



Métastase pancréatique d'un carcinome rénal à cellules claires : A propos d'un cas.

D. Belabdi¹, H. Fizi², C. Bouzid³, F. Fennouche⁴, Z. Benlahreche⁵, M. Oukkal¹

1. Service d'oncologie médicale CHU Beni Messous; Faculté de médecine d'Alger.
2. Service d'oncologie médicale EPH Mohamed Boudiaf; Faculté de médecine de Ouargla.
3. Service de chirurgie oncologique CAC Draa Ben Khedda; Faculté de médecine de Tizi Ouzou.
4. Service de radiologie CHU Bab El Oued.
5. Service d'oncologie médicale CAC Chahid Mohamed Rezzoug; Faculté de médecine de Laghouat.

E-Mail: belabdi.djihad89@gmail.com

Résumé:

Les métastases pancréatiques du carcinome rénal à cellules claires (CRCC) sont rares et surviennent souvent plusieurs années après la néphrectomie. Nous rapportons le cas d'une patiente, suivie pour un antécédent de CRCC, chez qui une masse pancréatique hypervascularisée a été découverte dans le cadre de la surveillance. L'analyse histologique de la biopsie pancréatique a confirmé son origine rénale. La patiente a été traitée par pazopanib, un inhibiteur de tyrosine kinase, avec une réponse complète. Ce cas souligne l'importance de considérer une origine métastatique devant toute masse pancréatique chez un patient avec un antécédent de CRCC, ainsi que le rôle prometteur des thérapies ciblées dans la prise en charge de ces métastases.

Mots clés : Pancréas, métastase, carcinome rénal à cellules claires, pronostic favorable.

Abstract:

Pancreatic metastases from clear cell renal cell carcinoma (ccRCC) are rare and often occur several years after nephrectomy. We report the case of a patient with a history of ccRCC in whom a hypervascular pancreatic mass was incidentally discovered during routine surveillance. Histological analysis of the pancreatic biopsy confirmed its renal origin. The patient was treated with pazopanib, a tyrosine kinase inhibitor, achieving a complete response. This case highlights the importance of considering a metastatic origin for any pancreatic mass in patients with a history of ccRCC, as well as the promising role of targeted therapies in the management of such metastases.

Keywords: Pancreas, metastasis, clear cell renal carcinoma, favorable prognosis.

Introduction:

Les métastases pancréatiques sont rares et représentent environ 2 à 5 % de l'ensemble des tumeurs malignes du pancréas (1,2). Les tumeurs primaires les plus fréquemment impliquées sont le carcinome rénal à cellules claires (CRCC), le mélanome, ainsi que les cancers du sein, de l'ovaire et du côlon. Le CRCC est à l'origine de près de la moitié des métastases pancréatiques, ce qui en fait la cause la plus fréquente (3,4). Ces métastases peuvent survenir plusieurs années après le traitement du cancer initial et posent souvent un défi diagnostique, tant sur le plan clinique que radiologique (1).

Nous rapportons ici le cas d'une patiente présentant une métastase pancréatique d'un CRCC, découverte lors de la surveillance, plusieurs années après la néphrectomie. Ce cas souligne l'importance d'envisager une étiologie métastatique devant toute masse pancréatique, en particulier chez les patients ayant des antécédents de néoplasie rénale.

Observation :

Patiente de 74 ans, suivie pour un diabète de type II et une hypertension artérielle sous traitement, opérée en 2017 pour une masse rénale gauche. Elle avait alors bénéficié d'une néphrectomie totale gauche et l'examen anatomopathologique avait conclu à un carcinome rénal à cellules claires, de grade nucléaire 2, classé pT1b. Aucun systémique a été privilégié. Un traitement par pazopanib, un inhibiteur

de tyrosine kinase, n'avait été jugé nécessaire, et une surveillance régulière avait été mise en place.

