

Pancréas resecable d'emblé

PF 81aa

ACTH familiale

Père † pour K pulmonaire

1 sœur adenoca colorectal + meta metacrone hépatique droit

ACTH perso

HTA

Goute sur traitement médical

Histoire de la maladie

Hospitalisation en urgence pour ictère, selles décolorées, urines foncées et amaigrissement de 10 Kg Bil 300 µmol

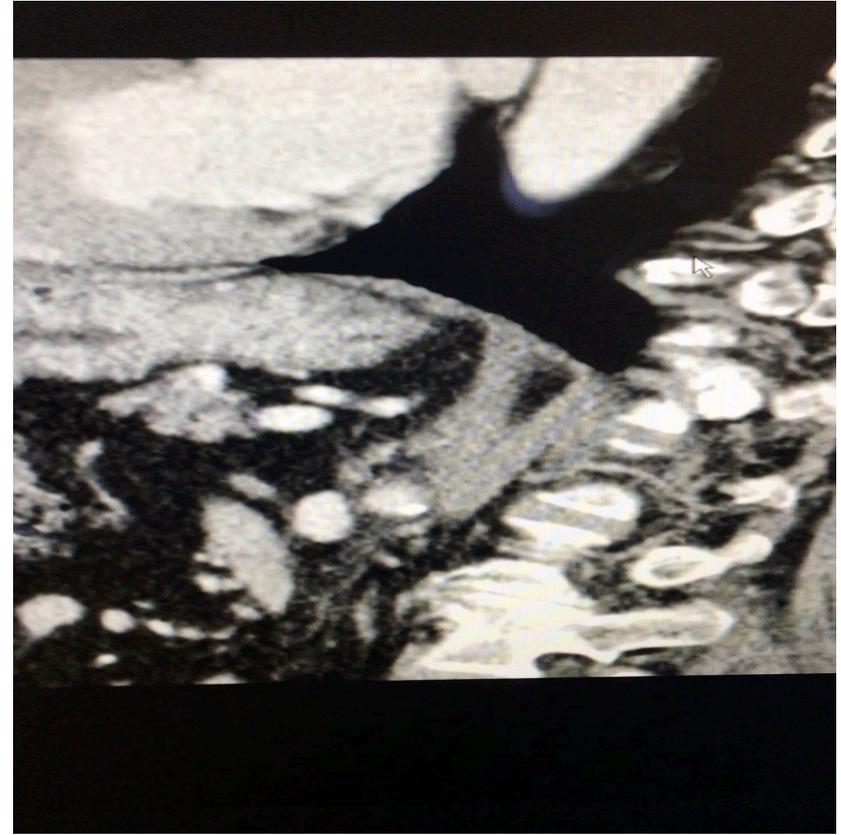
Scanner thoraco-abdomino-pelvien

IRM hépatique

Écho endoscopie

CPRE+ brosse et biopsie

Scanner abdomino-pelvien



IRM Hépatique



CPRE - Écho endoscopie

INDICATION : tumeur pancréatique céphalique ictérique, non métastatique au scanner. Bilirubine totale 300 µmol/l. Bilan et ponction à visée histologique.

EXAMEN : Anesthésiste : [REDACTÉ] Patient intubé et ventilé, décubitus dorsal. Appareil échoendoscope Olympus **EF-UCT 180**.

Positionnement dans le deuxième duodénum où l'espace inter-aortico-cave est libre. L'axe veineux mésentérico-porte est perméable. On repère facilement au niveau de la tête du pancréas un syndrome de masse relativement rond, hypoéchogène, absorbant les ultrasons, mesurant 15,6 x 14,8 mm. Il est situé à distance du tronc porte et des vaisseaux mésentériques. La voie biliaire principale vient buter dessus et est mesurée à 7,6 mm en amont. Elle contient du sludge. Le Wirsung céphalique vient buter sur la lésion et mesure 7,8 mm en amont. Il est à noter qu'il existe un tout petit segment de voie biliaire principale fine et de Wirsung fin en aval de la lésion en supra-ampullaire. Le reste de la tête pancréatique est homogène sans lésion suspecte. Il n'y a pas d'adénopathie péri-duodénale.

Par voie trans-gastrique, le foie gauche est homogène, avec une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. Il n'y a pas d'ascite ni d'adénopathie péri-gastrique ou péri-pancréatique. La racine du tronc coélique et de l'AMS sont libres. Les vaisseaux spléniques sont perméables. Le parenchyme pancréatique isthmo-corporéo-caudal est homogène, sans lésion suspecte. Le Wirsung y est modérément dilaté, mesuré à 4,8 mm dans le corps et 3,9 mm dans la queue.

Dans un second temps, ponction trans-bulbaire de la lésion pancréatique céphalique à l'aide d'une aiguille Boston Acquire 22 Gauge, trois passages.

