

Prise en charge chirurgicale des tumeurs neuroendocrines

Isabelle Deshaies,
MD FRCSC

Juin 2019

Objectifs

- Comprendre le rôle de la chirurgie dans la prise en charge des patients souffrant de TNE
 - Connaître les différents types de chirurgies et leurs indications
 - Discuter des options de traitement pour les TNE métastatiques

Traitement chirurgical

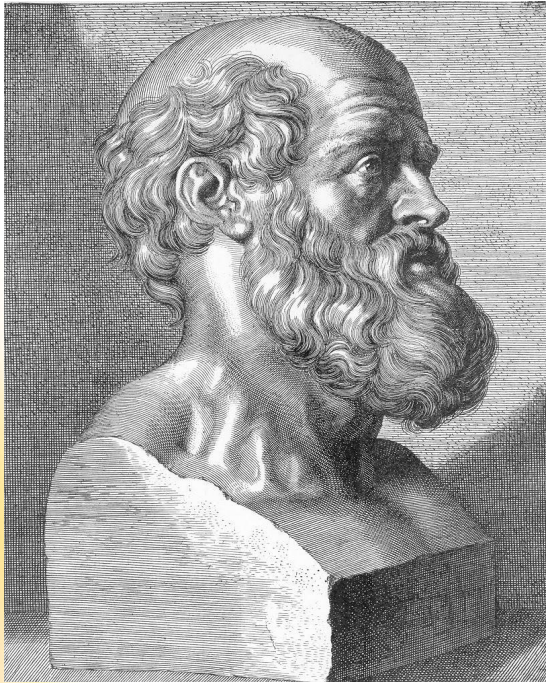
POUR

- Soulager les effets de la maladie
- Seul traitement qui peut guérir

CONTRE

- Séquelles de la chirurgie, parfois permanentes
- La maladie peut revenir (métastase)

Primum non nocere



Face aux maladies,
avoir deux choses
à l'esprit: faire du
bien, ou au moins
**ne pas faire de
mal**





Ce n'est pas parce que l'on peut enlever une tumeur que l'on doit nécessairement le faire.

Donc, qui faut-il
opérer
et qu'elle chirurgie
faut-il faire?

La maladie

- évolution naturelle
- effets actuels ou à venir

La chirurgie

- risque de complications
- effets secondaires

Le patient

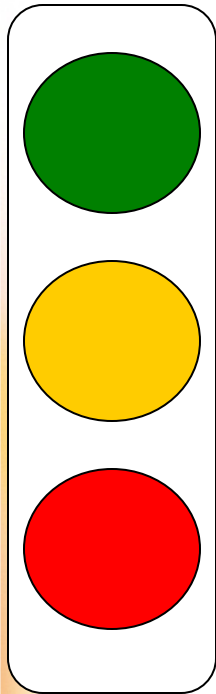
- âge physiologique
- autres problèmes de santé
- valeurs

Évolution naturelle des TNE

- **Spectre de dangerosité très variable**
 - Organe de départ, taille, STADE (localisée ou métastatique), GRADE (méchanceté des cellules)...
- **Certaines lésions sont très indolentes**

Le traitement doit être proportionnel à l'agressivité de la maladie

Traitement chirurgical



Très indolent, localisé

-Chirurgie limitée
-Observation

Intermédiaire, localisé

-Zone grise

Agressif ou métastases

-Chirurgie plus
extensive
(« chirurgie
oncologique »)

Prise en charge des TNE digestives localisées bien différenciées

TNE du colon & du rectum

TNE du rectum

- L'organe

- Réservoir
- Si anus est atteint, problème de continence

- La tumeur

- Rarement sécrétoire
- Souvent petite et à bon pronostic (mais pas toujours)

TNE du colon

- L'organe
- Absorbe l'eau
- La tumeur
- Rarement sécrétoire
- Plus souvent assez volumineuse et agressive

Types de procédures

- **Polypectomie**

- Fait à l'aide d'une caméra

- **Résection segmentaire**

- Implique qu'un segment de colon ou rectum est retiré et que les deux extrémités sont suturées ensemble

