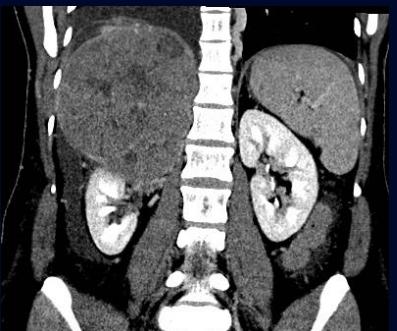
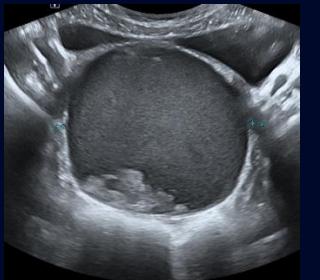
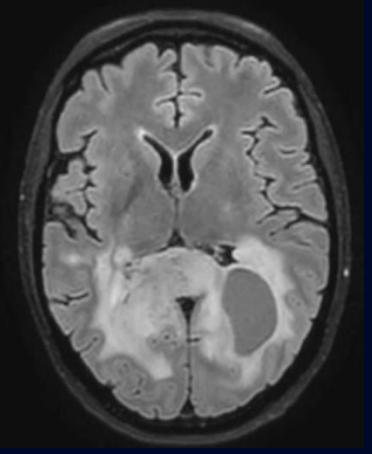


60^e
ANNIVERSAIRE

Département de
radiologie,
radio-oncologie
et médecine nucléaire

Faculté de médecine



Cas de la semaine #383

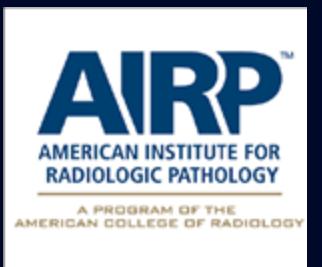
10 novembre 2025

Préparé par Dr David Camirand R5

Dr Alexandre Dugas MD FRCPC

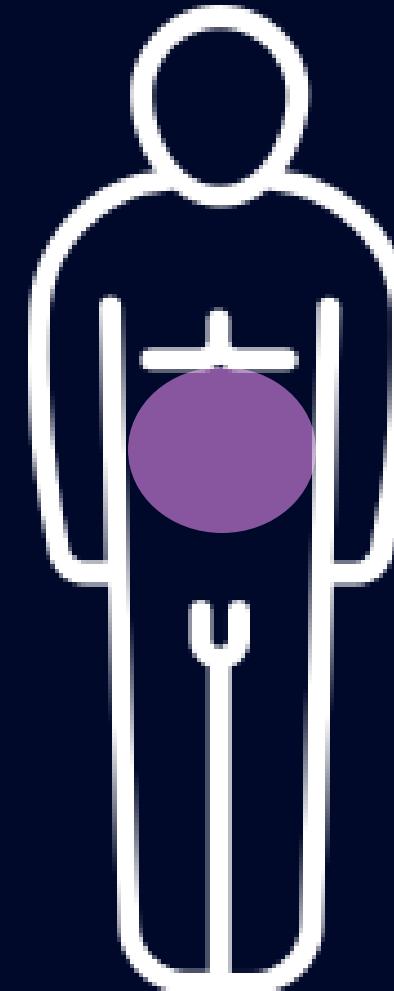
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Cas AIRP



