

La chirurgie dans les cancers du pancréas en 2026

Ugo Marchese
Hôpital Cochin
Université Paris Cité

Un peu d'histoire



TREATMENT OF CARCINOMA OF THE AMPULLA OF VATER

ALLEN O. WHIPPLE, M.D., WILLIAM BARCLAY PARSONS, M.D.,
AND CLINTON R. MULLINS, M.D.

NEW YORK, N. Y.

FROM THE DEPARTMENT OF SURGERY, COLUMBIA UNIVERSITY

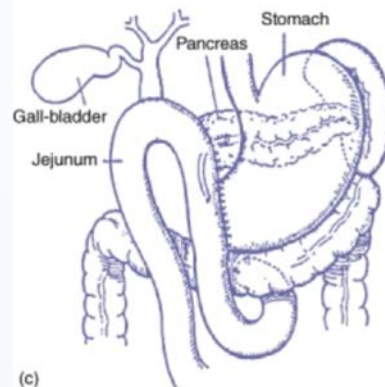


FIRST OPERATION

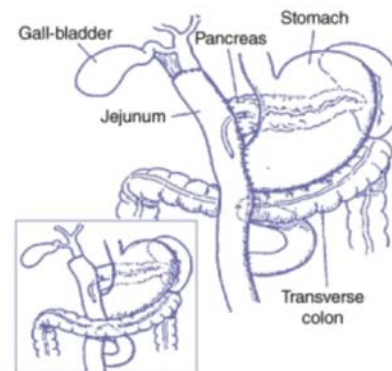
SECOND OPERATION

END STAGE

(b)

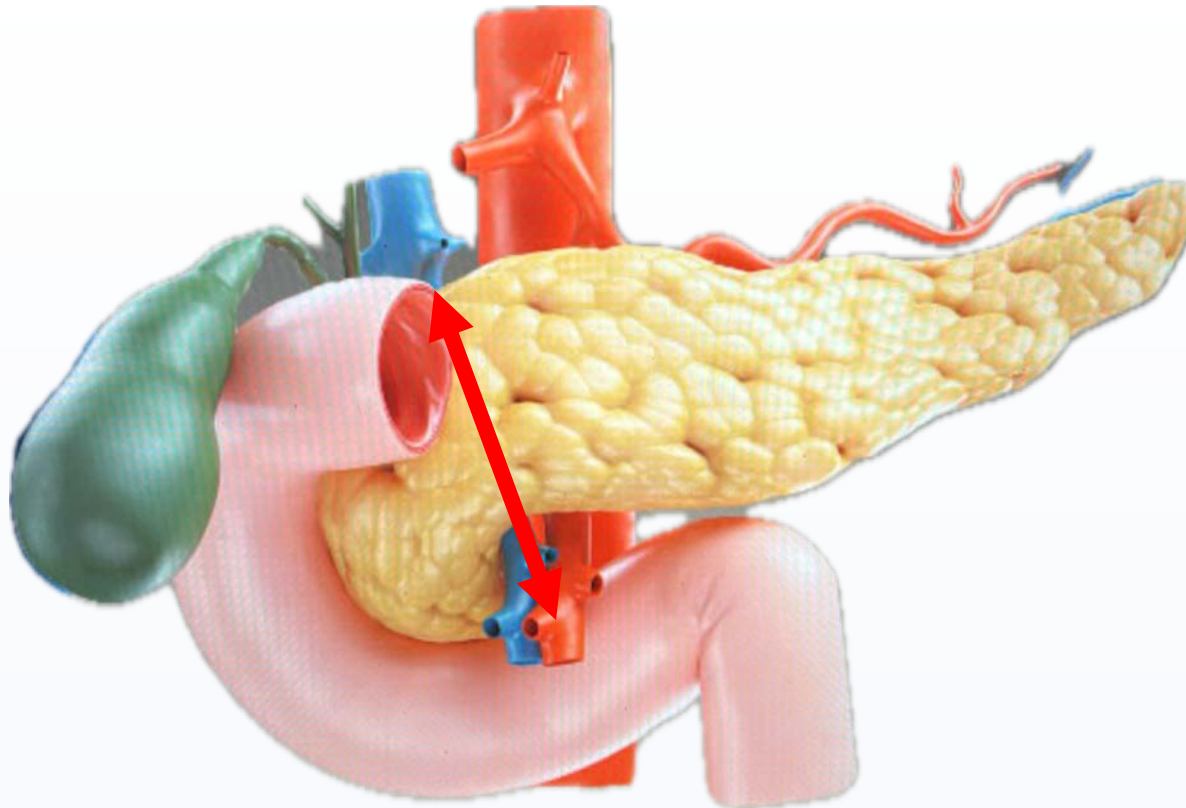


(c)



(d)

Chirurgie pancréatique



Seul traitement curatif

Mais....

Chirurgie à risque



30-40 % Fistules



10-15 % Hémorragies



20% Gastroparésie

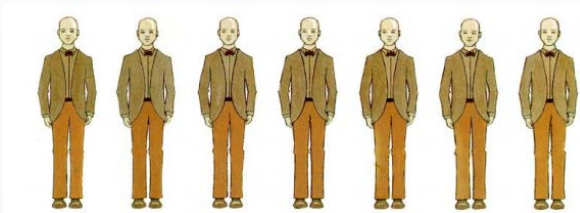


20-30% Diabète

Chirurgie pancréatique : état des lieux

- Etudes monocentriques
- Essais randomisés

PREOPANC (2020)	3,6%
PANACHE (2022)	0,8%
LAELAPS-3 (2021)	3,5%
Bassi (2021)	3,1%
Buchler (2020)	2%