En octobre 2022, un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TDM TAP) de contrôle a révélé la présence d'adénopathies médiastinales, dont la plus volumineuse mesurait 28×18 mm, ainsi qu'une masse pancréatique hypervascularisée située au niveau de la tête du pancréas, mesurant 26×24 mm, en contact direct avec la veine mésentérique supérieure. Deux autres lésions nodulaires pancréatiques, partageant la même sémiologie radiologique, mesuraient respectivement 13×16 mm et 15×12 mm (Figure 1).

Le dossier a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire. Le caractère hypervascularisé de la masse évoquait initialement une tumeur neuroendocrine. Une biopsie pancréatique a donc été réalisée, et l'analyse histologique, avec immunohistochimie, a conclu à une localisation secondaire pancréatique d'un carcinome rénal à cellules claires (CD10+ / PAX8+).

Un bilan d'extension, complété par une scintigraphie osseuse, n'a pas mis en évidence d'atteinte osseuse secondaire.

Compte tenu de l'âge de la patiente, de la présence d'adénopathies médiastinales et des lésions pancréatiques multiples, un traitement

multikinase, a été initié en décembre 2022. Les différentes évaluations

radiologiques ont montré une réponse progressive, avec obtention d'une réponse complète en septembre 2024 (Figure 2). Le traitement a été globalement bien toléré, mis à part quelques élévations de la tension

artérielle, ayant nécessité un ajustement de son traitement antihypertenseur. À ce jour, la patiente poursuit son traitement avec une évolution clinique et radiologique favorable.



Figure 1: TDM TAP octobre 2022 montrant les masses pancréatiques hypervascularisées.

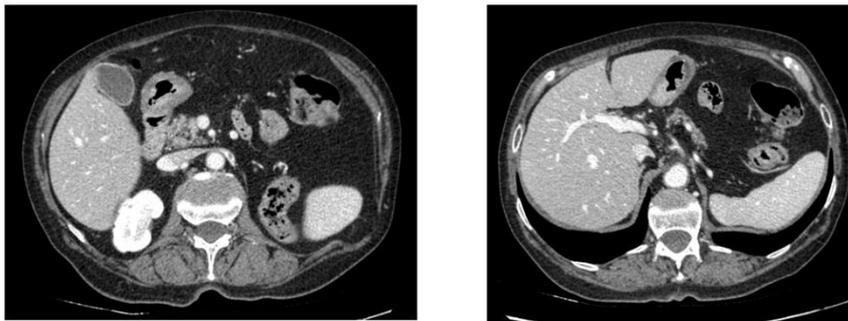


Figure 2: TDM TAP septembre 2024 montrant la disparition des lésions (Réponse complète)

Discussion :

Les métastases pancréatiques du CRCC surviennent principalement par voie hématogène. Elles peuvent apparaître de façon synchrone ou, plus fréquemment, métachrone, parfois plusieurs années après la néphrectomie, ce qui justifie un suivi prolongé (5).

Cliniquement, ces métastases sont souvent silencieuses et de découverte

fortuite. L'imagerie, notamment le scanner et l'IRM, jouent un rôle clé dans le diagnostic en montrant des lésions bien limitées et hypervascularisées, faisant suspecter une tumeur neuroendocrine. Le diagnostic définitif repose sur l'étude histologique avec analyse immunohistochimique, essentielle pour confirmer l'origine métastatique (1,6).

Le traitement des métastases pancréatiques du CRCC repose sur une

approche individualisée. La chirurgie, avec des résections adaptées à la localisation des lésions, peut être envisagée dans les formes oligométastatiques, bien qu'elle expose à une morbidité non négligeable (6,7). Toutefois, les traitements médicamenteux ciblés, en particulier les inhibiteurs de tyrosine kinase comme le pazopanib, ont démontré une efficacité notable, pouvant conduire à des réponses complètes, comme dans le cas rapporté. L'immunothérapie constitue également une arme thérapeutique importante (8,9). La réponse thérapeutique peut néanmoins varier selon le site métastatique.

permettent de les identifier avec précision. Grâce aux avancées thérapeutiques, notamment les traitements ciblés comme le pazopanib, ces métastases peuvent bénéficier d'un contrôle efficace. Une approche personnalisée et multidisciplinaire reste indispensable pour optimiser la prise en charge et améliorer le pronostic de ces patients.

