

60^e
ANNIVERSAIRE

Département de
radiologie,
radio-oncologie
et médecine nucléaire
Faculté de médecine



Cas de la semaine # 383

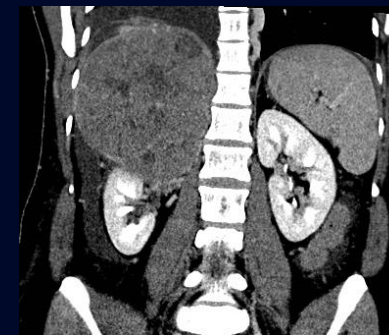
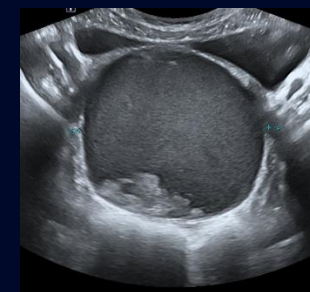
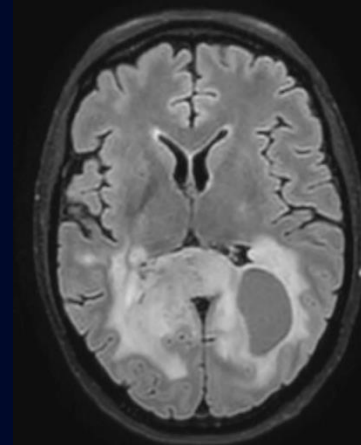
10 novembre 2025

Préparé par Dr David Camirand _{R5}

Dr Alexandre Dugas _{MD FRCPC}

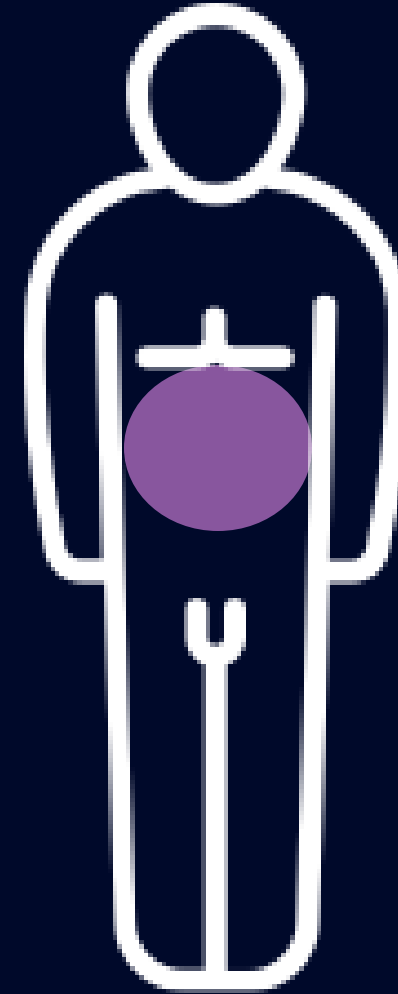
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Cas AIRP



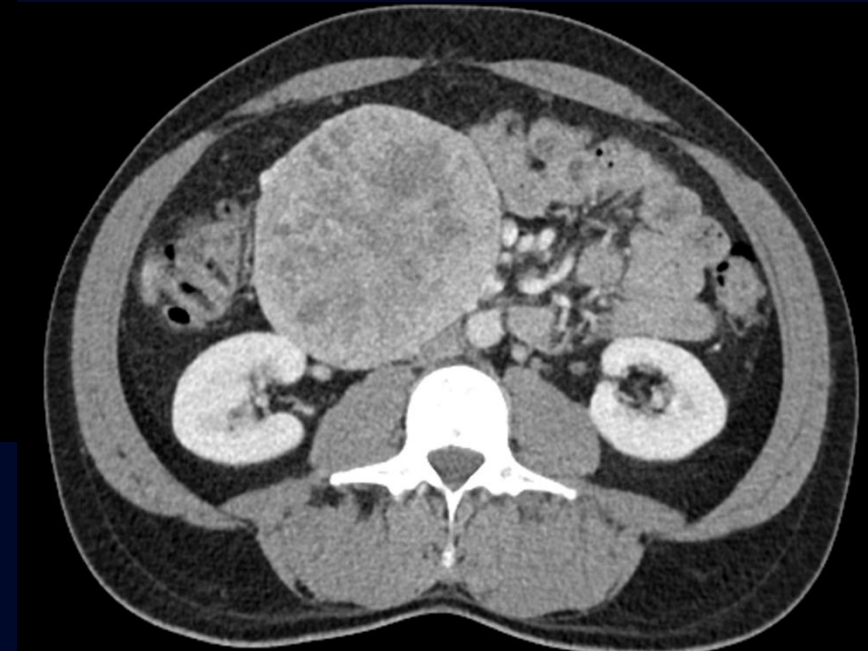
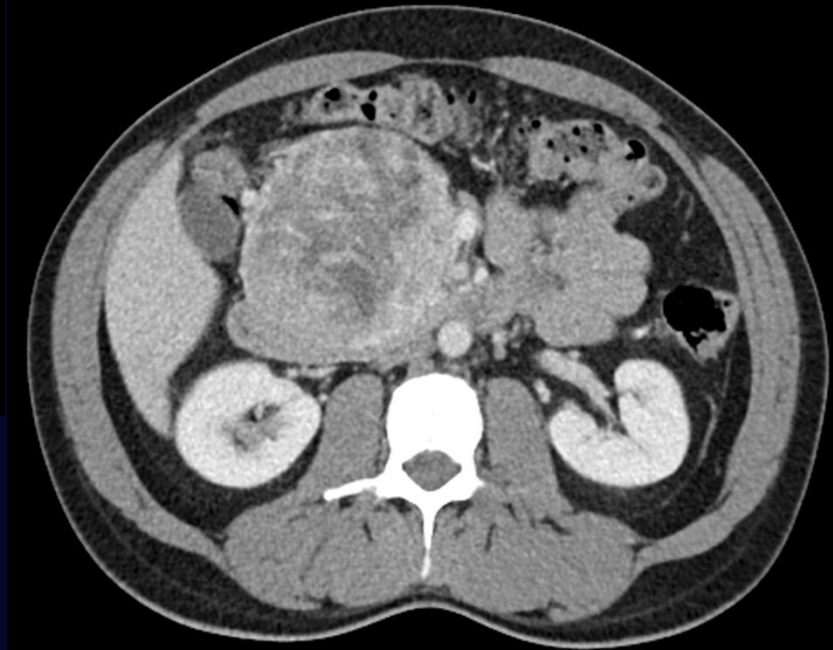
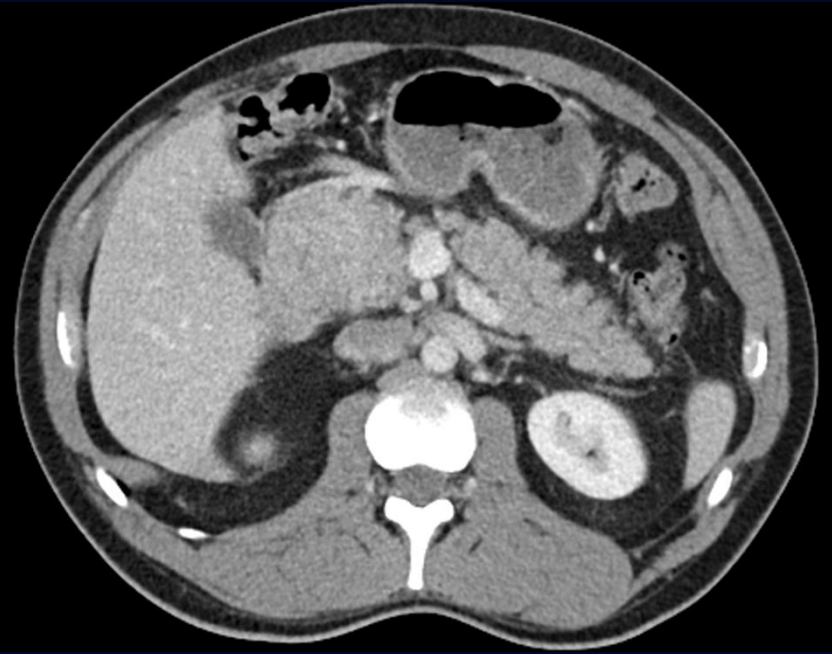
Histoire Clinique