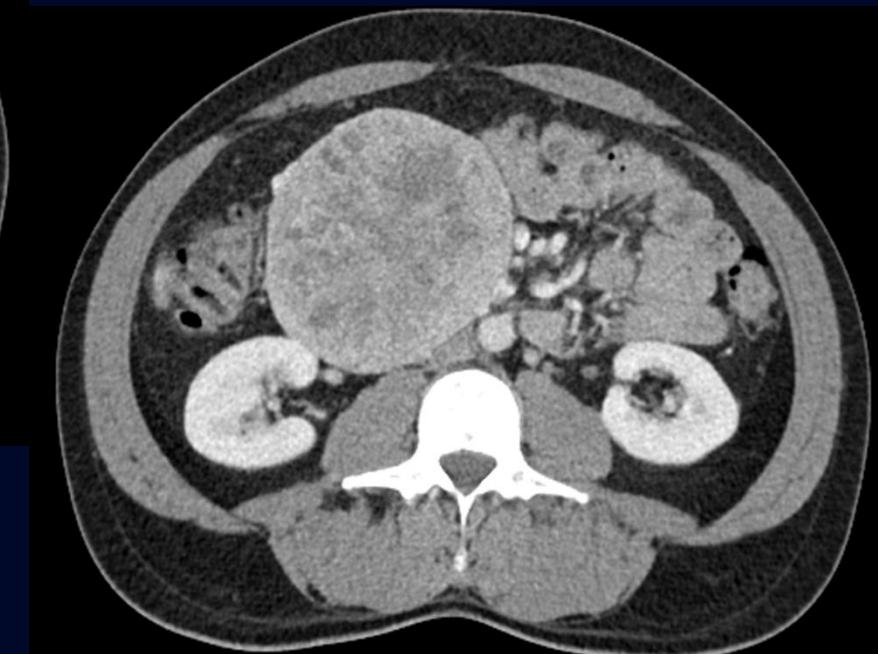
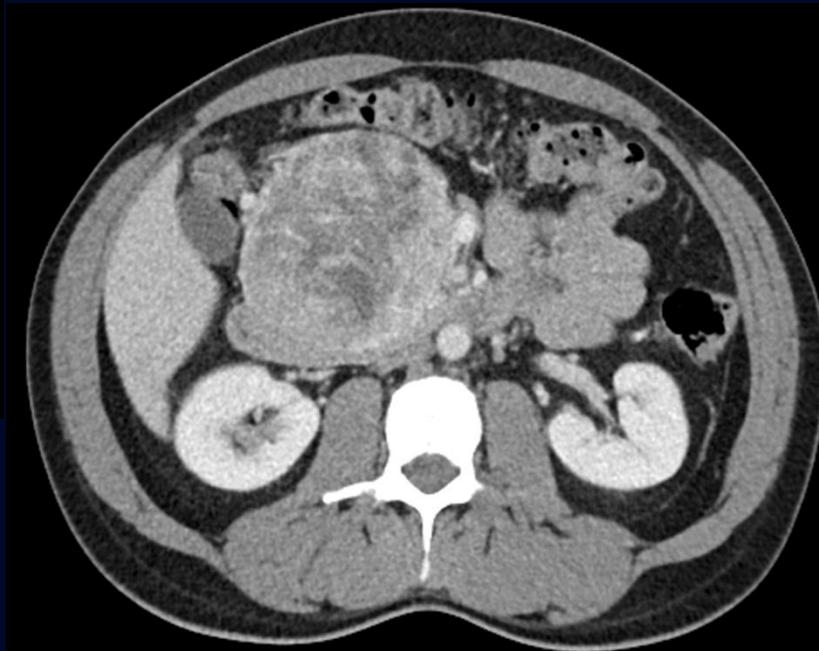
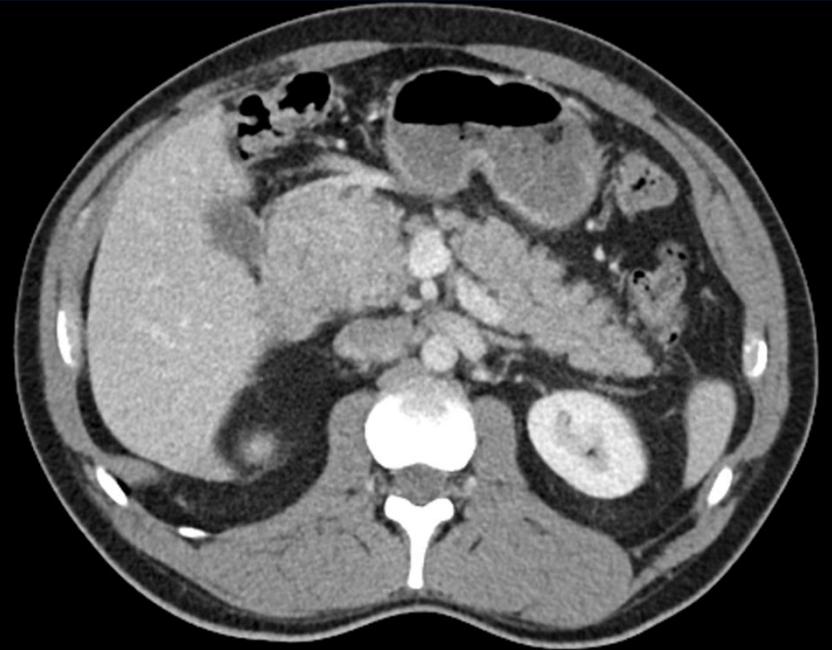
Histoire Clinique