Contrairement au pronostic généralement défavorable des maladies métastatiques, les métastases pancréatiques du CRCC présentent une évolution souvent indolente et un pronostic relativement favorable, même en cas de lésions multiples (1,5,6). Cette particularité s'explique à la fois par la nature biologique du CRCC et par l'efficacité croissante des traitements médicamenteux. Une prise en charge multidisciplinaire demeure essentielle pour adapter la stratégie thérapeutique à chaque patient et optimiser les résultats cliniques.

Conclusion :

Les métastases pancréatiques du CRCC, bien que rares, doivent toujours être envisagées devant une masse pancréatique, en particulier chez les patients ayant un antécédent néoplasique rénal, même ancien. Leur présentation souvent silencieuse et leur survenue tardive rendent le diagnostic difficile, mais l'imagerie et l'étude histologique

Références:

1. Balaban, D.V.; Coman, L.; Marin, F.S.; Balaban, M.; Tabacelia, D.; Vasilescu, F.; Costache, R.S.; Jinga, M. Metastatic Renal Cell Carcinoma to Pancreas: Case Series and Review of the Literature. *Diagnostics* **2023**, *13*, 1368. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13081368>.
2. Cheng, S.K.H.; Chuah, K.L. Metastatic Renal Cell Carcinoma to the Pancreas: A Review. *Arch. Pathol. Lab. Med.* **2016**, *140*, 598–602.
3. Li, J.; Liu, Y.; Deng, T.; Yang, S.; Chen, J.; Wu, W.; He, Y. Pancreatic metastasis of renal clear cell carcinoma: A case report and literature review. *Dig. Med. Res.* **2019**, *2*, 40.
4. Ballarin, R.; Spaggiari, M.; Cautero, N.; De Ruvo, N.; Montalti, R.; Longo, C.; Pecchi, A.; Giacobazzi, P.; De Marco, G.; D'Amico, G.; et al. Pancreatic metastases from renal cell carcinoma: The state of the art. *World J. Gastroenterol.* **2011**, *17*, 4747–4756.
5. Wente, M.N.; Kleeff, J.; Esposito, I.; Hartel, M.; Müller, M.W.; Fröhlich, B.E.; Büchler, M.W.; Friess, H. Renal cancer cell metastasis into the pancreas: A single-center experience and overview of the literature. *Pancreas* **2005**, *30*, 218–222.
6. Cortez, N.; Berzosa, M.; Mahfouz, M.; Dvir, K.; Galarza Fortuna, G.M.; Ben-David, K. Diagnosis and Treatment of Metastatic Disease to the Pancreas. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Technol. A* **2020**, *30*, 1008–1012.
7. Shin, T.J.; Song, C.; Jeong, C.W.; Kwak, C.; Seo, S.; Kang, M.; Chung, J.; Hong, S.-H.; Hwang, E.C.; Park, J.Y.; et al. Metastatic renal cell carcinoma to the pancreas: Clinical features and treatment outcome. *J. Surg. Oncol.* **2021**, *123*, 204–213.
8. Santoni, M.; Conti, A.; Partelli, S.; Porta, C.; Sternberg, C.N.; Procopio, G.; Bracarda, S.; Basso, U.; De Giorgi, U.; Derosa, L.; et al. Surgical resection does not improve survival in patients with renal metastases to the pancreas in the era of tyrosine kinase inhibitors. *Ann. Surg. Oncol.* **2015**, *22*, 2094–2100.
9. Zhang, Z.Y.; Li, X.Y.; Bai, C.M.; Zhou, Y.; Wu, X.; Yang, A.M.; Hua, S.R. The clinicopathologic features and prognostic analysis of pancreatic metastasis from clear cell renal cell carcinoma. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* **2020**, *42*, 44–49.