

TNE digestives localisées, prise en charge, complications des traitements

Dr Tristan Wagner

Chirurgie Endocrinienne, Centre Magellan, CHU de Bordeaux

Plan

- Prise en charge / Quelques principes
- TNE gastrique
- TNE colo-rectale
- TNE appendiculaire
- TNE grêlique
- TNE pancréatique
 - Chirurgies
 - Complications

Prise en charge

- Diagnostic positif
- Bilan exhaustif → forme localisée
- Fonctionnelle ?
- Hérité ?
- Cinétique ?
- Traitement
 - Endoscopique
 - Chirurgical
 - « Hybride »
- Ou Surveillance ?

Quelques principes ...

- Le diagnostic s'accompagne souvent du traitement
 - TNE tube digestif (\neq TNEP)
 - Petite taille
- Tumeur « malignes » mais lentes ...
 - Chirurgie économique +++
 - Longue survie potentielle
 - Surveillance à très long terme
- Morbidité minime

TNE gastrique

- = adénocarcinome ssi sporadique
- Gastrite atrophique / SZE-NEM1
 - ≤ 1 cm, G1 et multiples: ECLome:
pas de traitement
 - > 1 cm, G1, N0 sans invasion sous muqueuse:
traitement endoscopique
 - > 1 cm, invasion muqueuse ou G2 ou N1:
traitement chirurgical et endoscopique

TNE colo-rectale

Colique

= adénocarcinome

Rectale

- TNE G1, $\leq 1\text{cm}$, R0
- Pas de mucosectomie standard
- TEM
- Résection standard

TNE appendiculaire (1)

- Découverte radiologique: rare, forme évoluée
- Découverte sur pièce anatomopathologique:
 - Asymptomatique: 70% pointe
 - Si bien \neq ée, R0 et ≤ 1 cm: patient guéri
 - Si bien \neq ée, R0, > 1 cm mais < 2 cm: Surveillance
 - Si infiltration méso-appendiculaire / angioinvasion et ≥ 2 cm: bilan complet + surveillance

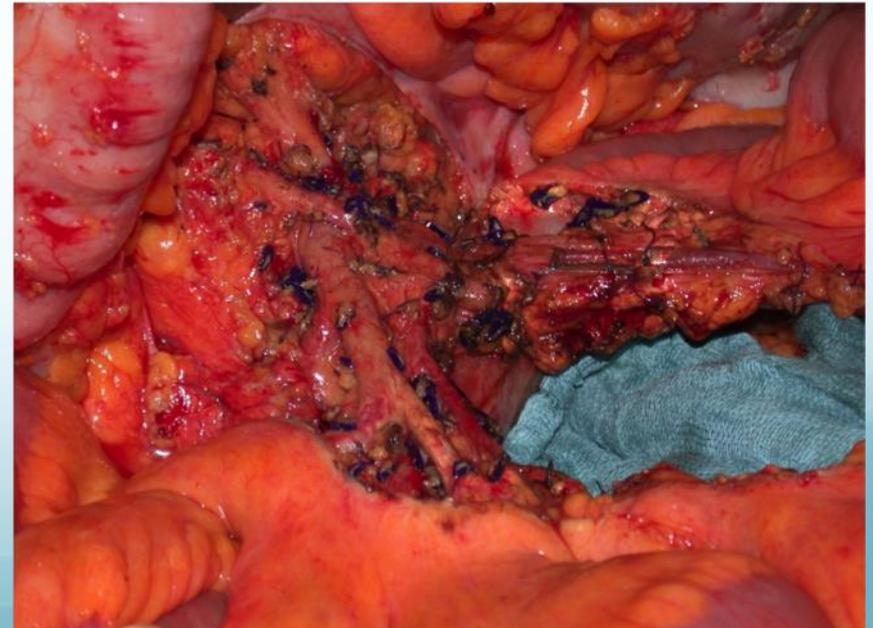
TNE grêle (1)