- 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

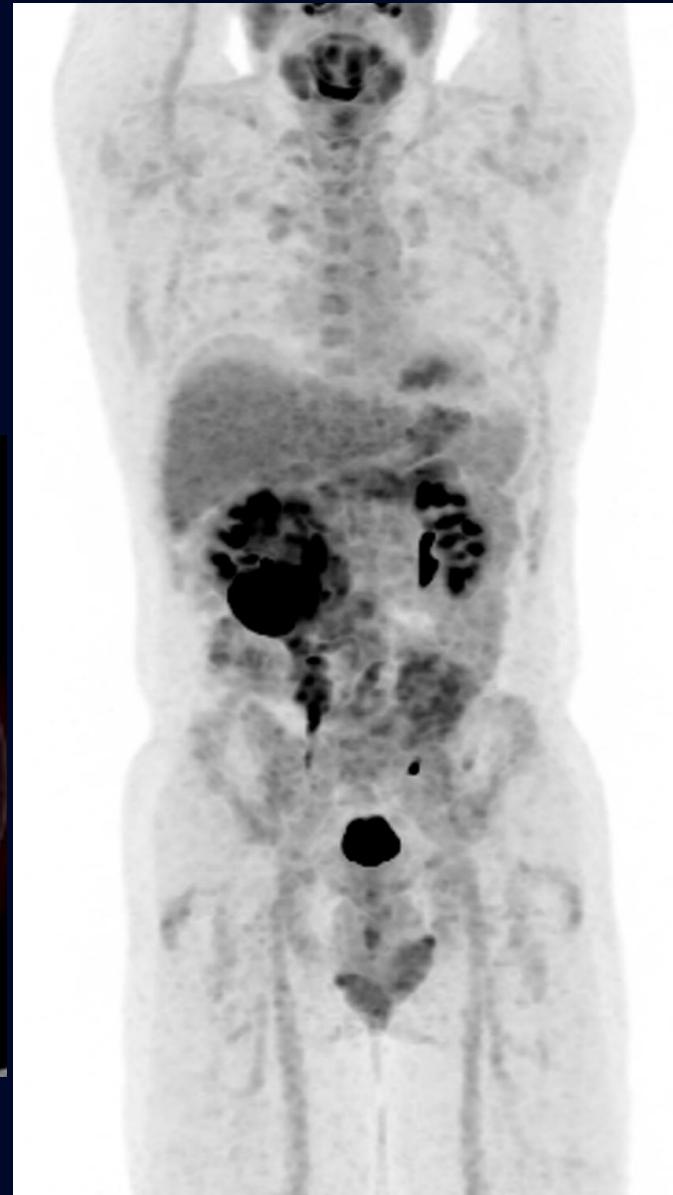
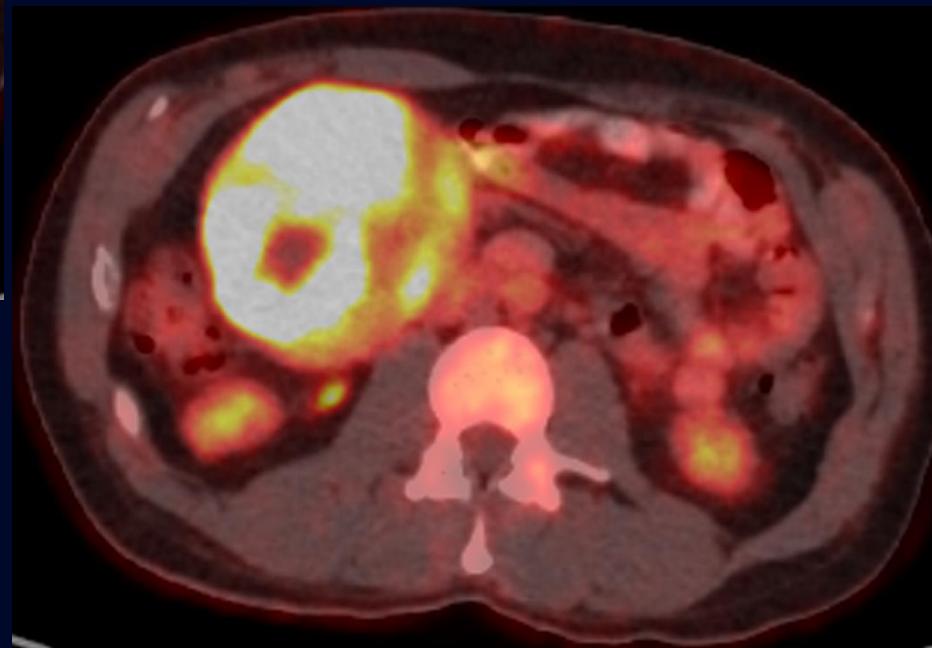
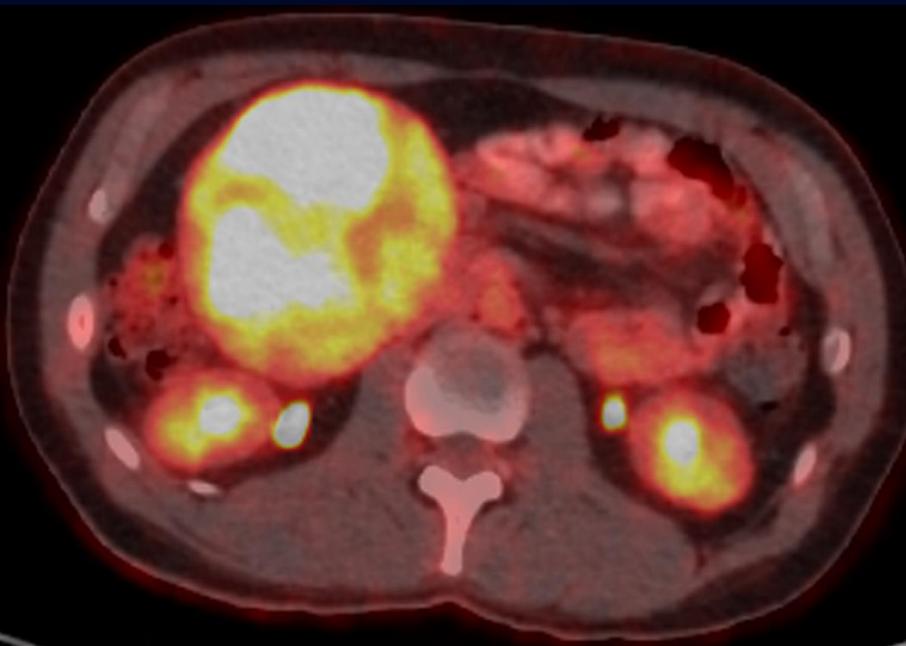
Scan abdomino-pelvien C+



