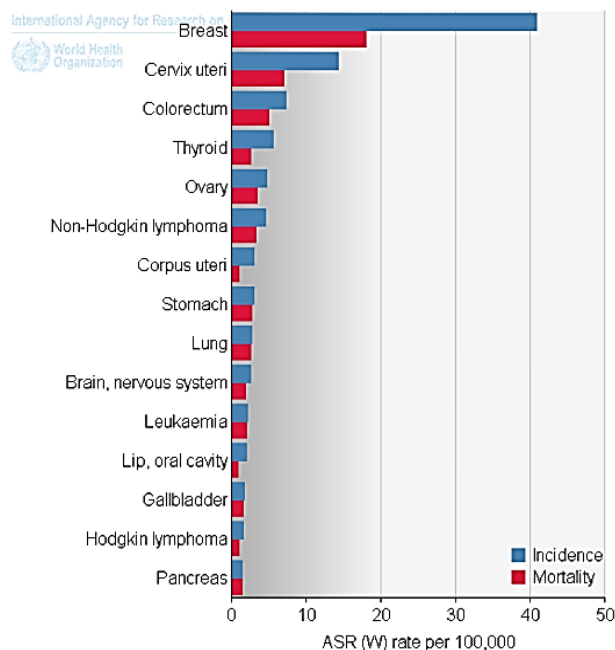
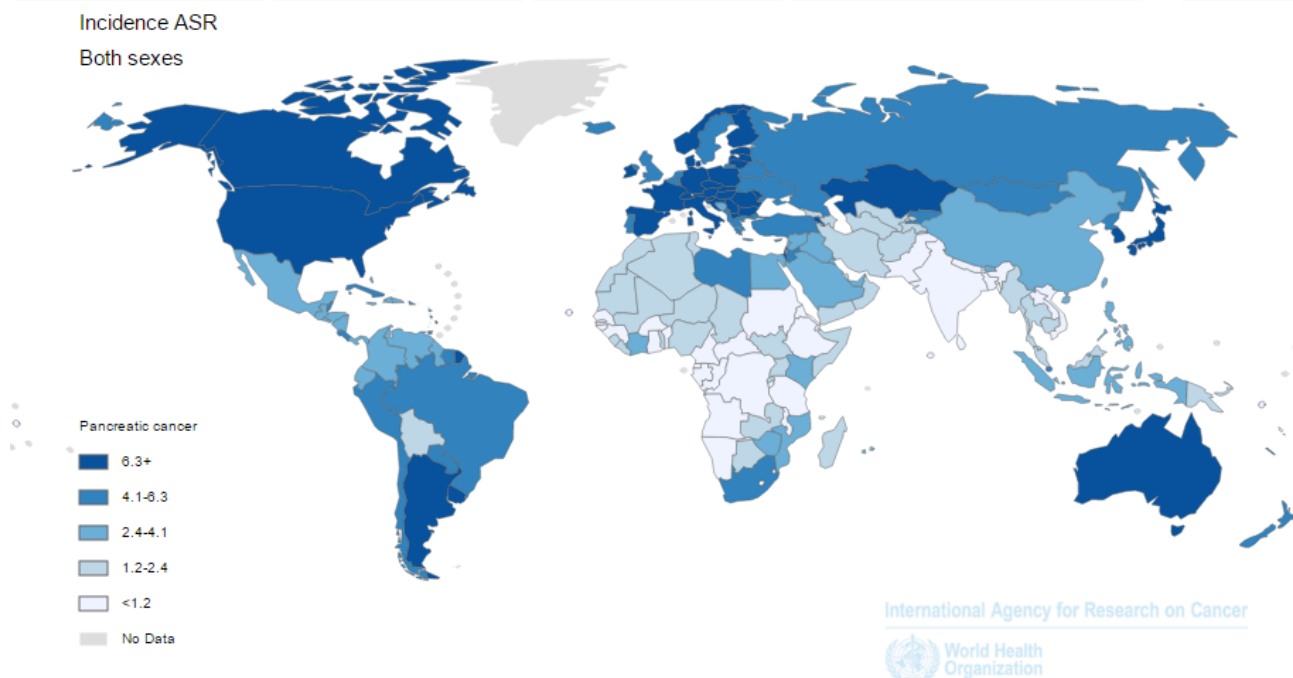


Figure 15 : L'incidence standardisée et la mortalité estimée du cancer du pancréas au Maroc chez les deux sexes.

Region: World | Type: Incidence | Indicator: ASR | Site: Pancreas | Sex: Both sexes



Source: GLOBOCAN 2012 (IARC)

Figure 16 : L'incidence du cancer pancréatique au Maroc par rapport au monde. [3]

Les facteurs de risque du cancer du pancréas :

→ Facteurs comportementaux et maladies favorisantes:

Peu de facteurs de risque ont clairement été identifiés dans la survenue de tumeurs pancréatiques:

▪ Le tabac :

Le facteur le plus important et pour lequel les preuves sont suffisantes est le tabagisme. En effet, le tabac pourrait jouer un rôle dans l'activation de certains oncogènes comme K-ras. 30% des cancers du pancréas pourraient lui être attribués.

Dans notre étude, le tabac présente un facteur de risque fréquent, avec une incidence estimée à 32%. D'où l'intérêt de la prévention primaire qui pourra contribuer à la diminution de l'incidence de ce type de cancer. [4]

▪ le lien entre le cancer du pancréas et le diabète :

En cas de diabète, l'organisme n'est plus en capacité d'assimiler les sucres, ce dysfonctionnement est lié à une anomalie de sécrétion ou de réponse à l'insuline pancréatique. Un tiers des patients diagnostiqués pour un cancer pancréatique ont un diabète. S'il est ancien (>2 ans), il peut constituer la cause du cancer.

En revanche, s'il est découvert de façon concomitante au diagnostic de la tumeur, il est souvent causé par le cancer qui secrète des substances gênant l'action de l'insuline. Plusieurs études ont démontrées que le diabète de type 2 multiplierait quant à lui le risque par deux. (...) [7]

Dans notre étude le diabète, se place en deuxième position comme facteur de risque après le tabagisme avec une incidence de 18%.

- D'autres comportements augmentent légèrement le risque de développer un Cancer du pancréas :
 - La surconsommation de produits riches en graisses et/ou en protéines favoriserait le développement de cancer du pancréas dans la population occidentale notamment lorsqu'elle est associée à la sédentarité et à l'obésité.
 - Enfin, la consommation élevée et régulière d'alcool augmente l'apparition de tumeurs pancréatiques en favorisant le développement d'une inflammation chronique locale (pancréatite chronique) qui à son tour représente un champ de développement du cancer du pancréas. [5][6]

Dans notre étude on a essayé d'étudier la relation du cancer pancréatique avec l'alcool ainsi qu'avec la pancréatite chronique. L'incidence de la pancréatite chronique et de la consommation régulière et exclusive d'alcool était la même pour les deux soit 3%.

→ **Tumeurs bénignes :**

La transformation de tumeurs bénignes, appelées tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses (TIPMP) ou cystadénomes mucineux pourraient donner lieu à une dégénérescence maligne et pour lesquelles un traitement préventif par ablation chirurgicale de la lésion est parfois proposé. [4]

→ **Facteurs génétiques :**

Une prédisposition génétique est présente dans environ 5 % des tumeurs pancréatiques. Peu de mutations ont été identifiées : celle du gène STK11 (retrouvé chez les personnes atteintes du syndrome de Peutz-Jeghers), de BRCA2 (dans les formes familiales du cancer du sein et/ou de l'ovaire) ou du gène CDKN2A (qui prédispose aux mélanomes multiples de la peau).

On estime que 90 % des gènes de prédisposition impliqués dans le développement de cancers du pancréas sont encore à identifier. [4]

B. Diagnostic positif :

1. Tableau clinique :

a) Tableau typique :

⇒ Les douleurs :

Elles sont de mauvais pronostic. Elles témoignent souvent d'un envahissement des organes de voisinage.

En cas de cancer du corps du pancréas, les douleurs sont plus précoces, elles sont très intenses, en rapport avec un envahissement du plexus solaire.

Les douleurs de type solaire, sont typiquement, de siège épigastrique ou au niveau de l'hypochondre gauche, intenses, transfixiantes, irradiant vers le dos, insomniantes avec une recrudescence nocturne. Ces douleurs sont assez souvent aggravées par l'alimentation et le décubitus dorsal. La position penchée en avant, soulage partiellement ces douleurs.

⇒ l'ictère :

Présent chez la majorité des malades, il s'agit d'un ictère choléstatique, progressif, évoluant d'un seul tenant sans tendance à la régression. L'ictère est souvent initialement isolé et qualifié de ce fait d'ictère Nu.

L'ictère est l'apanage des cancers de la tête du pancréas, il est secondaire à une obstruction de la portion intra-pancréatique de la voie biliaire principale. Cet ictère de type choléstatique, est associé à des urines foncées, des selles décolorées, un prurit qui peut être important, responsable de lésions de grattage. Le prurit peut précéder l'apparition de l'ictère.

Dans les cancers du corps et de la queue du pancréas, qui sont à distance du confluent bilio-pancréatique, l'ictère fait défaut. Dans certains cas, l'ictère est le résultat de métastases hépatique multiples

⇒ **L'amaigrissement :**

L'association ictère et douleurs abdominales dans un contexte d'amaigrissement et d'une altération de l'état général est très évocatrice d'un cancer du pancréas. Il s'agit généralement de formes à un stade avancé non résécable.

⇒ **Hémorragie digestive :**

Quoique peut évocatrice d'une affection pancréatique, elle peut être révélatrice dans certaines situations comme celle des cancers du pancréas envahissant la muqueuse duodénale.

Au départ, l'ictère et la douleur sont fréquents ou en association dans 90% des cas.

Beaucoup plus évocatrice est l'association **ictère - douleur abdominale -amaigrissement**.

[16][17]

b) Tableau atypique :

Le diagnostic de cancers du pancréas peut être fait plus rarement devant des manifestations cliniques peu évocatrices :

- Des douleurs abdominales atypiques.
- Des troubles du transit.
- Une pancréatite aiguë.
- Une hémorragie digestive haute.
- Une thrombophlébite migrante et récidivante.
- Un diabète récent ou une aggravation d'un diabète jusque-là bien équilibré.

Ces signes ne sont pas directement évocateurs de cancers du pancréas, mais leur apparition, surtout chez un sujet de la cinquantaine, doit faire réaliser des examens complémentaires pour les expliquer. [16]

2. Les modes de révélation :

⇒ Dans les cancers de la tête du pancréas :

L'ictère cholestatique souvent prurigineux, sans fièvre ni frissons, sans douleurs abdominales de type biliaire est le mode de révélation le plus fréquent.

L'ictère peut révéler un cancer de petite taille, mais le plus souvent le cancer est déjà localement évolué et/ou métastatique. Il s'y associe souvent une anorexie avec atteinte de l'état général. Le cancer peut aussi se manifester par des vomissements, soit révélateurs, soit plus souvent apparaissant lors de l'évolution et qui sont en rapport avec un envahissement duodénal.

⇒ Lorsque le cancer est localisé au niveau du crochet du pancréas :

L'ictère révélateur n'est pas constant.

⇒ En cas de tumeur localisée au corps ou à la queue du pancréas :

Il n'y a pas d'ictère et le diagnostic est souvent tardif, encore plus tardif qu'en cas de localisation céphalique, lorsque la masse tumorale est importante ou au stade métastatique.

Des douleurs isolées ou associées à l'ictère sont présentes dans 80 % des cas.

Au début, elles sont liées à l'hyperpression canalaire en amont de la tumeur puis à l'envahissement rétropéritonéal nerveux. Elles sont épigastriques à irradiation dorsale en arrière et à gauche, et classiquement calmées par la position penchée en avant.

Elles sont particulièrement trompeuses lorsqu'elles sont uniquement postérieures, simulant une origine vertébrale.

⇒ **Dans les formes évoluées on peut rencontrer :**

- une ascite traduisant souvent la présence d'une carcinose péritonéale.
- de volumineuses métastases hépatiques, parfois responsables d'un ictère d'origine intra hépatique de métastases pulmonaires, voire plus rarement cutanées, osseuses ou cérébrales.
- une sténose duodénale symptomatique ou asymptomatique.

Dans notre étude le délai moyen entre l'apparition des premiers signes clinique et la consultation était estimé à 3 mois. La clinique dans notre étude était dominée par l'altération de l'état général essentiellement un amaigrissement. L'ictère était un signe presque constant dans la localisation céphalique, nous l'avons retrouvé dans 72 % des cas. Les épigastalgies sont retrouvées dans 97% des cas, résultats concordants avec un taux de 75 à 96% rapporté par la littérature [16], elles traduisent en général un envahissement loco régionale chez des patients vus à des stades évolués.

En générale le cortège clinique douleur abdominale-ictère-amaigrissement souligné par la littérature, a été respecté dans notre étude comme expression clinique évocatrice du cancer pancréatique.

3. Les causes du retard de diagnostic :

Environ 80-90% des cas de cancer du pancréas sont souvent diagnostiqués à un stade avancé de la maladie contribuant ainsi à un taux de survie très faible.

Le pancréas est un organe profond, de ce fait les tumeurs pancréatiques sont caractérisées par leur latence clinique.

Les premiers signes et symptômes du cancer du pancréas sont le plus souvent non spécifiques. Ils peuvent être si vagues qu'ils sont tout d'abord ignorés. Pour ces raisons, le diagnostic du cancer du pancréas est difficile à établir à un stade initial, plus tard dans la plupart des cas, le cancer s'est étendu à l'extérieur du pancréas lorsqu'il est découvert. Dans la grande majorité des cas le diagnostic se fait au stade de tumeur non résécable en raison de métastases ganglionnaires, vasculaire ou hépatiques. [17]

En l'absence d'autres alternatives thérapeutiques, l'amélioration du pronostic doit passer par le dépistage et la précocité du diagnostic qui représentent le défi actuel, et majeur en cancérologie gastroentérologique. [18]

En second lieu les tests de dépistage des cellules précancéreuses ou les bio-marqueurs des autres cancers sont disponibles, celles du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer de la prostate, alors que pour le cancer du pancréas les tests de dépistage ne sont pas disponibles. Ceci est l'une des principales raisons pour lesquelles le dépistage du cancer pancréatique n'est jamais devenu une réalité, ce qui rend sa détection possible qu'à des stades avancés et fatals. [17]

Il est ainsi naturel de penser que les meilleures chances de survie sont réservées aux patients chez qui un cancer infraclinique a été diagnostiqué. Plusieurs travaux ont montré que les patients opérés pour des cancers in situ sur lésions préneoplasiques du pancréas avaient des survies très encourageantes.

Par ailleurs, certaines de ces lésions se développent dans un contexte de prédisposition héréditaire, dont le déterminisme génétique connaît quelques avancées récentes.

La connaissance de ces notions doit permettre de repérer les patients à risque élevé de cancer du pancréas, afin de leur faire bénéficier, au minimum d'un programme de surveillance, dont les modalités sont encore à définir, et éventuellement d'une chirurgie prophylactique, seule à même à écarter le risque d'un cancer. [18]

Début août 2015, une équipe britannique du Barts Cancer Institute, de l'Université Queen Mary à Londres, a publié une étude dans la revue spécialisée *Clinical Cancer Research*, montrant qu'une combinaison de trois protéines (appelées LYVE1, REG1A et TFF1) dans l'urine semblaient être un bon indicateur du cancer du pancréas aux premiers stades du développement, avec plus de 90% d'exactitude. [19]

Actuellement, il n'existe aucun test de dépistage précoce de ce cancer. Cette découverte devrait permettre la mise sur le marché de tests de dépistage peu coûteux et non invasif.

4. Etude paraclinique :

a) L'Exploration biologique :

▪ Bilan biologique standard :

En cas d'ictère, la biologie va montrer une cholestase, elle va rechercher le retentissement sur la fonction hépatique.

- la bilirubine est augmentée avec une nette prédominance conjuguée.
Dans le cas d'un obstacle complet et persistant (c'est le cas des cancers de la tête du pancréas), la bilirubine s'élève rapidement pour atteindre un plateau en trois semaines.
- Les phosphatases alcalines : En cas d'obstacle tumoral l'élévation est importante supérieure à trois fois la normale.
- les gamma glutamyl-transpeptidases : Elles évoluent de la même manière que les phosphatases alcalines. Il faudra se méfier de certains faux négatifs. En effet, elles peuvent être élevées chez l'alcoolique et après prise de médicaments inducteurs enzymatiques.
- 5'Nucléotidases : Spécifiques de la cholestase, elles évoluent de façon parallèle aux phosphatases alcalines.
- les aminotransférases : Elles peuvent être très élevées mais elles sont non spécifiques de cholestase extra hépatique.
- L'allongement du Temps de Quick : témoigne d'un déficit en vitamine K dont l'absorption intestinale nécessite la présence de bile.
- Une glycémie élevée : est fréquemment retrouvée en cas de cancers du pancréas. Elle peut être révélatrice dans certains cas.
- Une anémie carencielle par sténose duodénale ou de type inflammatoire.
- Une polyglobulie rentrant dans le cadre d'un syndrome paranéoplasique.

Dans notre série une perturbation du bilan hépatique a été présente chez 77% des cas, variable entre cholestase (84%) et cytolysse (54%) hépatique.

▪ Marqueurs biochimiques classiques type carbohydrate :

Plusieurs situations cliniques peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel entre un cancer du pancréas et une pancréatopathie bénigne dont la prise en charge et le pronostic sont différents. Dans ces cas, les marqueurs biologiques peuvent être des outils diagnostics performants.

Un marqueur biologique tumoral devrait idéalement répondre à certains critères qui sont :

- Une sensibilité de 100% traduisant une positivité chez tous les patients atteints.
- Une spécificité de 100% traduisant une négativité chez tous les sujets indemnes.

Donc idéalement un marqueur biologique tumoral devrait permettre d'affirmer la nature maligne s'il est positif (valeur prédictive positive) et d'éliminer la malignité s'il est négatif (valeur prédictive négative). Ces objectifs ne sont pas encore atteints.

⇒ CA19-9

Le test CA19-9 utilise un anticorps monoclonal reconnaissant un antigène présent à la surface des membranes de certaines cellules et il est principalement sécrété dans le sérum.

Certains sujets n'exprimant pas l'antigène de Lewis (Ag du groupe sanguin), ceux-là ne peuvent exprimer le CA19-9 même en présence d'un adénocarcinome du pancréas.

Le CA19-9 n'est pas spécifique des cellules tumorales malignes, il est exprimé de façon physiologique par de nombreuses cellules épithéliales : les cellules canalaire pancréatiques, des voies biliaires, de l'estomac, du colon et des glandes salivaires.

Les adénocarcinomes pancréatiques s'accompagnent d'une élévation franche du taux de CA19-9 et ceci à l'inverse des tumeurs endocrines ou indifférenciées du pancréas.