Mortalité post opératoire : données de la littérature



- Etudes médico-administratives

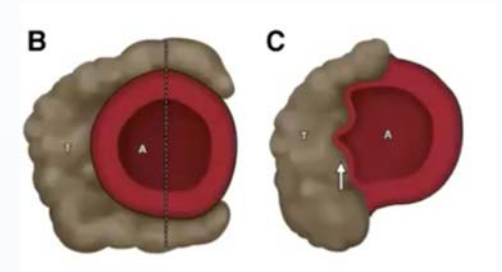
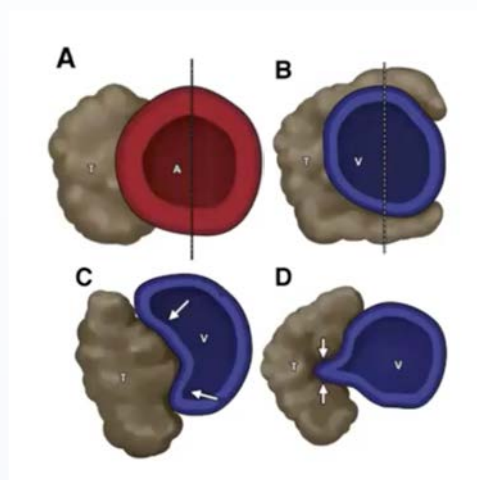
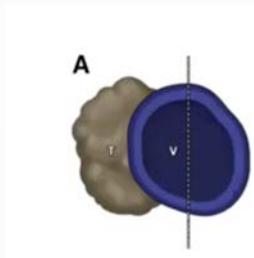
France, El amrani (2018)	6,9%
USA, Ghaferi (2011)	6,3%
Allemagne, Krautz (2017)	9%
Allemagne, Nimptsch (2016)	10%
Belgique, Topal (2007)	8%

Résultats oncologiques

	Overall population
N (%)	17 183 (100%)
Procedure	
PD	72.5%
DP	27.1%
TP	0.5%
Vascular resection	20.4%
Neoadjuvant therapy	15%
Adjuvant therapy	62.7%
Severity of complication	
No complication	7.1%
Minor complication	60.5%
Major complication	32.4%
Mortality	
90-day	6.5%
1-year	21.5%

Rapports vasculaires

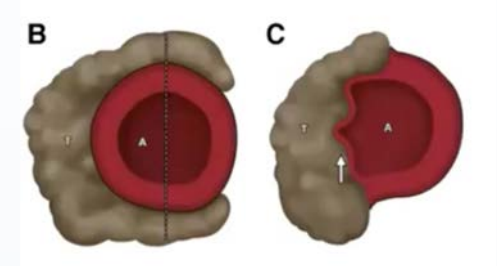
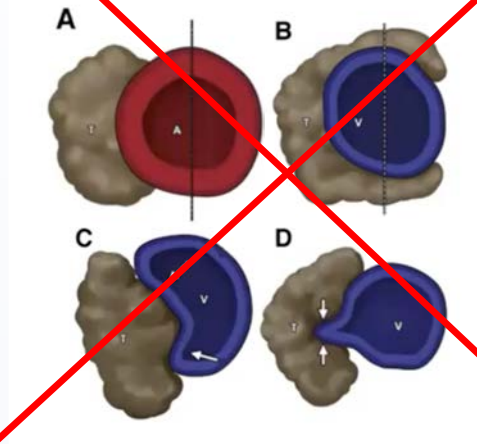
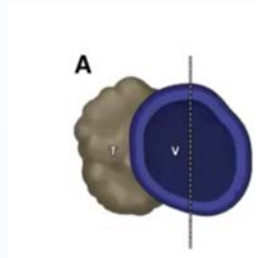
Contact sur plus ou moins 180°
Déformation / Pincement/ Thrombose
Envahissement artériel



*Temporo, Pancreatic adenocarcinoma, Version 2.2021
NCCN Practice guidelines in oncology
Isaji, Pancreatology 2018*

Rapports vasculaires

Contact sur plus ou moins 180°
Déformation / Pincement/ Thrombose
Envahissement artériel



*Temporo, Pancreatic adenocarcinoma, Version 2.2021
NCCN Practice guidelines in oncology
Isaji, Pancreatology 2018*

Borderline

Type of definition	Anatomical	Biological	Conditional
R	R-Type A	No: R-Type A	No: R-Type A
		Yes: BR-Type B	Yes: BR-Type C
BR	BR-Type A	No: BR-Type A	No: BR-Type A
		Yes: BR-Type AB	Yes: BR-Type AC
Locally advanced: LA	LA-Type A	No: LA-Type A	No: LA-Type A
		Yes: LA-Type AB	Yes: LA-Type AC

Biological definition:

- CA 19-9 more than 500 IU/ml
- Regional lymph node metastasis (biopsy or PET-CT)

Conditional host-related definition: • Depressed performance status (PS: 2 or more)

Quelle définition 2026 de la résécabilité ?

TABLE A1. Outcomes in the Per-Protocol Population

Resected Patient	Arm 1, mFOLFIRINOX (n = 51)	Arm 2, FOLFOX (n = 32)	Control Arm, Surgery-First (n = 18)
Surgical margins, No. (%)			
R0	38 (74.5)	24 (75)	10 (55.6)
CA 19-9, U/mL, median (IQR)			
Preoperative	46 (16.5-172)	41 (15.2-260.7)	25.4 (5.3-230)
Start adjuvant therapy	11.5 (5.3-28.3)	17 (6.9-42)	8 (4.8-27.8)
Pathologic tumor response, No. (%)			
Missing	21	13	
CAP score 0	1 (3.3)	2 (10.5)	
CAP score 1	5 (16.7)	0	
CAP score 2	12 (40)	7 (36.8)	
CAP score 3	12 (40)	10 (52.6)	
Lymph node status			
pN0, No. (%)	18 (35.3)	15 (46.9)	2 (11.1)
LNR, median (IQR)	0.07 (0-0.17)	0.04 (0-0.1)	0.11 (0.06-0.25)
Surgical complications (day 90), No. (%)			
DINDO-CLAVIEN >2	10 (19.6)	5 (15.6)	1 (5.6)
Postoperative mortality	1 (2.0)	0	0

Abbreviations: CA 19-9, carbohydrate antigen 19-9; CAP, College of American Pathologists; FOLFIRINOX, leucovorin, fluorouracil, irinotecan, and oxaliplatin; FOLFOX, leucovorin, fluorouracil, and oxaliplatin; LNR, lymph node ratio; mFOLFIRINOX, modified FOLFIRINOX.