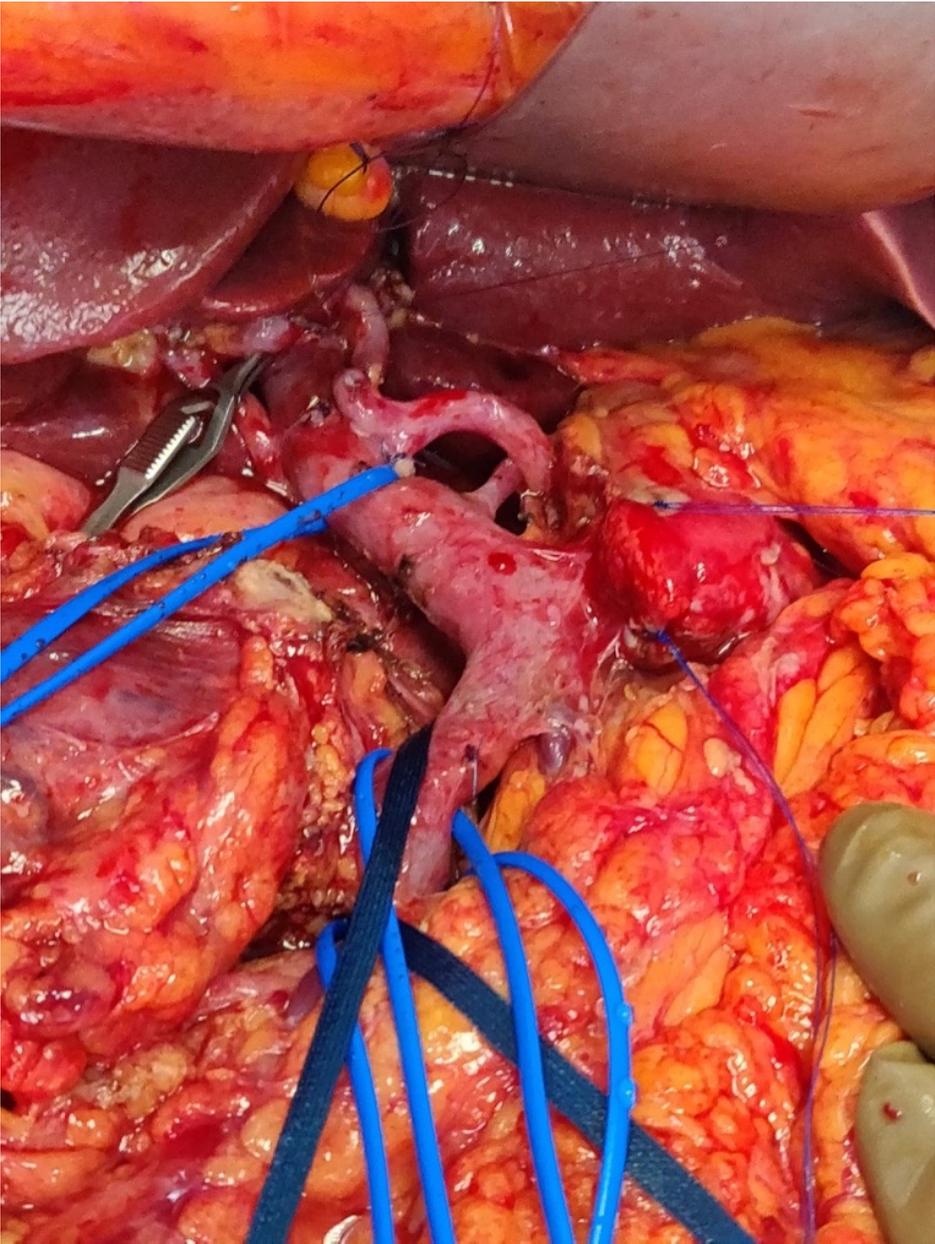
CONCLUSION :
Tumeur pancréatique céphalique ictérique mesurant 15 mm de grand axe, à distance des vaisseaux mésentériques et du tronc porte. Ponction trans-bulbaire.

INDICATION : adénocarcinome pancréatique céphalique ictérique. Nouvelle tentative de drainage biliaire endoscopique après un infundibulotomie il y a 72 h.

EXAMEN : anesthésiste [REDACTÉ] patient intubé et ventilé en décubitus dorsale. Insufflateur à CO2. Antibio prophylaxie par Céfazoline 2 g. Prévention de la pancréatite aiguë post-CPRE par INDOCID suppo 100 mg. Appareil vidéo-duodéno-scopie Olympus TJF 180.

Positionnement dans le deuxième duodénum en petite courbure. On visualise la papille précédemment coupée. L'orifice biliaire n'apparaît pas en première intention. Après réalisation d'un faux trajet, on obtient un cathétérisme biliaire à l'aide d'un sphinctérotome Boston sur fil-guide court 0.035. L'opacification confirme la présence d'une sténose courte très serrée à la partie moyenne de la voie biliaire principale, avec une voie biliaire principale basse fine. La convergence cystico-cholédocienne arrive immédiatement au-dessus de la sténose qui ne permet pas le passage du sphinctérotome. Dans ces conditions, on complète la sphinctérotomie biliaire et on réalise une dilatation de la voie biliaire principale à l'aide d'un ballon Hurricane 4 mm x 4 cm. Après dilatation, évacuation d'une bile foncée non purulente en grande quantité. Mise en place dans second temps d'une prothèse biliaire plastique Boston Advanix 7 cm x 10 Fr, qui passe sans difficulté. Bon écoulement de bile en fin d'examen.

AU TOTAL :
[REDACTÉ], dilatation de la sténose biliaire et mise en place d'une endoprothèse biliaire plastique 10 Fr x 7 cm. Pas de complication immédiate.



Anatomie Pathologique

Adenocarcinoma moyennement différencié

Recoupe pancréatique: indemne d'infiltration

Diamètre: 1.6 cm

Présence engainement périnerveaux

Absence embole vasculaire

Limites gastrique, pancréatique ,cholédocienne,duodenale

Lame rétroportale avec marge superieure a 5 mm

Ganglions 17/0

pT1c N0 V0 Pn1 M0 R0

Pancréas Borderline

PF 72 aa

ACTH familiale

RS

ACTH perso

2008 colectomie droit pour adenoca bien différencie (T1N0M0)

