

CAS CLINIQUE

Métastase pancréatique métachrone d'un adénocarcinome rectal : à propos d'un cas

Pancreatic metastasis from a colorectal cancer: a case-report

Meriem Serghini, Céline Lepere, Jean-Nicolas Vaillant, Bruno Landi, Olivier Dubreuil, Tarek Boussaha, Julien Taïeb, Philippe Rougier

Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), Service d'Oncologie Digestive, 20, rue Leblanc, F-75015 Paris
meriemsrghini@yahoo.fr

■ Résumé

Les métastases pancréatiques d'origine colorectale sont très rares. Nous rapportons dans cette observation le cas d'une patiente âgée de 73 ans, ayant un adénocarcinome rectal avec des métastases hépatiques et pulmonaires traité chirurgicalement, et qui présente, 46 mois après la fin de la chimiothérapie palliative, une métastase

pancréatique métachrone de l'adénocarcinome rectal. Il s'agissait d'une lésion pancréatique localement avancée, et la patiente a eu une chimiothérapie par FOLFIRI et Bevacizumab ayant permis d'obtenir une stabilisation tumorale avec une survie de 18 mois par rapport au diagnostic de la métastase pancréatique.

Mots-clés

Cancer colorectal, Métastases pancréatiques, Chimiothérapie

■ Abstract

Pancreatic metastases from colorectal cancer are rare. We report the case of a 73-years-old patient presented with a metachronous pancreatic metastasis from rectal cancer. It was a locally

advanced pancreatic lesion and the patient was treated by chemotherapy (FOLFIRI and Bevacizumab) which allow a survival of 18 months.

Keywords

Colorectal cancer, Pancreatic metastases, Chemotherapy

■ Introduction

L'adénocarcinome canalaire représente la tumeur maligne la plus fréquente du pancréas. Les métastases pancréatiques sont peu fréquentes et sont, le plus souvent, secondaires à un cancer rénal, pulmonaire ou mammaire ou à un mélanome. Les métastases pancréatiques d'origine colorectale sont très rares. Nous rapportons dans cette observation un cas de métastase pancréatique métachrone d'un adénocarcinome rectal traité par chimiothérapie palliative.

■ Observation

Une femme de 73 ans, ayant un antécédent de carcinome épidermoïde du vagin traité par radiothérapie et curiethérapie en 1999, a bénéficié en janvier 2004 d'une résection antérieure du rectum avec anastomose colorectale pour un adénocarcinome du haut rectum non métastatique. L'examen anatomopathologique concluait à un stade II (pT3 N0) avec 26 ganglions examinés. L'évolution a été marquée par la récurrence de la maladie avec l'apparition, en février 2005, d'une lésion pulmonaire au niveau du

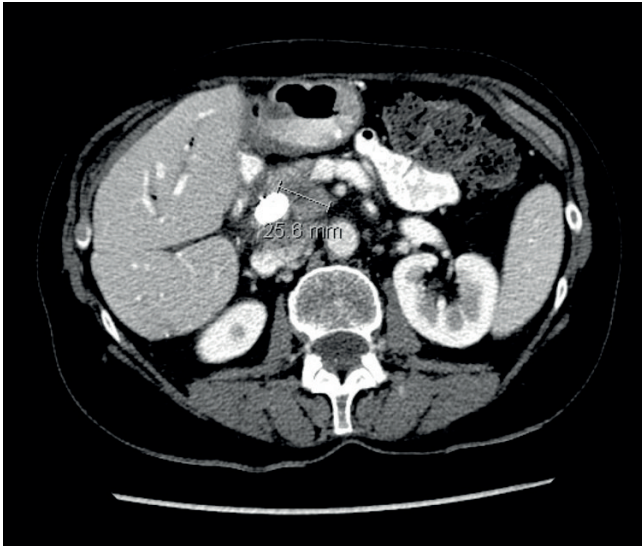


Figure 1
Tomodensitométrie abdominale : lésion tissulaire hypodense de la tête du pancréas