Scan abdomino-pelvien C+



TEP-Scan au ^{18}F -FDG



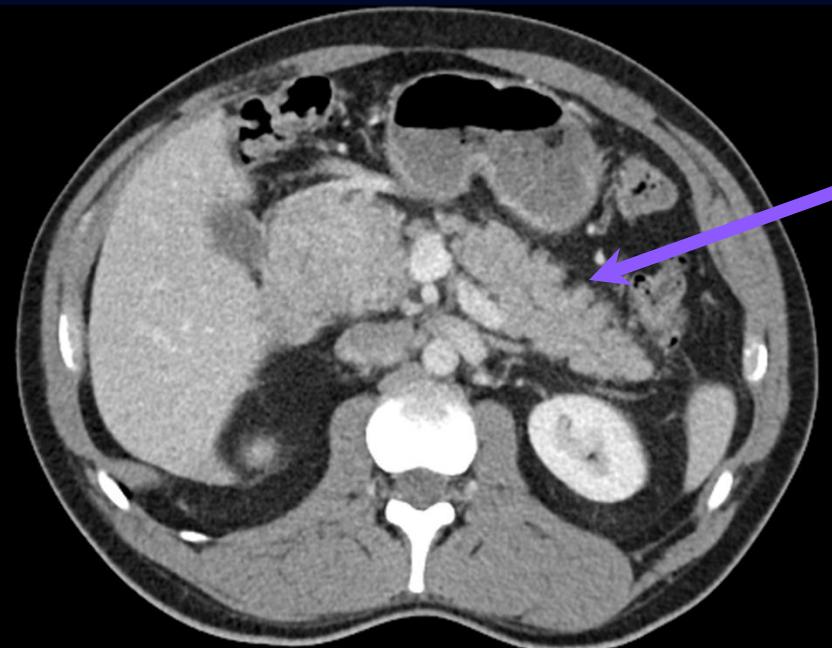
Description scan abdo-pelv C+

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

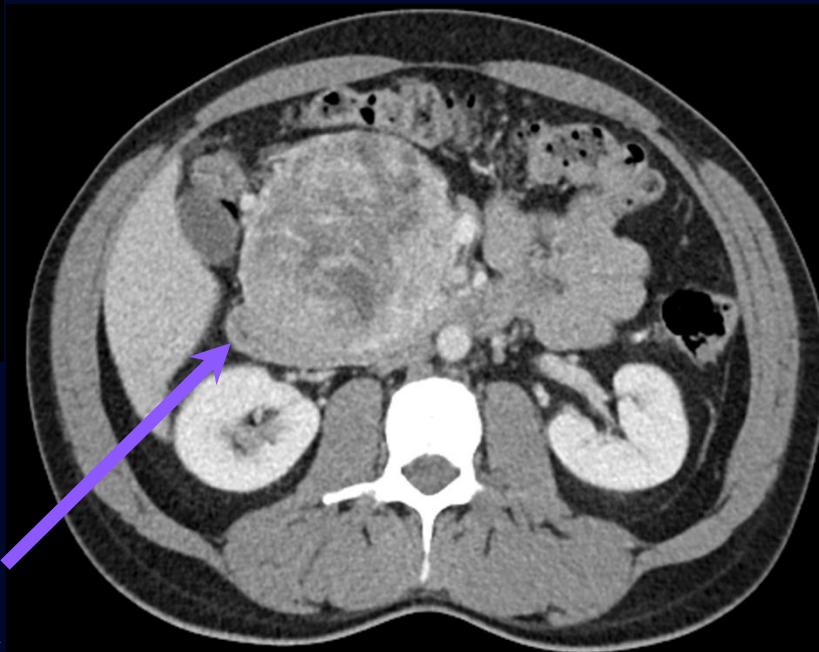
Les contours sont bien délimités, sans envahissement des structures adjacentes.



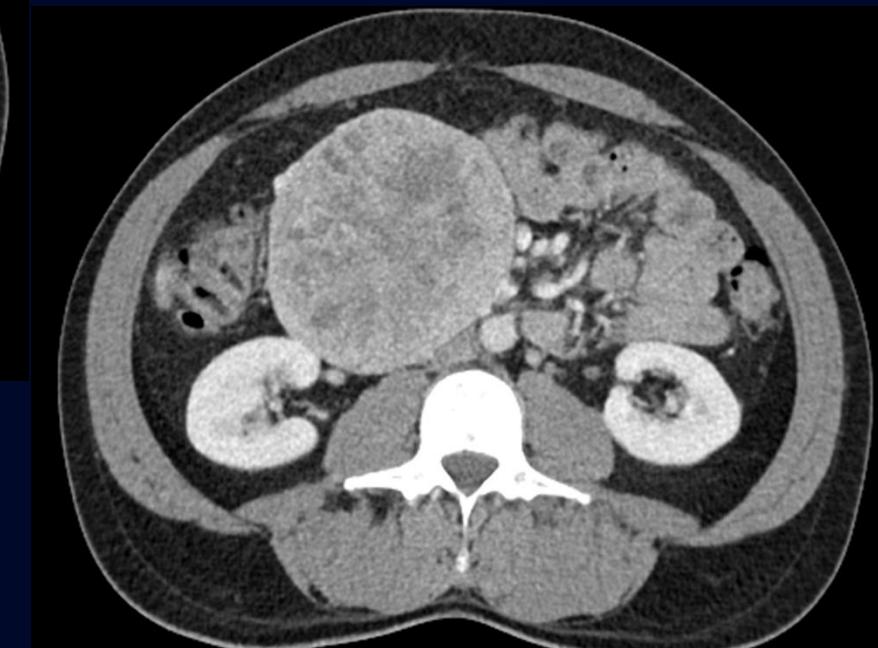
Description scan abdo-pelv C+



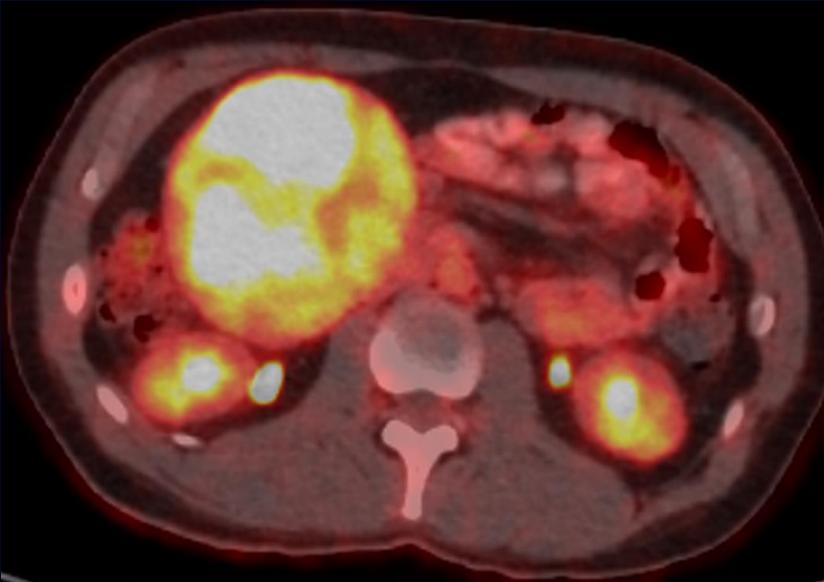
Perte du plan de clivage avec la troisième portion du duodénum.