Histoire de la maladie

Hospitalisation en urgence pour ictère, amaigrissement de 12 Kg

Bil 260 μmol – ACE 4.8- CEA 19.9 6370

Scanner thoraco-abdomino-pelvien

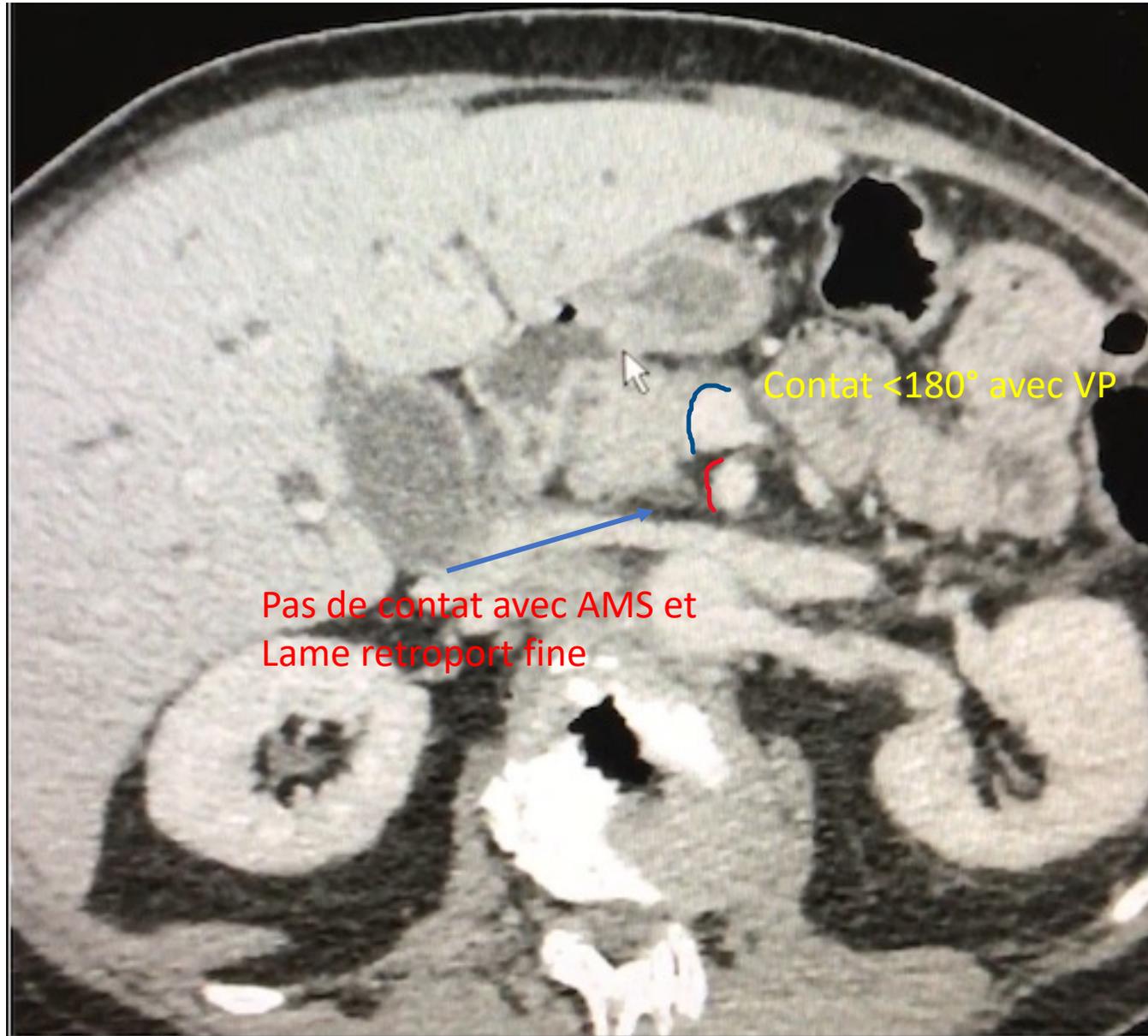
IRM hépatique

Écho endoscopie

CPRE+ brossage et biopsie

Scanner phase Portal!!!! et IRM





Contat $<180^\circ$ avec VP

Pas de contat avec AMS et
Lamme retroport fine



Echoendo- CPRE

INDICATION Ictère sur obstacle pancréatique ayant fait l'objet d'une première ponction le 14 novembre et d'un drainage par endoprothèse plastique. Le prélèvement révèle la présence de petits lambeaux d'épithélium atypique suspect de malignité
Devant l'incertitude relative, deuxième prélèvement.

EXAMEN : anesthésiste [REDACTED] - salle endo 4 - appareil EUME2 1^{er} -
Endoscope GF UCT 180

Positionnement dans le duodénum. On repère la prothèse plastique posée en place.
On repère le syndrome de masse hypoéchogène mal limité, mesuré 31 mm, n'absorbant par les ultrasons.

Décision de ponction. Aiguille Acquire 2 G. Trois prélèvements successifs seront réalisés dans des zones différentes de la lésion. Recueil de matériel par retrait progressif du stylet et dépression à moins 20. Matériel étalé sur lame, placé en milieu liquide. Pas de complication immédiate au décours du geste.

AU TOTAL : Ponction sous écho-endoscopie par voie transduodénale d'un syndrome de masse de la tête du pancréas.