Tumeur résécable d'emblée
sans tt néoadjuvant

N+ 89%



L. Schwarz et al., JCO Feb 2025

Quelle définition 2026 de la résecabilité ?

	BBR (n=88)	R (n=315)	p
Symptômes au diagnostic	90.9%	70.8%	<0.001
Ictère	63.6%	42.9%	0.001
Perte de poids	56.8%	31.4%	<0.001
Taille tumorale au diagnostic, médiane (IQR), mm	25 (20–30)	22 (18–30)	0.047
CA19-9 au diagnostic, médiane (IQR), U/mL	300 (80–492)	43 (20–89)	<0.001
Taille tumorale sur pièce, médiane (IQR), mm	28 (23–35)	25 (19–30)	<0.001
N0	11.4%	29.8%	
N1	33.0%	34.3%	
N2	55.7%	35.9%	<0.001
R1 (≤1 mm)	47.7%	40.0%	0.222
Lymph node ratio, médiane (IQR)	0.16 (0.05–0.28)	0.07 (0.00–0.19)	<0.001

Anatomiquement résecable

Borderline bio = 56% de N2

Mais quand même 70% N+ pour les »bons« résecables

Pas de nouvelle imagerie permettant d'analyser l'envahissement ganglionnaire initial

Finalement en 2026

La technique s'améliore

1/ Robotique

2/ Résection vasculaire débridée chez des patients très sélectionnés

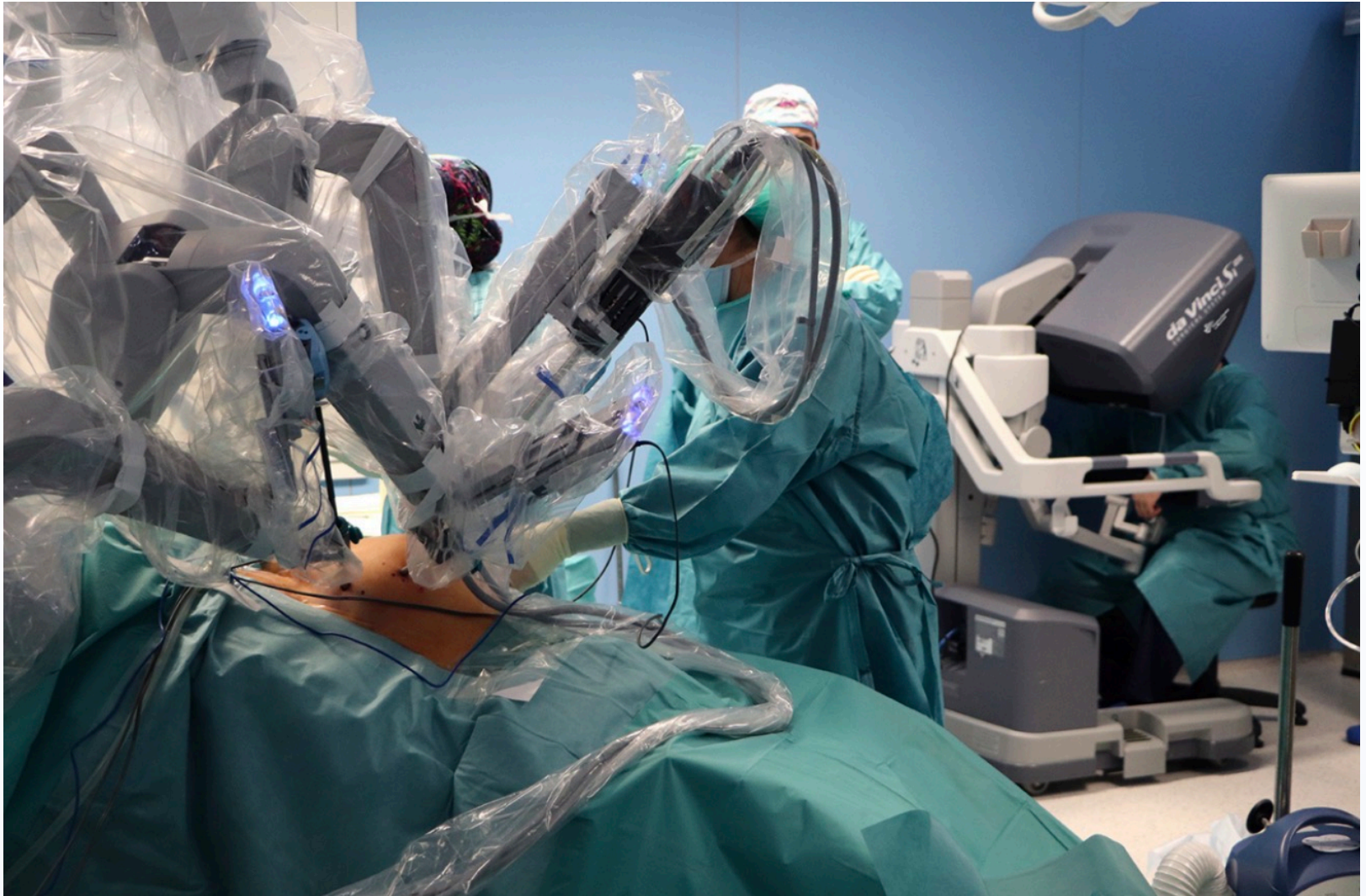
3/ Opérer plus tôt

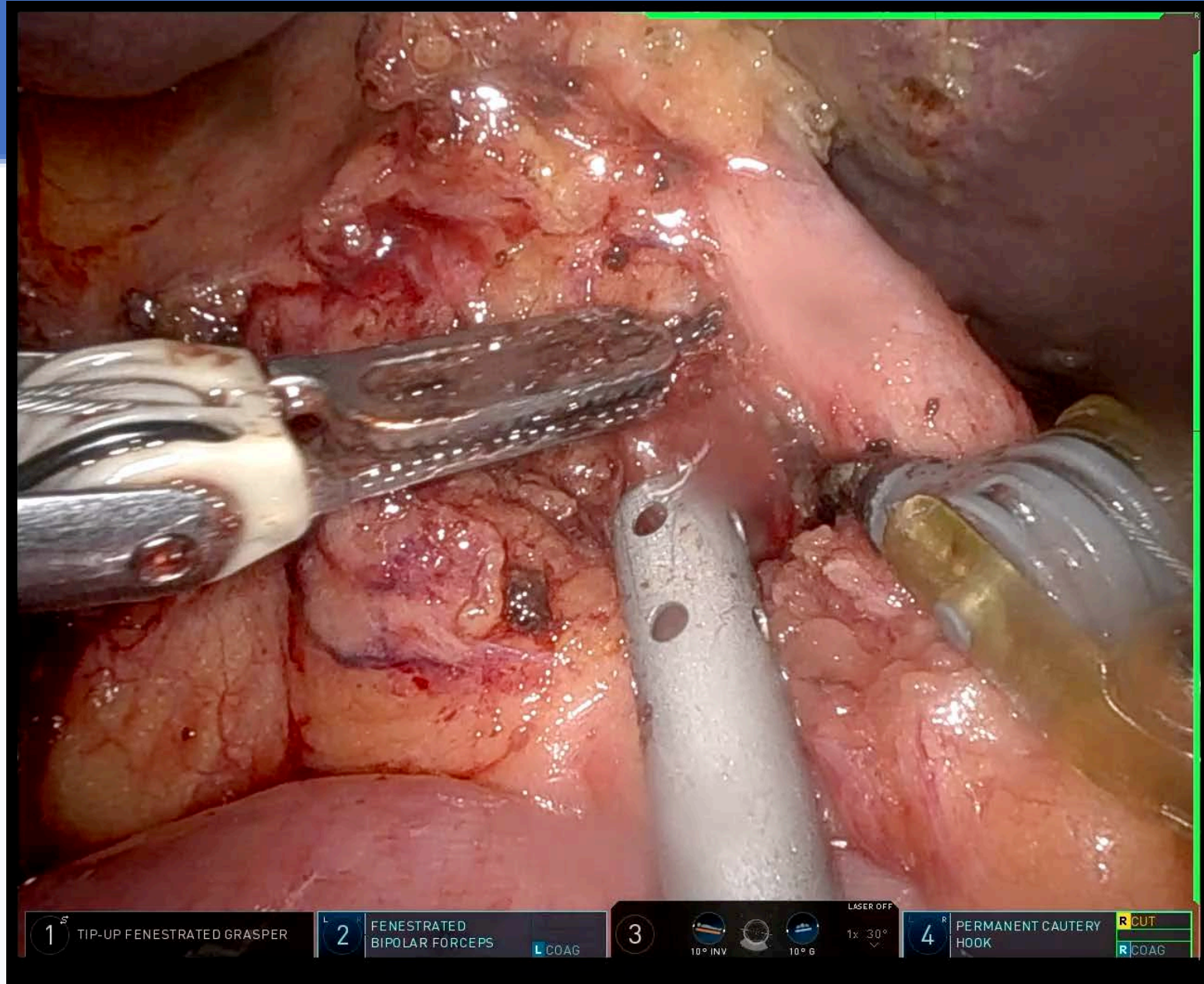
4/ Encourager l'évaluation des pratiques

5/ Et promouvoir la recherche autour des registres et de la centralisation

Réduire au maximum l'impact du traitement chirurgical et améliorer la qualité de vie des patients opérés

Chirurgie pancréatique





1^S TIP-UP FENESTRATED GRASPER

L 2 FENESTRATED BIPOLAR FORCEPS
L COAG

3  
10° INV 10° G

LASER OFF

1x 30°

4^R PERMANENT CAUTERY HOOK

R CUT
R COAG

Chirurgie pancréatique

Figure 2 – Disposition des trocarts

Paroi abdominale antérieure, patient vu de face (tête en haut)