- Se présente avec douleurs abdominales et vomissements
- Revient de voyage au Mexique
- Bilan :
 - Lipase à 982 U/L
 - CRP normale
 - Leucocytes : valeur normale
 - Bilan hépatique normal



Homme
52 ans

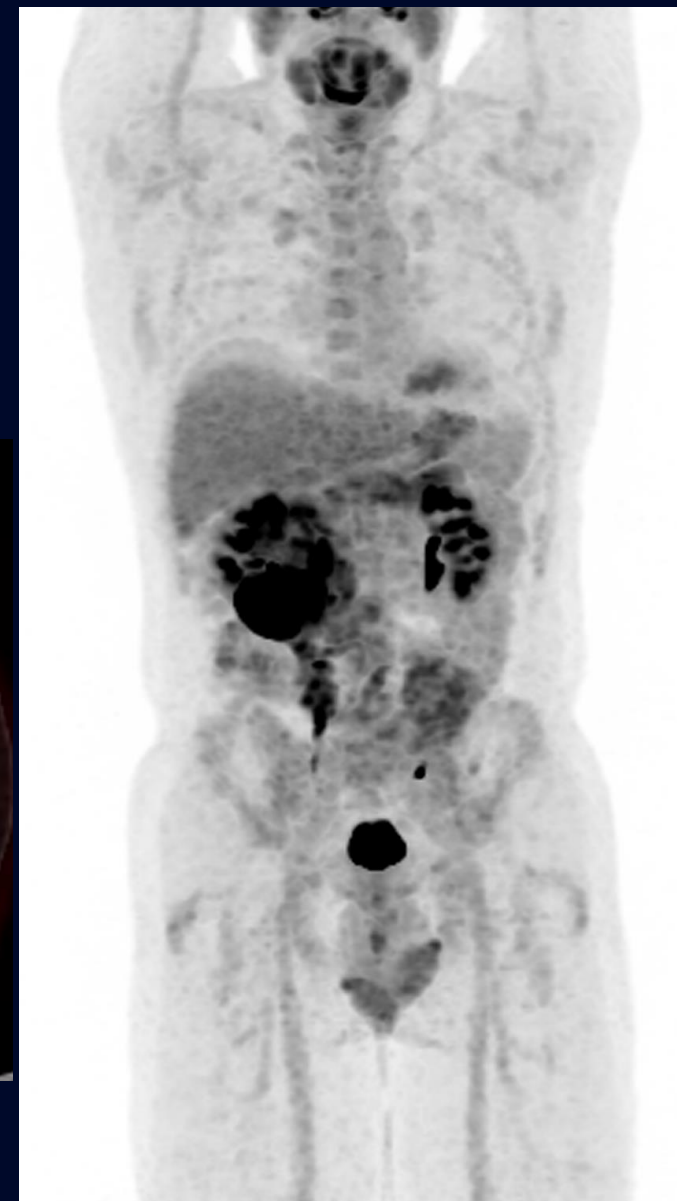
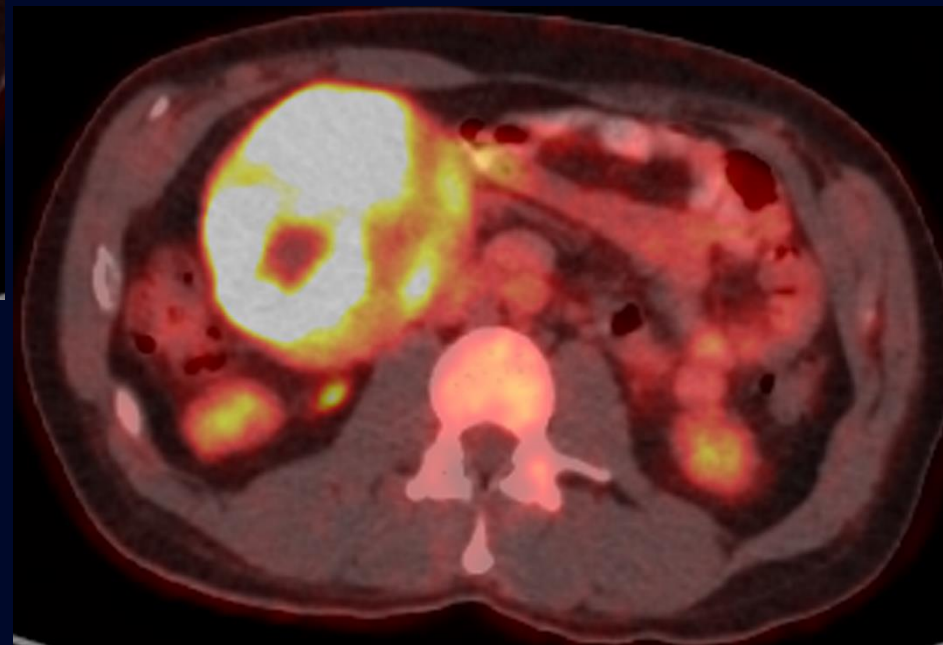
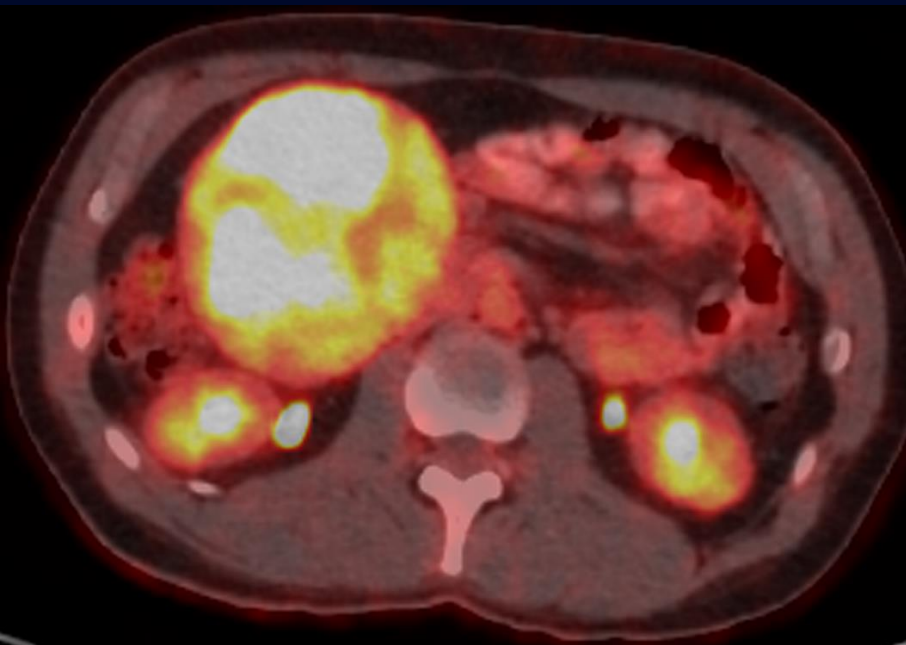
Scan abdomino-pelvien C+