Le taux de positivité du CA19-9 a été fixé par Steinberg et al à 37 U/ml, qui est corrélé avec le volume de la tumeur dont :

Les taux de CA19-9 > 600 U/ml sont corrélés avec le caractère non résécable de la tumeur. [20]

Une augmentation du taux de CA19-9 peut survenir dans diverses pathologies digestives malignes ou bénignes :

- syndromes choléstatiques et ceci quel que soit le siège et nature de l'obstacle.
- pancréatopathies : L'élévation est plus marquée en cas de pancréatite aiguë qu'en cas de pancréatite chronique. L'association d'un ictère à une pancréatite chronique s'accompagne de taux très élevés de CA19-9, rendant ce test non fiable pour différencier entre nodule de pancréatite chronique et cancer du pancréas.
- hépatopathies : la stéatose, la fibrose et la cirrhose hépatique, s'accompagnent d'une élévation du CA19-9 pouvant atteindre 100 à 200 U/ml.

En conclusion le CA19-9 est un test non adapté pour différencier entre une pancréatopathie bénigne et maligne surtout en présence d'ictère. De même le CA19-9 ne permet pas un diagnostic précoce du cancer du pancréas.

⇒ **Autres marqueurs biochimiques classiques :**

○ **le CA50 :**

Ce marqueur a une sensibilité et une spécificité moindre à celle du CA19-9 mais il a l'intérêt d'être positif chez les sujets de groupe sanguin Lewis négatif.

○ **le DU-PAN-2 :**

Précurseur du CA19-9, à une sensibilité et spécificité comparables à celle du CA19-9

○ **CAM17-1 :**

A une sensibilité identique à celle du CA19-9. Il a l'avantage d'être indépendant du taux de bilirubine et surtout une forte spécificité (100% pour les patients sains et 90% en cas de pancréatite chronique).

○ **L'Antigène Carcino Embryonnaire (ACE) :**

Cet antigène est exprimé essentiellement dans les cancers colorectaux, gastriques et pancréatiques. De même l'ACE peut être élevé dans certaines pathologies telles que pancréatite chronique et maladie cholestatique. L'ACE se trouve aussi élevé chez les fumeurs. [21]

- Les Marqueurs Génétiques :

- ⇒ Mutation de K-ras :

Le gène K-ras joue un rôle primordial dans la régulation de la transduction du signal prolifératif induit par les facteurs de croissance. La recherche de mutation de K-ras paraît une technique prometteuse pour un diagnostic précoce du cancer du pancréas vu que ces mutations sont précoces (à un stade infra radiologique). [22] [24]

- ⇒ Gène p 53 :

Des mutations du gène p53 sont retrouvées dans 50 à 60% des cancers humains. Ce gène joue un rôle essentiel dans la régulation de la division cellulaire et permet l'activation des systèmes de réparation de l'ADN ou de l'élimination des cellules lésées. La spécificité des mutations du gène p53 dans le cancer du pancréas est de 80 à 96%. [23]

Dans notre étude le dosage du CA19-9 revenant positif chez 74% des patients prélevés, dépassant 800U/ml, de même l'ACE revenant positif chez 69% des cas.

b) Exploration radiologique

- Imagerie de diagnostic

Le rôle de l'imagerie est devenu plus important, non seulement pour le diagnostic initial et mise en scène, mais aussi pour déterminer la résecabilité et la planification d'un traitement optimal du cancer du pancréas.

La TDM est actuellement le système d'imagerie de choix pour l'évaluation du cancer du pancréas, bien que l'échographie, écho-endoscopie, et IRM avec cholangio-pancréatographie par IRM fournissent des informations complémentaires, parfois encore plus détaillées. [25]

Chaque modalité d'imagerie a tant ses avantages et inconvénients selon les quatre différents critères d'évaluation du cancer du pancréas: [27] [28]

- (1) identification de la tumeur primitive ;
- (2) résécabilité de la tumeur local ;
- (3) métastases éloignés ;
- (4) suivi des traitements.

Echographie :

Echographie est souvent l'outil de diagnostic de première intention pour les patients présentant un ictère ou des douleurs abdominales, comme c'est une modalité du diagnostic non invasive et anodin. Elle permet d'établir le diagnostic positif de tumeur du pancréas et de participer au bilan d'extension locorégional.

- **Signes directs**

L'adénocarcinome pancréatique se traduit typiquement en échographie par une formation hypoéchogène, à contours flous pouvant déformer ou non les contours de la glande (figure 17 et 18).

Une masse hypoéchogènes, dilatation du canal pancréatique et la dilatation de la voie biliaire principale sont typiques d'imagerie caractéristiques de tumeur pancréatique de la tête du pancréas sur l'échographie.

Toutefois, en cas du cancer du corps du pancréas et de la queue, la détection de tumeur est assez difficile en raison de l'absence de dilatation biliaire et la présence de bulles de gaz dans l'estomac et le côlon transverse, qui provoquer l'occultation postérieure.

Dans ce cas, l'administration orale d'eau ou autres agents de contraste peut aider à délimiter l'organe entier.

La sensibilité de cet examen dans le diagnostic est variable dans la littérature. Elle est comprise entre 55 et 90 %.

Les principales limites de l'échographie en dehors des limites techniques classiques sont : les tumeurs de taille inférieure à 2 cm, les tumeurs situées dans le pancréas gauche et les lésions diffuses à tout ou une partie du pancréas. Pour ces raisons, la sensibilité d'échographie pour détecter le cancer du pancréas est controversée.

- **Signes indirects**

Ce sont une dilatation du canal de Wirsung (diamètre supérieur à 2 mm) en amont de la lésion (figure 18) ; une dilatation de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques (figure 19 et 20), lorsque la lésion se situe dans la tête du pancréas ; une atrophie parenchymateuse en amont de l'obstacle et un pseudo-kyste secondaire à une pancréatite aigüe d'amont. L'échographie a une excellente sensibilité pour la détection des deux premiers signes.

Dans l'ensemble, Echographie abdominale est une méthode d'imagerie acceptable en premier, bien que pas une méthode fiable pour un diagnostic sûr surtout pour les petites tumeurs du pancréas. [29] [30]

Dans notre série l'échographie a permis d'évoquer le diagnostic dans 53% des cas, résultat proche de ceux de la littérature.



Figure 17 : Adénocarcinome du corps du pancréas en échographie ; masse hypoéchogène déformant les contours de la glande (flèche).



Figure 18 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en échographie ; masse hypoéchogène de la tête du pancréas (flèche) occasionnant une dilatation du canal de Wirsung en amont.



Figure 19 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en échographie ; dilatation de la voie biliaire principale en amont d'une lésion hypoéchogène (flèche) de la tête du pancréas.



Figure 20 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en échographie ; dilatation de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques.

Scanner :

La TDM est l'examen fondamental pour le diagnostic et le bilan d'extension du cancer du pancréas.

Dans de nombreuses institutions médicales, le Scanner est régulièrement utilisé comme le plus important examen préopératoire chez les patients avec cancer du pancréas suspect, car il possède la bonne résolution spatiale et temporelle avec une large couverture anatomique et permet ainsi l'évaluation de l'extention à distance.

Scanner multi-détecteur ou hélicoïdal a montré des meilleures performances pour l'évaluation de l'atteinte vasculaire, qui est le facteur le plus important pour prédire la résecabilité de la tumeur. [41]

La valeur prédictive positive rapportée, la sensibilité et la spécificité pour la prédiction de la résecabilité du cancer du pancréas étaient de 89 %, 100 % et 72 %, respectivement.

[31] [41]

Deux hélices pour l'étude du cancer du pancréas :

- La première centrée sur le pancréas au temps de rehaussement pancréatique.
- La seconde a pour but l'étude du foie et de la cavité péritonéale au temps de rehaussement hépatique.

Le choix d'un temps pancréatique (débutant 40 à 45 secondes après l'injection) dans la première hélice, se justifie par un rehaussement maximal du pancréas et simultané de l'axe veineux mésentérique et des structures artérielles (Figure 21).

La technologie des scanners multi-coupes permet l'acquisition de coupes millimétriques avec conservation d'une bonne résolution permettant d'obtenir des reconstructions vasculaires d'excellente qualité.

- **Signes directs**

L'adénocarcinome du pancréas se traduit typiquement par une masse hypodense au temps pancréatique de la TDM hélicoïdale (Figure 22). Cependant ce caractère hypodense de la lésion n'est retrouvé que dans 80 à 90 % des cas. Le syndrome de masse peut être difficile à mettre en évidence en cas de tumeur de petite taille ne déformant pas les contours de la glande ou de tumeurs isodenses au pancréas (Figure 23).

- **Signes indirects**

Ces signes sont parfois isolés et dépendent du siège de la tumeur :

- Dilatation des voies biliaires :

La dilatation de la voie biliaire principale (Figure 24) est plus importante et plus fréquente que celle des voies biliaires intra-hépatiques (Figure 25). Une dilatation de la vésicule biliaire est souvent associée.

- Dilatation du canal pancréatique :

La dilatation du canal de Wirsung n'est pas constante. Elle est notée chez 88 % des patients en cas de tumeur céphalique (Figure 26) et dans 50 % des cas environ dans les tumeurs corporeales. L'association des deux signes sus cités réalise le classique signe de dilatation bicanalaire très évocateur du diagnostic de cancer du pancréas (Figure 27).

- Atrophie parenchymateuse d'amont :

L'atrophie parenchymateuse d'amont est secondaire à l'obstruction canalaire (Figure 28). Elle se voit dans 82 % des cancers se présentant avec une dilatation du canal pancréatique principal. En pratique la présence d'une atrophie partielle du pancréas doit attirer l'attention sur l'éventuelle présence d'une tumeur pancréatique qui siègera alors à la jonction pancréas atrophique et pancréas non atrophique.

- Pseudo-kyste d'amont :

La présence d'un pseudo-kyste est secondaire à une pancréatite d'amont. C'est un signe indirect rare. Il peut poser des problèmes de diagnostic différentiel avec une poussée de pancréatite aiguë.

Dans notre étude la TDM a posé le diagnostic chez 94% patients, résultat compatible aux résultats rapportés par la littérature. [31]



Figure 21 : temps pancréatique en TDM. rehaussement maximal du pancréas et simultané de l'axe veineux mésentérique et des structures artérielles.

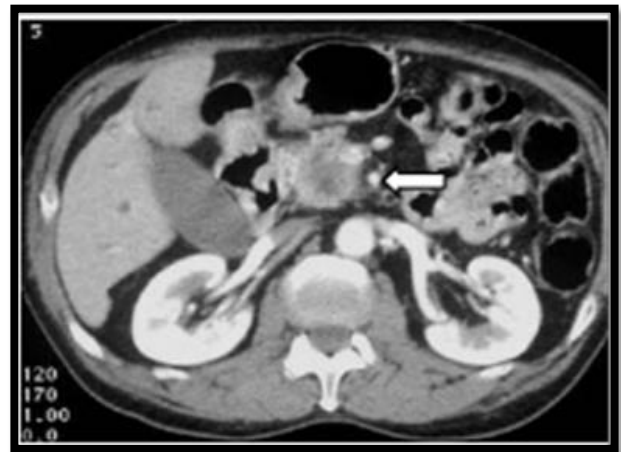


Figure 22 : Adénocarcinome de la tête du Pancréas en TDM masse hypodense de la tête du pancréas (flèche)



Figure 23 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en TDM; masse isodense de la tête du pancréas (flèche) déformant les contours de la glande.



Figure 24 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en TDM; dilatation de la voie biliaire principale et du canal pancréatique principal.



Figure 25 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en TDM ; dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.

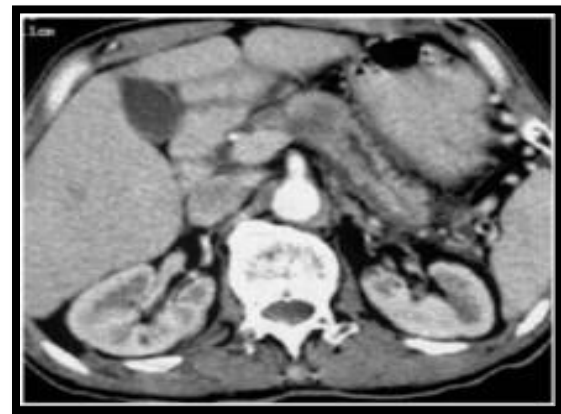


Figure 26 : Adénocarcinome du corps du pancréas en TDM ; dilatation isolée du canal pancréatique principal.



Figure 27: Adénocarcinome de la tête du pancréas en TDM ; dilatation bicanalaire.



Figure 28 : Adénocarcinome de la tête du pancréas en TDM; atrophie pancréatique d'amont.

L'Echoendoscopie à l'aiguille fine (EUS-FNA) :

L'Echoendoscopie à l'aiguille fine offre une excellente visualisation du pancréas à travers le duodénum ou l'estomac et peut produire des images de haute résolution du pancréas, il a été considéré une des méthodes les plus précises pour la détection des lésions focales du pancréas, en particulier chez les patients atteints de tumeurs de petites taille de 3 cm ou moins.

Elle possède également l'unique capacité d'obtenir des échantillons pour le diagnostic histopathologique utilisant aiguille fine echo-guidé.

Depuis son introduction dès le début des années 1990, EUS-FNA s'est imposée comme une technique d'imagerie précise et sûre.

Echoendoscopie à l'aiguille fine a remplacé la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), comme test de choix pour l'acquisition de tissus grâce à son taux de réussite plus élevés et une diminution du risque de complications après la procédure, en particulier chez les patients sans ictère obstructif.

Bien que EUS seul a montré une précision un peu décevante pour différencier un cancer du pancréas de la pancréatite chronique (soit 76 % pour les tumeurs malignes et 46 % pour inflammation) focal, la sensibilité rapportée et l'exactitude du couple EUS-FNA pour détecter une tumeur maligne du pancréas généralement dépasse 90 %. [33][34][35]

Selon une récente méta-analyse portant sur les années entre 2002 et 2013, la mise en commun de la sensibilité, et la spécificité des EUS-FNA étaient 86,8 % et 95,8 %, respectivement, pour le diagnostic d'une masse solide pancréatique. [32]

Afin d'améliorer la précision diagnostique d'EUS-FNA, Echoendoscopie de contraste et Echo-élastographie sont valu-nouvelles techniques de mesure à prendre en considération.

Echoendoscopie à l'aiguille fine couplée à l'élastographie, représente une technique échographique de caractérisation tissulaire dont le rationnel repose sur la différence d'élasticité entre les tissus tumoraux et la fibrose, la graisse ou les tissus normaux.

Un code couleur a été arbitrairement attribué aux différentes élasticités tissulaires, du rouge (tissus-mous normaux) au bleu (tissus très durs tumoraux).

Une des plus récentes avancées dans l'endoscopie digestive, est une technique non invasive qui mesure l'élasticité des tissus en temps réel en utilisant une sonde dédiée au système. Un certain nombre d'études récentes ont montré des résultats prometteurs de l'élastographie par echoendoscopie pour le diagnostic des lésions focales du pancréas. [37][38]

L'écho-endoscopie a été faite chez 3 patients de notre série, cet examen a permis d'établir le diagnostic du cancer du pancréas de siège céphalique dans les 3 cas, en éliminant les diagnostics différentiels, permettant aussi de détecter des adénopathies péri-pancréatique de caractères métastatiques.

Imagerie Par Résonance magnétique :

Les performances de l'IRM se sont améliorées avec les progrès techniques, son principal avantage est de pouvoir faire une étude des canaux biliaires et pancréatiques grâce aux séquences de cholangio-pancréatographie par IRM ainsi qu'une imagerie vasculaire grâce aux séquences angiographiques. [39]

Pour donner les meilleurs résultats diagnostiques, l'IRM doit répondre à plusieurs impératifs techniques : une machine à haut champ, des gradients puissants et rapides, l'utilisation d'antennes de surface dédiées.

Les séquences utiles au diagnostic et au bilan d'extension du cancer du pancréas sont : les séquences en pondération T1 avec saturation de la graisse, les séquences d'imagerie rapide en écho de gradient pondérées en T1 après injection de chélates de gadolinium et les séquences pondérées T1 sans et avec injection de chélates de gadolinium.

L'avantage de l'IRM est sa meilleure sensibilité (avoisinant 90%), par rapport à l'échographie et à la TDM dans la détection des signes directs de tumeur pancréatique plus particulièrement dans les lésions de petite taille.

L'adénocarcinome pancréatique est hypointense par rapport au pancréas sain sur les séquences en pondération T1 avec saturation de la graisse et sur les séquences rapides en écho de gradient après injection de chélates de gadolinium.

En ce qui concerne les signes indirects la sensibilité de la TDM dépasse celle de l'IRM, justifiant son utilisation de première intention pour le diagnostic de cancer du pancréas.

Dans notre étude l'IRM était un examen alternatif au scanner chez deux patients présentant une contre-indication à l'injection du produit de contraste iodé. IRM a permis d'établir le diagnostic d'un cancer pancréatique non résécable étendu aux axes vasculaire de proximité chez les 2 patients.

- **PET scan**

PET scan est une modalité d'imagerie moléculaire établie, avec 18-fluorodésoxyglucose (FDG), un glucose analogique, le plus largement utilisé comme traceurs radioactifs. [43]

La sensibilité déclarée et la spécificité du PET-scan pour la détection du cancer du pancréas sont 46 % - 71 % et 63 % - 100 %, respectivement. [42]

Sa couverture anatomique large, permet d'objectiver toutes les preuves possibles des métastases dans le corps tout entier, est l'un des avantages de PET-scan, tandis que sa faible résolution spatiale causée par l'absorption FDG physiologique responsable des résultats faussement positifs est sa limite la bien connue. [43]

c) Anatomopathologie :

La majorité des cancers du pancréas sont essentiellement représentés par les adénocarcinomes canauxiers (95 %). Il existe également d'autres variétés, beaucoup plus rares, de tumeurs épithéliales malignes, que sont les cystadénocarcinomes séreux et mucineux, le carcinome intracanauxier papillaire mucineux, le carcinome à cellules acineuses, le pancréatoblastome, et le carcinome solide et pseudopapillaire. L'adénocarcinome canauxier du pancréas est localisé dans 70 % des cas dans la tête du pancréas.

A l'examen macroscopique, il s'agit souvent d'une tumeur ferme, mal limitée, de teinte blanc jaunâtre, mesure de quelques millimètres à plusieurs centimètres.

A l'examen microscopique, il s'agit d'une prolifération tumorale d'architecture tubulée, composée de cellules arrondies au cytoplasme clair ou éosinophile, au noyau élargi, avec une activité mitotique variée. Ces cellules forment de petites structures glandulaires, se regroupent en amas, où siègent de manière isolée au sein d'un stroma fibreux abondant et desmoplasique.