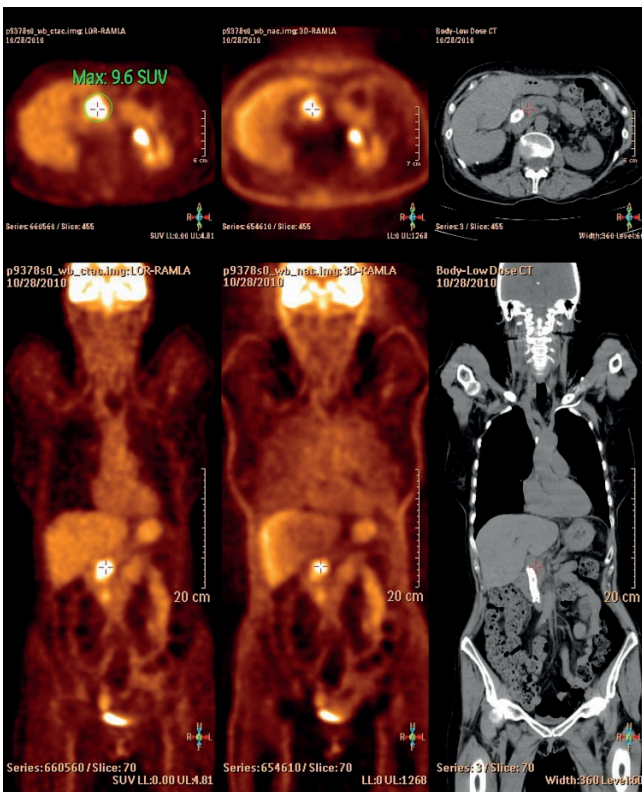


Figure 2
PET-scan : hyperfixation pancréatique

lobe supérieur gauche faisant 3 cm de diamètre et de 2 lésions hépatiques : la première de 3 cm au niveau du segment VII et la deuxième infracentimétrique au niveau du segment VIII. En mars 2005, une exérèse première de la lésion pulmonaire puis une hépatectomie droite ont été réalisées sans chimiothérapie préopératoire (car refusée par la patiente). Cette chirurgie a été néanmoins suivie de l'administration d'une chimiothérapie « adjuvante » de type FOLFOX (6 cures) puis LV5FU2 (6 cures) en raison de l'apparition d'une neurotoxicité de grade 2. La patiente était, par la suite, régulièrement suivie.

En octobre 2009, soit 46 mois après la fin de la chimiothérapie, devant l'apparition de douleurs épigastriques intenses à irradiation dorsale, une tomographie par émission de positons (PET-scan) a été réalisée. Il s'agissait d'un épisode de pancréatite aiguë en rapport avec une tumeur de la tête du pancréas (Fig. 1). L'échoendoscopie a révélé une tumeur localement avancée avec engainement veineux et atteinte de l'artère mésentérique supérieure, et a permis de faire une ponction-biopsie dont le résultat était en faveur du diagnostic de métastase de l'adénocarcinome rectal. En effet, il s'agissait d'un adénocarcinome bien différencié de morphologie similaire à celle du cancer rectal réséqué en 2004, et l'immunohistochimie montrait la positivité de CK20 et la négativité de CK7. Le PET-scan objectivait une fixation au niveau de la lésion pancréatique ainsi que des foyers hyper métaboliques pulmonaires bilatéraux (Fig. 2). Une prothèse biliaire a été mise en place et une chimiothérapie palliative de 1^{re} ligne débutée en novembre 2009 par FOLFIRI et bevacizumab. La maladie a été stabilisée, le protocole de chimiothérapie globalement bien toléré, et le bilan réalisé en juin 2010 (après 13 cycles) montrait une nette diminution de la taille des nodules pulmonaires ainsi que de la lésion pancréatique qui avait diminué de 30 à 16 mm. Après une pause thérapeutique de 3 mois, l'évolution a été marquée par l'obstruction de la prothèse biliaire et par l'augmentation de la taille de plusieurs nodules pulmonaires ainsi que de la lésion pancréatique à 27 mm. Après changement de la prothèse biliaire, la reprise de la chimiothérapie par FOLFIRI et bevacizumab a permis d'obtenir une stabilisation tumorale soutenue et maintenue à 18 mois du diagnostic de la métastase pancréatique.