Scan abdomino-pelvien C+



TEP-Scan au ^{18}F -FDG



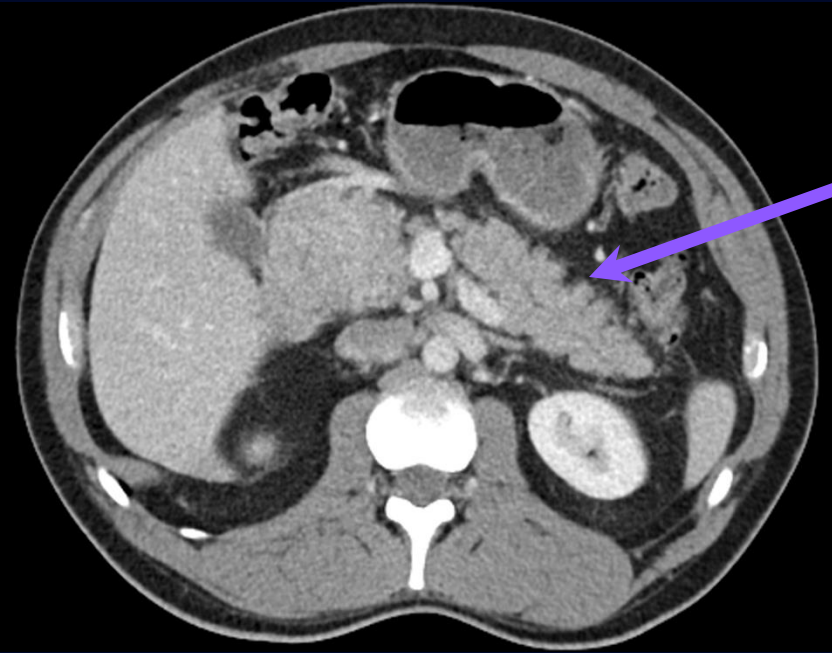
Description scan abdo-pelv C+

Volumineuse masse rehaussante au carrefour pancréatico-duodénal, d'allure solide avec quelques foyers hypodenses d'allure nécrotique, se projetant inférieurement au processus unciné pancréatique.

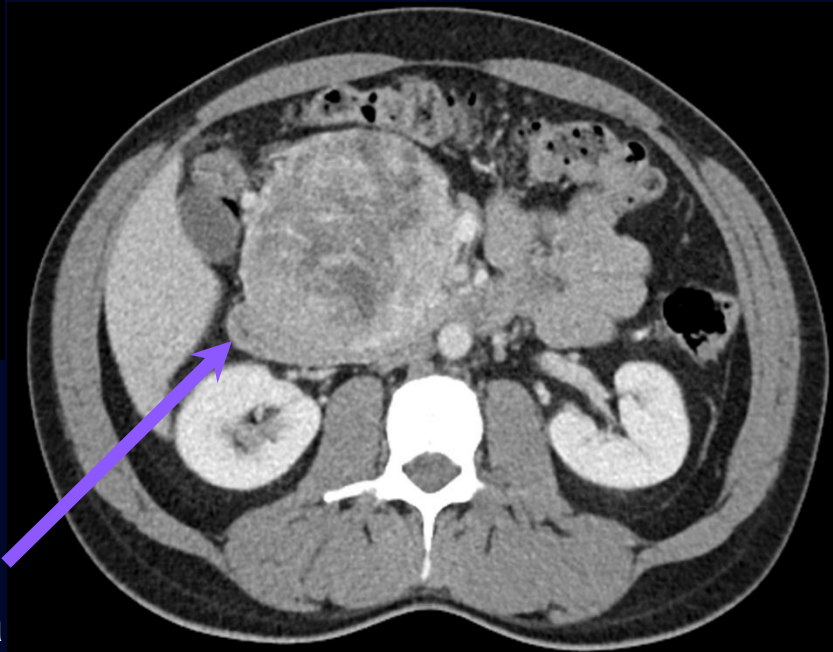
Les contours sont bien délimités, sans envahissement des structures adjacentes.