CPRE:

Sphinctérotomie + **prothèse plastique!!!!**

1° biopsie Nov : cellules atypiques

2° biopsie Dec: adénocarcinome de type canalaire

Staff Rescod

Adenoca de la tête du pancréas avec :

Contact avec la veine Porte $<180^\circ$

Contact avec l' artère Hépatique $<180^\circ$

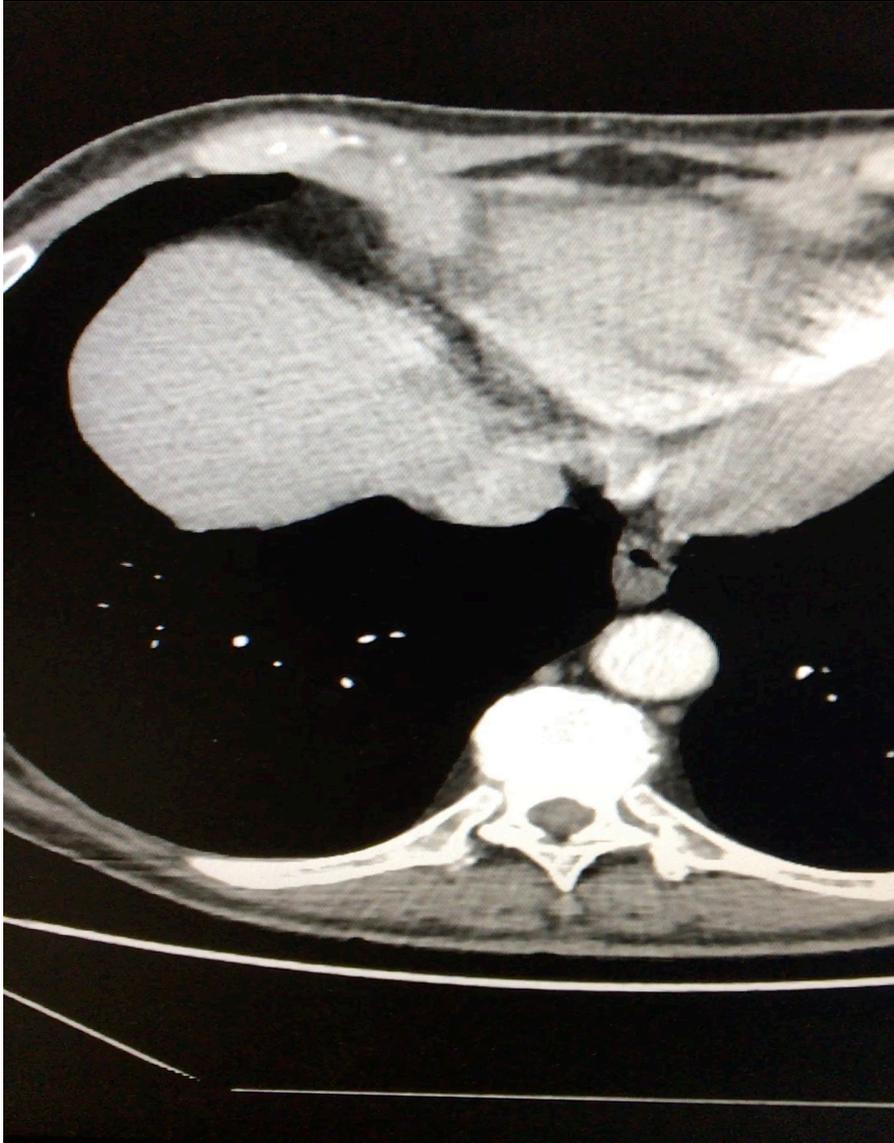
Contact avec RAHR

Lésion Borderline

Neoadjuvant Chimiothérapie : Protocol Panda

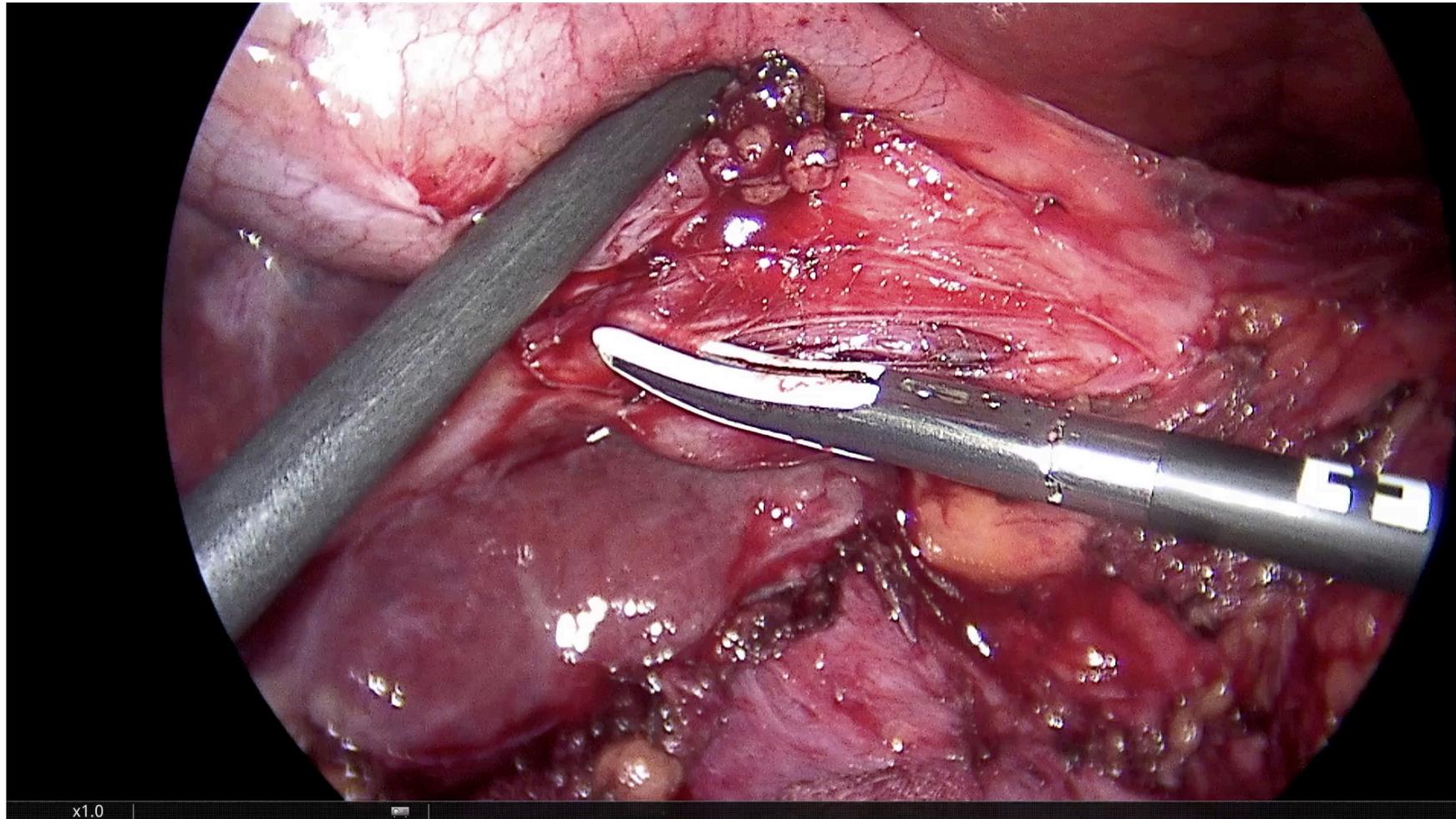
Folfirinox 6 cures

Scanner de réévaluation après 6 cures





Films



Anatomie Pathologique

- **Localisation tumorale:** tête du pancréas
- **Longueur du pancréas réséqué:** 5.5cm
- **Taille tumorale:** longueur:2.1; largeur 1cm; Epaisseur 0.9 cm
- **Marges longitudinale:** distale 15mm
- **Marges circonferentielles:** lame retroporte encrée: 9mm
- **Aspect de tumor:** solide
- **Type microscopique:** canalaire infiltrant
- **Association:** PanN 1 et 2 envahissement carcinomateux focal
- **Extension:** engainements périnerveux; absence embole vasculaire et lymphatique
- **Ganglions prélevés:** 23 envahis: 4 4/23

T2N2LOVOPN1

Mais!!!!

Zone fibrose blanchâtre 3X2X1.3 cm sans tumeur nettement identifiable

Microscopique:

