

Les insulinomes malins - à propos de 2 cas -

S.Atraki, S. El Aziz, A. Mjabber, A. Chadli

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques
CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca

INTRODUCTION

- Les insulinomes sont rares et sont malins dans 4 à 1 % des cas. Sont assimilées à la catégorie des tumeurs neuroendocrines (TNE) pancréatiques bien différenciées fonctionnelles
- Le diagnostic de malignité est difficile à porter, en dehors d'une dissémination tumorale.
- Les localisations secondaires sont principalement ganglionnaires et hépatiques.
- Le pronostic est sombre avec une survie de moins de 10% à 2 ans.

OBSERVATION 1

- Patient âgé de 60ans, a présenté 4mois avant son hospitalisation une triade de Whipple avec hypoglycémie sévères associée à des épigastralgies dans un contexte d'altération de l'état général .
- Bilan biologique :
 - Glycémie à 0.3 g/l concomitante à une Insulinémie à 11.1 ui/ml, un taux de Peptide C à 3.13 ug/l.
- L'imagerie par résonance magnétique : masse de la queue de pancréas associé à des lésions hépatiques d'allure secondaires.
- Traitement : Analogues de somatostatine + Glucocorticoïdes puis spléno pancréatectomie caudale avec biopsie des métastases hépatique .
- Histologie : Tumeur neuroendocrine bien différencié de Grade 2 Stade PT4N0M1a. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la symptomatologie.

OBSERVATION 2

- Patient âgé de 78ans, a présenté 2 ans avant son admission une triade de Whipple avec hypoglycémies sévères associé à des douleurs abdominales avec notion de prise de poids .
- Bilan biologique : Glycémie à 0.26g/l concomitante à une insulinémie à 532 pmol/l et un taux de peptide C à 5.63 ug/l.
- Imagerie par résonance magnétique : masse de la queue du pancréas envahissant les structures adjacente (Figure 1).
- Traitement : Analogue de somatostatine + Glucocorticoïdes puis spléno pancréatectomie caudale avec curage ganglionnaire. Histologie : Tumeur neuroendocrine bien différenciée grade 3 classé PT4N1M0. L'évolution a été marquée par un arrêt cardiorespiratoire à J1 postop.

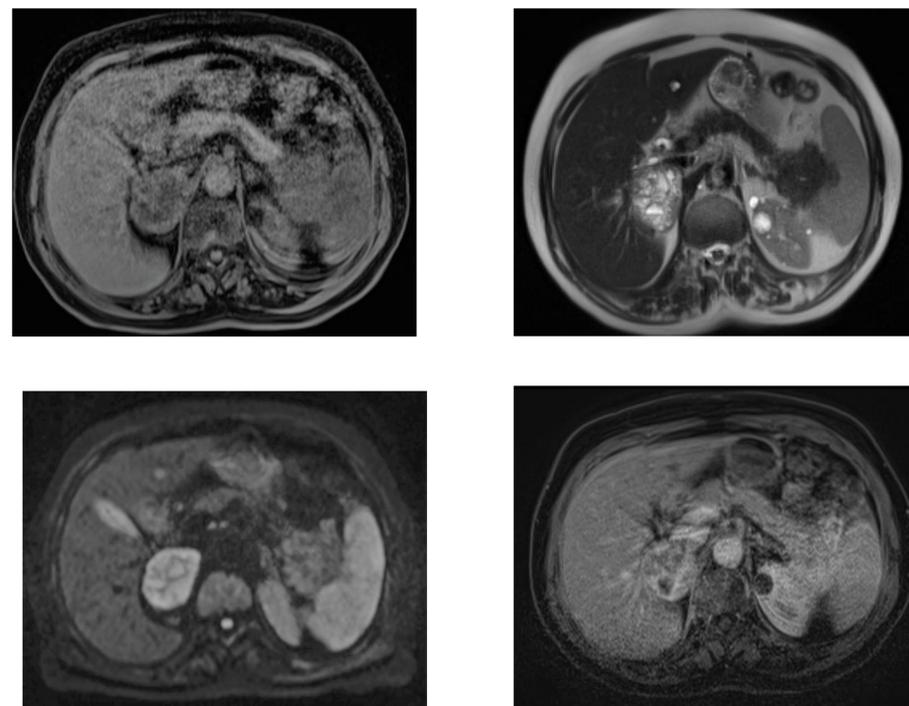


Figure 1 : Masse de la queue du pancréas mal limitée en hyposignal T1, hyposignal T2 discret hypersignal diffusion réhaussée de façon hétérogène après injection de gadolinium mesurant 48x54x47mm envahissant latéralement la rate et le hile splénique ,en bas le pole supérieur et la face antérieur du rein gauche avec infiltration de la graisse mésentérique adjacente Adénopathie latéroaortique mesurant 25mm en regard du hile rénal gauche

DISCUSSION

- La malignité de l'insulinome est affirmée par : une rechute, une extension tumorale locorégionale extra-pancréatique , ganglionnaire ou à distance.
- L'objectif du traitement : réduire la sécrétion hormonal et le volume tumorale .
- Moyens : mesure générales, diazoxide, analogues de somatostatine, évérolimus, glucocorticoïdes, chirurgie, chimioembolisation hépatique, radiothérapie métabolique..
- Pronostic : classification anatomopathologique OMS 2010.

CONCLUSION

- L'insulinome malin pose essentiellement le problème de diagnostic de malignité qui est posé devant la présence de localisations secondaires.
- Sa prise en charge a été améliorée par l'introduction de nouvelles modalités thérapeutiques mais elle reste difficile et le pronostic est sombre s

REFERENCES

- 1- Baudin et al . Recommandations pour la prise en charge de l'insulinome malin. *La Presse Médicale*, 43(6).2014
- 2- Begu-Le Corroller, et al. Aggressive multimodal therapy of sporadic malignant insulinoma can improve survival: a retrospective 35-year study of 12 patients. *Diabetes & metabolism*, 34(4). 2008