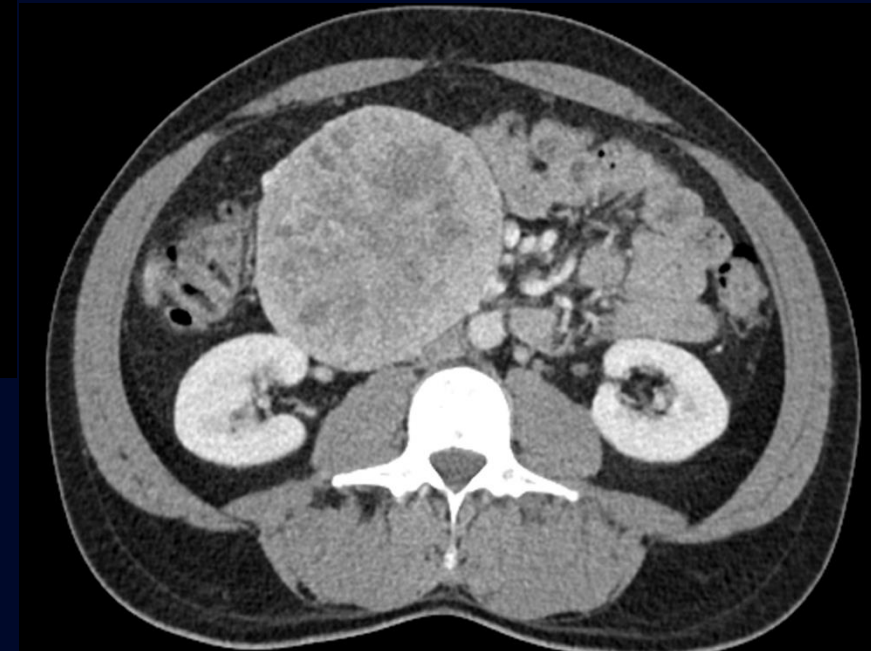
Description scan abdo-pelv C+



Pas de dilatation du canal pancréatique ni d'atrophie parenchymateuse en amont de la masse.

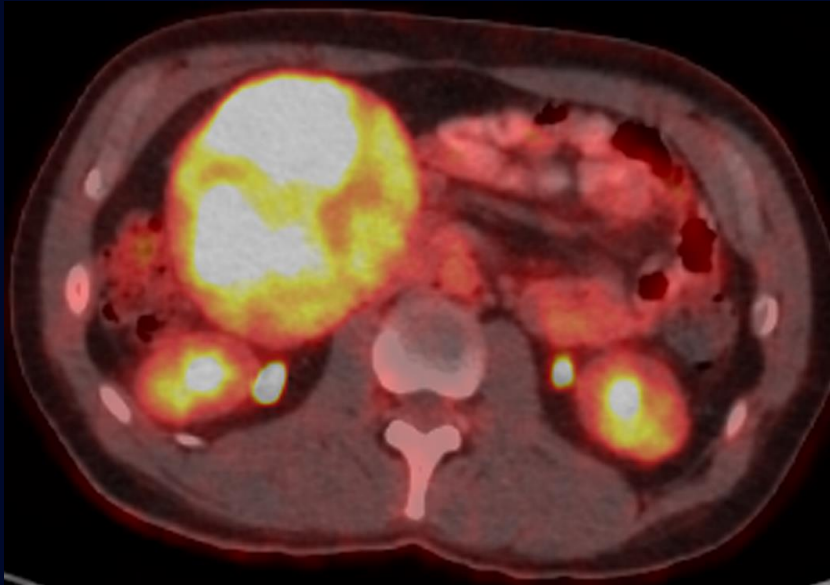


Perte du plan de clivage avec la troisième portion du duodénum.



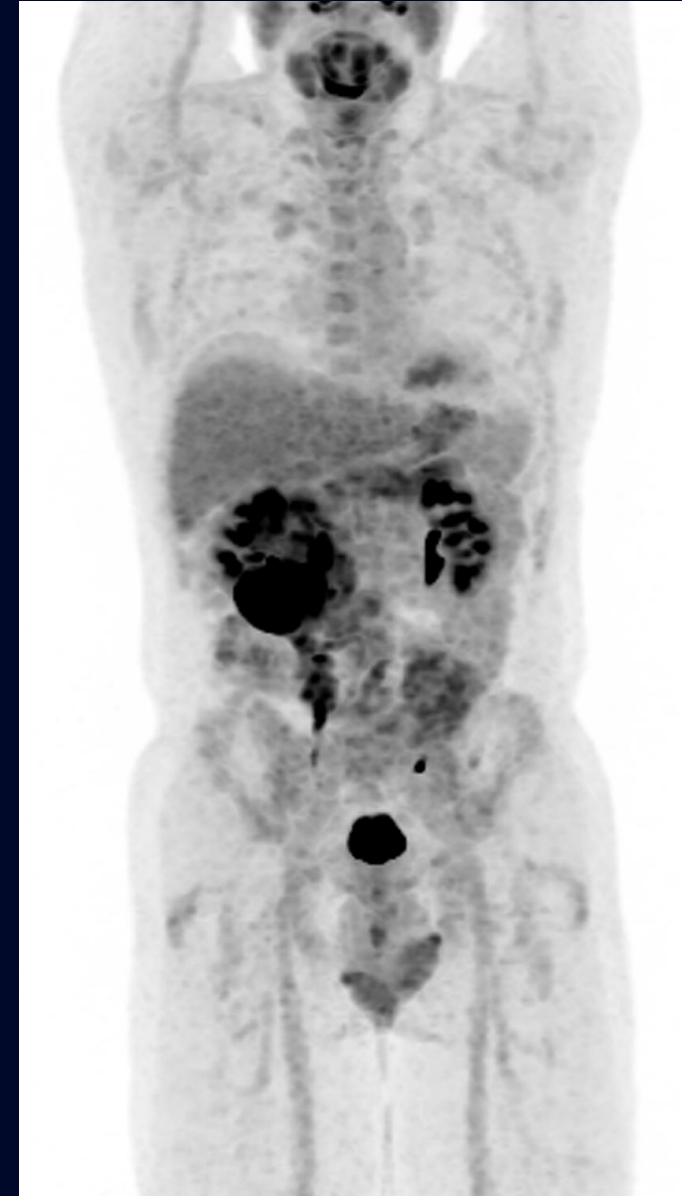
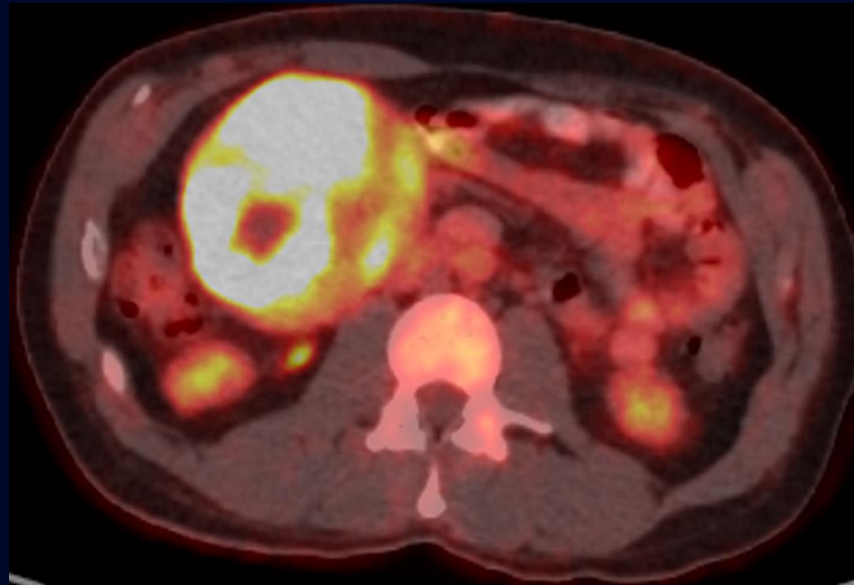
Description