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

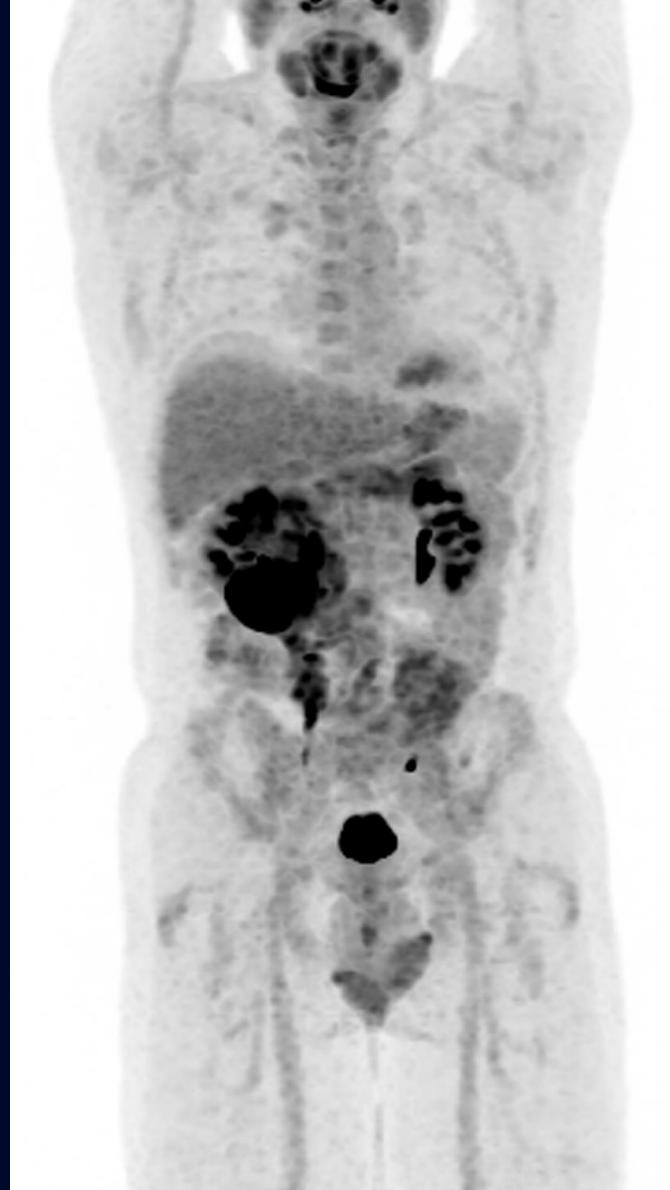
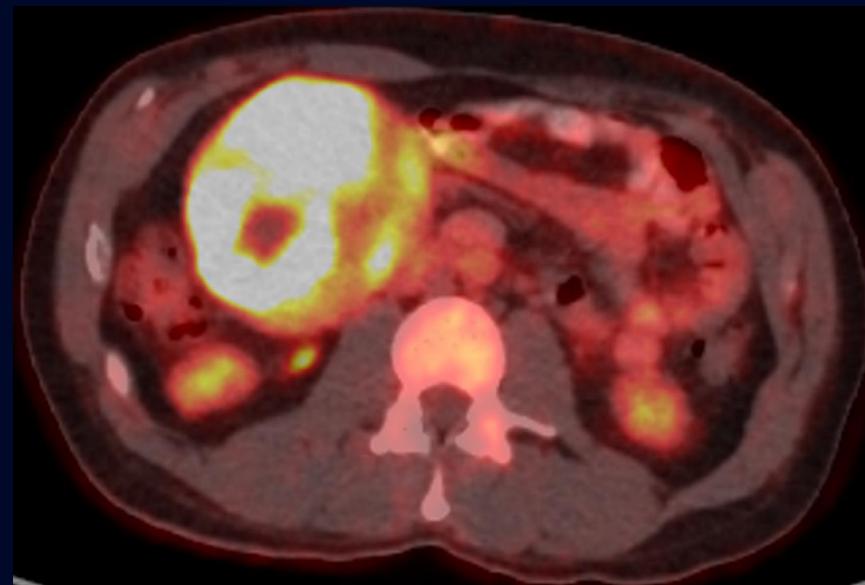


Description TEP-Scan au 18F-FDG



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
- GIST duodénal
- Tumeur fibreuse solitaire
- Sarcome rétropéritonéal



En faveur :

- Tumeur hypervasculaire
- Contenu interne hétérogène/nécrotique

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

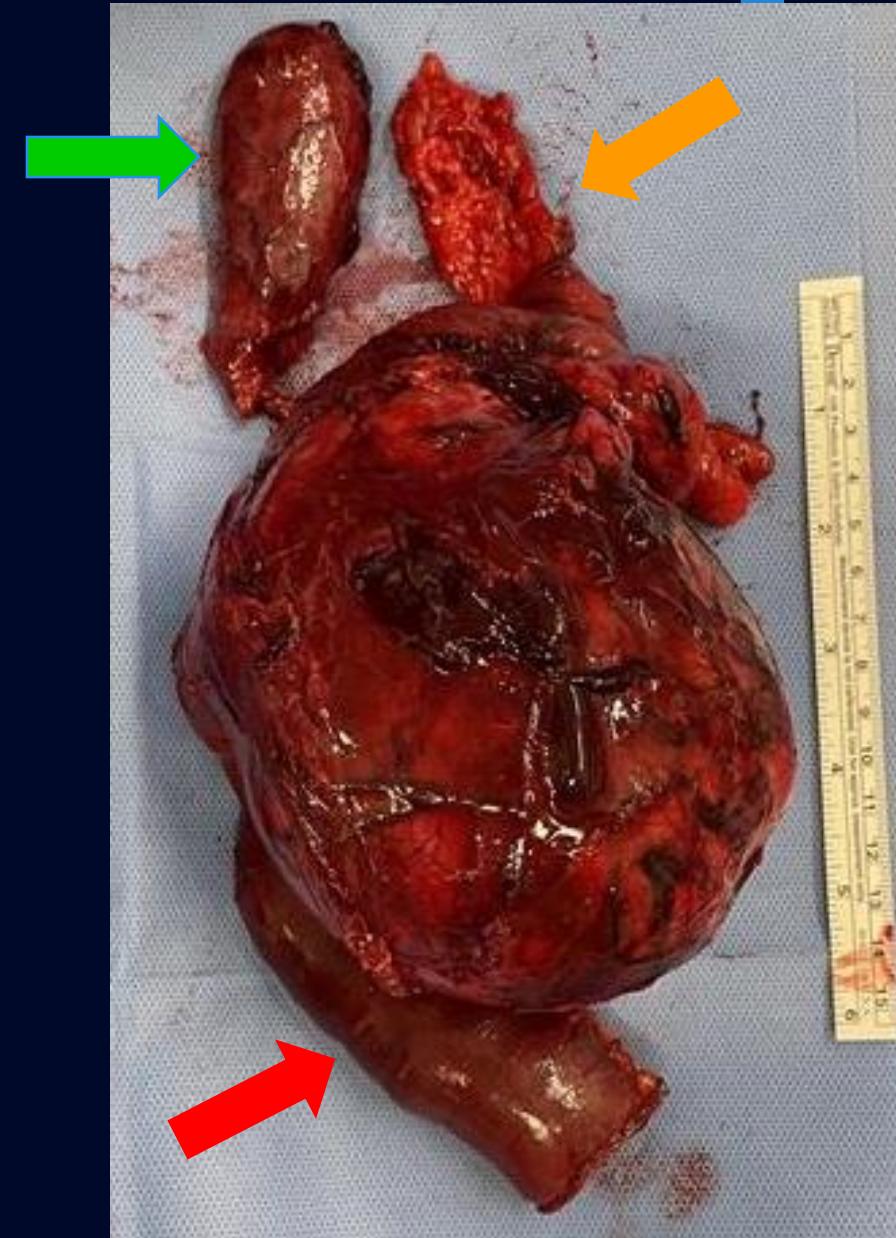
En faveur :