- Forme localisée peu fréquente
 - a/pauci symptomatique
 - difficulté d'exploration
- Souvent multiples
- Chirurgie indiquée (même si M+) car risque:
 - Occlusif
 - Mésentèrite rétractile:
 - Douleurs abdominales
 - Infarcissement artériel et/ou veineux

TNE grêle (2)

- Discussion cholécystectomie complémentaire
 - SMS
 - M+
- Curage extensif recommandé +++

TNE grêle (3)



TNE pancréatique

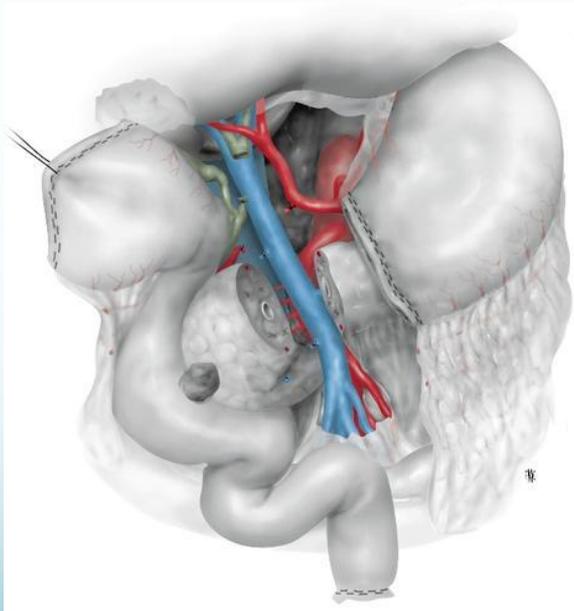
- Intervention ?
 - > 2 cm
 - Fonctionnelle ?
 - Hérité ?
 - Chirurgie économique possible ?
- Ou surveillance

Surveillance

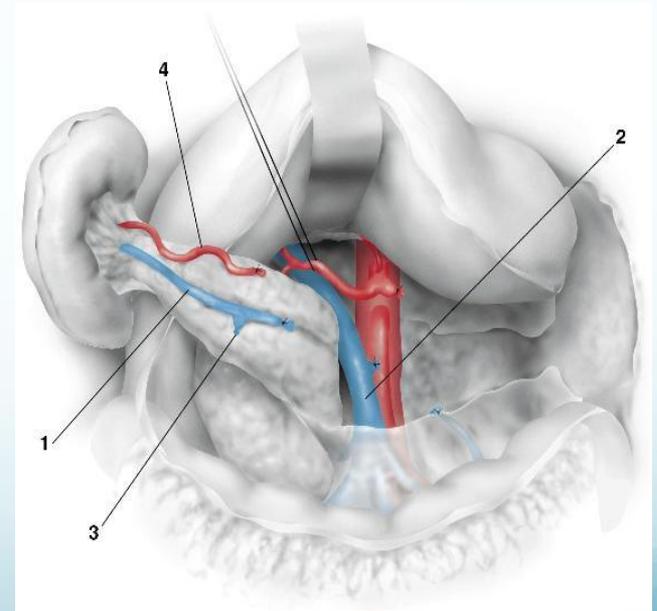
- Cinétique ?
- Décision staff pluridisciplinaire (RENATEN)
- Longue
- Non irradiante
- Chirurgie prophylactique ?

Chirurgie pancréatique conventionnelle (1)

- Carcinome pancréatique (composante exocrine)
- DPC



SPG



Chirurgie pancréatique conventionnelle (2)

- Morbidité:
 - 30 à 60 %
 - Chirurgicale et médicale
 - Fistule pancréatique +++
 - Gastroparésie
 - Hémorragie
- Mortalité:
 - 1 à 3 %
 - Effet centre



Chirurgie pancréatique économique (1)

- Pas moins morbide +++
- Préserve le parenchyme pancréatique
 - Moins d'insuffisance pancréatique endocrine:
diabète
 - Moins d'insuffisance pancréatique exocrine:
malabsorption
- Voie d'abord coelioscopique +++