■ Discussion

Les métastases pancréatiques sont peu fréquentes et représentent environ 10 % des masses pancréatiques biopsiées sous échographie [1]. Dans une étude ayant inclus 269 patients opérés pour tumeur maligne du pancréas, il s'agissait de métastases pancréatiques dans 3 % des cas dont le primitif était un cancer rénal dans tous les cas [2]. Dans les autres études, il s'agissait dans près de la moitié des cas d'un primitif rénal [3-6]. Les métastases pancréatiques d'origine colorectale sont rares et représentent 4 à 7 % des cas dans les études chirurgicales [3-5]. Dans une série française multicentrique de 22 cas de métastases pancréatiques, la tumeur primitive était un cancer rénal ou colorectal dans respectivement 10 et 4 cas [6].

Dans une étude autopsique menée au Japon, 15 % des malades décédés d'un cancer présentaient des localisations secondaires

pancréatiques [7]. Dans une autre étude autopsique, des métastases pancréatiques ont été observées chez 5,4 % des individus décédés de l'évolution d'un cancer colorectal [8]. En fait, il y a peu de littérature concernant cette situation clinique et il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude ayant évalué la prévalence exacte des métastases pancréatiques synchrones ou métachrones au cours du cancer colorectal. Il s'agit surtout de cas cliniques ou de séries rétrospectives de faible effectif [9-13]. Le primitif était le plus souvent colique que rectal. Ces études avaient exclus les cas d'envahissement pancréatique dus à une extension par contiguïté à partir du cancer colique. En dehors des métastases synchrones, l'intervalle entre le diagnostic du cancer primitif colorectal et celui de métastases pancréatiques est très variable allant de 10 mois à 12 ans [6,9]. Ces localisations, comme c'est le cas pour notre patiente, sont le plus souvent symptomatiques et plus rarement découvertes lors du suivi d'un cancer primitif connu.

Les aspects radiologiques sont variés : les métastases pancréatiques sont le plus souvent hypodenses à la tomographie et hypoéchogènes à l'échoendoscopie [14,15]. Le PET-scan a un intérêt dans la détection des métastases non dépistées par l'imagerie conventionnelle, notamment lors d'une élévation inexplicée de l'ACE [16]. La maladie métastatique pancréatique est le plus souvent associée à d'autres localisations essentiellement hépatiques, et l'on incrimine le drainage lymphatique pour expliquer la dissémination au pancréas [10]. Notre cas est particulier car d'une part, le primitif était un cancer du rectum sans envahissement ganglionnaire initial et, d'autre part, la métastase pancréatique était associée à une récurrence pulmonaire sans récurrence hépatique. Les métastases hépatiques avaient bénéficié d'une hépatectomie droite curative 52 mois avant le diagnostic de la métastase pancréatique. Des séries et des cas cliniques de métastases pancréatiques uniques et résécables ont été rapportés [4,5,9-13]. Le traitement chirurgical doit, dans ces cas, être discuté. Dans des séries chirurgicales rétrospectives récentes, la survie médiane après chirurgie de métastases pancréatiques était de 4,4 à 4,8 ans avec une morbidité postopératoire de 48 % [4,5]. Aucun décès lié à la chirurgie n'avait été noté [4]. Le pronostic semble être meilleur en cas de primitif rénal avec une médiane de survie postopératoire pouvant aller jusqu'à 8,7 ans et une survie actuarielle à 5 ans de 61 % [5]. De plus, les métastases pancréatiques de carcinome rénal semblent être plus souvent accessibles au traitement chirurgical [4,6]. En cas de primitif colorectal, la médiane de survie après chirurgie d'exérèse variait de 5 à 30 mois [9].