Les engainements tumoraux péri-nerveux et les extensions endolyphatiques sont fréquents. [15]

Les patients de notre série présentaient des adénocarcinomes ductulaire (canauxier) dans 88% des cas. Egalement notre étude a démontré la prédominance de la localisation céphalique estimée à 62% de l'ensemble des sièges tumoraux. Résultats s'entendent à ceux de la littérature.

↪ La place de la biopsie :

La grande majorité des masses tissulaires du pancréas sont des lésions malignes, surtout des adénocarcinomes. La biopsie n'étant pas un geste anodin, celle-ci n'est pas indiquée dans le cas des tumeurs céphalo-isthmiques résécables d'emblée et le diagnostic sera posé lors de la chirurgie. [44]

La biopsie est indiquée dans tous les autres cas, c'est-à-dire chez les patients présentant une tumeur non résécable, métastatique, ou devant une tumeur localement avancée.

Chez les patients métastatiques au diagnostic, on préférera réaliser le prélèvement sur une lésion secondaire, plus accessible que la lésion primitive grâce à l'écho-guidage.

Un prélèvement est aussi nécessaire avant tout traitement néo-adjuvant ou devant une tumeur atypique afin d'éviter une chirurgie.

La principale technique est la ponction-biopsie guidée par une écho-endoscopie. Le geste est réalisé par voie trans-duodénale. La sensibilité est de 80 % environ, pour une valeur prédictive positive pour la malignité proche de 100 %. [45]

Une pose de prothèse biliaire est souvent associée au geste grâce à l'abord endoscopique. En seconde intention, il est possible de réaliser une biopsie par voie radiologique, avec un risque de complication plus important, notamment sous forme d'essaimage tumoral.

La sensibilité est évaluée entre 80 et 90 %, avec une valeur prédictive négative basse à 53 %.

Dans notre étude la biopsie a été faite chez 3 patients à l'occasion d'une exploration écho-endoscopique, revenant positif dans les 3 cas, ce qui concorde avec les résultats de spécificité rapportés par littérature.

C. Bilan de résecabilité et stadification :

1. La classification TNM :

La principale classification des adénocarcinomes pancréatiques repose sur la classification TNM, La dernière version datée de 2009 a été mise à jour par l'AJCC.

Il s'agit d'une classification internationale permettant de proposer une prise en charge adaptée et reproductible à chaque stade de la maladie, et de définir un pronostic. [46]

Tumeur (T) :

- Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
- Tis : carcinome in situ.
- T1 : tumeur limitée au pancréas inférieure ou égale à 2 cm dans son plus grand diamètre.
- T2 : tumeur limitée au pancréas supérieure à 2 cm dans son plus grand diamètre.
- T3 : tumeur s'étendant au-delà du pancréas mais sans envahir le tronc cœliaque ni l'artère mésentérique supérieure.
- T4 : tumeur étendue au tronc cœliaque ou à l'artère mésentérique supérieure (tumeur primitive non résecable).

Adénopathies (N) :

- Nx : renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales.
- N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale.
- N1 : envahissement des ganglions lymphatiques régionaux.

Métastases (M) :

- M0 : pas de métastase,
- M1 : présence de métastase(s) à distance

On rajoute dans cette dernière version de 2009 un item « R » correspondant au type de résection – complète R0 ou incomplète R1 – chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie.

Il s'agit d'une classification « rTNM » définie par l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire.

➔ A partir de cette classification, l'AJCC a défini quatre stades :

Stade 0 : Tis N0M0

Stade IA : T1, N0, M0

Stade IB : T2, N0, M0

Stade IIA : T3, N0, M0

Stade IIB : T1-3, N1, M0

Stade III : T4, tout N, M0

Stade IV : M1 quel que soit T et N.

Une mise à jour de la classification TNM pour le cancer du pancréas : la 8e édition a été publiée en mai 2016, la mise en œuvre du nouveau système a été retardée jusqu'au 1er janvier 2018. L'AJCC recommande que "tous les cas nouvellement diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2017 soient mis en scène avec la 7e édition". [47]

2. L'extension vasculaire :

L'extension tumorale vasculaire reste souvent mal appréciée par l'échographie du fait de l'interposition des gaz digestifs. La sensibilité de cet examen reste inférieure à 40%. Lorsqu'elle est combinée au Doppler, la précision diagnostique de l'envahissement vasculaire peut être améliorée.

La tomodensitométrie en mode séquentiel est également un examen peu sensible dans l'évaluation de l'extension vasculaire avec une sensibilité de 36%. [49][51]

Cependant, lorsque l'acquisition des images au cours de cet examen est adaptée à l'étude des vaisseaux pancréatiques, réalisant une angiographie, cette sensibilité peut atteindre 88%. [49][51]

Cet examen, encore de pratique courante au Maroc a été détrôné par la tomodensitométrie en mode hélicoïdal qui permet une meilleure appréciation de l'extension vasculaire.

a) Aspect morphologique d'un vaisseau envahi :

➤ Atteinte veineuse :

Les signes directs d'une extension veineuse sont :

- ↪ La thrombose tumorale, ou l'engainement supérieur à 180 degrés sont à très haut risque d'envahissement. A l'opposé, une extension inférieure à 180 degrés est associée à un faible risque d'envahissement. Il s'agit souvent d'une extension par contiguïté. [48]
- ↪ La sténose tumorale est moins spécifique car un effet de masse de la tumeur sans envahissement est fréquent.
- ↪ L'irrégularité pariétale – « Tear drop sign » des anglo-saxons – a une spécificité élevée, proche de 100 %. [48]
- ↪ L'étendue du contact, sur plus de 2 cm, serait un facteur prédictif d'envahissement dans 78 % des atteintes de la veine porte, et dans 81 % des atteintes de la veine mésentérique supérieure. [48]

Les signes indirects d'une extension veineuse sont :

- ↪ la présence d'une circulation veineuse collatérale périgastrique et péripancréatique.
- ↪ On peut ainsi mettre en évidence une dilatation des arcades pancréatico-duodénales postérieures.

➤ Atteinte artérielle :

Les signes directs d'un envahissement artériel sont :

- ↪ Une sténose tumorale ou un engainement artériel supérieur à 180 degrés même sans sténose sont les signes d'une extension vasculaire.
- ↪ L'irrégularité du mur pariétal présente une sensibilité à 45 % et une spécificité à 99 % pour le diagnostic d'atteinte artérielle. [48]
- ↪ Une infiltration circonférentielle de la graisse périvasculaire est suspecte d'atteinte artérielle, en rapport avec une diffusion néoplasique le long des lymphatiques périvasculaires.

Les principales limites de ces signes résident dans la gêne à l'interprétation des contacts vasculaires en cas de poussée de pancréatite aiguë et dans la difficulté d'analyse, source d'une importante variabilité inter observateur.

b) Extension veineuse : porte, mésentérique et splénique

Les critères formels d'envahissement veineux sont la présence d'une thrombose (Figure 29) ou la diminution du calibre du vaisseau (Figure 30).

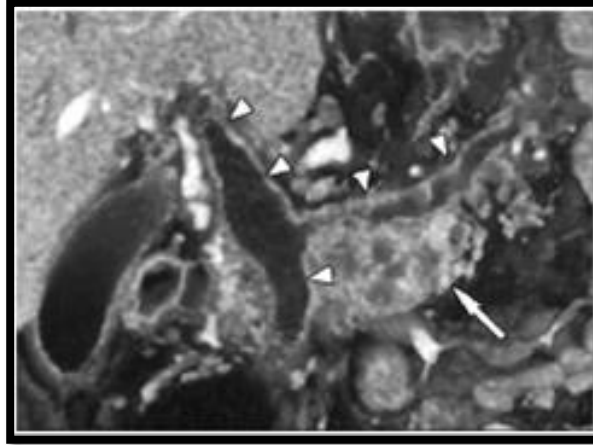
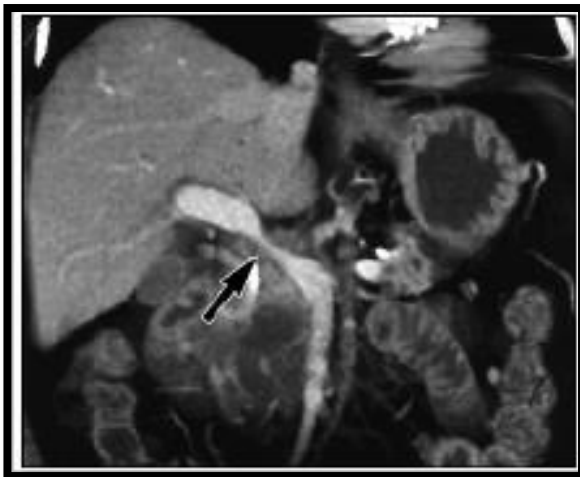


Figure 29 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal avec reconstruction en coupe coronale. Thrombose de la veine porte, de la veine mésentérique supérieure et de la veine splénique (pointes de flèches) avec infiltration tumorale du corps du pancréas (flèche).



(A)



(B)

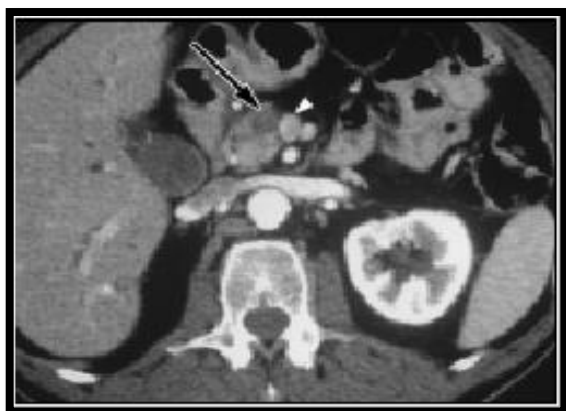
Figure 30 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal avec reconstruction en coupe coronale.

A: Sténose de la veine porte (flèche) due à l'engainement par la tumeur pancréatique.

B: Masse de la tête du pancréas (flèche) comprimant et envahissant la veine porte.

D'autres critères d'envahissement ont été étudiés prospectivement par Lu utilisant une échelle de 0 à 4 pour la gradation de l'englobement circonférentiel de la veine mésentérique supérieure, même en absence de sténose (Figure 31).

Le grade 1 correspond à l'englobement de la veine sur moins du quart de sa circonférence alors que le grade 4 correspond à l'englobement de la veine sur toute sa circonférence.



(A)



(B)

Figure 31 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal.

A: Petite tumeur de la tête du pancréas (flèche) se développant contre la veine mésentérique supérieure (pointe de flèche blanche). Le contact avec la veine intéresse moins de la moitié de la circonférence: grade 2 de la classification de Lu.

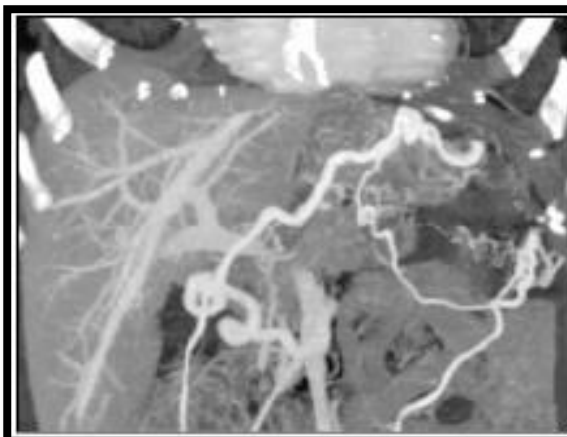
B: Tumeur de l'uncus pancréatique (flèche) envahissant la veine mésentérique supérieure.

Le contact tumoral avec la veine (pointes de flèches blanches) est supérieur à la moitié de sa circonférence.

En plus de ces signes directs d'envahissement veineux, il existe des signes indirects représentés par le développement d'une circulation veineuse collatérale péri-pancréatique en cas d'envahissement de la veine mésentérique supérieure ou péri-gastrique en cas d'envahissement de la veine splénique (Figure 32).



(A)



(B)

Figure 32 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal avec reconstruction en coupe coronale.

A: Tumeur du corps et de la queue du pancréas avec envahissement de la veine splénique (flèche).

B: Circulation veineuse collatérale péri-gastrique secondaire à l'occlusion de la veine splénique.

c) Extension à l'artère mésentérique supérieure, hépatique et splénique:

Quant à l'envahissement artériel (Figure 33 et 34), les mêmes critères d'englobement circonférentiel du vaisseau définis par Lu peuvent être appliqués mais cette classification reste discutée par Nakayama car la présence de tissus fibreux ou inflammatoires entourant les artères reste rare rendant l'utilisation de cette classification moins performante pour l'évaluation de l'extension artérielle. C'est pour cela que Horton préfère plutôt se baser sur les modifications de calibre vasculaire et des tissus mous péri-vasculaires après reconstruction. [53][50]

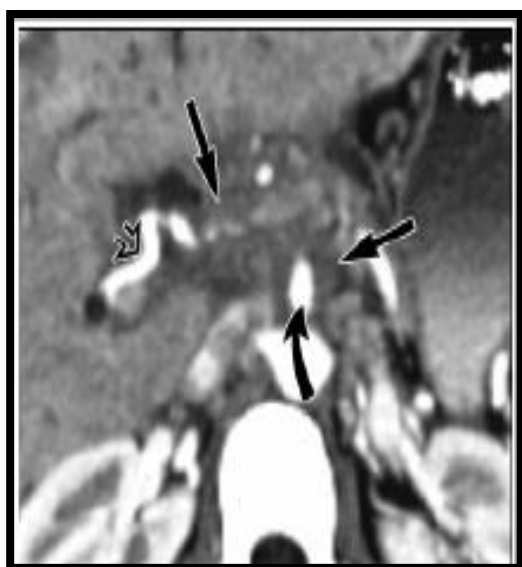


Figure 33 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal montrant une tumeur de la tête du pancréas (Flèches droites) envahissant l'artère mésentérique supérieure (flèche courbe) et l'artère hépatique (pointe de flèche).

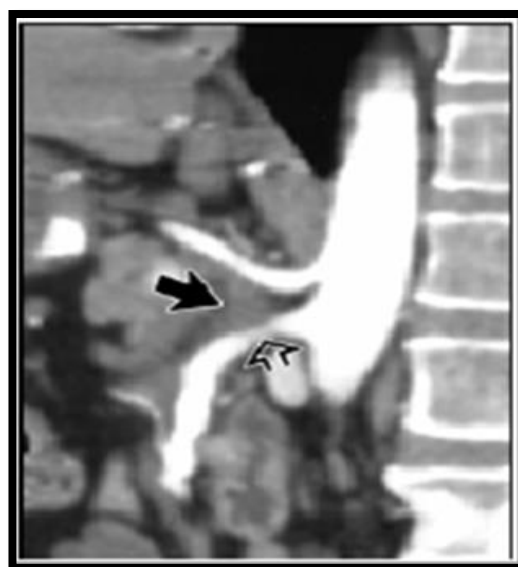


Figure 34 : Tomodensitométrie en mode hélicoïdal avec reconstruction sagittale révélant une masse pancréatique (flèche) se développant entre le tronc cœliaque et l'artère mésentérique supérieure dont le calibre est réduit (pointe de flèche).

3. L'extension extra-pancréatique :

a) L'extension locorégionale :

La sensibilité du scanner pour l'évaluation ganglionnaire est médiocre, évaluée à 14%, tandis que la VPP est évaluée à 17 %, la spécificité à 85 % et la VPN à 82 % [53]. Ceci est en grande partie dû à l'existence de ganglions pathologiques millimétriques alors que le seul critère scannographique retenu est le petit axe supérieur à 10 mm. L'IRM ne présente pas de meilleurs résultats que le scanner.

L'écho-endoscopie, malgré une sensibilité et une spécificité moyennes, reste le meilleur examen pour l'évaluation des ganglions péri-pancréatiques.

Les critères retenus sont un petit axe supérieur à 5 mm, un aspect hypoéchogène et une forme arrondie.

b) L'extension à distance :

L'évaluation des métastases hépatique est difficile. En effet, quand l'échographie ne retrouve pas de lésion hépatique, la chirurgie en met en évidence dans 20 % des cas. [44]

Le scanner est lui aussi limité pour la détection des micrométastases hépatiques et des micronodules de carcinose péritonéale, par manque de résolution spatiale, de ce fait, la précision du scanner pour le diagnostic de non résecabilité est modérée, entre 77 et 87 %, souvent par méconnaissance de microlésions hépatiques. [53]

L'IRM est plus performante pour la caractérisation de lésions hépatiques suspectes, en particulier grâce aux séquences T2 et de diffusion.

4. Trois groupes de patients :

a) Résécable d'emblée :

La tumeur est localisée au pancréas ou s'étend à la graisse péripancréatique, sans contact artériel. Le contact veineux est acceptable par certaines équipes, tandis que d'autres préféreront proposer un traitement néo-adjuvant avant la chirurgie.

b) Borderline :

Ce groupe comporte toutes les lésions localement avancées qui pourraient devenir résécables après un traitement néo-adjuvant efficace.

Selon Anderson, les tumeurs borderline sont celles qui présentent une occlusion restructurable de la veine mésentérique supérieure ou du tronc porte, une atteinte artérielle sur moins de 180° au niveau de l'artère mésentérique supérieure ou une atteinte artérielle hépatique restructurable.

c) Non résécable ou métastatique :

Il s'agit des tumeurs localement avancées non résécables du fait d'un contact artériel important, mésentérique sur plus de 180 degrés, hépatique sans reconstruction possible – ou veineux porte sans reconstruction possible.

De même, ce groupe englobe toutes les tumeurs métastatiques entrant donc d'emblée dans une prise en charge palliative. [54]

Tableau 5 : Classification chirurgicale de la NCCN de 2010
(112ème congrès français de chirurgie 2010 sur le cancer du pancréas). [54]

Résécable d'emblée :

- Absence de métastase à distance
- Persistance d'un liseré graisseux entre la tumeur et les artères
- Absence d'extension à la veine mésentérique supérieure et au tronc porte

Potentiellement résécable, borderline :

- Atteinte uni ou bilatérale de la veine mésentérique supérieure ou du tronc porte
- Atteinte de l'artère mésentérique supérieure < 180°
- Atteinte de l'artère hépatique restructurable

Non résécable :

- Métastases à distance
- Atteinte de l'artère mésentérique supérieure > 180°
- Thrombose de la veine mésentérique supérieure ou du tronc porte non restructurable
- Atteinte de l'aorte ou de la veine cave inférieure

D. La prise en charge des cancers du pancréas aux stades avancés :

Au moment du diagnostic, seuls 5 à 30% [56] des patients peuvent prétendre à une chirurgie potentiellement curative. Ceci laisse ainsi une large indication aux traitements palliatifs.

Les traitements palliatifs n'améliorent pas beaucoup la survie mais le confort des patients en permettant la disparition des symptômes : ictère, vomissements et/ou douleurs au prix d'une morbidité minimale.

Le traitement palliatif peut être réalisé par des techniques chirurgicales ou non chirurgicales.