TEP-Scan au ^{18}F -FDG



Hypermétabolisme intense et hétérogène de la masse.

Pas d'évidence de métastase ganglionnaire ou systémique.



Diagnostic différentiel

À départ du pancréas :

1. Tumeur neuro-endocrine (TNE) du pancréas
2. Métastase
3. Carcinome à cellules acinaires

Péri-pancréatique :

1. GIST duodénal
2. Paragangliome
3. Tumeur fibreuse solitaire
4. Sarcome rétropéritonéal

Diagnostic différentiel

À départ du pancréas :

- TNE pancréatique
- Métastase
- Carcinome à cellules acinaires



En faveur :

- Masse solide rehaussante
- Volumineuse et hétérogène (dans les cas de tumeur non-sécrétante)
- Absence de dilatation du canal de Wirsung

En défaveur :

Diagnostic différentiel

À départ du pancréas :

- **Métastase**
- TNE pancréatique
- Carcinome à cellules acinaires



En faveur :

- Masse rehaussante hétérogène avec portions d'allure nécrotique

En défaveur :

- Sa volumineuse taille
- Très rare (2-4% des masses pancréatiques)
- Pas de contexte oncologique

Diagnostic différentiel

À départ du pancréas :

- Carcinome à cellules acinaires



- TNE pancréatique
- Métastase

En faveur :

- Volumineuse masse (en moyenne ~ 6 cm)
- Souvent exophytique et bien circonscrite
- Contenu interne souvent nécrotique / hémorragique / kystique

En défaveur :

Diagnostic différentiel

Péri-pancréatique :

- GIST duodénal
- Paragangliome péri-pancréatique
- Tumeur fibreuse solitaire
- Sarcome rétropéritonéal



En faveur :

- Accolé au segment duodénal D3
- Volumineuse masse excentrique/exophytique
- Peut avoir contenu interne hétérogène

En défaveur :

Diagnostic différentiel

Péri-pancréatique :

- Paragangliome
péri-pancréatique



En faveur :

- Tumeur hypervasculaire
- Contenu interne hétérogène/nécrotique

- GIST duodénal
- Tumeur fibreuse solitaire
- Sarcome rétropéritonéal

En défaveur :

- Se présente le plus souvent chez les jeunes adultes

Diagnostic différentiel

Péri-pancréatique :

- Tumeur fibreuse solitaire
- GIST duodénal
- Paragangliome péri-pancréatique
- Sarcome rétropéritonéal



En faveur :

- Volumineuse masse
- Exophytique et bien circonscrite

En défaveur :

- Rare

Diagnostic différentiel

Péri-pancréatique :

- Sarcome rétropéritonéal



En faveur :

- Volumineuse masse hétérogène

- GIST duodénal
- Paragangliome péri-pancréatique
- Tumeur fibreuse solitaire

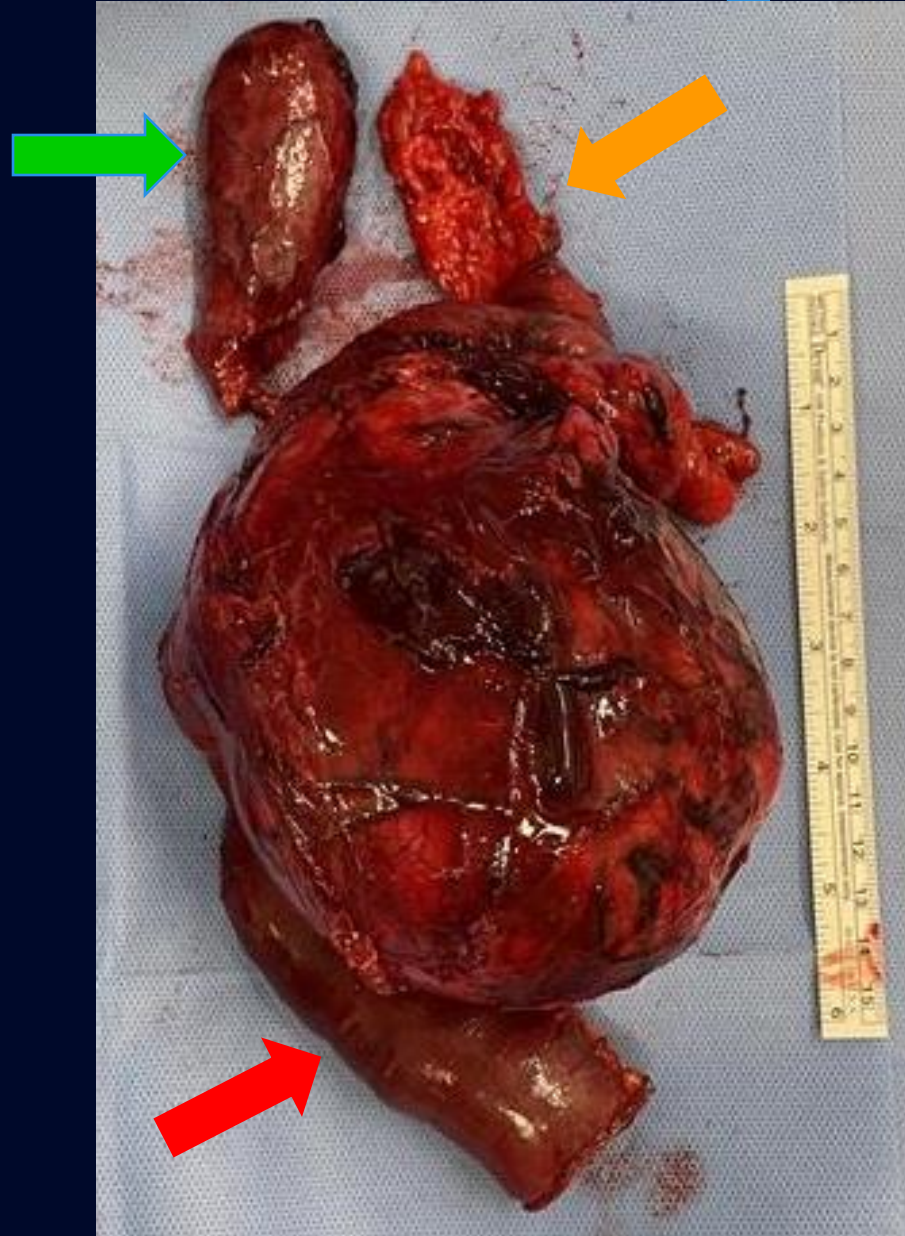
En défaveur :