- Volumineuse masse hétérogène

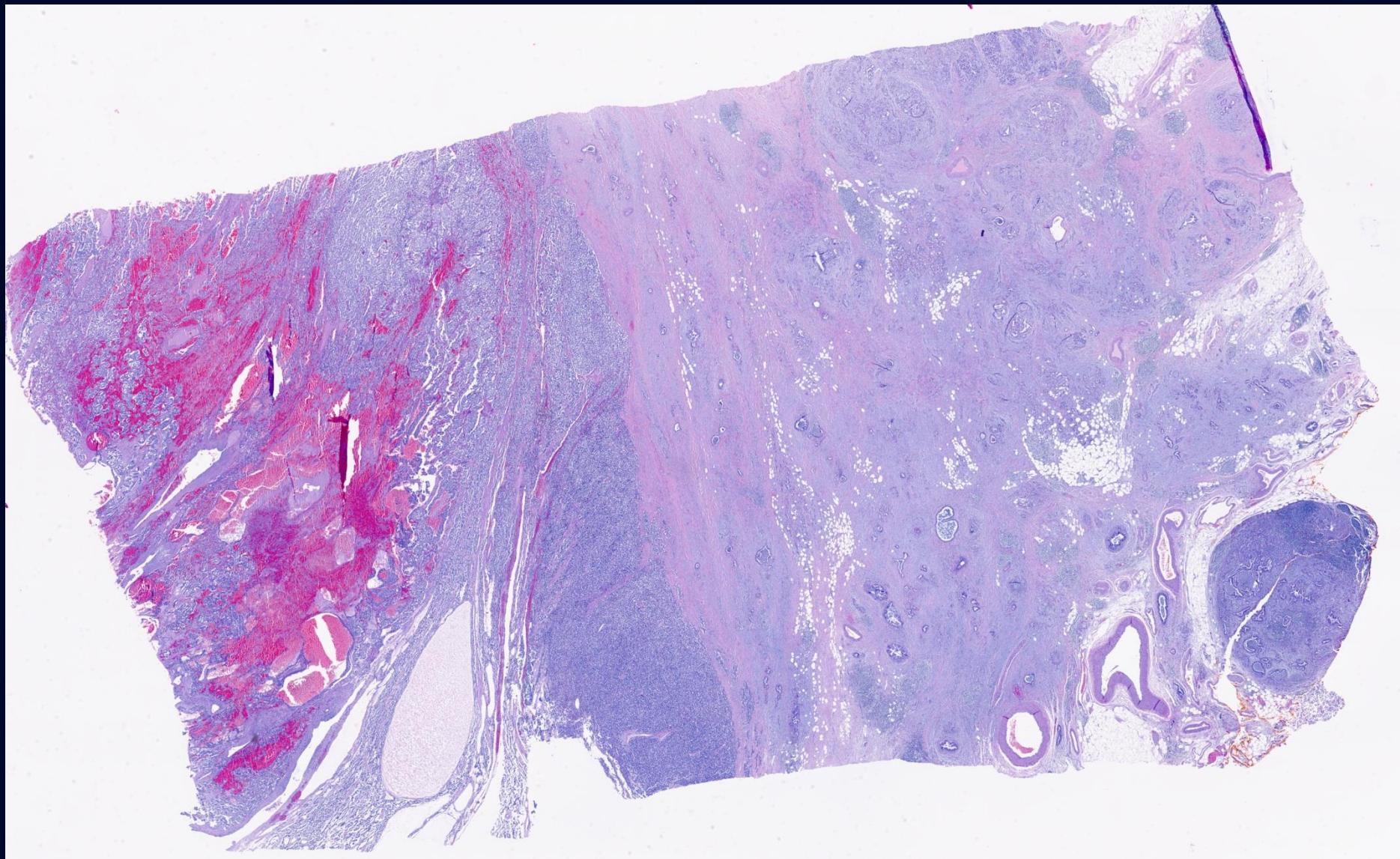
En défaveur :