Fibrose inflammatoire > 80%

Quelques structures glanduiformes tumorals de taille variable

Pancréas localement avancé

- MW 60 aa taille 1.75 Poids 80Kg

- ***ACTH familiale***

- rien

- ***ACTH perso***

rien

Histoire de la maladie début le 09/10/2017

Ictère avec prurit invalidant , Bil 259 μmol , CA 19.9 1715UL/mL

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien

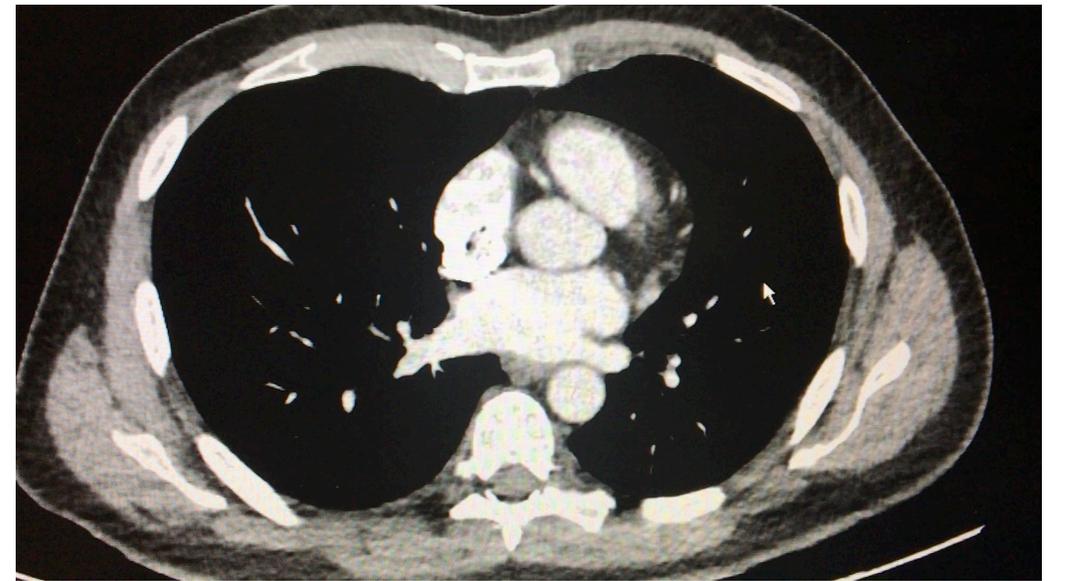
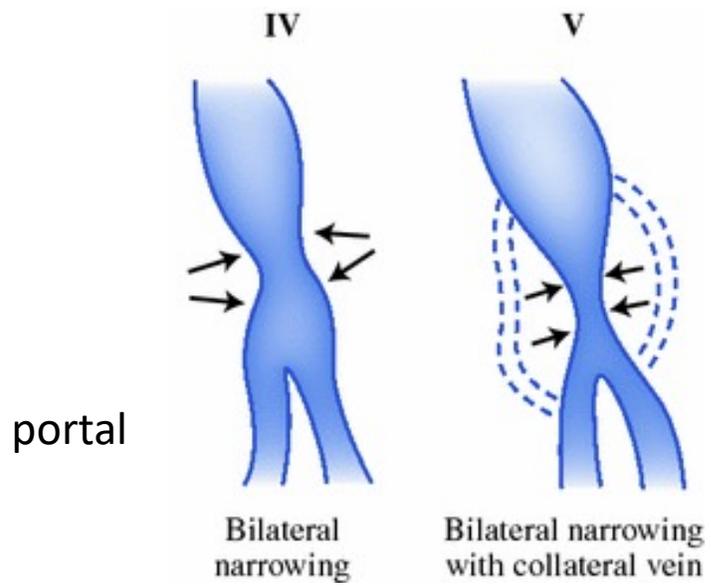
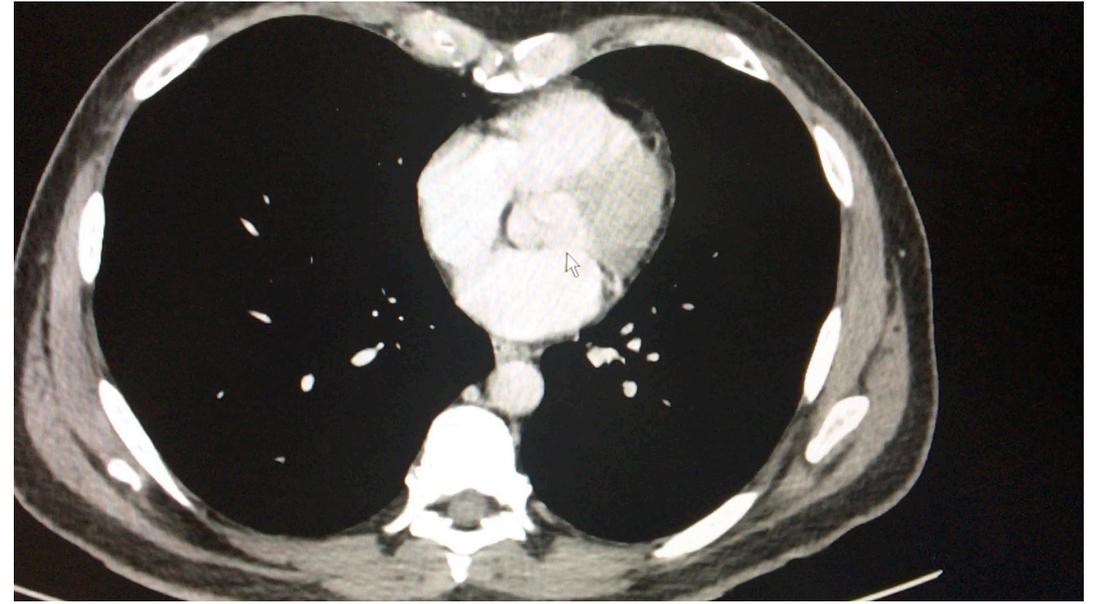
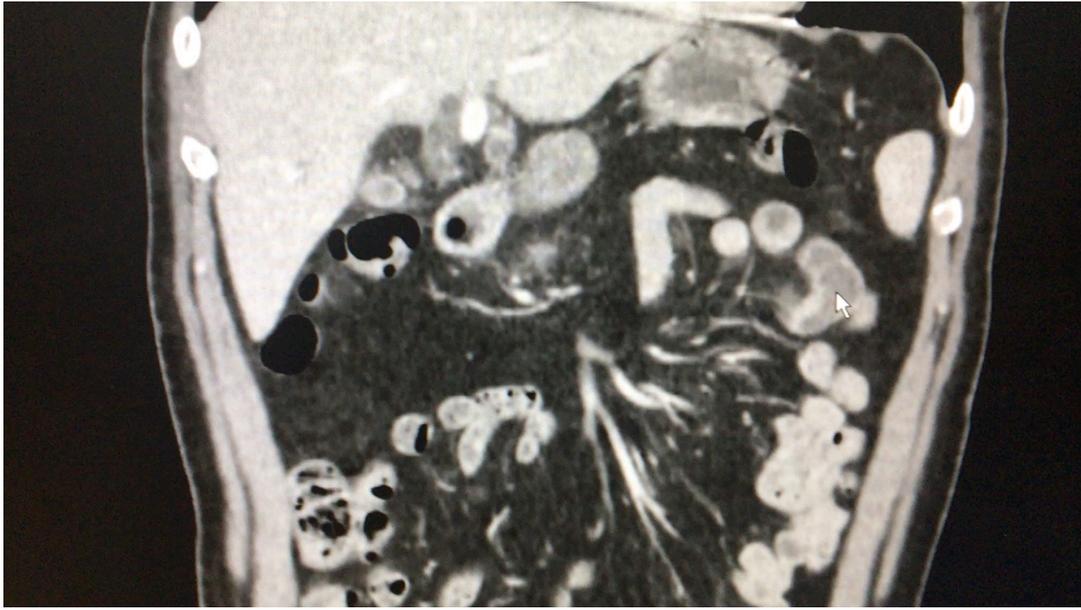
- IRM hépatique

- Écho endoscopie + biopsie

- CPRE



biopsie adenoca canalaire
Mise en place d'une prothèse métallique ?