Le traitement palliatif chirurgical consiste en une anastomose bilio-digestive associée ou non à une gastro-entéro-anastomose et/ou une splanchnicectomie peropératoire, ce traitement dépend des symptômes donc du siège de la tumeur qui est le plus souvent céphalique.

La résection palliative proposée par certains auteurs reste à discuter vu le taux de morbi-mortalité élevé pour des patients dont la survie est courte.

[61][62][63]

1. Le traitement chirurgical palliatif :

a) La voie d'abord :

Classiquement la voie d'abord est l'incision sous costale droite qui peut être élargie à la demande à gauche, si on prévoit un geste sur l'estomac ou le grêle.

Cependant la voie laparoscopique actuellement bien maîtrisée pour la pathologie biliaire avec la possibilité de réaliser des sutures intracorporelles peut être proposée pour les dérivations biliaires isolées dans certains centres spécialisés. [58]

b) L'exploration :

Le premier temps opératoire, comme pour toute chirurgie, est exploratoire pour confirmer le diagnostic de tumeur pancréatique et évaluer son degré d'extension suspecté aux explorations morphologiques. Elle recherchera un envahissement des organes de voisinage et/ou vasculaire, des métastases ganglionnaires, hépatiques et/ou péritonéales. En fait le but princeps de cette exploration est de vérifier si le programme chirurgical palliatif prévu est utile et bien réalisable.

c) Les dérivations biliaires :

L'ictère est le maître symptôme des cancers de la tête du pancréas par la compression cholédocienne qu'ils occasionnent. Et c'est le prurit féroce qui lui est associé qui est le plus gênant.

Plusieurs types d'anastomoses sont décrits utilisant d'un côté soit la vésicule soit la voie biliaire principale et d'un autre côté soit le duodénum soit une anse jéjunale en « y » à la ROUX qui peut être montée en trans-mésocolique ou en précolique.

Les anastomoses sont réalisées au fil à résorption lente, aux points séparés ou par des surjets, selon les habitudes et la conformation anatomique du patient. Le drainage tubulaire juxta anastomotique est conseillé vu le risque de fistules biliaires sur ces terrains à mauvais pouvoir de cicatrisation.

⇒ Les anastomoses sur la voie biliaire principale :

Sont les anastomoses les plus fréquemment réalisées. Elles ne peuvent être envisagées que lorsque l'accès à voie biliaire principale est possible et n'est pas barré par une coulée ganglionnaire pédiculaire ou une importante cavernome porte. Elles utilisent essentiellement le canal hépatique commun après cholécystectomie et sont plus souvent réalisées en latéral qu'en terminal. Les anastomoses terminales sont plus pourvoyeuses de fistules que les anastomoses latérales vu la dévascularisation occasionnée par la libération de la voie biliaire principale sur toute sa circonférence.

⇒ Les anastomoses sur la vésicule biliaire :

Sont réalisées moins fréquemment et ne peuvent être envisagées qu'en l'absence d'envahissement de la convergence cystico-cholédocienne. La perméabilité du canal cystique est vérifiée par la réalisation d'une cholangiographie après ponction à l'aiguille au niveau de la future zone anastomotique.

Habituellement les anastomoses sur la vésicule biliaire ne sont réalisées que lorsque la voie biliaire principale n'est pas accessible. [57][59][60]

d) La dérivation digestive :

Est réalisée par une anastomose gastro-jéjunale au point le plus déclive de l'estomac, mais aussi à distance du processus tumoral.

Pour le cancer de la tête du pancréas, elle est réalisée si possible sur la face postérieure de l'estomac en trans-mésocolique, le plus près possible du pylore et de la grande courbure.

Pour le cancer du corps ou de la queue envahissant le mésocolon transverse, l'anse jéjunale est passée en précolique et anastomosée sur la face antérieure de l'estomac. L'anastomose est située à environ 30 cm en aval de l'angle de Treitz..

Une sonde gastrique est passée en trans-anastomotique, cathétérissant l'anse efférente.

L'association à une vagotomie tronculaire pour prévenir un ulcère anastomotique n'est pas nécessaire chez ces patients dont la survie est courte. L'ulcère anastomotique et par conséquence les hémorragies digestives sont prévenus par la prise d'anti-sécrétoire.

[59][60][64]

e) Les splanchnicectomies :

Consistent à une interruption de l'innervation splanchnique soit par section des nerfs à des niveaux différents de leur trajet, soit par neurolyse chimique. Leur but est le traitement de la douleur.

Plusieurs types de splanchnicectomies chirurgicales peuvent être proposés [59]:

⇒ Chimique :

Lors d'une laparotomie pour chirurgie palliative, il est possible d'associer une splanchnicectomie chimique. Celle-ci est réalisée par un abord de l'aorte abdominale au-dessus du tronc cœliaque. Elle consiste en une injection de 20 cc de phénol à 6% ou d'alcool à 50% en rétropéritonéal de part et d'autre de l'aorte en s'assurant d'être en extravasculaire par une aspiration première.

⇒ Chirurgicales :

La splanchnicectomie doit être bilatérale pour être efficace sur la douleur. Elle peut être réalisée par voie abdominale ou thoracique.

f) Les résections à visée palliative :

Malgré sa mauvaise réputation, certains auteurs se sont intéressés par la résection palliative et son éventuel bénéfice sur la survie. Elle consiste en une duodéno-pancréatectomie ou une pancréatectomie gauche selon le siège de la tumeur. [57]

g) Indications :

Pour la majorité des auteurs la chirurgie palliative est contre indiquée chez les patients âgés en mauvais état général, tarés ou métastatiques dont la survie est courte. Elle est essentiellement indiquée chez les patients en bon état général de moins de 70 ans et qui présentent une tumeur localement avancée ou non résécable. [64]

Dans notre étude 68% de patients ont subi une intervention chirurgicale à visée palliative, par une double dérivation essentiellement par l'anastomose gastro-jéjunale et cholédoco-duodénale. Aucune résection palliative ni splanchnicectomie n'ont été réalisées.

2. Thérapie locorégionale avec Electroporation Irréversible :

Pour certains patients atteints de cancer pancréatique localement avancé, l'électroporation irréversible (IRE) s'est révélée prometteuse dans le « downstaging » et la prolongation de la survie. L'IRE est une modalité non thermique qui utilise un courant continu à haute tension et à faible énergie pour augmenter la perméabilité de la membrane cellulaire et créer efficacement des défauts dans les membranes cellulaires, entraînant une perte d'homéostasie et une mort cellulaire ultérieure. L'IRE a un effet minimal sur l'échafaudage des vaisseaux sanguins, ce qui est crucial et particulièrement pertinent pour le cancer du pancréas localement évolué, puisque l'atteinte vasculaire environnante est souvent présente. [66] [69]

Le système NanoKnife®IRE est commercialisé depuis 2009 pour traiter les tumeurs des tissus mous. L'innocuité de l'IRE pour le pancréas a été démontrée sur des modèles porcins avec une résolution rapide de la pancréatite et la préservation des structures vasculaires. Les effets d'ablation peuvent être obtenus à une taille médiane de 3 cm avec un réglage de 3000 volts du système NanoKnife®IRE [67][68]. Habituellement, 2 à 4 sondes du système NanoKnife®IRE sont utilisées pour traiter le cancer pancréatique localement avancé. Les sondes sont placées à l'aide d'un guidage ultrasonore en peropératoire.

Dans une série rétrospective de patients traités dans un seul établissement, Martin et Al [69], ont appliqué ce nouveau dispositif et ils ont démontrés dans le cas du cancer pancréatique non résécable que l'IRE peut améliorer à la fois la survie sans progression locale (14 mois contre 6 mois, $P = 0,001$) et à distance (15 mois contre 9 mois, $P = 0,02$) comparativement à la thérapie systémique et à la radio-chimiothérapie. La survie globale des patients traités par IRE a également été améliorée par rapport aux patients traités par chimiothérapie seule ou par radio-chimiothérapie (20 mois contre 13 mois, $P = 0,03$. les schémas de chimiothérapie et radio-chimiothérapie exactes ne sont pas spécifiés). [70]

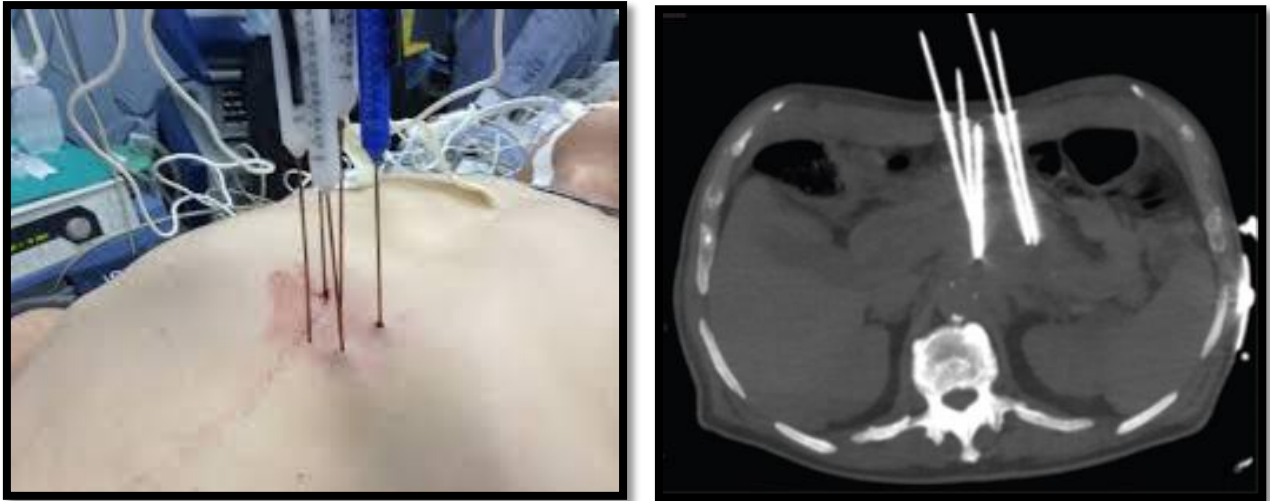


Figure 35 : Electroporation irréversible percutané utilisée dans le traitement du cancer du pancréas localement avancé. [71]

3. Le traitement palliatif non chirurgical :

a) Le traitement de l'ictère :

70 à 85% des patients ayant un cancer du pancréas présentent un ictère et ils sont vus à un stade avancé (III et IV) et la tumeur n'est plus résécable ; ils sont ainsi proposés pour des traitements palliatifs. L'ictère est souvent associé à un prurit, des nausées et une anorexie ce qui aggrave le pronostic.

Depuis 1982, l'ictère peut être traité par la mise en place d'une prothèse plastique par voie endoscopique ou moins souvent percutanée.

Certains travaux randomisés ont comparé le traitement palliatif endoscopique au bypass chirurgical ; ils ont montré que le nombre de fuites biliaires et d'angiocholite est plus important pour le bypass chirurgical, alors que la rechute de l'ictère à distance est plus fréquente pour les prothèses endoscopiques. [72]

Une autre série rétrospective comparative portant sur 107 malades a comparé le stent biliaire au bypass chirurgical et a montré un taux de succès comparable pour les deux méthodes mais un taux de morbidité (7.3% vs 24%), un taux de mortalité (3.6% vs 16%) et un séjour hospitalier moyen (10j vs 26j) en faveur du traitement endoscopique de l'ictère. [75]

La possibilité du brossage canalaire pour un examen cytologique est un autre avantage pour la méthode endoscopique. [75]

En effet l'avantage de la voie endoscopique diminue avec le temps, puisque au bout de 3 à 4 mois on est obligé de changer la prothèse dans 50% des cas.[75] Certaines améliorations ont été apportées au matériel et l'utilisation depuis 1990 de prothèses métalliques auto expansives diminue nettement ce risque d'obstruction et de rechute de l'ictère mais ce sont des prothèses définitives qu'on ne peut plus enlever pour les changer en cas d'obstruction ; des améliorations du matériel sont en cours pour pallier cet inconvénient.

b) Le traitement de l'obstruction duodénale :

Moins de 5% des malades ayant un cancer du pancréas se présentent avec une obstruction duodénale au moment du diagnostic [59] et 13 à 20% des malades vont présenter une obstruction duodénale au cours de leur survie. [59]

Plusieurs publications ont montré l'intérêt de la mise en place de prothèse auto expansive par voie endoscopique pour les sténoses duodénales néoplasiques.

L'usage de ces prothèses reste limité à cause de leur faible taux de succès, le taux élevé de complications et la disposition en cadre du duodénum qui limite la lumière de la prothèse.

c) Le traitement de la douleur :

85% des malades présentant un cancer du pancréas avancé ont des douleurs au moment du diagnostic [77]. Ces douleurs sont le résultat de plusieurs facteurs :

- L'extension tumorale aux terminaisons nerveuses du plexus splanchnique.
- La distension de l'arbre biliaire.
- La distension des canaux pancréatiques en amont de la tumeur.

Dans la majorité des cas les douleurs du cancer du pancréas sont typiquement localisées au niveau de la région sus ombilicale, évoluent de façon continue, et irradient au dos, parfois elles sont localisées uniquement au dos.

Contrairement au traitement non chirurgical de l'ictère réservé aux tumeurs non extirpables, les traitements non chirurgicaux de la douleur sont indiqués pour tous les malades opérés ou non opérés.

⇒ **Les traitements non chirurgicaux « invasifs » :**

-Le stent biliaire :

Le stent biliaire peut améliorer les douleurs d'origine biliaire dues à la distension de l'arbre biliaire, ces douleurs peuvent s'améliorer ou même disparaître à la mise en place de la prothèse biliaire. [75]

-Le stent pancréatique :

Dans 15 % des cas les douleurs du cancer du pancréas siègent au niveau de la région épigastrique et/ou de l'hypocondre gauche, elles sont déclenchées par la prise alimentaire, irradient en arrière, et sont calmées spontanément au bout d'une à deux heures après le repas. Ces douleurs sont expliquées par la distension des canaux pancréatiques et peuvent être contrôlées par la mise en place d'un stent pancréatique. [61] [64]

Cette distension des canaux pancréatiques peut être confirmée par la CPRE ou la Bili-IRM.

Le stent pancréatique n'est pas encore de pratique courante, il peut améliorer les douleurs d'origine canalaire pancréatique ; En plus de son efficacité contre la douleur, ces prothèses peuvent améliorer l'état nutritionnel des malades en perméabilisant les canaux pancréatiques.

-Les splanchnicectomies :

-La splanchnicectomie percutanée sous scanner :

Elle consiste à infiltrer le plexus cœliaque par voie postérieure, de part et d'autre du tronc cœliaque par de l'alcool absolu, cette technique améliore les douleurs mieux que les

antalgiques par voie systémique mais ce bénéfice tend à la baisse avec le temps [77]. Cette approche est toujours postérieure et certaines paraplégies ont été décrites [77].

Plus récemment une autre voie d'accès au plexus splanchnique est décrite, c'est par voie endoscopique et sous contrôle écho endoscopique on a pu pratiquer la splanchnicectomie par voie antérieure, ceci permet d'éviter les racines nerveuse rachidienne pour diminuer le risque de paraplégie.

Cette technique a permis une diminution significative des douleurs à court terme chez 78% des malades et seulement chez 30% des malades à long terme. [77]

Certains incidents ont été décrits pour cette voie d'accès au plexus splanchnique : Hypotension orthostatique, diarrhée transitoire, abcès rétro péritonéal, para parésie et pseudo anévrysme. [61][77]

⇒ Les traitements pharmacologiques de la douleur :

Le traitement médical de la douleur du patient cancéreux doit respecter plusieurs principes :

- Il faut préférer la voie orale.
- Leur administration doit être systématique pour prévenir les douleurs et en cas de besoin prescrire des doses supplémentaires en cas de crise.
- Conserver le maximum d'autonomie et de confort d'existence au patient.
- Traiter systématiquement les symptômes secondaires du traitement antalgique (Nausées, troubles du transit, anxiété ou dépression). [63]

Les antalgiques mineurs :

Représentés essentiellement par le paracétamol, d'usage très limité dans le traitement des douleurs cancéreuses.

Les antalgiques majeurs :

→ Les morphiniques mineurs :

Sont les antalgiques du palier II de l'OMS et sont représentés par 3 produits :

- *La codéine* ; prescrite par voie orale à la dose de 3 à 5 mg/ Kg / jour.
- *L'extrait d'opium* : (lamaline) ; c'est une association orale d'opium (10 mg par gélule) de caféine, de belladone et de 300 mg de paracétamol.

→ Les morphiniques majeurs :

Sont les antalgiques du palier III de l'OMS :

- *Le buprénorphine* : il existe sous forme de comprimés à 0.20 mg par voie sublinguale et en ampoule injectable IM de 0.3 mg, c'est un antalgique puissant dont la durée d'action est de 8h.
- *Le dextromoramide* : administré par voie orale ou parentérale, il a une durée d'action faible et il est réservé pour la prévention des douleurs lors de certains actes d'explorations ou chirurgicaux.
- *La péthidine* : Il est intéressant par son effet atropinique antispasmodique, mais l'accumulation de ses métabolites le fait contre indiquer chez les malades à risque convulsif et chez les insuffisants hépatiques.
- *Le chlorhydrate de morphine* : Il constitue le produit de référence du traitement de la douleur cancéreuse moyenne ou sévère. La morphine ne comporte pas d'effet plafond.

4. Place de la chimiothérapie et radiothérapie dans la prise en charge du cancer du pancréas aux stades avancés :

La chimiothérapie est un traitement du cancer par des médicaments qui agissent sur les mécanismes qui permettent aux cellules de se multiplier. Ce sont des traitements systémiques qui agissent dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

La radiochimiothérapie associe une chimiothérapie, traitement par le 5 fluoro-uracile, à une radiothérapie externe dont le but est de détruire les cellules cancéreuses à travers la peau au moyen de rayons. Le 5-FU rend les cellules cancéreuses plus sensibles aux rayons.

Cette association de deux traitements a pour objectif de renforcer l'action respective de chacun d'eux.

a) les protocoles possibles :

Des études ont montré que la radio-chimiothérapie dans les tumeurs localement avancées [78] [80] [81] [82] et que la chimiothérapie seule en cas de métastases pouvaient augmenter la qualité et la durée de survie par rapport au traitement palliatif. [88]

L'effet de la radio-chimiothérapie reste toutefois discutable. Néanmoins à partir de cela de nombreux protocoles ont été effectués pour tenter d'allonger la survie voire rendre une tumeur résécable. La radio-chimiothérapie a été proposée en situation néoadjuvante, son effet reste parfois très modeste même si des taux de 10 à 30 % de résécabilité ont pu être observés. [82]

Son succès mérite toutefois plus ample évaluation avant de devenir systématique pour les tumeurs localement avancées non métastatiques.