■ Conclusion

Les métastases pancréatiques d'origine colorectale ne sont pas exceptionnelles et peuvent survenir tardivement. En l'absence d'autres localisations métastatiques, l'exérèse chirurgicale doit être discutée. Une radiothérapie plus ou moins associée à une chimiothérapie peut avoir un intérêt pour améliorer le contrôle local lorsqu'il n'y a pas d'indication chirurgicale.

■ Références

1. Fritscher-Ravens A, Sriram VJD, Krause C, Atay Z, Jaeckle S, Thonke F, et al. Detection of pancreatic metastases by EUS-guided fine-needle aspiration. *Gastrointest Endosc* 2001;53:65-70.
2. Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, Pessaux P, Arnaud JP, Carretier M. Pancreatic metastases of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol* 2001;165:20-2.
3. Crippa S, Angelini C, Mussi C, Bonardi C, Romano F, Sartori P, et al. Surgical treatment of metastatic tumors to the pancreas: A single center experience and review of the literature. *World J Surg* 2006;30:1536-42.
4. Reddy S, Edil B H, Cameron J L, Pawlik T M, Herman J M, Gilson M M, et al. Pancreatic resection of isolated metastases from nonpancreatic primary cancers. *Ann Surg Oncol* 2008;15:3199-206.
5. Konstantinidis I T, Dursun A, Zheng H, Wargo J A, Thayer S P, Fernandez-del Castillo C, et al. Metastatic tumors in the pancreas in the modern era. *J Am Coll Surg* 2010;211:749-53.
6. Moussa A, Mityr E, Hammel P, Sauvanet A, et al. Pancreatic metastases: a multicentric study of 22 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:872-6.
7. Nakamura E, Shimizu M, Itoh T, Manabe T. Secondary tumors of the pancreas: clinicopathological study of 103 autopsy cases of Japanese patients. *Pathol Int* 2001;51:686-90.
8. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950;3:74-85.
9. Sperti C, Pasquali C, Berselli M, Frison L, Vicario G, Pedrazzoli S. Metastases to the pancreas from colorectal cancer: is there a place for pancreatic resection? *Dis Colon Rectum* 2009;52:1154-9.
10. Charnsangavej C, Whitley N O. Metastases to the pancreas and peripancreatic lymph nodes from carcinoma of the right side of the colon: CT findings in 12 patients. *AJR* 1993;160:49-52.
11. Inagaki H, Nakao A, Ando N, Kotake K, Imaizumi T, Okuda N, et al. A case of solitary metastatic pancreatic cancer from rectal carcinoma: a case report. *Hepatogastroenterol* 1998;45:2413-7.
12. Tutton MG, George M, Hill ME, Abulafi AM. Solitary pancreatic metastasis from a primary colonic tumor detected by PET scan: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001;44:288-90.
13. Coevoet H, Woelffle D, Quinton JF, Hector E, Bonniere X, Boruchowicz A. Métastases des cancers colorectaux : Pancréatectomie caudale pour métastase d'un adénocarcinome rectal 6 ans après exérèse de la tumeur primitive. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:624-6.
14. Boudghene FP, Deslandes PM, LeBlanche AF, Bigot JM. US and CT imaging features of intrapancreatic metastases. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18:905-10.
15. Palazzo L, Borotto E, Cellier C, Roseau G, Chaussade S, Couturier D, et al. Endosonographic features of pancreatic metastases. *Gastrointest Endosc* 1996;44:433-6.
16. Ducreux M, Taieb J, Boige V, Lasser P, Elias D, Lumbroso J. La tomographie par émission de positrons (TEP) en oncologie digestive. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:B71-80.