Pathologie Macroscopique

- Duodénum
- Pancréas
- Vésicule biliaire

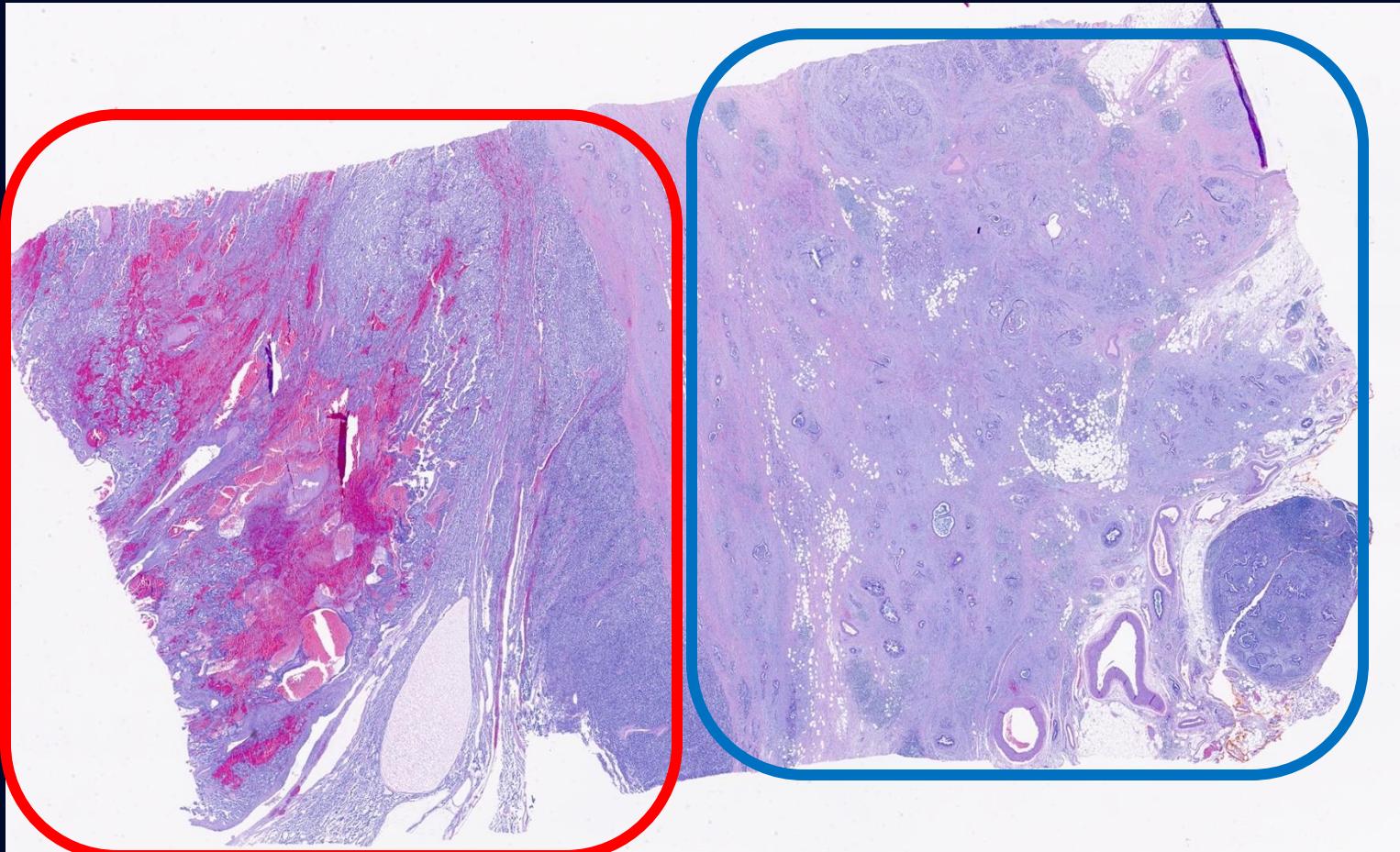


Pathologie Microscopique



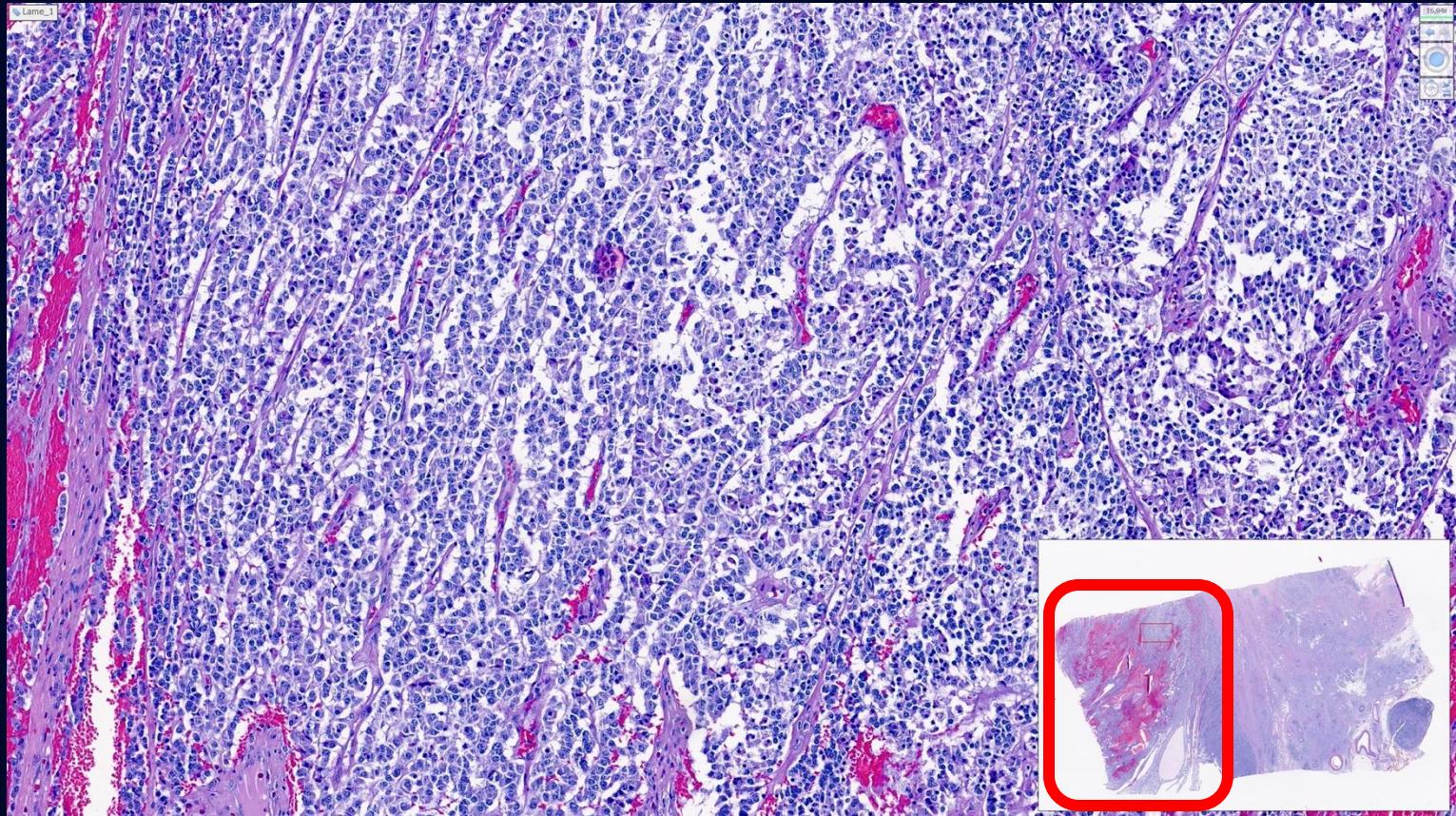
Pathologie Microscopique

Deux processus lésionnels distincts situés dans le parenchyme pancréatique