La chimiothérapie seule par 5FU ou 5FU-acide folinique reste la référence pour certains malgré sa faible efficacité. Elle permet d'augmenter significativement la survie et le confort des malades métastatiques par rapport au traitement symptomatique.

La gemcitabine (Gemzar®) a obtenu l'AMM en Europe pour le cancer du pancréas métastatique, dans un essai randomisé, elle était supérieure au 5FU seul en termes de survie et d'amélioration de la qualité de vie [83] [85]. Elle était aussi efficace après échec du 5FU seul. [84]

Un effet palliatif est obtenu en améliorant les signes généraux (appétit, perte de poids), la douleur, les troubles du transit et la qualité de vie au prix de peu d'effets secondaires, la réponse objectivée sur la tumeur est tout de même faible, de l'ordre de 5 à 8 %.

Le Gemzar® est appliqué à la posologie de 1 000 mg/m² en perfusion de 30 min à J1 toutes les semaines, 7 semaines sur 8 puis 3 semaines sur 4. Son administration en perfusion prolongée (10 mg/m²/mm) semble augmenter son efficacité au prix d'une toxicité plus élevée. [85]

Dans le groupe de patients avec tumeur localement avancée ou métastatique de nombreuses associations avec la gemcitabine ont été testées. L'association gemcitabine-cisplatine n'a pas pour l'instant montré d'amélioration de survie globale versus la gemcitabine seule, malgré l'inclusion de 107 malades dans une étude de phase II continuée en phase III. [86]

L'association gemcitabine-oxaliplatine (GEMOX), étudiée en phase III [87], n'a pas apporté de bénéfice significatif en survie globale (9 mois versus 7,1 mois, P = 0,13) alors en termes de survie sans progression (5,8 mois versus 3,7 mois, P = 0,038), avec une réponse tumorale et un bénéfice clinique. Aucune autre combinaison étudiée en phase II ou III telles que les associations gemcitabine avec irinotécan, le doxetaxel ou le raltitrexed n'emporte la conviction (efficacité médiocre, survie par rapport à la gemcitabine peu différente ou toxicité importante) [89].

En résumé, l'effet de la chimiothérapie sur la survie des malades porteurs d'une tumeur localement avancé non résecable et/ou métastatique reste modeste avec une survie médiane allant de 7 à 12 mois en fonction de l'extension initiale. Cette survie est actuellement supérieure à celle observée avec un traitement symptomatique seul.

Dans notre étude la palliation non chirurgicale a trouvé sa place chez 7 patients soit 20% des cas :

- 2 cas traités par pose endoscopique de stent biliaire.
- Le TTT pharmacologique de la douleur a fait appel aux morphiniques majeurs chez 3 patients jugés inopérables d'emblée.
- Chimiothérapie a été décidée chez 2 patients, la survie médiane obtenue après chimiothérapie était de 7 mois, légèrement supérieure à celle obtenue chez les patients traités par la palliation symptomatique seul (\approx 5 mois).

→ Résultat parallèle à ceux de la littérature.

b) Association chimiothérapie et biothérapie :

De nouvelles molécules rentrant dans le domaine des biothérapies que ce soit les anti-angiogènes, les inhibiteurs de l'oncogène k-ras (inhibiteur de farnésyl transférase, antisens), inhibiteurs de cyclo-oxygénases, les inhibiteurs des récepteurs de facteurs de croissance à activité tyrosine kinase comme l'EGF (herceptine, cetuximab), ont été testés en situation palliative et en association avec la gemcitabine. [90][91]

Pour l'instant aucun effet supplémentaire sur le volume tumoral ou la survie n'a malheureusement été enregistré. Une étude récente de phase III, rassemblant 569 malades localement avancés ou métastatiques (76 %) [93], a comparé la gemcitabine seule à son association avec l'erlotinib (Tarceva, 100mg/j per os). L'association a montré un bénéfice modeste mais significatif en survie sans progression et en survie globale (survie à 1 an de 24 % versus 17 %, $P = 0,025$), au prix d'une diarrhée plus fréquente, mal décrite pour l'instant. Cet inhibiteur de la tyrosine-kinase (anti-EGF récepteur) est donc candidat à une utilisation dans cette pathologie lorsqu'il sera disponible.

E. Pronostic et survie :

Les facteurs de mauvais pronostic du cancer du pancréas aux stades avancés:

Les facteurs de mauvais pronostic rapportés dans la littérature [95] sont :

- Age >70 ans.
- Extension tumorale à distance.
- L'envahissement des gros vaisseaux.
- Les douleurs dorsales.
- Une altération de l'état général, et un amaigrissement supérieur à 7 % du poids.
- Un taux de CA 19-9 élevé (supérieur à 400 UI/ml).

La survie médiane de tous stades confondus est de 4 à 7 mois avec une survie à 5 ans de 1 à 4 %. Elle augmente chez les patients ayant subi une résection : 15 à 18 mois et dépend de la taille de la tumeur, de l'atteinte ganglionnaire, de l'envahissement vasculaire et de l'invasion du tissu péri-pancréatique. [94]

Parmi les malades dont la tumeur n'est pas résécable, 50 % sont morts entre 4 et 5 mois après le diagnostic avec une survie médiane de 6 mois [99] et seulement 10% sont survivants à 12 mois.

Dans notre étude Le taux de survie de nos patients à 1 an était de 11%. Avec une médiane de survie de ≈5 mois. Résultat concordant à ceux de la littérature.

F. Les perspectives apportées par la recherche :

Le cancer du pancréas a peu de retentissement médiatique par rapport à son poids médico et socio-économique. Il attire moins de 2 % des fonds de recherche attribués au cancer et accumule moins de 5 % des rapports d'essais cliniques dans la littérature médicale [100].

Actuellement l'intérêt croissant pour des thérapies ciblées visant à éliminer les cellules souches cancéreuses ou à modifier spécifiquement l'environnement tumoral est à l'origine de nouveaux axes de recherche.

Deux théories ont été proposées pour expliquer l'importante mortalité liée au cancer du pancréas. La théorie classique suggère qu'il s'agit d'un cancer hautement agressif qui s'étend très rapidement aux autres organes, cette rapidité d'évolution laissant peu de temps pour permettre d'intervenir efficacement. L'autre théorie de formulation plus récente et basée sur la génétique, implique l'évolution des clones et sous-clones des cellules cancéreuses. Selon cette théorie, le cancer du pancréas se développerait au même rythme que les autres cancers et seul le délai dans l'apparition des symptômes serait responsable du retard diagnostique. [96][97]

Dans cette conception, la tumeur primitive ne constituerait pas une entité unique, mais serait en fait un mélange de sous-clones génétiquement distincts parmi lesquels seulement un type aurait la capacité d'aboutir à la formation de métastases. [98]

L'espoir est que le diagnostic de cancer du pancréas à un stade précoce, ou encore mieux au stade des précurseurs du cancer, devienne prochainement réalité par la détection des cibles moléculaires qui seraient à l'origine des mutations cancérogènes [100].



CONCLUSION

V. Conclusion :

Le cancer du pancréas aux stades avancé représente un enjeu de santé publique majeur en dépit de son incidence relativement faible comparé aux autres cancers, cela dû au taux de mortalité élevée lié à une découverte souvent à des stades fatals, expliqué par la grande latence clinique de ce type de cancer.

Malgré des progrès importants dans le développement des techniques d'imagerie médicale et la compréhension de la pathogenèse du développement des lésions cancéreuses, le pronostic des patients atteints reste sombre.

L'amélioration de la survie globale permise par les traitements systémiques et par la palliation symptomatique étant limitée, de nombreux progrès sont ouverts pour chercher d'autres alternatifs thérapeutiques, ciblés et plus efficace.

De nouvelles perspectives sont aussi ouvertes en matière dépistage du cancer du pancréas afin de porter le diagnostic à un stade «utile» permettant de définir une fenêtre d'efficacité thérapeutique.



REFERENCES

VI. Références :

1. <http://www.contrelecancer.ma/fr/>
2. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
3. <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx#>
4. Pr Pascal Hammel ,l'hôpital Beaujon (Clichy).
Facteur de risque du Kc du Pancréas, Fondation ARC édition 2010.
5. Nitsche C, Simon P, Weiss FU et al.
Environmental risk factors for chronic pancreatitis and pancreatic cancer. Dig. Dis.29(2), 235–242 (2011).
6. Mohamed A Jr1, Ayav A2, Belle A3, Orry X4, Chevaux JB5, Laurent V6.
Pancreatic cancer in patients with chronic calcifying pancreatitis: a retrospective analysis of 48 patients. Publ 18 Nov 2016.
7. Molina-Montes E1,2,3, Sánchez MJ2,3, Buckland G4...
Mediterranean diet and risk of pancreatic cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. Br J Cancer. 2017 Feb 7.
8. Zins M.
Anatomie du pancréas : savoir ce qui est utile. JFR; Paris2011.
9. e-Anatomy/Thorax-Abdomen-Pelvis/Système-digestif- IMAIOS Illustrations 2016
10. Matt S.
La lame rétro-portale droite. anatomie, imagerie et morphogénèse. Nantes2014.
11. Chowdappa R, Challa VR. Indian J Surg Oncol. 2015 Mar;6(1):69-74.
Mesopancreas in pancreatic cancer: where do we stand - review of literature.
12. © CDU-HGE/Éditions Elsevier-Masson - Octobre 2014
LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DIGESTIVE – embryogénèse du pancréas
13. Bouassida M, Mighri MM, Chtourou MF, Sassi S, Touinsi H, Hajji H, Sassi S. Int J Surg. 2013;11(9):834-6.
Retroportal lamina or mesopancreas? Lessons learned by anatomical and histological study .

14. Rebours V.

Les lésions précancéreuses du pancréas. JFHOD 2015.

15. Flejou J.

Anatomie pathologique du cancer du pancréas. In: Arnette, editor. Monographies de l'association française de chirurgie 2010.

16. World J Gastroenterol 2014 June 28; 20(24): 7864-7867.

Diagnosis of pancreatic cancer

17. Roxanne Nelson January 21, 2009. GICS 2009:

Delay in Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cancer Common .

18. Philippe Grandval , Sylviane Olschwang Hôpital de la Timone, service d'hépatogastroentérologie Marseille Cedex 05, France mars 2014.

Peut-on dépister le cancer du pancréas ?

19. Tomasz P. Radon, Nathalie J. Massat, Richard Jones, Wasfi Alrawashdeh... Published 1 August 2015.

Identification of a Three-Biomarker Panel in Urine for Early Detection of Pancreatic Adenocarcinoma.

20. Goonetilleke KS, Siriwardena AK.

Systematic review of carbohydrate antigen (CA 19-19) as a biochemical marker in the diagnosis of pancreatic cancer. Eur. J. Surg. Oncol. 33(3), 266–270 (2007).

21. Dolscheid-Pommerich RC1, Manekeller S2,3, Walgenbach-Brünagel G

Clinical Performance of CEA, CA19-9, CA15-3, CA125 and AFP in Gastrointestinal Cancer Using LOCI™-based Assays. 2017 Jan; 37(1): 353-359.

22. Di Magliano MP1, Logsdon CD.

Roles for KRAS in Pancreatic Tumor Development and Progression Gastroenterology. 2013 June ; 144(6): 1220–1229. doi:10.1053/j.gastro.2013.01.071.

23. Annan Yang , N.V. Rajeshkumar , Xiaoxu Wang .

Autophagy Is Critical for Pancreatic Tumor Growth and Progression in Tumors with p53 Alterations- May 29, 2014.

24. Bhat K, Wang F, Ma Q, Li Q, Mallik S, Hsieh TC, Wu E. *Curr Pharm Des* 2012.
Advances in biomarker research for pancreatic cancer.
25. *World J Gastroenterol* 2014.
Imaging diagnosis of pancreatic cancer: A state-of-the-art-review.
26. . Tamm EP, Bhosale PR, Vikram R, de Almeida Marcal LP, Balachandran A.
Imaging of pancreatic ductal adenocarcinoma: State of the art. *World J Radiol.*
2013;5:98–105.
27. Morana G, Cancian L, Pozzi Mucelli R, Cugini C.
Staging cancer of the pancreas. *Cancer Imaging* 2010; 10 Spec no A: S137-S141.
28. Appel BL, Tolat P, Evans DB, Tsai S.
Current staging systems for pancreatic cancer. *Cancer J* 2012; 18: 539-549.
29. Piotr Kulig, Radosław Pach, Jan Kulig.
Role of abdominal ultrasonography in clinical staging of pancreatic carcinoma:
a tertiary center experience. 2014.
30. Rickes S, Unkrodt K, Neye H, Ocran KW, Wermke W.
Differentiation of pancreatic tumours by conventional ultrasound, unenhanced and
echo-enhanced power Doppler sonography. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 1313-
1320.
31. Raman SP, Horton KM, Fishman EK.
Multimodality imaging of pancreatic cancer-computed tomography, magnetic
resonance imaging, and positron emission tomography. *Cancer J* 2012; 18: 511-522.
32. Puli SR, Bechtold ML, Buxbaum JL, Eloubeidi MA.
How good is endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in diagnosing the
correct etiology for a solid pancreatic mass?: A meta-analysis and systematic
review. *Pancreas* 2013; 42: 20-26 .
33. Ardengh JC, Lopes CV, de Lima LF, de Oliveira JR, Venco F, Santo GC, Modena JL.
Diagnosis of pancreatic tumors by endoscopic ultrasound-guided fine-needle
aspiration. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 3112-3116 .

34. Chen J, Yang R, Lu Y, Xia Y, Zhou H.

Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for solid pancreatic lesion: a systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol* **2012**; 138: 1433-1441 .

35. Fusaroli P, Spada A, Mancino MG, Caletti G.

Contrast harmonic echo-endoscopic ultrasound improves accuracy in diagnosis of solid pancreatic masses. *Clin Gastroenterol Hepatol* **2010**; 8: 629-34.e1-2.

36. Serrani M1, Lisotti A, Caletti G, Fusaroli P. Epub 2016 May 17.

Contrast enhancement and elastography in endoscopic ultrasound: an update of clinical applications in pancreatic diseases.

37. Iglesias-Garcia J, Larino-Noia J, Abdulkader I, Forteza J, Dominguez-Munoz JE.

EUS elastography for the characterization of solid pancreatic masses. *Gastrointest Endosc* **2009**; 70:1101-1108 .

38. Giovannini M, Hookey LC, Bories E, Pesenti C, Monges G, Delpero JR.

Endoscopic ultrasound elastography: the first step towards virtual biopsy? Preliminary results in 49 patients. *Endoscopy* **2006**; 38: 344-348.

39. Maccioni F, Martinelli M, Al Ansari N, Kagarmanova A, De Marco V, Zippi M, Marini M.

Magnetic resonance cholangiography: past, present and future: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* **2010**; 14: 721-725.

40. Manak E, Merkel S, Klein P, Papadopoulos T, Bautz WA, Baum U.

Resectability of pancreatic adenocarcinoma: assessment using multidetector-row computed tomography with multiplanar reformations. *Abdom Imaging* **2009**;

41. Zamboni GA, Kruskal JB, Vollmer CM, Baptista J, Callery MP, Raptopoulos VD.

Pancreatic adenocarcinoma: value of multidetector CT angiography in preoperative evaluation. *Radiology* **2007**; 245: 770-778.

42. Dibble EH, Karantanis D, Mercier G, Peller PJ, Kachnic LA, Subramaniam RM.

PET/CT of cancer patients: part 1, pancreatic neoplasms. *AJR Am J Roentgenol* **2012**; 199: 952-967.

43. Cameron K, Golan S, Simpson W, Peti S, Roayaie S, Labow D, Kostakoglu L.
Recurrent pancreatic carcinoma and chol-angiocarcinoma: 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (PET/CT). *Abdom Imaging* 2011; 36: 463-471.
44. Levy P. In: Arnette, editor. *Cancer du pancréas* 2010.
Adénocarcinome pancréatique : quelle est la place de la biopsie ?
45. Mallery JS, Centeno BA, Hahn PF, Chang Y, Warshaw AL, Brugge WR.
Pancreatic tissue sampling guided by EUS, CT/US, and surgery: a comparison of sensitivity and specificity. *Gastrointest Endosc* 2002;56:218-24.
46. <https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/Pages/AJCC-7th-Ed-Cancer-Staging-Manual.aspx>
47. <https://cancerstaging.org/8thEdImplementation/Pages/default.aspx>
48. Li H, Zeng MS, Zhou KR, Jin DY, Lou WH.
Pancreatic adenocarcinoma: the different CT criteria for peripancreatic major arterial and venous invasion. *J Comput Assist Tomogr.* 2005;29(2):170-5.
49. Kinney T, Lepanto L, Arzoumanian Y, Gianfelice D, Perreault P, Dagenais M, Lapointe R, Létourneau R, Roy A.
Evidence-based imaging of pancreatic malignancies. Helical CT with CT angiography in assessing periampullary neoplasms: identification of vascular invasion. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 235-24938
50. Fukami Y1, Kaneoka Y2, Maeda A2, Takayama Y2, Onoe S2. 2016.09.076.
Prognostic impact of splenic artery invasion for pancreatic cancer of the body and tail. *Epub* 2016 Sep 17.
51. Zhao WY, Luo M, Sun YW, Xu Q, Chen W, Zhao G, Wu ZY.
Computed tomography in diagnosing vascular invasion in pancreatic and periampullary cancers: a systematic review and meta-analysis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2009; 8:457-464.

- 52. Li H, Zeng MS, Zhou KR, Jin DY, Lou WH.**
Pancreatic ad- enocarcinoma: signs of vascular invasion determined by multi-detector row CT. Br J Radiol **2006**; 79: 880-887.
- 53. Vargas R, Nino-Murcia M, Trueblood W, Jeffrey RB.**
MDCT in Pancreatic adenocarcinoma: prediction of vascular invasion and resectability using a multiphasic technique with curved planar reformations. AJR Am J Roentgenol **2004**; 182: 419-425.
- 54. 112ème congrès français de chirurgie 2010.**
Criteres de résecabilité du cancer du pancreas.
- 55. M. Soufi • M. Bensaid • S. Benamr • R. Messrouri • J. Mdaghri • H. Essadel • M.K. Lahlou • E.H. Mohammadine • A. Taghy • A. Settaf • B. Chad . le 17 novembre 2009 © Springer-Verlag France 2010.**
What is the place of surgery in locally advanced pancreatic adenocarcinoma?
- 56. Baulieux J, Delpero J.R.**
Traitement chirurgical du cancer du pancréas : les exérèses à visée curative. Ann. Chir. **2000** ; 125 : 609-17.
- 57. Weber J.C, Gonzales N, Bachellier P, Wolf P et Jaeck D.**
Traitement chirurgical palliatif des cancers du pancréas. Encycl Méd Chir. Elsevier SAS, Paris, Techniques chirurgicales -Appareil digestif, 40-894, **2000**.
- 58. Delpero JR, Paye F, Bachellier P.**
Cancer du Pancréas. Monographies de l'association Française de Chirurgie. **2010**, Arnette, Wolters Kluwer France.
- 59. Farnell M.B, Nagorney DM, Sarr MG.**
The Mayo clinic approach to the surgical treatment of adenocarcinoma of the pancreas. Surg Clin North Am. **2001** ; 81 : 611-23.
- 60. Friess H, Kleeff J, Fischer L, Muller M.**
Surgical standard therapy for cancer of the pancreas Chirurg. **2003** ; 74 : 183-90.