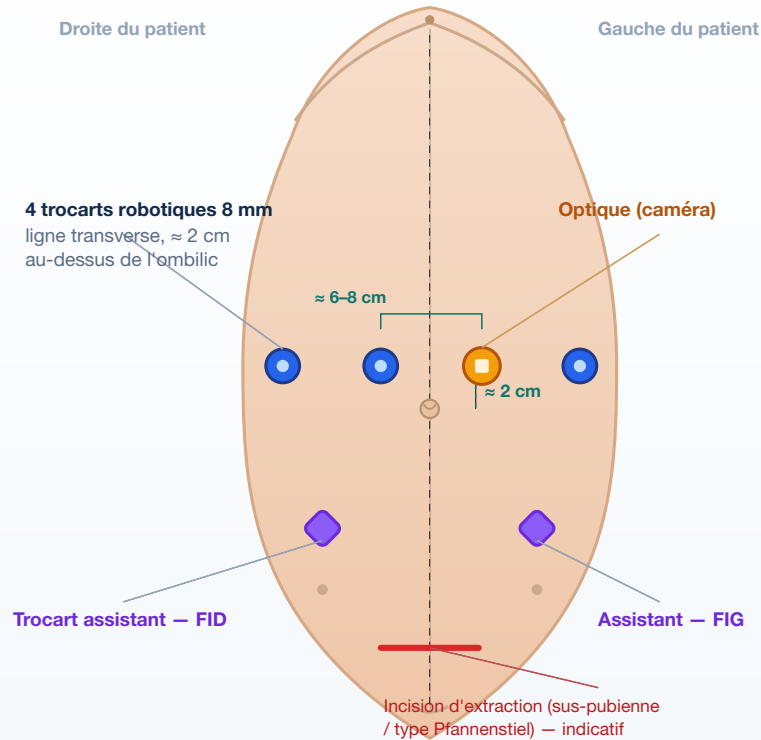
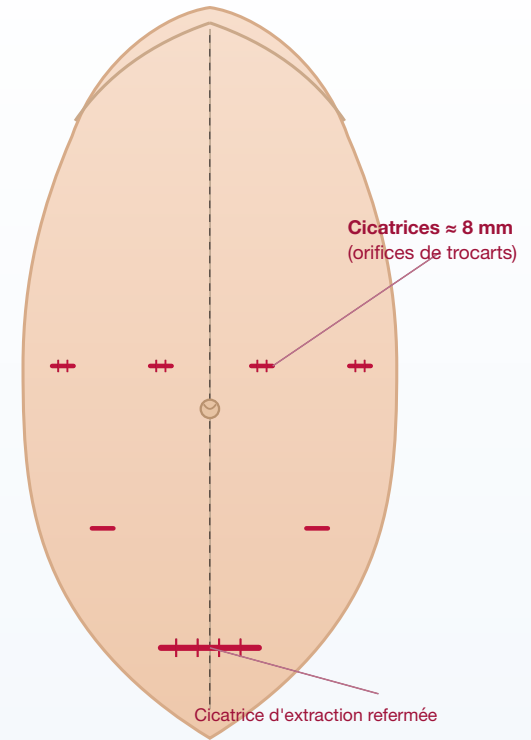
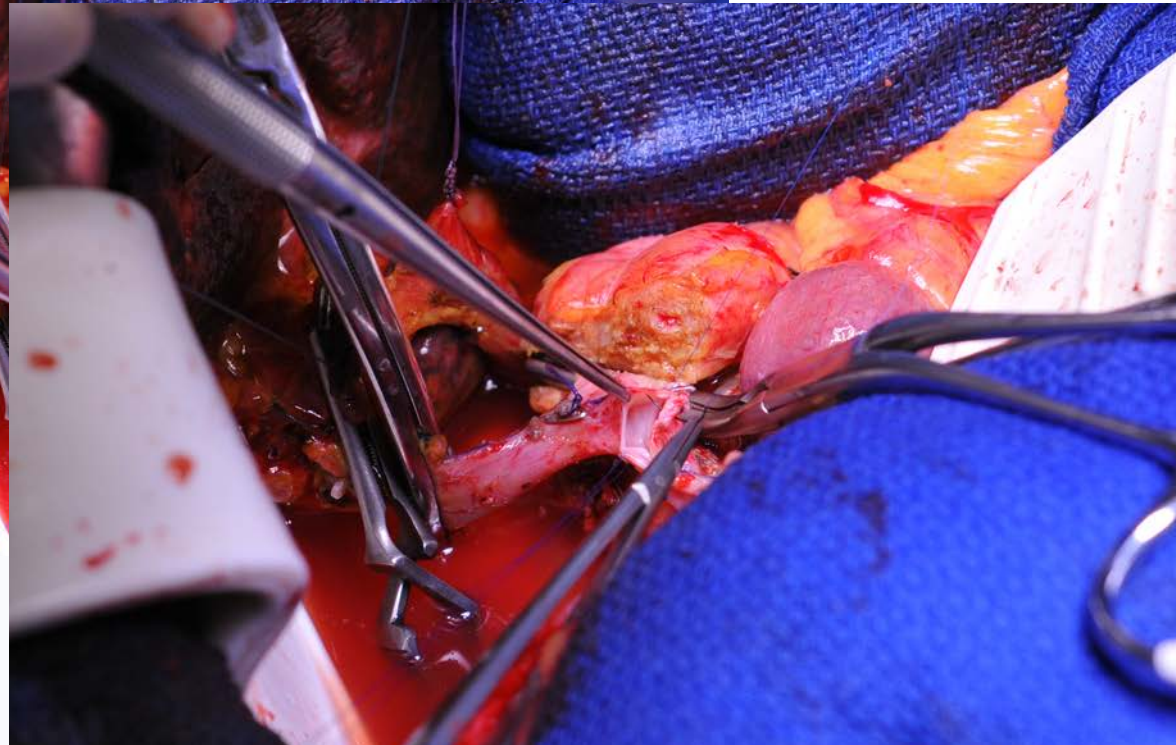
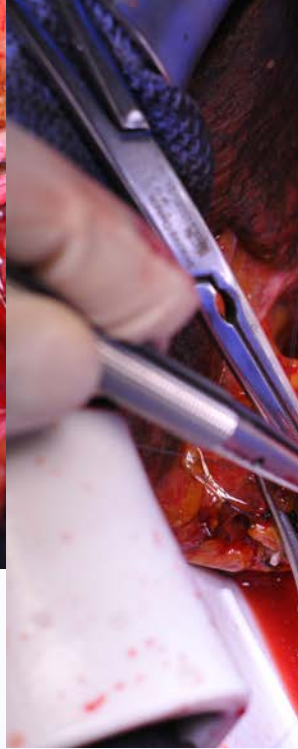