Pathologie Microscopique

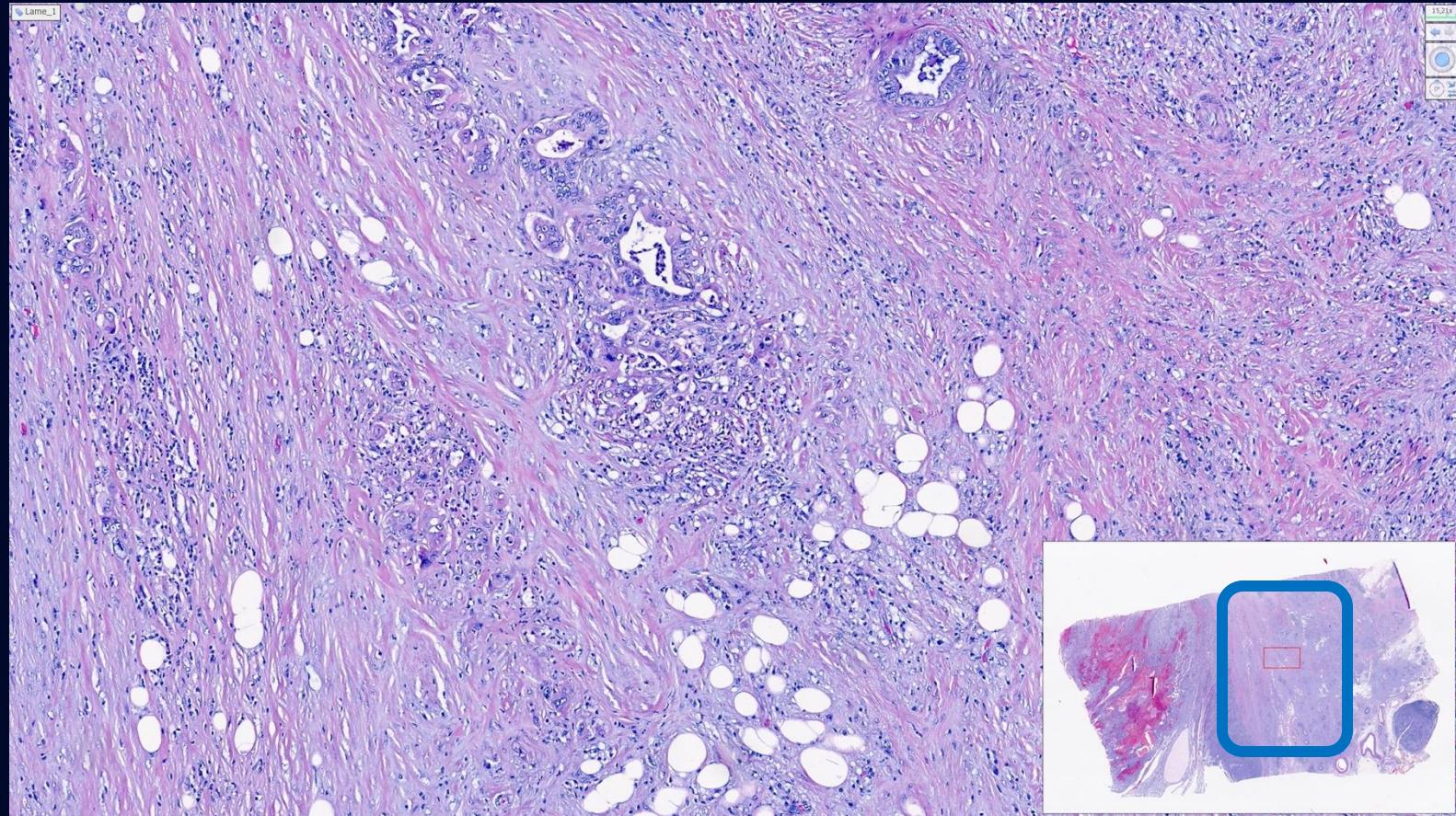
Petites cellules rondes et monotones avec une chromatine nucléaire en « sel et poivre » et une atypie minimale



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.