Chirurgie pancréatique économique (2)

- Pancréatectomie médiane
- Pancréatectomie caudale sans sacrifice splénique
- Crochectomie
- Enucléation
- Ampullectomie

TNEp non fonctionnelle

CLINICAL EVALUATION & DIAGNOSTICS

- CLINICAL PRESENTATION

- BIOLOGY

- Chromogranin A, PP

- IMAGING

- CT / MRI
- EUS (+/- EUS-guided biopsy)
- STAATOSTATIN RECEPTOR IMAGING

- Somatostatin receptor scintigraphy (e.g., Octreoscan[®]) or Gallium-68-Pet/CT

RESECTABLE

NO DISTANT METASTASES

UNRESECTABLE (or resectable DISTANT METASTASES)

TREATMENT

Tumor = 2 cm

Option 1. Surveillance:

G1, low G2, Asymptomatic, mainly in the head, no radiological signs suspicious for malignancy, patient factors (personal wishes, age, co-morbidities ...);

Option 2. Surgery

G2, symptoms, patient wishes

Tumor > 2 cm

Surgery^b

Limited resection only if conditions favorable to preserve organ function (otherwise, oncological resection)

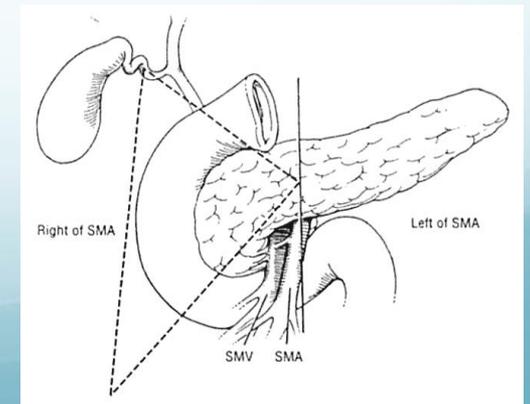
- See section on treatment for advanced disease

FOLLOW-UP

- EUS, MRI (or CT) every 6 to 12^a months
 - No change, surveillance
 - Increase in size (>0.5 cm) or final Ø>2cm, surgery
- Surveillance depending on final pathology

TNEp fonctionnelle (1)

- Gastrinome
 - Gastrine: augmentation qualitative et quantitative de la population des cellules sécrétrices d'acide chlorhydrique
 - Maladie ulcéreuse + diarrhée avec une bonne réponse aux IPP
 - Indication opératoire +++
 - Avec curage extensif et si besoin résection vasculaire
 - Si NEM1: énucléation si > 2cm
 - Sinon IPP