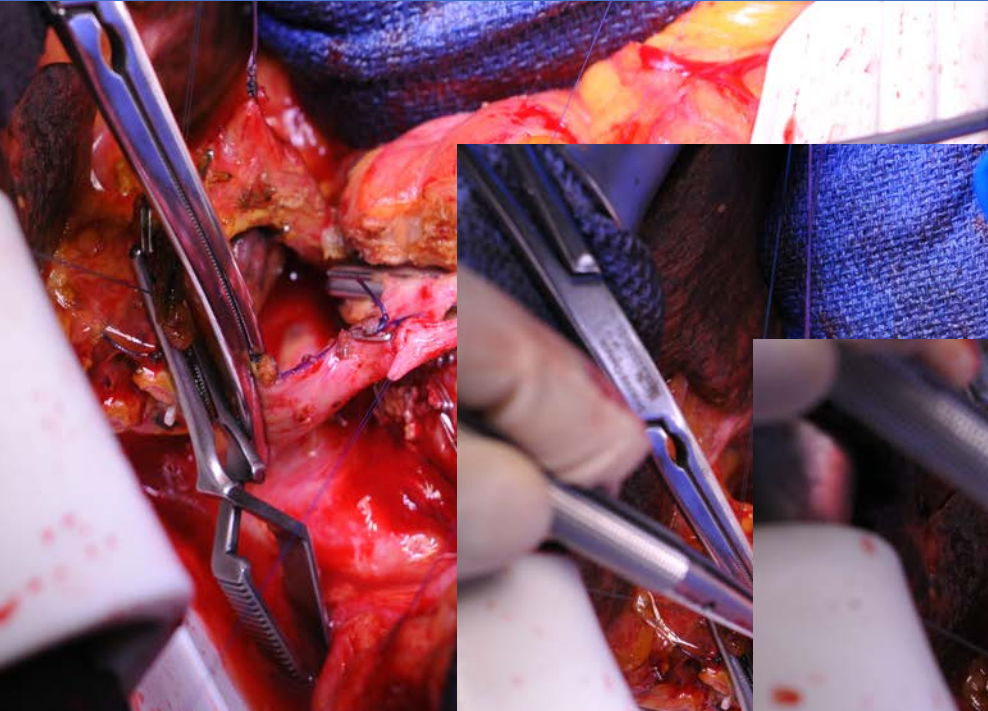
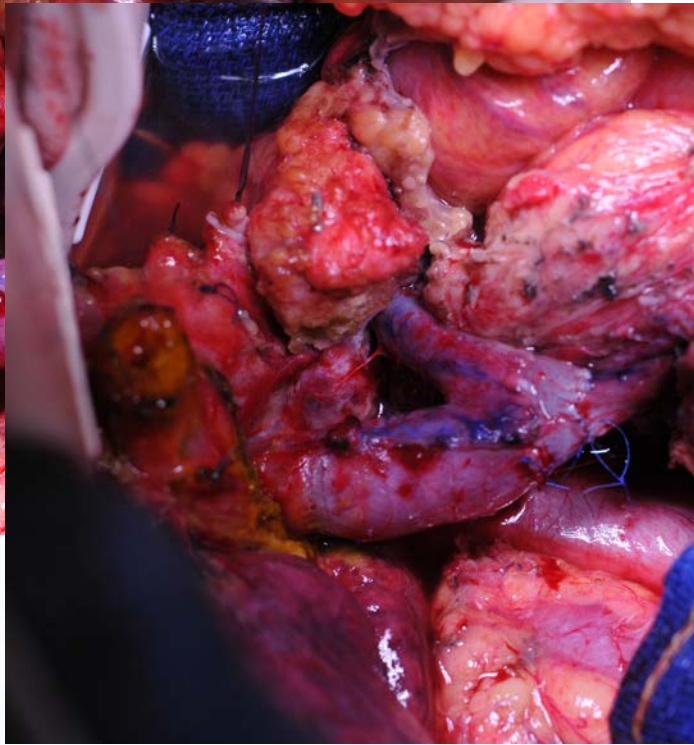
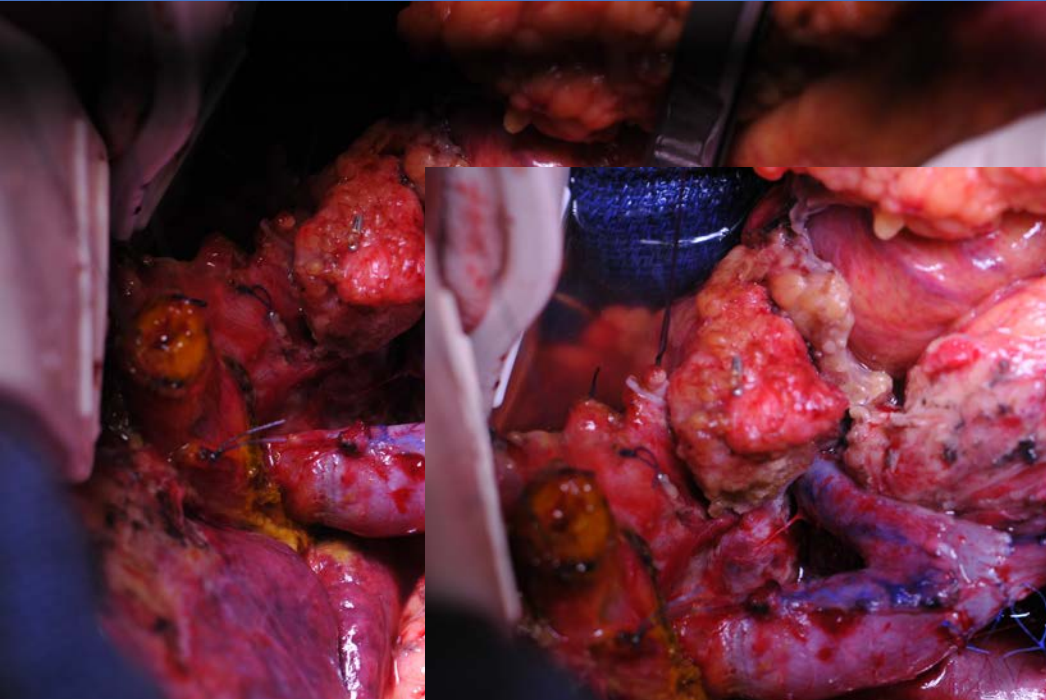