- 61. Andtbacka R.H, Evans D.B, Pisters P.W.**
Surgical and endoscopic palliation for pancreatic cancer. *Minerva Chir.* **2004** ; 59 : 123-36.
- 62. Mian OY1, Ram AN, Tuli R, Herman JM.** 2014 Jun;**16(6):388.**
Management options in locally advanced pancreatic cancer.
- 63. Perone JA1, Riall TS2, Olino K1.**
Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer. **2016 Dec**;96(6):1415-1430.
- 64. Chen YG1, Pan HH, Dai MS, Lin C, Lu CS, Su SL, Chang PY, Huang TC, Chen JH, Wu YY, Chen YC, Ho CL.** 2015 Aug;
Impact of Comorbidity and Age on Determinants Therapeutic Strategies in Advanced Pancreatic Head Cancer Patients With Obstructive Jaundices.
- 65. Coe AW1, Pawa R2.** Epub 2016 Mar 8.
Endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy with a lumen-apposing, self-expandable fully covered metal stent for palliative biliary drainage. *French JB1,*
- 66. Bower M, Sherwood L, Li Y, Martin R.**
Irreversible electroporation of the pancreas: definitive local therapy without systemic effects. *J Surg Oncol.* **2011**;104:22-28.
- 67. Linecker M1, Pfammatter T, Kambakamba P, DeOliveira ML.**
Ablation Strategies for Locally Advanced Pancreatic Cancer. Epub **2016 May 25.**
- 68. Rubinsky B, Onik G, Mikus P.**
Irreversible electroporation: a new ablation modality--clinical implications. *Technol Cancer Res Treat.* **2007**;6:37-48.
- 69. Martin RC, McFarland K, Ellis S, Velanovich V.**
Irreversible electroporation therapy in the management of locally advanced pancreatic adenocarcinoma. *J Am Coll Surg.* **2012**;215:361-369.
- 70. Belfiore G, Belfiore MP, Reginelli A, Capasso R, Romano F, Ianniello GP, Cappabianca S, Brunese L.** *Med Oncol.* 2017 Mar
Concurrent chemotherapy alone versus irreversible electroporation followed by chemotherapy on survival in patients with locally advanced pancreatic cancer.

71. Narayanan G1, Hosein PJ2, Beulaygue IC3, Froud T3, Scheffer HJ4, Venkat SR3, Echenique AM3, Hevert EC5, Livingstone AS6, Rocha-Lima CM7, Merchan JR8, Levi JU6, Yrizarry JM3, Lencioni R3. J Vasc Interv Radiol. 2016 Dec 16.
Percutaneous Image-Guided Irreversible Electroporation for the Treatment of Unresectable, Locally Advanced Pancreatic Adenocarcinoma.
72. Maosheng D, Ohtsuka T, Ohuchida J, Inoue K.
Surgical bypass versus metallic stent for unresectable pancreatic cancer. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2001; 8 : 367-73.
73. Blazy A1, George B, Albert O.
[Pain management in patients with pancreatic cancer]. 2011 Mar;(169):24-6.
74. Dobosz Ł1, Stefaniak T2, Dobrzycka M2, Wieczorek J2, Franczak P2, Ptaszyńska D2, Zasada K2, Kanyion P2. 2016 Apr 18;16:20.
Invasive treatment of pain associated with pancreatic cancer on different levels of WHO analgesic ladder.
75. Wagner M, Egger B, Kulli C, Redaelli CA.
Stent or surgical bypass as palliative therapy in obstructive jaundice Swiss Surg. 2000 ; 6 : 283-8.
76. Matsuda M, Watanabe G, Hashimoto M. 2015 Mar;73 Suppl 3:173-6.
[Palliative surgical bypass surgery for patients with pancreatic cancers].
77. Imamura M, Doi R.
Treatment of Locally Advanced Pancreatic Cancer. 2004 ; 28 : 293-5.
78. Andre T, Balosso J, Louvet C, Hannoun L, Houry S, Huguier M, et al.
Combined radiotherapy and chemotherapy (cisplatin and 5-fluorouracil) as palliative treatment for localized unresectable or adjuvant treatment for resected pancreatic adenocarcinoma: results of a feasibility study. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000;46:903-11.

79. B Chauffert, F Mornex, F Bonnetain

Treatment of locally unresectable carcinoma of the pancreas: comparison of combined-modality therapy (chemotherapy plus radiotherapy) to chemotherapy alone. *Gastrointestinal Tumor Study Group* mar 2008.

80. Philippe Rougier, Michel Ducreux, Jean-François Seitz 2001

Place de la chimiothérapie dans la stratégie thérapeutique des cancers digestifs

81. Yip D, Karapetis C, Strickland A, Steer CB, Goldstein D

Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic. 19 July 2006.

82. Wilkowski R, Thoma M, Schauer R, Wagner A, Heinemann V.

Effect of chemoradiotherapy with gemcitabine and cisplatin on locoregional control in patients with primary inoperable pancreatic cancer. *World J Surg* 2004;28:1011-8.

83. Burris HA, III, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, et al.

Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *J Clin Oncol* 1997;15:2403-13.

84. Storniolo AM, Enas NH, Brown CA, Voi M, Rothenberg ML, Schilsky R.

An investigational new drug treatment program for patients with gemcitabine: results for over 3000 patients with pancreatic carcinoma. *Cancer* 1999;85:1261-8.

85. Heinemann V.

Gemcitabine in the treatment of advanced pancreatic cancer: a comparative analysis of randomized trials. *Semin Oncol* 2002;29:9-16.

86. Colucci G, Giuliani F, Gebbia V, Biglietto M, Rabitti P, Uomo G, et al.

Gemcitabine alone or with cisplatin for the treatment of patients with locally advanced and/or metastatic pancreatic carcinoma: a prospective, randomized phase III study of the Gruppo Oncologia dell'Italia Meridionale. *Cancer* 2002;94:902-10.

- 87. Louvet C, Labianca R, Hammel P, Lledo G, De Braud F, Andre T, et al.**
GemOx (gemcitabine + oxaliplatin) versus Gem (gemcitabine) in non resectable pancreatic adenocarcinoma: Final results of the GERCOR/GISCAD Intergroup phase III. (abstract). *Proceeding ASCO 2004*. A4008.
- 88. Oikonomopoulos GM, Huber KE, Syrigos KN, Saif MW.**
Locally advanced pancreatic cancer. *JOP*. 2013;14:126-128.
- 89. Rocha-Lima C, Rotche R, Jeffery M, et al.**
A randomized phase 3 study comparing efficacy and safety of gemcitabine (GEM) and Irinotecan (I), to GEM alone in patients (pts) with locally advanced or Chimiotherapie palliative du cancer du pancréas metastatic pancreatic cancer who have not received prior systemic therapy (abstract). *Proc Am Soc Clin Oncol* 2003;22:251.
- 90. Chen J, Rocken C, Nitsche B, Hosius C, Gschaidmeier H, Kahl S, et al.**
The tyrosine kinase inhibitor imatinib fails to inhibit pancreatic cancer progression. *Cancer Lett* 2005.
- 91. Itoh Y, Saito H, Yamagishi S, Suematsu Y, Takahashi M, Nakayama M, Fukabori M, Morita A, Wakabayashi K. Gan To Kagaku Ryoho.** 2016 Nov;43(12):1681-1683.
[A Study of Gemctabine plus Nab-Paclitaxel Therapy for Advanced Local Progressive Pancreatic Cancer].
- 92. Xiong HQ, Rosenberg A, LoBuglio A, Schmidt W, Wolff RA, Deutsch J, et al.**
Cetuximab, a monoclonal antibody targeting the epidermal growth factor receptor, in combination with gemcitabine for advanced pancreatic cancer: a multicenter phase II Trial. *J Clin Oncol* 2004;22:2610-6.
- 93. Moore MJ, Goldstein D, Hamm J, Kotecha J, Gallinger S, Au HJ, et al.**
Erlotimib improves survival when added to gemcitabine in patients with advanced pancreatic cancer. A phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trial Group (NCIC-CTG) (abstract). 2005 Gastrointestinal Cancers Symposium. Miami, January 27-29 2005, A77.
- 94. PROGNOSTIC FACTORS IN LOCALLY ADVANCED OR METASTATIC PANCREATIC CANCER PATIENTS.** 2014 Sep 1;25

95. Ghaneh, P., Neoptolemos, J.P.. Pancreas cancer. Gospodarowicz, M. K., O'Sullivan, B., Sobin, L. H (2006). Prognostic Factors in Cancer. (3rd Édition).
96. Delitto D1, Wallet SM2, Hughes SJ3.
Targeting tumor tolerance: A new hope for pancreatic cancer therapy? . Epub 2016 Jun 22.
97. Teague A1, Lim KH1, Wang-Gillam A2. Ther Adv Med Oncol. 2015 Mar.
Advanced pancreatic adenocarcinoma: a review of current treatment strategies and developing therapies.
98. Neuzillet C1, Tijeras-Raballand A2, Bourget P3, Cros J4, Couvelard A4, Sauvanet A5, Vullierme MP6, Tournigand C7, Hammel P8. Epub 2015 Aug 20.
State of the art and future directions of pancreatic ductal adenocarcinoma therapy.
99. Canadian Cancer Statistics 2015. Toronto, ON: Canadian Cancer Society.
Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. (2015).
100. Journal de Chirurgie Viscérale 2012- Vol. 145 - N° SPE - p. 5
Quels espoirs contre le cancer du pancréas ? Professeur Christian Partensky.



RESUME

Titre : Le cancer du pancréas aux stades avancés, l'expérience de la clinique chirurgicale « B » à propos de 34 cas.

Auteur : OSSAMA SAHHAB.

Mots clés : Cancer – Pancréas – Avancé – Diagnostic – Traitement.

Le cancer du pancréas représente un véritable problème de santé public.

L'adénocarcinome canalaire est de loin le plus fréquent des types histologiques, avec environ 90% des tumeurs pancréatiques. Il représente le troisième cancer digestif au Maroc avec une incidence entre 1.2 et 2.4% selon les registres nationaux.

Cette étude rétrospective s'est intéressée à la prise en charge palliative dont bénéficiaient les patients porteurs d'un cancer pancréatique aux stades avancés et à la description des causes du retard de diagnostic à la lumière des données de la littérature.

Les résultats obtenus à travers cette étude s'entendent à ceux des recherches récentes, et confirment l'importance d'initier une prise en charge palliative précoce, pour préserver la qualité de vie des patients et d'améliorer leur survie. Ils démontrent que plus précoce est le diagnostic, meilleure est la survie; la réalité qui soulève la nécessité majeure d'un programme de dépistage à des stades du développement initiale de ce type de cancer.

ABSTRACT

Title : Pancreatic cancer in advanced stages, the experience of the surgical clinic « B » about 34 cases.

Author: OSSAMA SAHHAB.

Key words: Cancer - Pancreas - Advanced - Diagnosis - Treatment.

Pancreatic cancer is a real public health problem. Ductal adenocarcinoma is by far the most frequent of the histological types, with about 90% of the pancreatic tumors. It represents the third digestive cancer in Morocco with an incidence between 1.2 and 2.4% according to the national registers.

This retrospective study focused on the palliative management of patients with advanced stages of pancreatic cancer and on the description of causes of delayed diagnosis in light of the literature.

The results obtained from this study are in line with the recent research, and confirm the importance of initiating early palliative care in order to preserve the quality of patient's life and to improve their survival. It demonstrate that the earlier is the diagnosis, the better is the survival; it's a reality that shows the major need for a screening program at stages of the initial development of this type of cancer.

ملخص

العنوان: سرطان البنكرياس في المراحل المتقدمة، تجربة مصحة الجراحة «ب» من خلال 34 حالة.

المؤلف: أسامة صحاب.

كلمات البحث: السرطان - البنكرياس - المتقدم - التشخيص - العلاج.

يعتبر سرطان البنكرياس مشكلة حقيقية بالنسبة للصحة العمومية. الورم الغدي القنوي هو أكثر الأنواع النسيجية شيوعا بحوالي 90% من أورام البنكرياس، ويحتل المركز الثالث من بين سرطانات الجهاز الهضمي في المغرب بنسبة تتراوح ما بين 1.2 و 2.4% وفقا للسجلات الوطنية.

ركزت هذه الدراسة الإستيعادية على الرعاية التلطيفية للمرضى الذين يعانون من سرطان البنكرياس في مراحل متقدمة وعلى وصف أسباب التشخيص المتأخر في ضوء المراجع. تتفق نتائج هذه الدراسة مع الأبحاث الحديثة وتؤكد على أهمية الشروع في الرعاية الملطفة في وقت مبكر للحفاظ على جودة حياة المرضى وتحسين بقائهم على قيد الحياة، كما تؤكد كذلك على أنه كلما كان الكشف مبكرا، كلما تحسن البقاء على قيد الحياة، وهو الواقع الذي يبرز الحاجة الماسة لبرنامج للتحري في المراحل الأولية لتطور هذا النوع من السرطان.



ANNEXES

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical :
- Age :
- Sexe : ♂ ♀
- Origine :
- Profession :
- Numéro du téléphone :
- Assurance santé :
- Séjour au service hospitalier :

ATCD

PERSONNELS:

Médicaux :

- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type :
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux:

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
 - Type : - Sein
 - Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

Médicaux:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux :

CLINIQUE :

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale:
- Début: aigu progressif
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

Kg/Durée

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Masses abdominales : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - HMG/SMG : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - ADP : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Matité déclive : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - TR: - masse rectale: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - nodules de carcinose: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

BIOLOGIE:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - Bilan hépatique : | | |
| - ACE : | <input type="checkbox"/> ↗↗ | <input type="checkbox"/> ↗↗↗ |
| - CA19.9: | <input type="checkbox"/> ↗↗ | <input type="checkbox"/> ↗↗↗ |

RADIOLOGIE

- Echographie:
-
- TDM:
-
- Echoendoscopie:
-
- IRM :
-
- PETscan:
-

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
-
- Histologie:
-

TRAITEMENT:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Chirurgie exploratrice seule : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Résultat : | | |
| - Palliation chirurgicale : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Type: | | |
| - Palliation non chirurgicale : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Type: | | |
| - Chimiothérapie : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Abstention thérapeutique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

SURVEILLANCE:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| - Evolution post-opératoire : | <input type="checkbox"/> Simple : | <input type="checkbox"/> Complications : |
| | | |
| - Evolution après palliation non chirurgicale : | | |
| Amélioration clinique : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Décès: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Durée de Survie : | | |

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 33959
- Age : 58
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Sidi kacem
- Profession : libérale
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED
- Séjour au service hospitalier : du 21/01/2011 au 08/02/2011.

ATCD

PERSONNELS:

Médecins :

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution: oui non
- Traitement : oui non
- Diabète oui non
- Néphropathie oui non
- HTA oui non
- Dyslipidémie (obésité) oui non

Autres :

Chirurgicaux : RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 16 paquet-année non
- Autres : oui non

FAMILIAUX :

Médecins :

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familial: oui non
- Type : oui non

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 1mois. aigue non
- Début: aigue non
- Ictère: aigue non
- Épigastrie: persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysé hépatique. ↗ ↘
- ACE : non demandé. ↗ ↘
- CA19.9: non demandé. ↗ ↘

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: Dilatation de la VB, VBH, VBP et le Wirsung en amont d'une formation tissulaire de la tête pancréatique de 42mm infiltrant le bas cholédoque et artère hépatique commune + atrophie corporeo-caudale du pancréas + ADPs locorégionales.
- Echoendoscopie: dégénérescence d'une TIPMP céphalique fort probable associée à de multiples ganglions locorégionaux.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: Adénocarcinome canalaire bien différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: anastomose hépatico-jéjunale gauche + cholécystectomie.
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: morphine en post-opératoire.
- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
Fistule biliaire.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 7 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34023
- Age : 50 ♂ ♀
- Sexe :
- Origine : Khénifra
- Profession : femme au foyer.
- Numéro du téléphone : *****
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 21/02/2011 au 04/03/2011.

ATCD

- **PERSONNELS:**
- **Médicaux :**
 - Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type :
 - Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme :
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique:
 - Type :- Sein oui non
 - Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

- **Médicaux:**
 - Cas identique dans la famille : non non
 - Cancer familiale: non non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 6mois.
- Début: aigue non
- Ictère: oui non
- Epigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : colique hépatique et prurit.

1 / 2

2 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HM/G/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. ↗ ↗ ↗ ↗
- ACE : non demandé. ↗ ↗ ↗ ↗
- CA19.9: non demandé. ↗ ↗ ↗ ↗

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: Aspect en faveur d'un processus tumoral d'allure d'origine pancréatique vu l'importance de la masse, associé à des localisations hépatique secondaires peu hypodense hétérogène de taille variable et diffuse.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: processus malin (ADK ductulaire) pancréatique peu différencié infiltrant la paroi de la vésicule biliaire avec carcinose péritonéale.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie antérograde + gastro-entéro-anastomose+ anastomose hépato-jéjunale.
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: traitement antalgique (tramadol) en post opératoire.
- Chimiothérapie : oui non
- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : Infection de la paroi.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 4mois. oui non

8kg/4mois

97

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34107
- Age : 64 ans
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Sidi kacem.
- Profession : retraité.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 14/04/2011 au 04/05/2011.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
 - Autres :

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique :**
- Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme :
 - Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type :

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE :**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois.
 - Début: aigue progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastrique : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. ↗ ↗ ↗
- ACE : non demandé. ↗ ↗
- CA19.9: non demandé. ↗ ↗

RADIOLOGIE

- Echographie: tête du pancréas siège d'une masse hypo-échoigène de 35mm + grosse VB althiasique.
- TDM: masse de la tête du pancréas d'environ 45mm infiltrant la lame rétro-péritonéale avec de multiple ganglions au niveau du troc coeliaque et le pédicule hépatique.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique compatible avec un adénocarcinome moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
- Type: dérivation cholédo-co-duodénale latéro-latérale sans cholécystectomie.

Palliation non chirurgicale :

- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: traitement antalgique à base de morphine.

Chimiothérapie :

- Chimiothérapie : oui non

Abstention thérapeutique :

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 10 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34124
- Age : 73 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Taroudant
- Profession : retraité.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : CNSS.
- Séjour au service hospitalier : du 21/04/2011 au 10/05/2011.