- **TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery)**

- Pour les lésions rectales
- Moins d'effets secondaires que les résections

TNE Colique & Rectal

Polypectomie	Zone Grise TEM ou Oncologique	Résection segmentaire
< 1 cm	1- 2 cm - <u>Attention:</u> - Ganglion atteint - Envahit la couche musculaire	>2 cm

TNE de l'appendice

TNE de l'appendice

- **L'organe**
 - Non essentiel
 - Fait partie du système de défense (ganglion et rate)
- **La tumeur**
 - Rarement sécrétoire
 - Plus souvent assez petite et pas très méchante

TNE Appendice

Appendicectomie simple	Zone Grise	Hemi-colectomie droite
< 1 cm	1 – 2 cm (ad 10% N+) <u>Hemicolectomie si:</u> -Touche à la jonction avec l'intestin -Ganglion atteint -ELV* -Envahissement méso > 3 mm	> 2 cm

TNE de l'intestin grêle

TNE du petit intestin

- L'organe

- Absorbe la nourriture et l'eau
- Besoin > 1m
- Pas vraiment atteignable par caméra

- La tumeur

- Sécrétante
- Attaque souvent les ganglions
- Peut bloquer l'intestin (ganglions)

TNE Grêle

Endoscopique	Zone Grise	Oncologique
---	---	Pour toutes les lésions opérables et localisée

TNE de l'estomac

TNE de l'estomac

- L'organe

- Réservoir et broyeur
- Absorbe seulement la vitamine B12

- La tumeur

- Souvent non sécrétante
- 4 types de tumeurs selon la présence d'acide gastrique

TNE de l'estomac

	Type I Gastrine ↑ pH>4 alcalin	Type II ZES	Type III Gastrine normale
< 1 cm	Surveillance ou résection endoscopique	Surveillance ou résection endoscopique	Gastrectomie oncologique
1-2 cm	EUS + Résection endoscopique	EUS + Résection endoscopique	Gastrectomie oncologique
> 2 cm	Résection locale (ENETS: possible résection endo si n'envahit pas sous-muqueuse)	Résection locale (parfois résection endoscopique)	Gastrectomie oncologique

TNE du pancréas

TNE du pancréas

- L'organe
 - Gestion du sucre (diabète)
 - Enzyme essentielle à la digestion
 - Guérit mal!
- La tumeur
 - Peu sécréter
 - Plus souvent petite et peu agressive

Types de procédures

- **Énucléation**

- Enlève seulement la tumeur
- Risque de fuite de liquide pancréatique

- **Whipple**

- Pour les tumeurs de la tête
- Résection d'un segment de pancréas, duodénum et canal biliaire puis reconstruction

- **Pancréatectomie distale**

- Pour les tumeurs du corps et de la queue
- La rate doit souvent être retirée

TNE Pancréatique

Énucléation	Zone Grise	Oncologique
-Insulinome (>90-95% bénin)	OBSERVATION ? -< 2 cm non fonctionnelle (ad 6-14% N+)	->2 cm -G2 -N+ ou Méta -Sécrétante autre qu'insulinome

Prise en charge des tumeurs métastatiques

Maladie métastatique

- 1) Y a-t-il encore possibilité de guérison?
- 2) Comment peut-on traiter ou prévenir les effets néfastes de la maladie?
- 3) Est-ce possible de rallonger la survie?

Rôle de la chirurgie

- Pour guérir si on peut enlever toutes les métastases
 - Utilise techniques de résection ou destruction locale (micro-onde, radiofréquence)
- Pour traiter ou prévenir des complications de la maladie
 - Atteinte intestinale et ganglionnaire pour les tumeurs du petit intestin

Chirurgie pour métastases hépatiques

- Tumeur bien différenciée (grade 1-2)
- Pas d'insuffisance cardiaque droite irréversible
- Résection idéalement R0
 - Exceptionnel: résection >90% à considérer si TNE fonctionnelle

Environ 10-20% des patients sont candidats à une approche chirurgicale

Transplantation hépatique

- Patients très sélectionnés
- Implique une immunosuppression à vie
- Survie rapporté à 5 ans \approx 50%.
- Récidives fréquentes
- Facteurs de mauvais pronostic:
 - Hépatomégalie
 - TNE pancréatique
 - Primaire N+
 - Différenciation G2