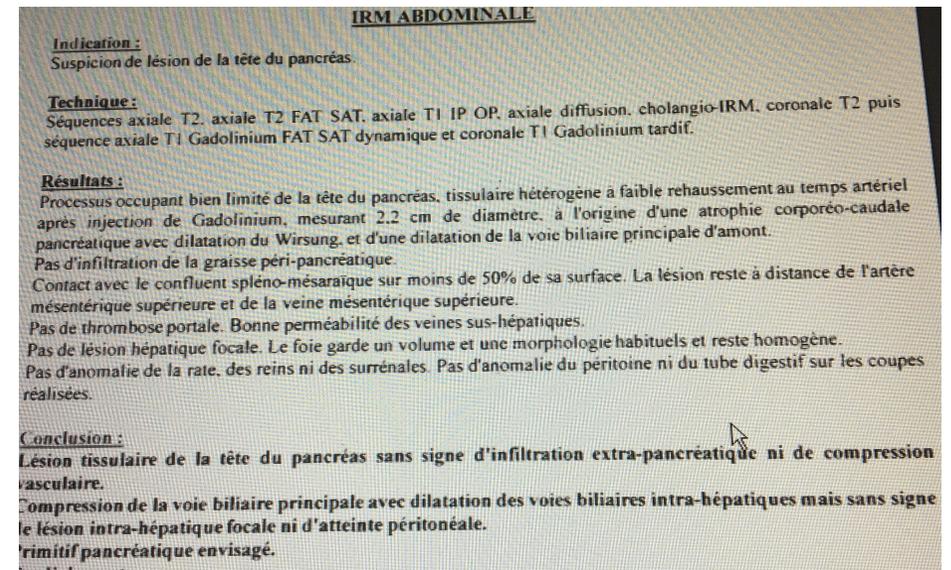
artérielle

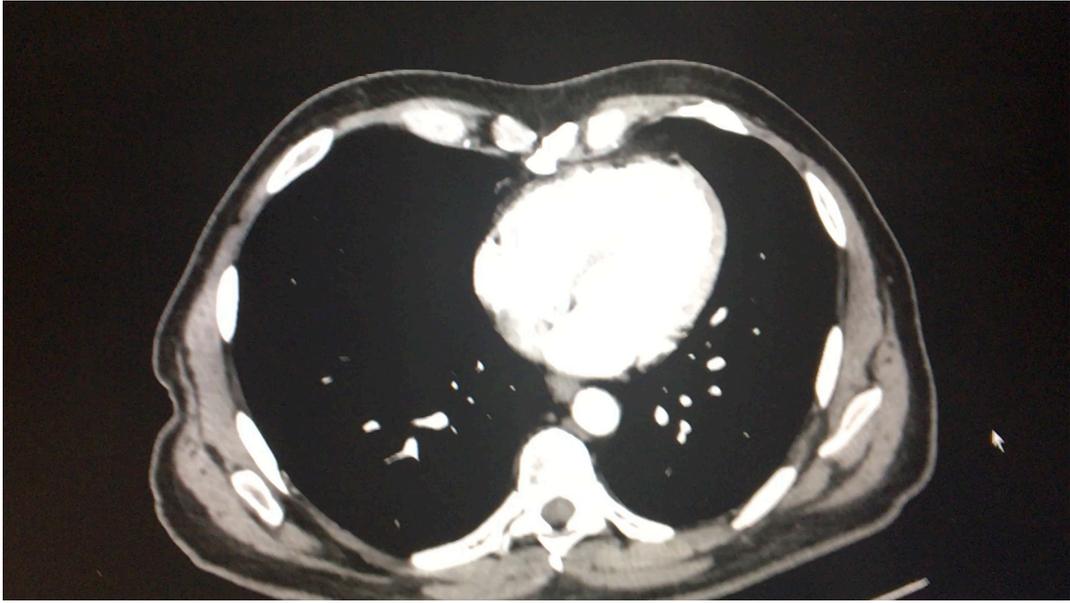
Rescod

Porposition

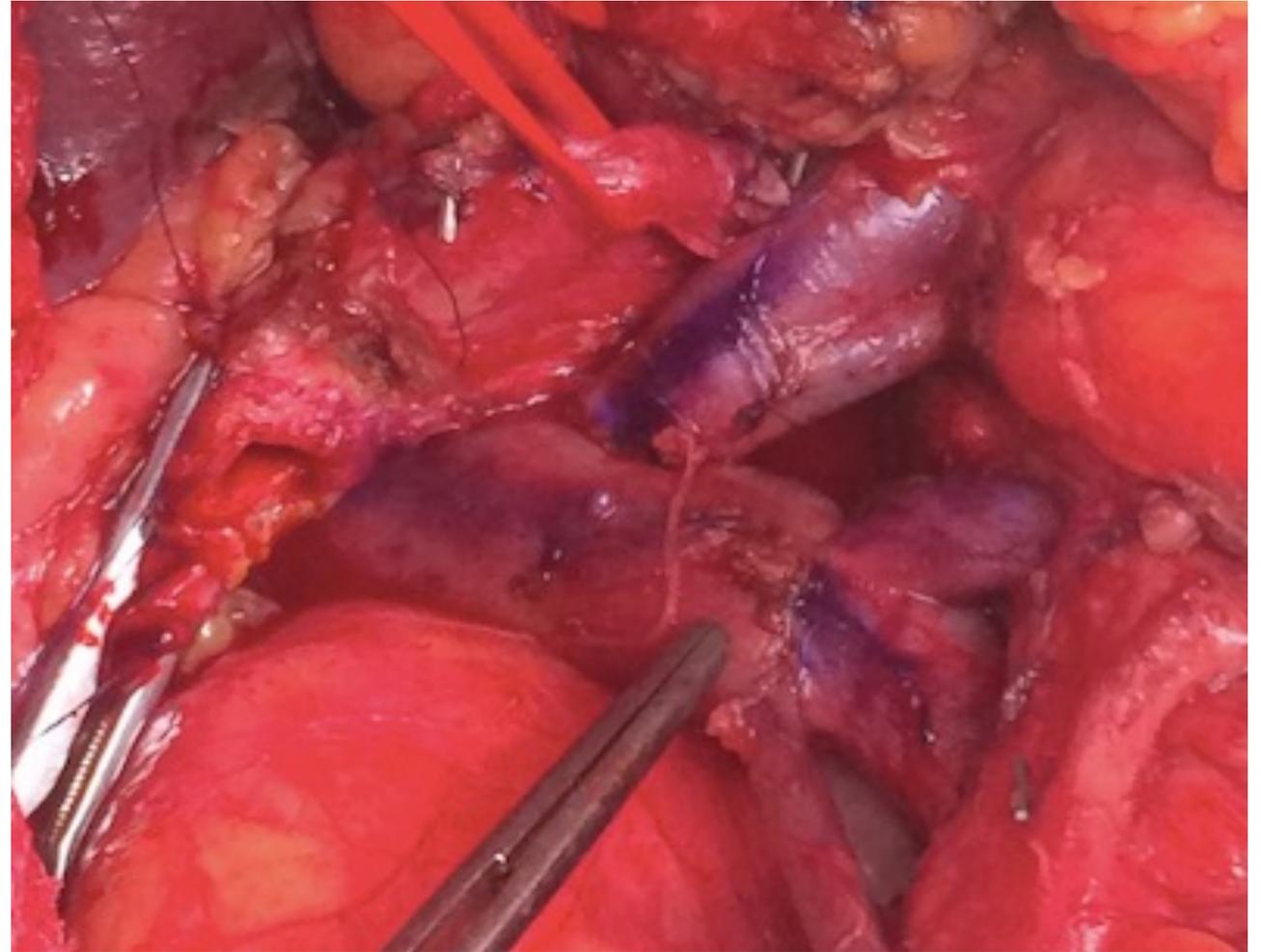
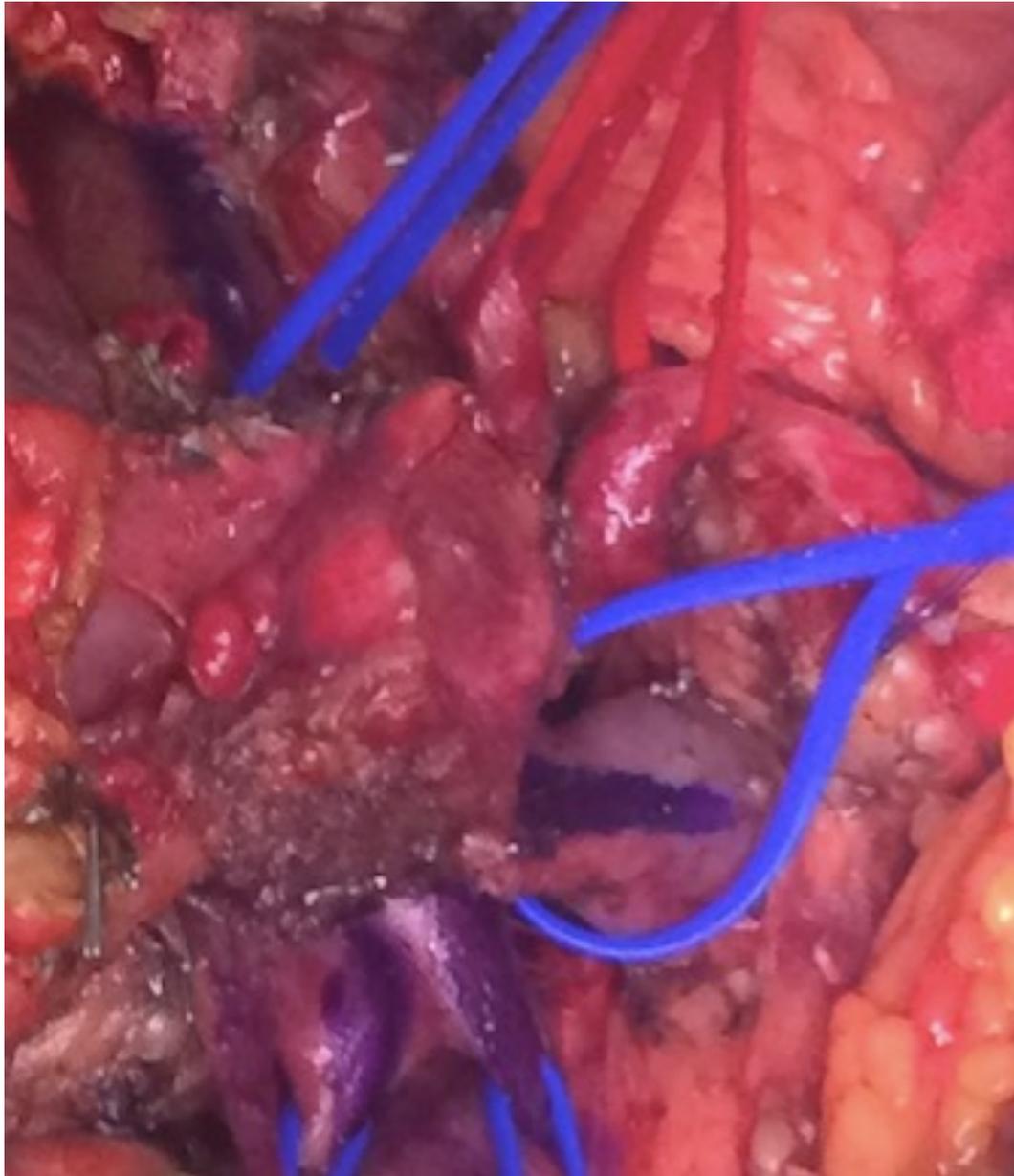
Chimiothérapie néo-adjuvante par FOLFIRINOX dans le cadre de l'étude PANDA (scanner submillimétrique à demander pour relecture a Nancy)

Au moins pendant 3 mois.





Bloc opératoire : 23/02/2019



Anatomie Pathologique

- Adenocarcinome moyennement différencié 2.7cm de grande axe
- Infiltration de la graisse péri-pancréatique du segment vasculaire
- Absence d'embolie vasculaire
- N+ 1/23
- Limite rétro portale : >0<1mm R1
- Tissue interaorto-cave: absence de infiltration tumorale

T2 N1 V0 PN1 R1

- Fibrose inflammatoire <50%