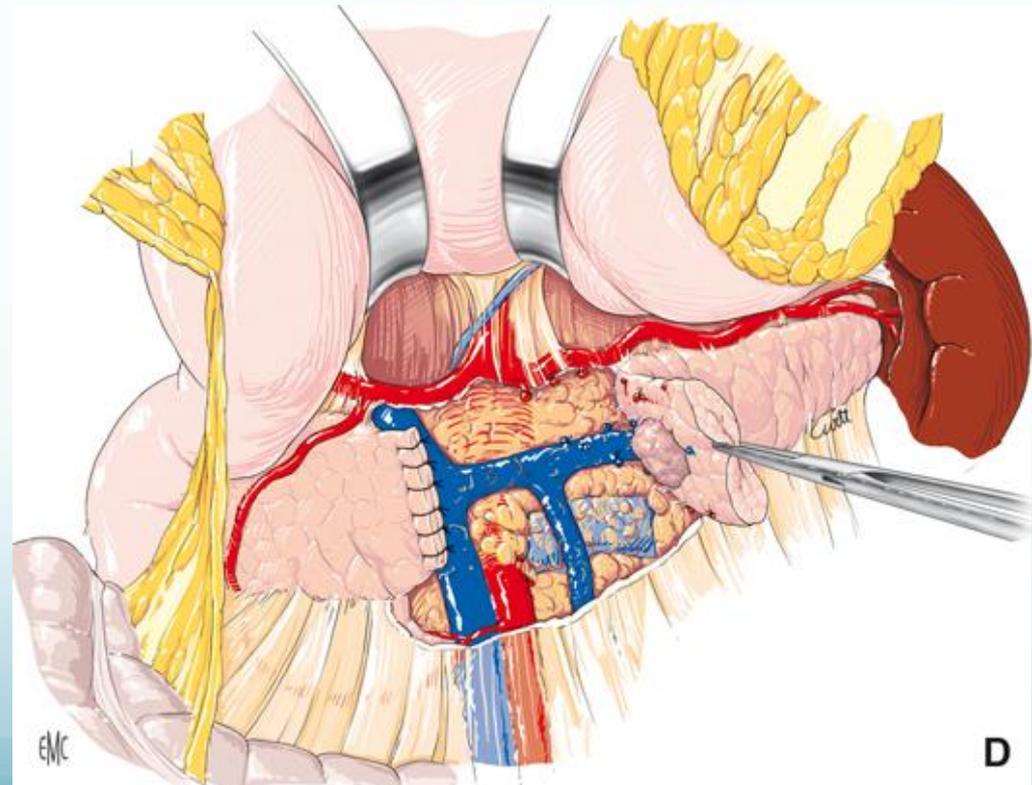


TNEp fonctionnelle (2)

- Insulinome
 - Insuline: hypoglycémies +++
 - « Règle des 90% »
 - Indication opératoire:
 - Cœlioscopie +++ si localisée
 - Laparotomie exploratrice sinon