Figure 3 – Fin d'intervention

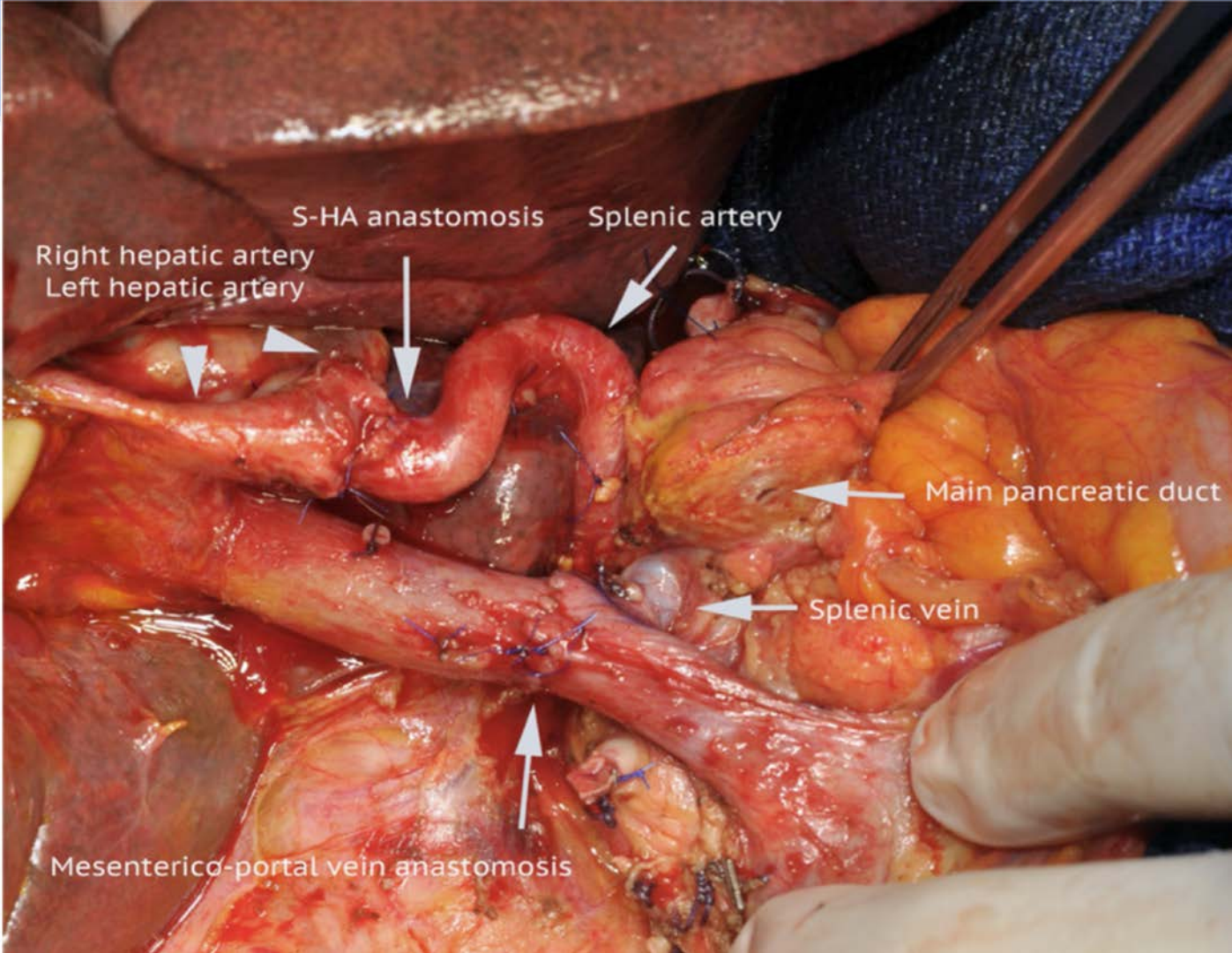
Trocarts retirés, cicatrices fermées



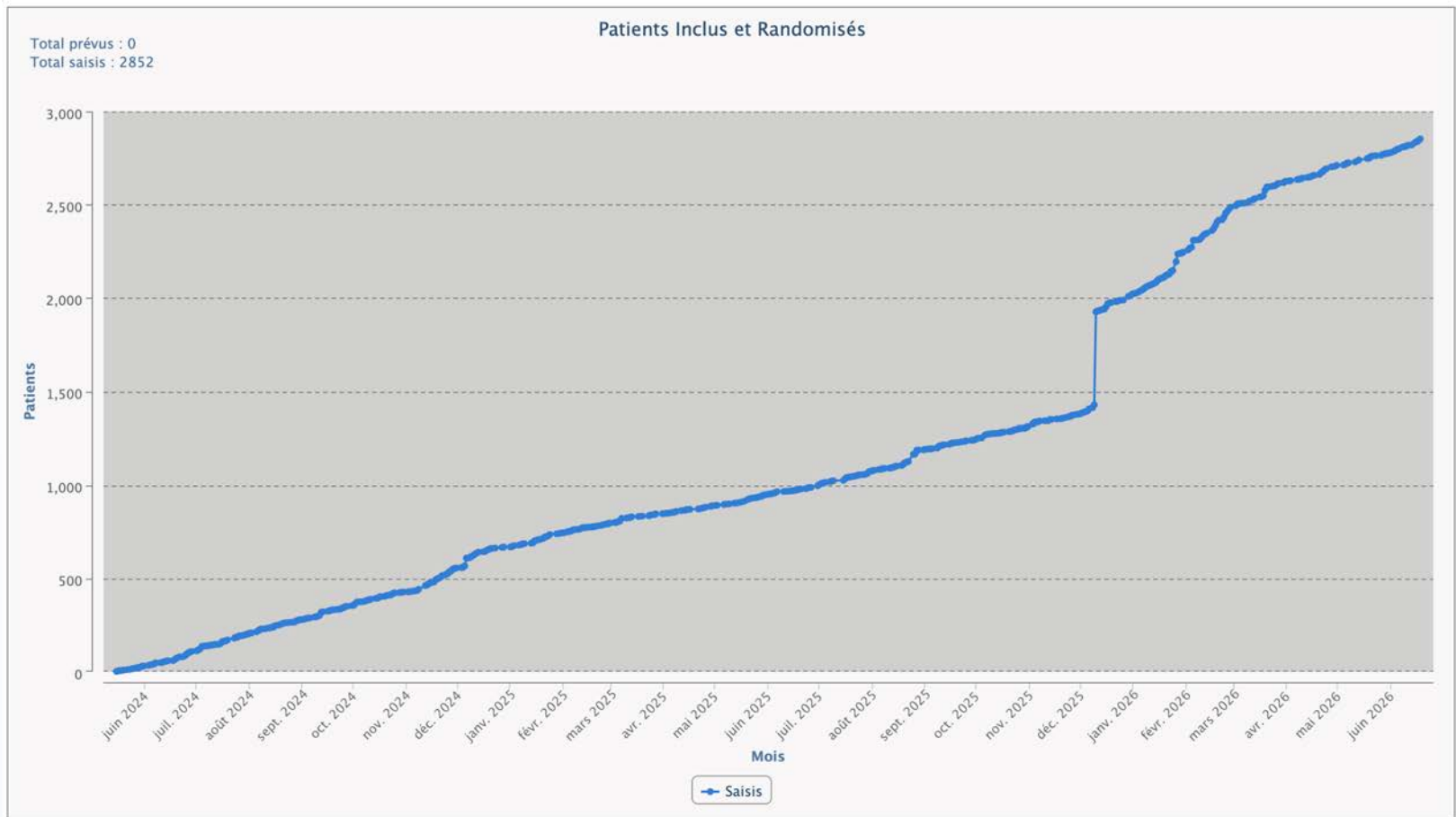




Courtesy Pr O. Turrini



Registre national de pratiques



44 centres / 1700 patients prospectifs exploitables soit 1/3 activité de chirurgie en France

Evaluation des résultats

REGISTRE FVSR – Tableau de bord du centre

N° 2

Chirurgie pancréatique • inclusions depuis mai 2024 (~24 mois) • document confidentiel destiné au centre

RÉSECTIONS INCLUSES

124

= 62/an

CATÉGORIE VOLUME

Haut

seuil national 26/an

COMPLÉTUDE GLOBALE

84%

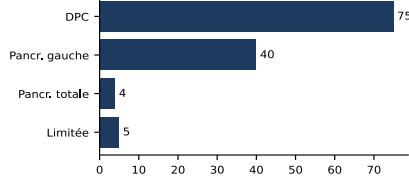
des données clés

% ADÉNOCARCINOME

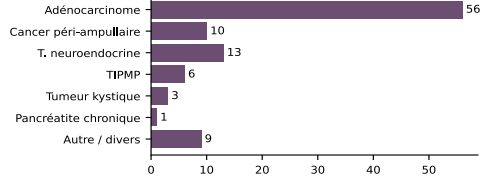