ATCD

PERSONNELS:

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares : ancien sous ADO (sulfamide).
- Diabète
- Néphropathie
- HTA
- Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : oui non
- Autres : oui non

FAMILIAUX :

- Médicaux:
- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : persistante résolutive
- Analgésie : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : diarrhée aiguë. oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TOM: processus tumoral hypodense céphalo-corporel du pancréas (43mm x 25mm) avec atrophie caudale + dilatation des VBH et VBEH.
Le processus arrive au contact du tronc veineux spléno-mésaraïque et à l'origine du tronc porte, respectant la graisse péri-pancréatique avec absence d'épanchement péritonéale.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE:

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique compatible avec un adénocarcinome du pancréas exocrine de type ductulaire moyennement différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie + anastomose cholédoco-duodénale termino-terminale + anastomose gastro-jéjunale sous mésocolique.

Palliation non chirurgicale :

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: morphine en post-opératoire.

- Chimiothérapie : oui non

ABSTENTION thérapeutique :

- ABSTENTION thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 3 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34148
- Age : 55 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Ouezzane.
- Profession : agriculteur.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 02/05/2011 au 18/05/2011.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique : oui non
- Tabagisme : 40 paquet-année
- Alcoolisme :
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:
 - Cas identique dans la famille : non non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

- Clinique:
 - Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois.
 - Début: aigu progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastrologie : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique.
- ACE :
- CA19.9:

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: lésion hypodense de la tête pancréatique associé à des ADP latéro-aortique et autour de l'artère mésentérique supérieure qui est d'aspect sténosé + grosse VD avec dilatation diffuse des voies biliaires intra et extra hépatique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome du pancréas exocrine de type canalaire bien différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: cholécystectomie antérograde + dérivation cholédo-
duodénale latéro latérale + gastro-entéro anastomose.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : Fistule biliaire.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 7 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34170
- Age : 71
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Temara.
- Profession : Indigent.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 23/05/2011 au 11/06/2011

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

- **Chirurgicaux:** Hernie scrotale, opéré en 2009.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 15 paquet-année.
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:
 - Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 5mois.
- Début: aigue progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrique : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : normal. 777 777
- ACE : normal. 777 777
- CA19.9: normal. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: Formation de 10mm hypoéchogène de la portion céphalique de pancréas.
- TDM: non faite.
- Echoendoscopie: non faite
- IRM : pancréas globalement tuméfié, homogène avec nodule centimétrique de la tête iso-intense en T1, hypo-intense en T2 se rehaussant après injection du produit de contraste étendu aux vaisseaux hépatiques.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect d'un adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: dérivation cholédoco-duodénale + gastro-jéjunale sous mésocolique + cholécystectomie.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non
- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : Fistule biliaire.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès:
- Durée de Survie : 5 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34211
- Age : 64 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Safi.
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 07/06/2011 au 15/06/2011.

ATCD

PERSONNELS:

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution: oui non
- Traitement : oui non
- Tares : Diabète
- Néphropathie
- HTA
- Dyslipidémie (obésité)

- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type :- Sein
- Col utérin traité par radio-chimiothérapie en 2007.
- Endomètre
- Ovaire

FAMILIAUX :

- Médicaux: oui non
- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familial: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois.
- Début: aigu progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrique : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : vomissement alimentaires. ? ? Kg / 3 mois

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: processus tumoral de la tête du pancréas + dilatation diffuse des voies biliaire intra et extra hépatique et une grosse VB +urétéro-hydronephrose droite sur un probable rétrécissement de l'uretère iliaque.
- TDM: tumeur de la tête du pancréas localement avancé infiltrant la lame rétro-péritonéale arrive au contact de l'artère mésentérique supérieure.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: dérivation cholédo-co-duodénale latéro-latérale + anastomose gastro-jéjunale.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non

- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non

- Amélioration clinique : oui non

- Décès: oui non

- Durée de Survie : 3 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34224
- Age : 51
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Tétouan
- Profession : indigent
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 13/06/2011 au 07/07/2011.

ATCD

PERSONNELS:

- Médecins :
 - Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : _____
 - Duré d'évolution: _____
- Traitements : _____
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres : _____

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 10 paquet-année
- Autres : _____

FAMILIAUX :

Médecins :

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type : cancer de la tête du pancréas.

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 5mois
- Début: aigue progressif
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : _____

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: nodules hépatiques hyper-échogènes, le plus grand est de 30mm aux dépens de segment IV vraisemblablement une localisation secondaire.
- TDM: masse corporeo-caudale du pancréas de 32mm x 30mm associé à un foie secondaire.
- Echoendoscopie en faveur de métastase hépatique et d'extension locorégionale.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie: _____
- Histologie: Aspect histologique en faveur d'une localisation hépatique d'un adénocarcinome moyennement différencié probablement d'origine pancréatique.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : (réalisation d'une simple biopsie d'un foie de métastase)
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 2mois.

FICHE D'EXPLOITATION

- IDENTITE**
- Numéro du dossier médical : 34255
 - Age : 65
 - Sexe : ♂ ♀
 - Origine : Rabat
 - Profession : femme au foyer.
 - Numéro du téléphone : xxxxxxxxxx
 - Assurance santé : non mutualiste.
 - Séjour au service hospitalier : du 27/06/2011 au 15/07/2011.

- ATCD**
- PERSONNELS:**
- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : - Duré d'évolution: - Traitement : - Tares : - Diabète - Néphropathie - HTA - Dyslipidémie (obésité)

- Autres : - Chirurgical: RAS.
 - Toxique : oui non
 - Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme : oui non
 - Autres : oui non
- Gynécologique :**
- Cancer gynécologique: oui non
 - Type :- Sein oui non
 - Col utérin oui non
 - Endomètre oui non
 - Ovaire oui non

- FAMILIAUX :**
- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : oui non
- Chirurgicaux : RAS.**
- CLINIQUE:**
- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 4mois. aigue non
 - Début: aigue non
 - Ictère: oui non
 - Épigastralgie : résolutive persistante
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

- Signes physiques:**
- Masses abdominales : oui non
 - HMG/SMG : oui non
 - ADP : oui non
 - Matité déclive : oui non
 - TR: - masse rectale: oui non
 - nodules de carcinose: oui non

- BIOLOGIE:**
- Bilan hépatique : non demandé. oui non
 - ACE : normale. oui non
 - CA19.9: oui non

- RADIOLOGIE**
- Echographie: Syndrome de masse aux dépens de la queue du pancréas (40mm) avec 2 composantes kystiques à développement externe de queue pancréatique.
 - TDM: Processus tumoral de la queue du pancréas englobant le tronc coeliaque, l'artère splénique arrivant au contact du bord externe de l'artère mésentérique supérieure qui reste libre et perméable + une splénomégalie homogène.
 - Echoendoscopie: non faite.
 - IRM : non faite.
 - PET scan: non faite.

- ANATOMOPATHOLOGIE**
- Non faite.
- TRAITEMENT:**
- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Résultat : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
 - Type: oui non
 - Palliation non chirurgicale : oui non
 - Type: oui non
 - Chimiothérapie : oui non
 - Abstenion thérapeutique : oui non

- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : non
 - Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 1mois. oui non

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34352
- Age : 73 ans. ♂ ♀
- Sexe :
- Origine : Salé.
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 30/09/2011 au 17/10/2011.

ATCD

- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète Néphropathie HTA Dyslipidémie (obésité)
 - Autres :

- **Chirurgicaux :** cholécystectomie en 2003.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type :- Sein oui non
- Col utérin oui non
- Endomètre oui non
- Ovaire oui non

FAMILIAUX :

- Médicaux :**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois. aigue progressif
- Début: oui non
- Ictère: persistante résolutive
- Épigastrie: oui non
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- IMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : normale 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: aspect en faveur d'une dilatation des VBH et de la VBP ainsi que du Wirsung en amont d'une masse de la tête du pancréas de 40mm associé à deux images de nodule hépatique probablement métastatique.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique d'un adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
 - Palliation non chirurgicale : oui non
 - Chimiothérapie : oui non
 - Abstention thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
 - Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 1 mois.
- Type: anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale.
- Type:

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 34438
- Age : 49 ans
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Sidi Kacem
- Profession : Agriculteur.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 10/10/2011 au 26/10/2011.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux:**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète Néphropathie HITA Dyslipidémie (obésité)
 - Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 30 paquet-année.

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : oui non

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrie: persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: hydrocholecyste avec sludge de la VB et dilatation diffuse des voies biliaires.
- TDM: masse tissulaire de la tête du pancréas en faveur de néoplasie pancréatique céphalique, englobant l'artère mésentérique supérieure + dilatation des voies biliaires intra et extra hépatique.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome canalaire bien différencié du pancréas exocrine.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: cholécystectomie antérograde + dérivation cholédo-co-duodénale latéro-latérale + anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non

- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : Fistule biliaire.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 11 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35071
- Age : 64
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Kenitra.
- Profession : Chauffeur.
- Numéro du téléphone : *****
- Assurance santé : RAMED
- Séjour au service hospitalier : du 17/09/2012 au 09/10/2012.

AICD

PERSONNELS:

Médecins :

- Pancréatite: oui non
- Si oui :
 - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
- Traitement : oui non
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres : oui non

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : oui non
- Autres : oui non

FAMILIAUX :

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type : oui non

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 2mois. aigue non
- Début: aigue non
- Ictère: oui non
- Épigastrie : persistante résolutive
- Amaigrissement : non oui
- Diabète inaugural : non oui
- Autres : Constipation chronique. non oui

1/2

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cyrolyse hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite
- TDM: lésion pancréatique hypodense tissulaire de 40mm de son grand axe, corporeo-caudale en faveur d'une néoplasie pancréatique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET nscan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique en faveur d'un adénocarcinome moyennement différencié compatible avec une origine pancréatique.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : tumeur pancréatique localement avancée + localisation hépatique. oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non

Abstention thérapeutique :

- **SURVEILLANCE:** oui non
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

Evolution après palliation non chirurgicale :

- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 4mois. oui non

2/2

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35079
- Age : 64 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Safi.
- Profession : indigent.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 24/09/2012 au 04/10/2012.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 15 paquet-année
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:
 - Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type :
- Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 2 mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Epigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : pyrosis chronique.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 77 77
- CA19.9: 77 77

RADIOLOGIE

- Echographie: néoformation de la tête du pancréas + dilatation des voies biliaires en amont.
 - TOM: tumeur de la tête pancréatique + métastase ganglionnaire du tronc coeliaque et du pédicule hépatique.
 - Echo-endoscopie: non faite.
 - IRM : non faite.
 - PET scan: non faite.
- ANATOMOPATHOLOGIE**
- Macroscopie:
 - Histologie: aspect en faveur d'un adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: dérivation bilio-digestive par anse jéjunale en oméga + cholécystectomie rétrograde.
- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non
 - Abstinence thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 8 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35300
- Age : 76 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Rommani
- Profession : femme en foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMEL
- Séjour au service hospitalier : du 28/01/2013 au 13/02/2013.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux:**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète Néphropathie sous traitement antihypertenseur depuis 4 ans.
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
 - Autres : tuberculose pulmonaire traitée à l'âge de 30ans.
- Chirurgicaux: RAS.**
- Toxique :**
- Tabagisme :
 - Alcoolisme :
- Gynécologique :**
- Cancer gynécologique:
- Type :- Sein oui non
- Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :**
- Chirurgicaux : RAS.**

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 5 mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

1 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. 777 777
- ACE : normale. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
 - TDM: processus tumoral de la tête du pancréas de 42mm responsable d'une dilatation de la VB et le cholédoque, infiltrant la lame retro-péritonéale arrivant au contact de la veine et l'artère mésentérique supérieure et la veine cave inférieure.
 - Echo-endoscopie: non faite.
 - IRM : non faite.
 - PET scan: non faite.
- ANATOMOPATHOLOGIE**
- Macroscopie:
 - Histologie: aspect histologique compatible avec un adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie + anastomose cholédo-co-duodénale latéro-latérale.
- Palliation non chirurgicale : oui non
 - Chimiothérapie : oui non
 - Abstention thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
 - Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 3 mois.

2 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35330
- Age : 61
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Rabat
- Profession : Chauffeur.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : CNSS
- Séjour au service hospitalier : du 11/02/2013 au 21/02/2013.

ATCD

PERSONNELS

Médicaux :

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares : - Diabète
- Néphropathie
- HITA
- Dyslipidémie (obésité)

Autres :

Chirurgicaux: hernie inguinale opérée en 2000.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 20 paquet-année
- Autres :

FAMILIAUX :

Médicaux :

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non

Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE :

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 5mois.
- Début: aiguë chronique
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : résolutive progressive
- Amaigrissement : persistante non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : constipation chronique.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cytolyse hépatique. 777 777
- ACE : 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: Aspect évocateur d'une tumeur du corps pancréatique avec localisation secondaire hépatique, ADP mésentérique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET-scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: biopsie hépatique → métastase d'un adénocarcinome bien à moyennement différencié partiellement nécrosé (étude immuno-histochimique oriente vers l'origine pancréatique).

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : masse du corps pancréatique + foie de métastase + ADP mésentérique.
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: Traitement antalgique pharmacologique (tramadol)

- Chimiothérapie : oui non

Abstention thérapeutique :

- oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 5mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35355
- Age : 47 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Salé.
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 21/02/2013 au 04/03/2013.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: une hystérectomie en 2009.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type : - Sein oui non
- Col utérin
- Endomètre
- Ovaire

FAMILIAUX :

- Médicaux:
 - Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastralgie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HM/G/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : non demandé. 777 777
- ACE : 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
 - TDM: processus tumoral de la tête du pancréas + métastase surrénalienne gauche et pulmonaire avec des ganglions médiastinaux.
 - Echo-endoscopie: non faite.
 - IRM : non faite.
 - PET scan: non faite.
- ANATOMOPATHOLOGIE:**
- Macroscopie:
 - Histologie: adénocarcinome canalaire bien différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: anastomose cholédoco-duodénale + anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: oui non

- Chimiothérapie : oui non

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès:
- Durée de Survie : 1 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35525
- Age : 68 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Chefchaouen.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxx
- Profession : femme au foyer.
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 03/06/2013 au 19/06/2016.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution: oui non
- Tares :**
- Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :**

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique :**
- Tabagisme :
 - Alcoolisme :
 - Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type : - Sein
- Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :**

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE :**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 4 mois. aigue progressif
 - Début: oui non
 - Ictère: persistante résolutive
 - Épigastrie : oui non
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : des vomissements, des épisodes hypoglycémie avec agitation et l'irritabilité.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 77 77
- ACE : non demandé. 77 77
- CA19.9: non demandé. 77 77

RADIOLOGIE

- Echographie: VB scléro-atrophique siège de deux images arciforme avec cône d'ombre postérieure, foie de stéatose sans lésion focale + une formation tissulaire aux dépens de la tête pancréatique de 48mm de diamètre.
- TDM: processus tumoral de 60 mm de son grand axe, siégeant au niveau de la tête du pancréas, infiltrant la lame rétro-péritonéale, le duodénum englobant l'artère mésentérique supérieure + de multiples ganglions locorégionaux.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET-scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: carcinome neuroendocrinien pancréatique peu différencié de haut grade de malignité + un engainement périnerveux.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie + anastomose hépatico-jéjunale et gastroentéro-anastomose.
- Chimiothérapie : oui non
- Type: traitement antalgique à base de tramadol.
- Abstention thérapeutique : oui non
- **SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 5 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35641
- Age : 31
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Marrakech.
- Profession : femme au foyer.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste
- Séjour au service hospitalier : du 28/09/2013 au 25/10/2013

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
 - Tares : oui non
 - Diabète oui non
 - Néphropathie oui non
 - HTA oui non
 - Dyslipidémie (obésité) oui non

Autres :

- Chirurgical: Cholécystectomie en 2011.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : oui non

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type : - Sein oui non
- Col utérin oui non
- Endomètre oui non
- Ovaire oui non

FAMILIAUX :

Médicaux:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non

Type :

- Chirurgical : cholécystectomie chez la mère.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 2mois. aigu progressif
- Début: oui non
- Ictère: oui non
- Épigastrie: persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 77 77
- CA19.9: non demandé. 77 77

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: dilatation des voies biliaire intra et extra hépatique, en amont d'un obstacle tissulaire du carrefour duodéno-pancréatique faisant évoqué à priori un ampillome vaterien.
- Echoendoscopie: masse hypoéchogène hétérogène + zones hyperéchogènes bien limité au dépend de la tête du pancréas (36mm-28mm) en contact avec isthme et la paroi abdominale + multiples ADP locorégionales.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome de type canalaire bien différencié du pancréas + adénites réactionnelles.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : tumeur du pancréas très fixé intéressant le colon transverse et envahissant la lame rétro portale + multiple ADP coeliaque, duodéno-pancréatique et mésentérique.
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: dérivation cholédoco-duodénale + gastro-jéjunale
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type:

Chimiothérapie :

- Chimiothérapie : oui non

Abstention thérapeutique :

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Duré de Survie : 12mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35711
- Age : 50 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Sidi Kacem
- Profession : agriculteur
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED
- Séjour au service hospitalier : du 08/11/2013 au 25/11/2013.

ATCD

PERSONNELS:

Médecins :

- Pancréatite : oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares : - Diabète
- Néphropathie
- HTA
- Dyslipidémie (obésité)

Autres : Cardiomyopathie (pacemaker installé)

Chirurgicaux: opéré pour l'installation du pacemaker.

- Toxique : oui non
- Tabagisme : 20 paquet-année
- Alcoolisme :
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médecins :
- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familial : oui non
- Type :

Chirurgicaux :

CLINIQUE :

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 4mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrie : persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique :
- ACE :
- CA19.9:

RADIOLOGIE

- Echographie: processus tumoral de la tête du pancréas.
- TDM: aspect TDM en faveur d'une tumeur de la tête du pancréas associée à des ganglions tumoraux du hile hépatique et un magma d'ADP rétro-pancréatique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: tumeur peu différenciée évoquant en premier un carcinome à petit cellule. Immunohistochimie était en faveur d'un carcinome neuroendocrinien à petite cellule.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: pose de prothèse biliaire.

- Chimiothérapie : oui non

SURVEILLANCE:

- Abstention thérapeutique : oui non
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 3 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35953
- Age : 77 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : ksar el kbir
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMEL.
- Séjour au service hospitalier : du 20/03/2014 au 11/04/2014.

ATCD

- Médecins :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)

Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type : - Sein oui non
- Col utérin oui non
- Endomètre oui non
- Ovaire oui non

FAMILIAUX :

- Médecins :**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type :

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE :**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois.
 - Début: aiguë progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastralgie : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres :

?7Kg/3mois

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé 77 77
- CA19.9: 77 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: dilatation des voies biliaires intra et extra hépatique + dilatation cholécystienne sur une obstruction tissulaire distale en faveur d'un processus tumoral de la tête pancréatique envahissant la lame rétro portale arrivant en contact avec l'artère mésentérique supérieure.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome du pancréas exocrine bien différencié de type canalaire.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: cholécystectomie antérograde + anastomose hépato-jéjunale + gastro-entéro anastomose anisopéristaltique.