Pathologie Macroscopique

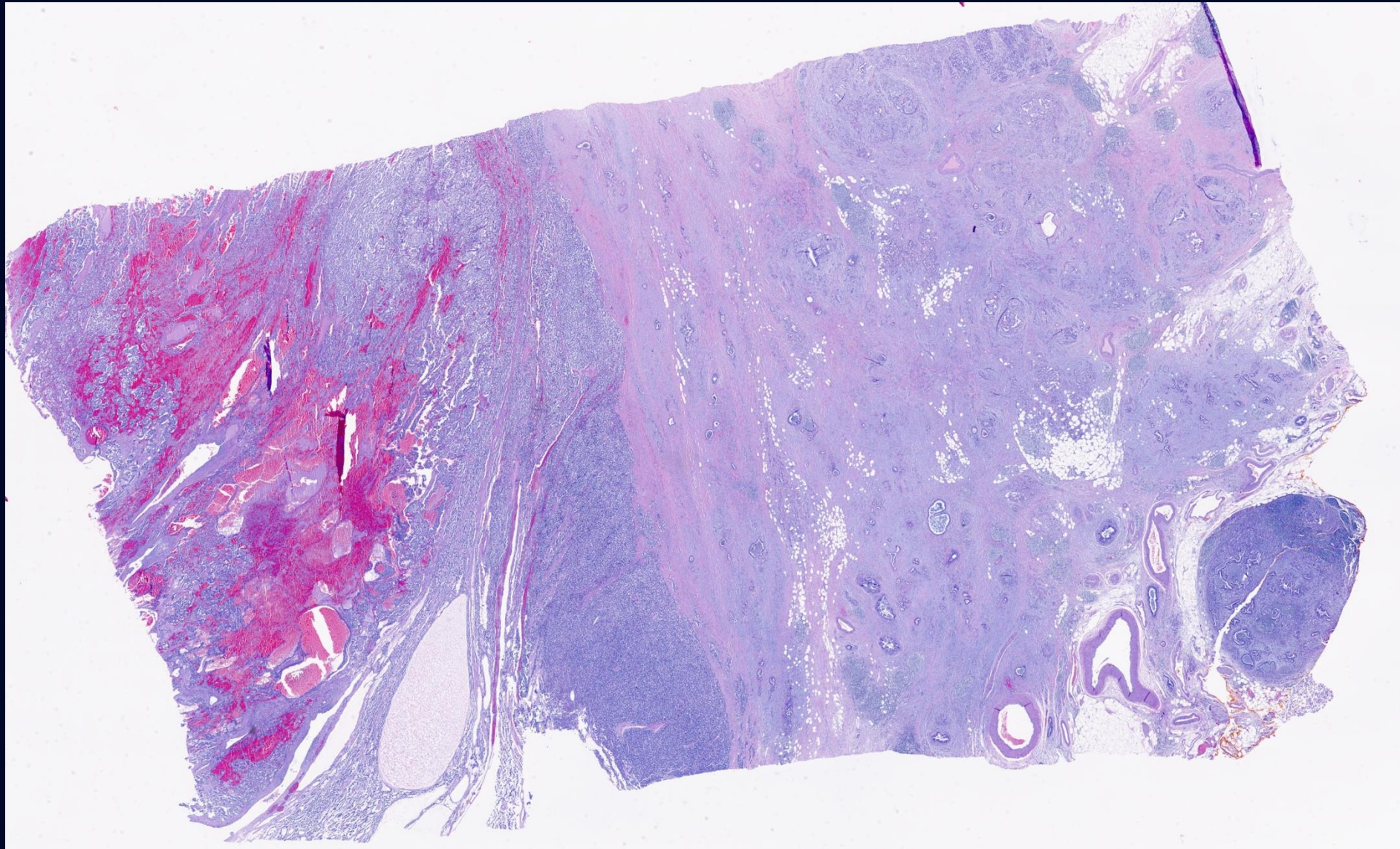
 Duodénum

 Pancréas

 Vésicule biliaire

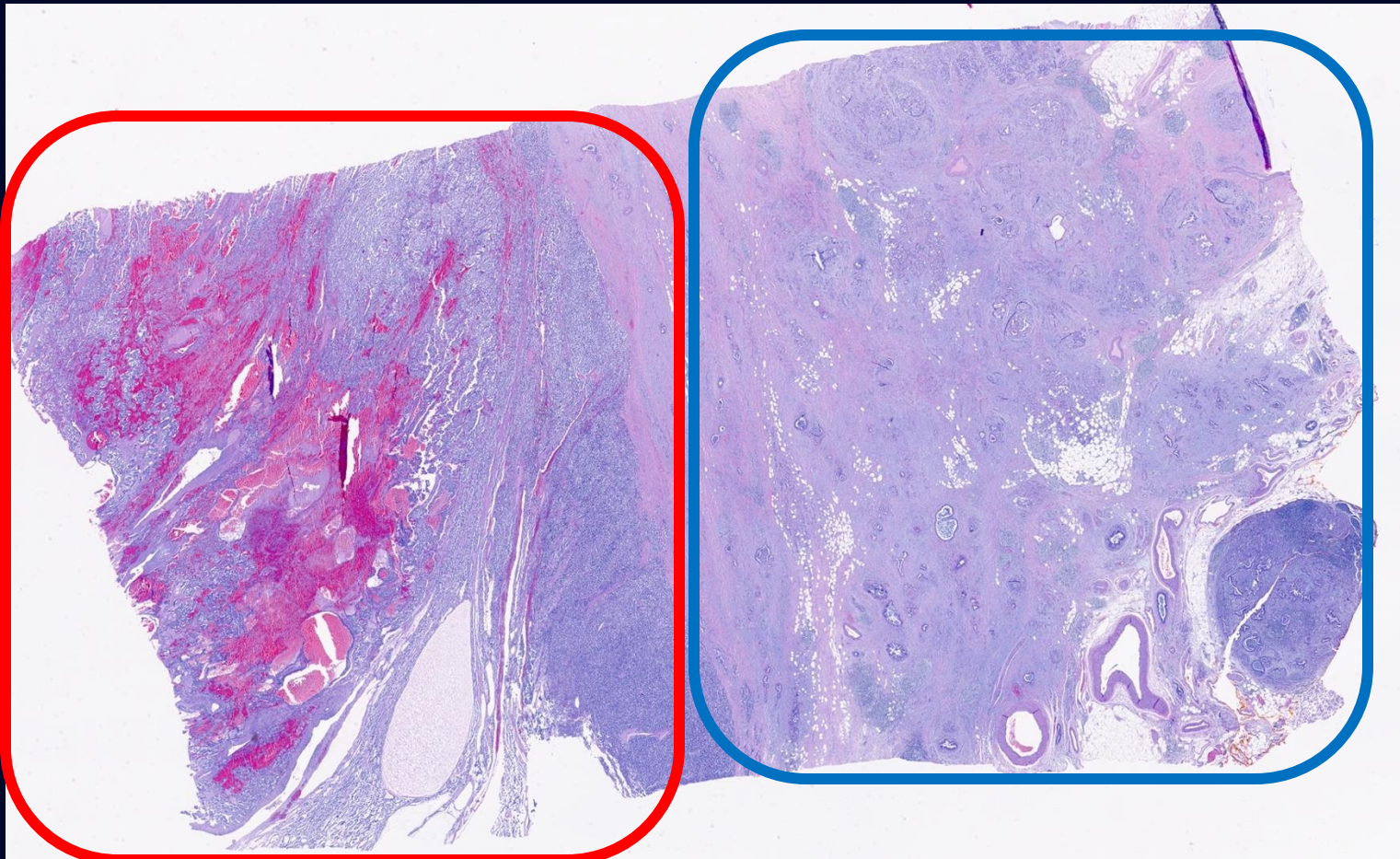


Pathologie Microscopique



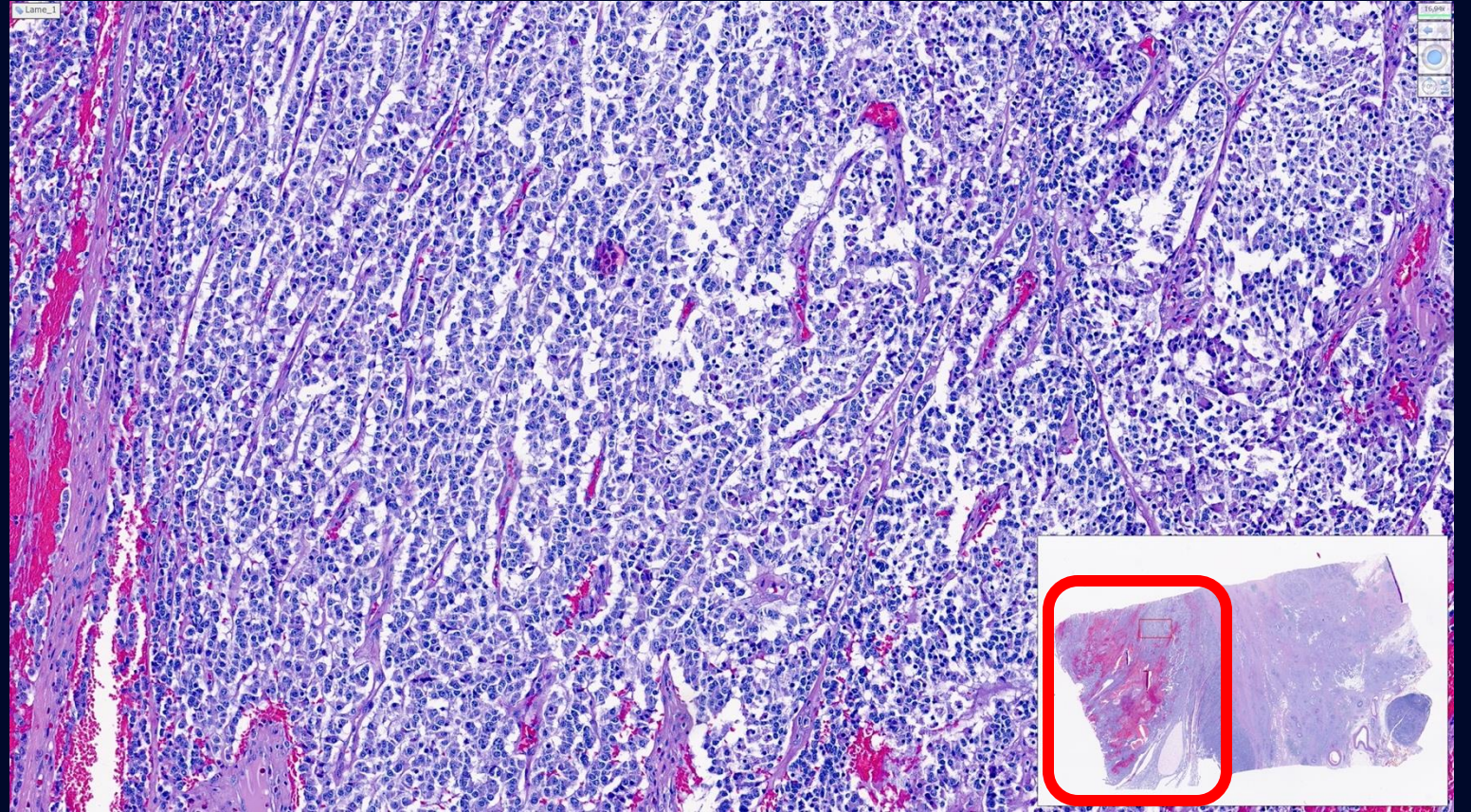
Pathologie Microscopique

Deux processus lésionnels distincts situés dans le parenchyme pancréatique



Pathologie Microscopique

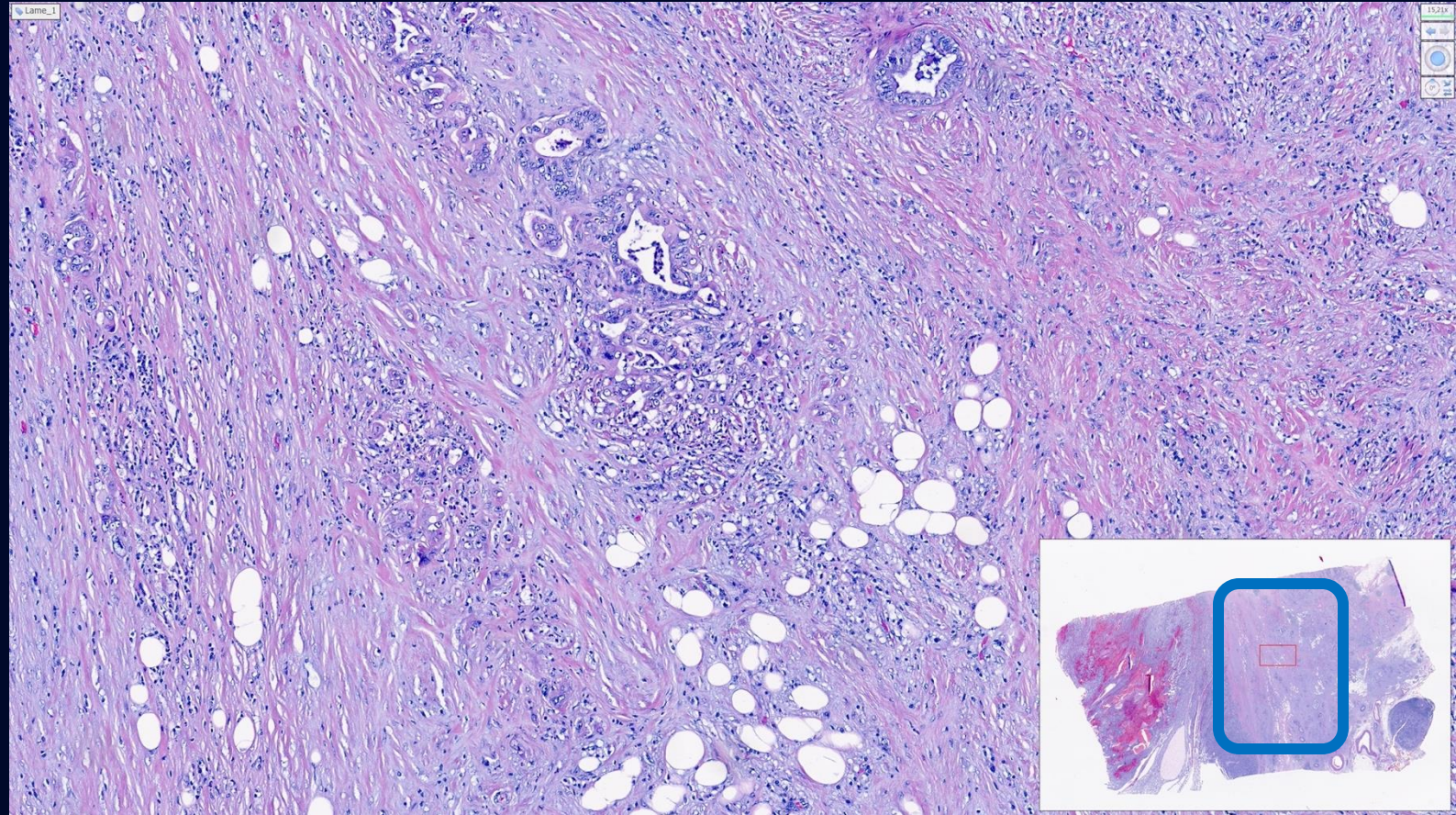
Petites cellules rondes
et monotones avec une
chromatine nucléaire en
« sel et poivre » et une
atypie minimale



Pathologie Microscopique

Structures glandulaires
infiltrantes au sein du
parenchyme pancréatique.

Bande apicale rose
composée de granules de
mucine, de forme et de
distribution irrégulières ;
présence de desmoplasie,
pléomorphisme nucléaire
marqué avec nucléoles
visibles, perte de polarité et
présence de plusieurs
mitoses.



**Diagnostic
final**

Tumeur de collision

- **Tumeur neuroendocrine bien différenciée**
- **Adénocarcinome canalaire infiltrant**