 - Echographie per-opératoire
 - Sinon: diazoxide, diététique, analogues SMS, inhibiteurs de mTOR

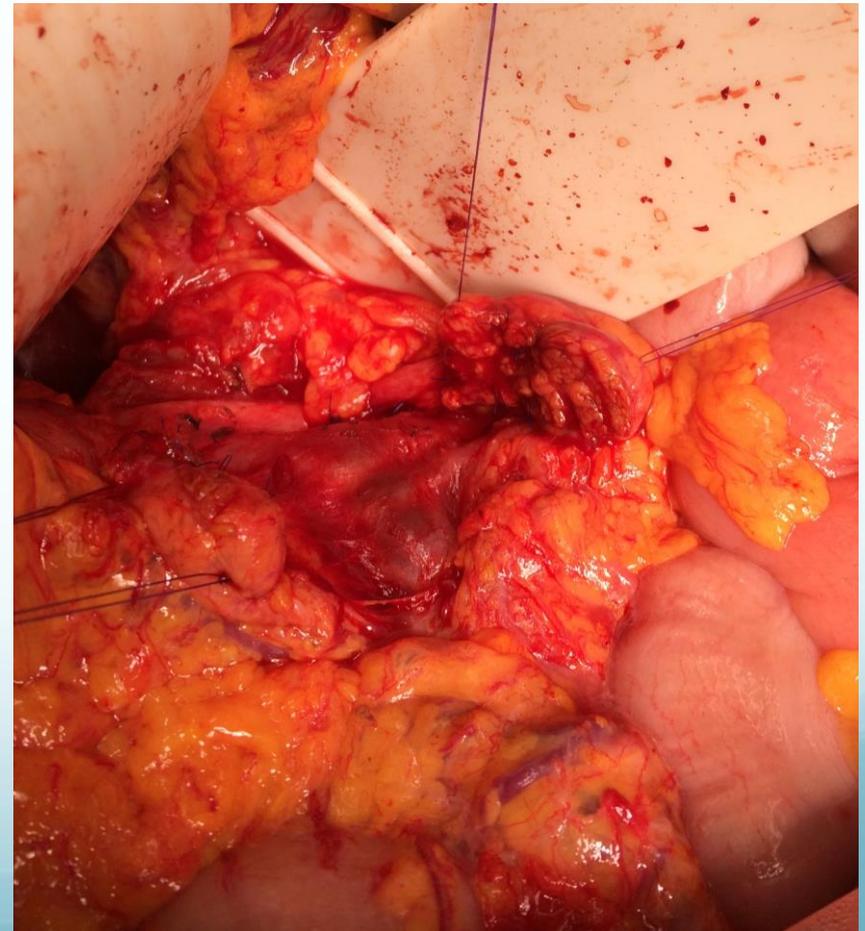
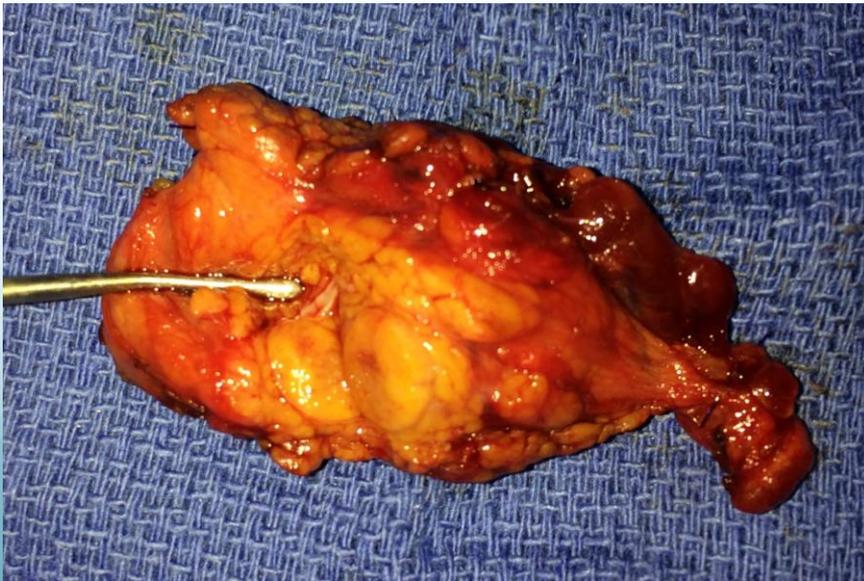
Pancréatectomie médiane (1)