**Est-ce que j'ai un
cancer incurable
docteur?**

Un point très important

- Même si la maladie est incurable, la survie est souvent très longues (plusieurs années) ce qui est différent des nombreux autres cancers incurables
- Éducation à faire au près des patients et des médecins

Thérapies palliatives

- **Peu importe le site**

- Analogue de la somatostatine
- Thérapie ciblée

- ★ • PRRT

- **Pour le pancréas**

- ★ • Parfois chimio

- **Pour le Foie**

- ★ • Embolisation trans-artérielle

Embolisation transartérielle

- **Repose sur la vascularisation double du foie**
 - Le foie est nourri par une veine spéciale (veine porte) et une artère
 - La tumeur est nourrie surtout par l'artère

Thérapie intra-artérielle hépatique

• Indications

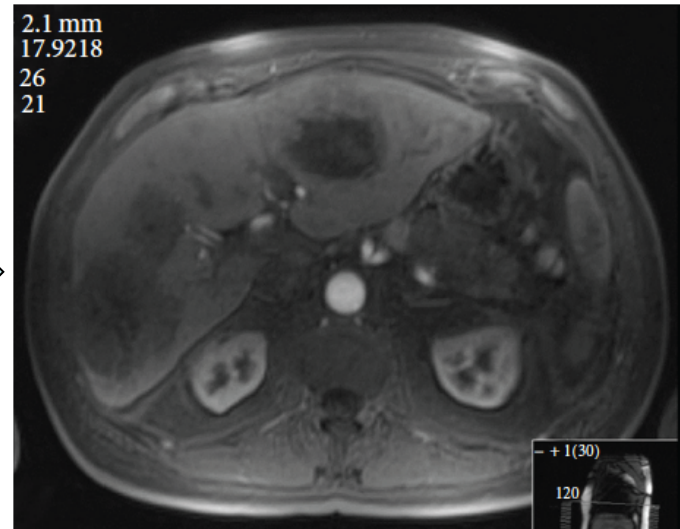
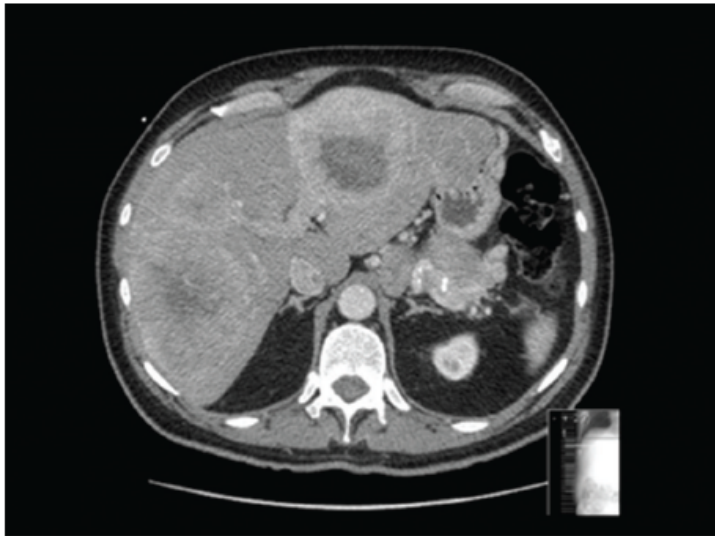
- Métastases non opérables
- Atteinte hépatique dominante
- Symptomatique et asymptomatique

• Contrindications

- Thrombose veine porte
- Insuffisance du foie
- État général très précaire

Embolisation transartérielle

- Peut être répétée (latence 4-6 sem)
- Pas étude randomisée sur le type d'embolisat (particules, chimio, DEB, radio-isotopes)



Efficacité vs complications

- Efficacité:
 - > 50% de réponse initiale
- Mortalité: **0-6%**
- Complications:
 - Syndrome post-embolisation
 - Abscès hépatique, insuffisance hépatique
 - Pancréatite, cholécystite

Conclusion

- La majorité des TNE bien différenciées évolue lentement
- La chirurgie vise à guérir ou à traiter / prévenir les symptômes
- La chirurgie peut par contre entraîner des séquelles
- Lorsque la chirurgie est impossible, de nombreux autres traitements existent.