57%

sur 98 histologies

Types de résection



Pathologies (histologie, n=98)



Durée de séjour médiane (jours)

VOTRE CENTRE

13

jours

REGISTRE

13

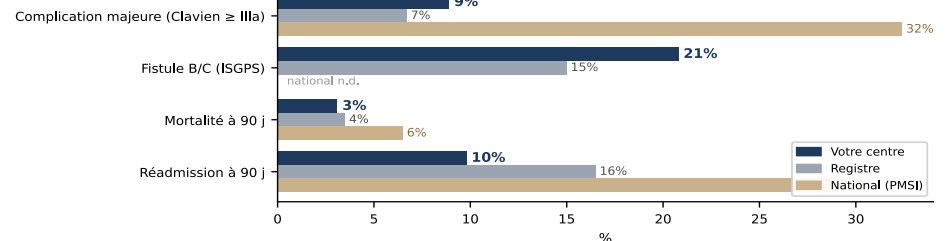
jours

NATIONAL

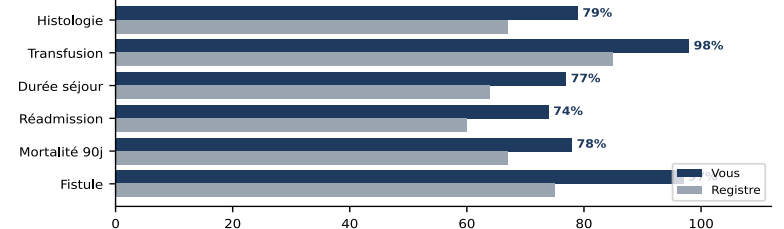
17

jours

Vos taux vs moyenne registre vs national (PMSI)



Complétude par donnée (vous vs registre)



Conclusions

Le problème n'est pas technique :

- 1/ Diagnostiquer à un stade plus précoce (population à risque)
- 2/ Identifier les bons candidats (chimiothérapie?)
- 3/ Réduire l'impact de la chirurgie mais aussi parfois aller plus loin
- 4/ Gérer au mieux les complications pour augmenter l'exposition à la chimiothérapie et améliorer la Qdv