- Tumeur isthmique
- Possibilité de curage extensif
- Laparotomie ...
- Morbidité importante



Pancréatectomie médiane (2)

- Ex: Mme G, 46 ans, insulinome isthmique
 - $\leq 1\text{mm}$ avec le Wirsung
 - Face postérieure



Pancréatectomie caudale (1)

- Ou caudo-corporéale...
- Pancréatectomie limitée
- Respect splénique +/- des vaisseaux
- Coelioscopie
- Morbidité acceptable

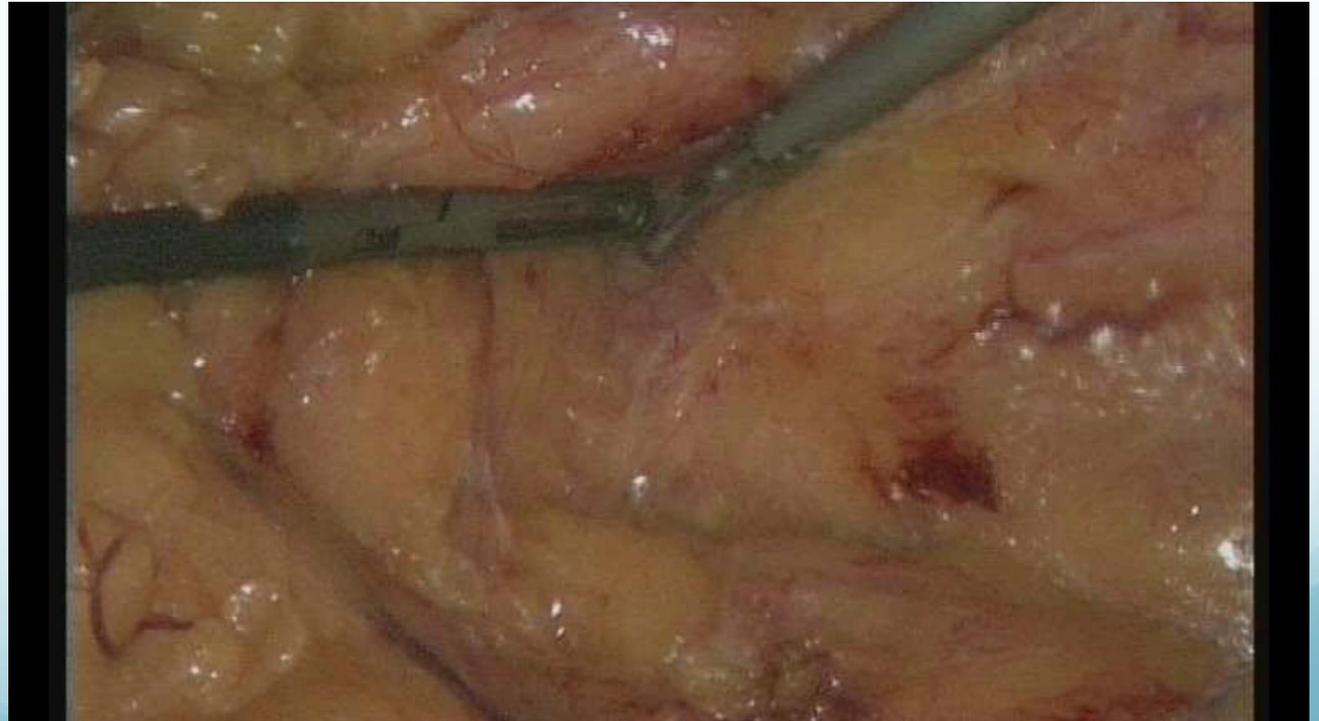
Pancréatectomie caudale (2)

- Mme D, 81 ans,
BMI=23kg/m²
Insulinome caudal
Pancréatectomie caudale
Coelioscopie
TNE bien ≠, pT2N0R0, G2 (Mib1
3%)
Pas de complications
Sortie J7
Monitoring glycémique per-op



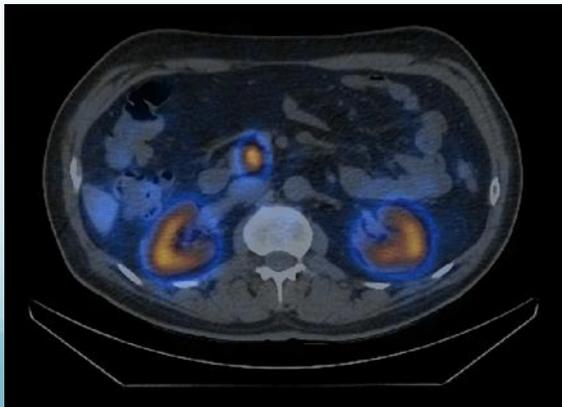
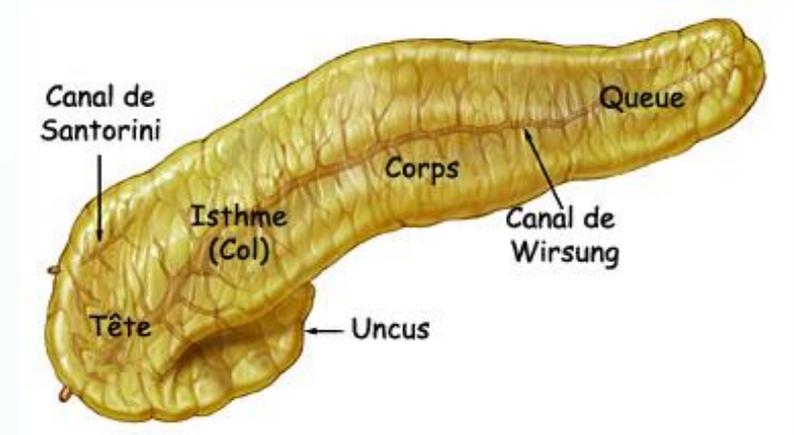
Pancréatectomie caudale (3)