Pronostic + Traitement

- Les tumeurs de collision sont très rares et la littérature sur le sujet demeure limitée.
- Selon la classification histologique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les tumeurs de collision sont composées d'au moins deux composantes tumorales distinctes, séparées par un stroma sans mélange histologique.
- Une entité similaire nommée MiNEN (*tumeurs mixtes neuroendocrines et non neuroendocrines*) peut comporter à la fois des composantes d'adénocarcinome canalaire et de carcinome neuroendocrine, qui peuvent être ou non intimement mêlées.

Pronostic + Traitement

- D'après le petit nombre de cas rapportés, une tumeur de collision présente généralement un pronostic défavorable, avec une survie médiane d'environ 10 mois selon une série de cas publiée.
- Une chirurgie de Whipple avait été réalisée chez ce patient avant de connaître la pathologie finale.
- Compte tenu de la présence de ganglions positifs à la pathologie (non démontrés dans cette présentation), un traitement de chimiothérapie a été débuté chez ce patient.

Références

1. Wang Y, Gandhi S, Basu A, et al. Pancreatic Collision Tumor of Ductal Adenocarcinoma and Neuroendocrine Tumor. ACG Case Rep J. 2018;5:e39. Published 2018 May 23. doi:10.14309/crj.2018.39Agarwal N, Chaudhari, et al. « Redefining Thalamic Vascularisation Vicariously Through Gerald Percheron: A Historical Vignette ». World Neurosurg 2014; 81:198-201.
2. Kim HJ, Choi BG, Kim CY, et al. Collision tumor of the ampulla of Vater - Coexistence of neuroendocrine carcinoma and adenocarcinoma: report of a case. Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2013;17(4):186-190. doi:10.14701/kjhbps.2013.17.4.186
3. Raman SP, Hruban RH, Cameron JL, Wolfgang CL, Fishman EK. Pancreatic imaging mimics: part 2, pancreatic neuroendocrine tumors and their mimics. AJR Am J Roentgenol. 2012;199(2):309-318.