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Chimiothérapie :

- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

Evolution après palliation non chirurgicale :

- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 6 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 35968
- Age : 64
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Laarayech.
- Profession : libérale.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : non mutualiste.
- Séjour au service hospitalier : du 13/02/2014 au 20/02/2014.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
- Tares : Diabète Néphropathie HTA Dyslipidémie (obésité)

- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 10 paquet-année.
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : oui non

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 9 mois. aiguë progressif
- Début: oui non
- Ictère: persistante résolutive
- Épigastralgie : oui non
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : oui non

1 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Mattité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: processus lésionnel du corps pancréatique hypodense hétérogène de contour régulier non rehaussé après injection, envahissant l'artère mésentérique supérieure et ses branches de division.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome moyennement différencié infiltrant du pancréas+ ADP du grand, et du pédicule hépatique épiploon réactionnelles.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : masse pancréatique associée à des ADP du pédicule hépatique et épiploïque.
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: oui non
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: oui non
- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non
- **SURVEILLANCE:** Simple : Complications :
- Evolution post-opératoire : oui non
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 5 mois. oui non

2 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 36768
- Age : 79
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Tétouan
- Profession : femme au foyer.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED.
- Séjour au service hospitalier : du 12/03/2015 au 10/04/2015.

ATCD

- PERSONNELS :**
- Médecins :**
- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : _____
- Duré d'évolution: _____
 - Traitement : _____
 - Tares : - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA depuis 10 ans sous traitement antihypertenseurs.
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres : _____

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique :**
- Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme :
 - Autres : _____

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: _____
- Type :- Sein oui non
- Col utérin
- Endomètre
- Ovaire

FAMILIAUX :

- Médecins :**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : _____

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE :**
- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 4mois. aigue non
 - Début: oui non
 - Ictère: résolutive persistante
 - Epigastralgie : oui non
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : _____

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HM/G/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique.
- ACE :
- CA19.9:

RADIOLOGIE

- Echographie: masse tumorale se projetant au niveau de la tête du pancréas avec dilatation modéré des voies biliaires.
- TDM: processus tumoral de la tête pancréatique envahissant le pédicule hépatique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie: _____
- Histologie: adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : tumeur pancréatique localement avancée + carcinose péritonéale.
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: dérivation cholédo-co-duodénale + gastro-jéjunale latéro-latérale + cholécystectomie.

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: traitement antalgique (morphine) en post-opératoire.

- Chimiothérapie : oui non

- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non

- Amélioration clinique : oui non

- Décès: oui non

- Durée de Survie : 3mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 36788
- Age : 65 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : ksar el kbir
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMEL
- Séjour au service hospitalier : du 17/04/2015 au 04/05/2015.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médecins :**
- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète Néphropathie HTA Dyslipidémie (obésité)

Autres :

- Chirurgicaux: opérée pour cataracte de l'œil droite.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme :
- Autres :

Gynécologique :

- Cancer gynécologique: oui non
- Type : - Sein oui non
- Col utérin oui non
- Endomètre oui non
- Ovaire oui non

FAMILIAUX :

Médecins:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type :
- Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3mois
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrie : persistante résolutive
- Anjaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

1 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : non demandé. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
 - TDM: processus tumoral de la tête du pancréas 52mm hétérogène de contour irrégulier infiltrant la lame rétro-péritonéale et la graisse péri pancréatique + aspect d'une carcinose péritonéale
 - Echo-endoscopie: non faite.
 - IRM : non faite.
 - PET scan: non faite.
- ### ANATOMOPATHOLOGIE
- Macroscopie:
 - Histologie: adénocarcinome de type canalaire bien différencié du pancréas + cellules cancéreuse dans le liquide d'épanchement péritonéale.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
- Type: dérivation cholédo-oduodénale avec anastomose gastro-jéjunale +cholécystectomie.
- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non
 - Abstenion thérapeutique : oui non
- ### SURVEILLANCE:
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :

Evolution après palliation non chirurgicale :

- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 2 mois

2 / 2

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 36836
- Age : 75 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Araboua
- Profession : indigent.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED.
- Séjour au service hospitalier : du 09/04/2015 au 20/04/2015.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médecins :**
- Pancréatite : oui non
- Si oui : - Type : - Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares :**
- Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres :**

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique :**
- Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme :
 - Autres :

FAMILIAUX :

- Médecins :**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :**

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE :**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 1 mois (diarrhée)
 - Début: aigu progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastrie: persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : trouble de transit.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : non demandé. 777 777
- ACE : non demandé. 77 77
- CA19.9: non demandé. 77 77

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: lésion de la tête du pancréas hypodense de contour irrégulier de 50-39mm de taille associée à 3 lésions hépatique punctiforme non caractérisable + les voies biliaires principale et intra-hépatiques sont dilatées.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique d'un adénocarcinome du pancréas exocrine de type canalaire bien différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : tumeur de la tête du pancréas évolutive envahissant le méso cõlon et le cõlon ascendant avec un foie secondaire. oui non
- Palliation chirurgicale : oui non
- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: traitement antalgique à base de morphine.

- Chimiothérapie : oui non
 - Abstinence thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple Complications :
 - Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 2 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 36943
- Age : 53
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Rabat
- Profession : femme en foyer
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMEL
- Séjour au service hospitalier : du 21/05/2015 au 28/05/2015.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
- Tares :**
- Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
 - Autres : RAA + cardite à l'âge de 16ans traité.
- Chirurgicaux:** RAS
- Toxique :**
- Tabagisme :
 - Alcoolisme :
 - Autres : RAS
- Gynécologique :**
- Cancer gynécologique:
 - Type :- Sein
 - Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Gas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : oui non
- Chirurgicaux :** RAS
- CLINIQUE:**
- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale : 4 mois. aiguë non
 - Début: aiguë non
 - Ictère: oui non
 - Épigastrique : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HM/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cytolysé hépatique 777 777
- ACE : n'est pas demandé. 777 777
- CA19.9: n'est pas demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite
- TDM: foie hétérogène, multi nodulaire de lésions vraisemblablement en rapport avec une volumineuse lésion pancréatique corporelle entourée d'ADP locorégionales.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique d'adénocarcinome pancréatique ductal moyennement différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type:

- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 5mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 36990
- Age : 70 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Zhiliga.
- Profession : Agriculteur.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED.
- Séjour au service hospitalier : du 11/06/2015 au 29/06/2015.

ATCD

- PERSONNELS:**
- Médicaux:**
- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Tares : Diabète Néphropathie HTA Dyslipidémie (obésité)
 - Autres :

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique :**
- Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme : oui non
 - Autres : oui non

FAMILIAUX :

- Médicaux:**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familial: oui non
 - Type :

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE:**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois.
 - Début: aiguë progressif
 - Ictere: oui non
 - Épigastrie: persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres :

77Kg/2mois

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Malité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: dilatation des voies biliaires intra hépatique et la voie biliaire principale + sludge de dans la VB.
- TDM: importante dilatation des voies biliaires intra et extra hépatique et du Wirsung en amont d'un processus tumoral de la tête du pancréas mesurant 30-35mm.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome bien différencié du pancréas exocrine de type canalaire.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : masse pancréatique fixée au méso-côlon transverse + ADP inter aortico-cave sans métastase hépatique ni carcinose péritonéale.

Palliation chirurgicale :

- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie antérograde + anastomose cholédo-
duodénale latéro-latérale + anastomose gastro-jéjunale
isopéristaltique fixé au mésocolon.

Palliation non chirurgicale :

- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type:

Chimiothérapie :

- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications : Infection de la paroi.
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 3 mois.

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37050.
- Age : 59ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Nador.
- Profession : agriculteur.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : CNSS.
- Séjour au service hospitalier : du 22/07/2015 au 06/08/2015.

ATCD

- Pancréatite: oui non

PERSONNELS:

Médecins:

- Si oui :
 - Type : pancréatite chronique.
 - Duré d'évolution: 3ans.

Tares :

- Diabète 3ans avant le diagnostic sous ADO puis insuline.
- Néphropathie
- HTA
- Dyslipidémie (obésité)

Autres :

Chirurgicaux: RAS

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 10 paquet-année
- Autres :

FAMILIAUX :

Médecins:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non

Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1^{er} symptôme et la consultation médicale: 2mois.
- Début: aiguë progressif
- Ictère: oui non
- Épigastrique: persistante résolutive
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres : selle luisante.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase + cytolysse hépatique.
- ACE : non demandé
- CA19.9: non demandé

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: dilatation des VBH, et des canaux biliaires droit et gauche en amont d'une infiltration hypodense du hile hépatique, étendu au pancréas (50mm), deux localisation hépatique (du lobes III et IV) secondaire probablement a une néoplasie pancréatique.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : pancréatite chronique calcifiante + lésion corporelle de 46mm, hyperdense + VB, VBH et VBEH dilatées.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect microscopique d'une pancréatite chronique non spécifique + ADK pancréatique moyennement différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat :
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: anastomose hépato-jéjunale gauche.
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Type: Traitement antalgique, post opératoire à base de tramadol.
- Chimiothérapie : oui non
- Abstenion thérapeutique : oui non
- **SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 6mois.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 7777
- ACE : non demandé. 777 7777
- CA19.9: non demandé. 777 7777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: tumeur pancréatique corporeo-caudale (canaulaire) infiltrante + aspect d'une probable carcinose péritonéal de faible abondance.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANAPATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique compatible avec un adénocarcinome ductal du pancréas bien différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: oui non

Type: prothèse métallique à l'aide de l'IED. oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 7 mois. oui non

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37118
- Age : 58 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Kenitra.
- Profession : libérale.
- Assurance santé : xxxxxxxxxxxx
- Séjour au service hospitalier : du 03/08/2015 au 19/08/2015.

ATCD

PERSONNELS:

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : oui non
- Duré d'évolution:
- Traitement :
- Tares : depuis 4 ans sous ADO
- Diabète
- Néphropathie
- HTA
- Dyslipidémie (obésité)
- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 16 paquet-année
- Autres :

FAMILIAUX:

Médicaux:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 5 mois. aigue progressif
- Début: aigue non
- Ictère: oui résolutive
- Épigastrologie : persistante non
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural : oui non
- Autres :

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37174
- Age : 50 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Rabat.
- Profession : femme au foyer.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED.
- Séjour au service hospitalier : du 31/08/2015 au 22/09/2015.

ATCD

- Médecins :**
- Pancréatite: oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
 - Tares : - Diabète (3 mois de son hospitalisation) sous insuline.
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
 - Autres :

Chirurgicaux :

- Toxique :**
- Tabagisme : oui non
 - Alcoolisme : oui non
 - Autres :
- Gynécologique :**
- Cancer gynécologique: oui non
 - Type :- Sein oui non
 - Col utérin
 - Endomètre
 - Ovaire

FAMILIAUX :

- Médecins :**
- Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
 - Type : oui non

Chirurgicaux :

- CLINIQUE :**
- Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois
 - Début: aigue progressif
 - Ictère: oui non
 - Fpigastralgie : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : méléna intermittente..

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : non demandé. 777 777
- ACE : demandé. 777 777
- CA19.9: 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: non faite.
- TDM: masse tumorale hétérogène de 40mm de diamètre intéressant la région céphalo-pancréatique étendu à l'artère hépatique commune, une dilatation importante du cholédoque et de la VB.
- Echo-endoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: adénocarcinome canalaire moyennement différencié du pancréas.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
 - Palliation chirurgicale : oui non
 - Palliation non chirurgicale : oui non
 - Chimiothérapie : oui non
 - Abstinence thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:**
- Evolution post-opératoire : Simple Complications :
 - Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 10 mois.
- Type: cholécystectomie + anastomose cholédo-co-duodénale latéro-latérale et anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale.
- Type: oui non

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37293
- Age : 59
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Rommani
- Profession : Forgeron
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED
- Séjour au service hospitalier : du 05/09/2015 au 15/09/2015.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite:
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution:
 - Traitement :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA
 - Dyslipidémie (obésité)
 - sous ADO 2ans avant
 - sous traitement médiale depuis 2ans

- Autres :

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 20 paquet-année
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux:
 - Cas identique dans la famille : oui non
 - Cancer familiale: oui non
- Type :

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 3mois.
 - Début: aigue progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastralgie : résolutive persistante
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : épisodes d'hypoglycémie.

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique. 777 777
- ACE : non demandé. 777 777
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: Aspect en faveur d'hydrocholecyste + dilatation VBH, en amont d'un processus tissulaire de la tête du pancréas.
- TDM: importante dilatation des VBH +tumeur la tête pancréatique de 45mm de diamètre antéro-postérieure hypodense mal rehaussé + ADP rétro pancréatique et intra aortico-cave, foie d'aspect normal.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Non faite.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non

Type:

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: traitement antalgique à base de morphine.

- Chimiothérapie : oui non

- Abstinence thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Patient décédé à j 9 de son hospitalisation.
- Durée de Survie :

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37468
- Age : 76 ans.
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Souk larbaa
- Profession : retraité.
- Numéro de téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : CNOPS
- Séjour au service hospitalier : du 28/12/2015 au 26/01/2016.

ATCD

PERSONNELS:

- Médicaux :
 - Pancréatite : oui non
 - Si oui : - Type : oui non
 - Duré d'évolution: oui non
 - Traitement : oui non
- Tares :
 - Diabète
 - Néphropathie
 - HTA sous antihypertenseurs.
 - Dyslipidémie (obésité)
- Autres : Asthme sous traitement médicale.

Chirurgicaux: RAS.

- Toxique : oui non
- Tabagisme : 20 paquet-année
- Alcoolisme :
- Autres :

FAMILIAUX :

- Médicaux :
 - Cas identique dans la famille : non non
 - Cancer familiale: oui non
- Type : oui non

Chirurgicaux : RAS.

- CLINIQUE:
 - Délai entre le début de la symptomatologie et la consultation médicale : 3 mois.
 - Début: aigu progressif
 - Ictère: oui non
 - Épigastralgie : persistante résolutive
 - Amaigrissement : oui non
 - Diabète inaugural : oui non
 - Autres : oui non

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales : oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité déclive : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cholestase hépatique 777 777
- ACE : non demandé. 77 77
- CA19.9: non demandé. 777 777

RADIOLOGIE

- Echographie: formation kystique du corps pancréatique mesurant 40mm de diamètre.
- TDM: processus lésionnel d'allure néoplasique de la tête du pancréas de 38mm englobant l'artère mésentérique supérieure, associé à un kyste rétentif de la queue pancréatique de 72mm + des ADP locorégionales + dilatation diffuse des voies biliaires.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie:
- Histologie: aspect histologique compatible avec un adénocarcinome canalaire du pancréas bien différencié.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Palliation chirurgicale : oui non
- Type: cholécystectomie + anastomose cholédo-co-duodénale et gastro-jéjunale. oui non
- Palliation non chirurgicale : oui non
- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non
- SURVEILLANCE:
 - Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
 - Evolution après palliation non chirurgicale : non non
 - Amélioration clinique : oui non
 - Décès: oui non
 - Durée de Survie : 6 mois. oui non

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- Numéro du dossier médical : 37512
- Age : 48
- Sexe : ♂ ♀
- Origine : Kenitra
- Profession : Agriculteur.
- Numéro du téléphone : xxxxxxxxxxxx
- Assurance santé : RAMED
- Séjour au service hospitalier : du 14/01/2016 au 29/01/2016.

ATCD

PERSONNELS:

Médicaux :

- Pancréatite: oui non
- Si oui : - Type : _____
- Duré d'évolution: _____
- Traitement : _____
- Tares : Diabète Néphropathie HTA Dyslipidémie (obésité)
- Autres : _____

Chirurgicaux: RAS.

Toxique :

- Tabagisme : oui non
- Alcoolisme : 15 paquet-année
- Autres : _____

FAMILIAUX :

Médicaux:

- Cas identique dans la famille : oui non
- Cancer familiale: oui non
- Type : _____

Chirurgicaux : RAS.

CLINIQUE:

- Délai entre le 1er symptôme et la consultation médicale: 6mois. aigue progressif
- Début: oui non
- Ictère: oui résolutive
- Epigastralgie : persistante non
- Amaigrissement : oui non
- Diabète inaugural: oui non
- Autres : _____

FICHE D'EXPLOITATION

Signes physiques:

- Masses abdominales: oui non
- HMG/SMG : oui non
- ADP : oui non
- Matité décline : oui non
- TR: - masse rectale: oui non
- nodules de carcinose: oui non

BIOLOGIE:

- Bilan hépatique : cytolysé hépatique
- ACE : non demandé.
- CA19.9: non demandé.

RADIOLOGIE

- Echographie: masse au niveau de la tête du pancréas + ADP du hile hépatique et mésentérique + épanchement péritonéal de faible abondance.
- TDM: masse tissulaire de la tête du pancréas de 45mm de diamètre + lésions calcifiées du foie.
- Echoendoscopie: non faite.
- IRM : non faite.
- PET scan: non faite.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Macroscopie: _____
- Histologie: localisation péritonéale d'un adénocarcinome bien différencié dont l'origine reste à confirmer par l'étude immunohistochimique.

TRAITEMENT:

- Chirurgie exploratrice seule : oui non
- Résultat : tumeur pancréatique envahissant le pédicule hépatique + une carcinose péritonéale.
- Palliation chirurgicale : oui non

Type: _____

- Palliation non chirurgicale : oui non

Type: _____

- Chimiothérapie : oui non
- Abstention thérapeutique : oui non

SURVEILLANCE:

- Evolution post-opératoire : Simple : Complications :
- Evolution après palliation non chirurgicale : oui non
- Amélioration clinique : oui non
- Décès: oui non
- Durée de Survie : 5mois.



**SERMENT
D'HIPPOCRATE**

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale :

- **Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.**
- **Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- **Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.**
- **Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- **Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**
- **Les médecins seront mes frères.**
- **Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.**
- **Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- **Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - وأن أحترم أساتذتي وأعتزف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفى الأول.
 - وأن لأفشى الأسرار المعصودة إلي.
 - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - وأن لأستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لأقيت من تهديد.
 - بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد

سرطان البنكرياس في المراحل المتقدمة

تجربة مصحة الجراحة "بج" من خلال 34 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد: أسامة صحاب

المزاد في: 19 يوليوز 1990 بخريكة

لذيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: سرطان - البنكرياس - المتقدم - التشخيص - العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيد: بوزيان شاد
مشرف	أستاذ في الجراحة العامة
أعضاء	السيد: جليل مدغري
	أستاذ في الجراحة العامة
	السيد: رحال مسروري
	أستاذ في الجراحة العامة
	السيد: عبد المنعم آيت علي
	أستاذ في الجراحة العامة
	السيد: أحمد جهيد
	أستاذ في علم التشريح الدقيق