- Mr S., 35 ans, BMI=35 kg/m², insulinome caudal
Pancréatectomie caudale coelioscopique
TNE bien ≠, G1, pT1



Crochectomie

- Ou uncusectomie
- ≈ énucléation
- Abord difficile (retrovasculaire)
- Ex: Mr M, 60 ans, TNEp NF 2cm
Coelioscopie laparo-convertie
Résultat en attente

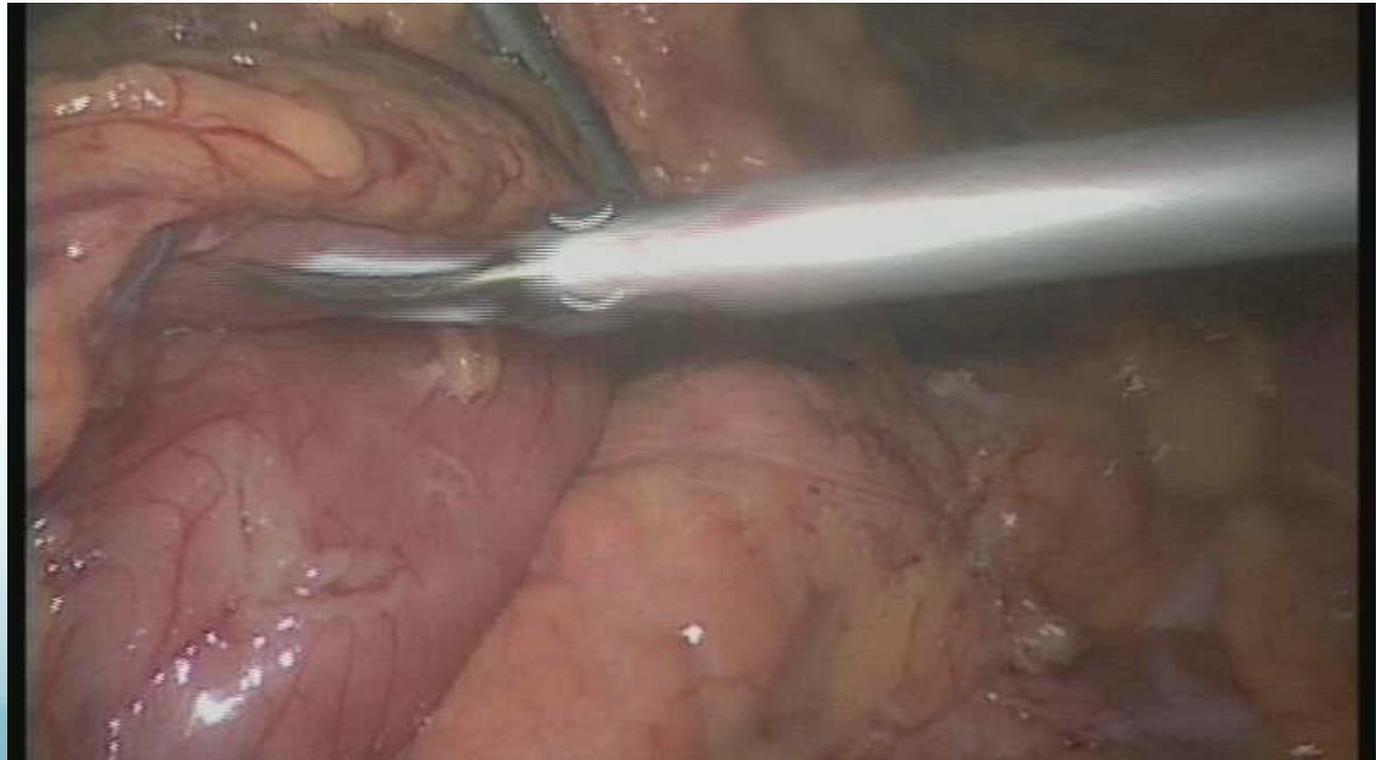


Enucléation pancréatique (1)

- Coelioscopique +++
- Exophytiques +++
- Isthme, corps, queue > tête
- Distance au wirsung ?
- Prothèse prophylactique

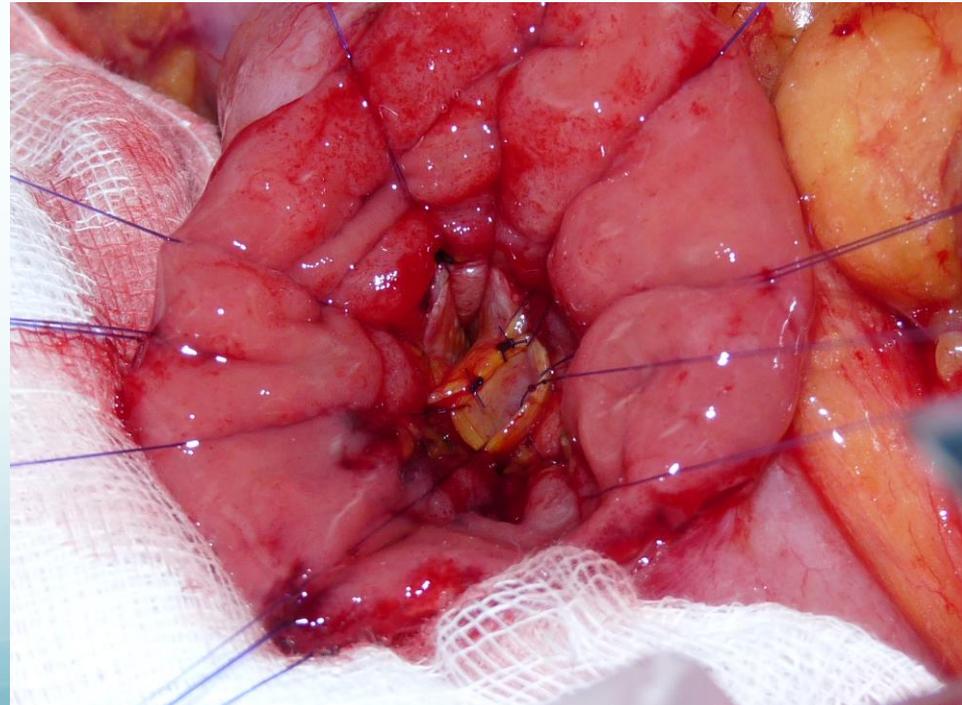
Enucléation pancréatique (2)

- Ex: Mme D, 38 ans, NEM1, insulinome + TNEp NF
Tumeur exophytique, 1cm
Enucléation coelioscopique



Cas particulier: TNE ampullaire

- Localisation rare
- Ampullectomie (énucléation de la papille)
 - Résection de l'abouchement des 2 canaux et reconstruction
 - Laparotomie ...
 - Mobilisation duodénale
 - Duodénotomie
 - Drainage
 - Ex: pT2N1MxR0, G2



Complications de la chirurgie pancréatique (1)

- Court terme:
 - ➔ Fistule pancréatique +++
- Drainage recommandé
- Analogues de la somatostatine
- Mise à jeun / support nutritionnel
- Antibiothérapie si T°C
- Remise en place d'un drainage antérieur
- Drainage radiologique
- Reprise chirurgicale

Complications de la chirurgie pancréatique (2)

- Moyen et long terme:
 - Insuffisance exocrine:
 - ➔ extraits pancréatiques
à mélanger aux aliments +++
gélule ouverte si anastomose gastro-intestinale
Eurobiol®, Créon®, ...
50% à 2 ans en cas de DPC
 - Insuffisance endocrine: diabète ...

Conclusion

- Centre expert
- Approche pluridisciplinaire +++
- Réseau
- Tumeurs moins localisées ...

Merci de votre attention