

FÉVRIER 2020



OUTILS POUR LA PRATIQUE

CANCERS DU PANCRÉAS

/Du diagnostic au suivi



» L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

» Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informier et diffuser les connaissances liées aux cancers

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte atteint de cancer du pancréas. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir des recommandations de l'Association de chirurgie hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique (ACHBT) en partenariat avec la Société d'imagerie abdominale et digestive (SIAD), société d'organe de la Société française de radiologie (SFR), la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), la Société française d'endoscopie digestive (SFED), la Fédération française de cancérologie digestive (FFCD), la Société française de chirurgie digestive (SFC), la Société française de médecine nucléaire (SFMN), la Société française de pathologie (SFP) et l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS), labellisées par l'Institut national du cancer en septembre 2019 : « Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas ». Cet outil pour la pratique des médecins généralistes a été élaboré selon une méthode décrite sur le site Internet de l'INCa et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 21). Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 25/02/2020. En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour les médecins généralistes et leurs patients sont répertoriées. Les renvois chiffrés 0 tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires qui sont situées en page 19.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document « Organisation des soins en cancérologie ». (1)

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

CANCERS DU PANCRÉAS

L'incidence de l'adénocarcinome pancréatique est en hausse en France métropolitaine, avec 14184 nouveaux cas estimés en 2018, dont 51 % chez l'homme. Malgré des progrès récents, ce cancer reste de très mauvais pronostic. L'adénocarcinome pancréatique pourrait devenir la deuxième cause de mortalité par cancer en 2030¹.

Le cancer du pancréas exocrine, ou adénocarcinome canalaire pancréatique, représente 90 % des tumeurs malignes du pancréas. Les 10 % restants sont constitués par plusieurs types histologiques plus rares, comme les cystadénocarcinomes et les tumeurs neuroendocrines. Ceux-ci nécessitent des prises en soins spécifiques.

Le diagnostic est le plus souvent réalisé à un stade avancé, du fait d'une expression clinique tardive de la maladie. Seuls 10 à 20 % des patients sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résécable. La majorité des patients reçoivent une chimiothérapie, qu'elle soit néoadjuvante, adjuvante, ou palliative. Enfin, les soins de support sont d'une grande importance pour préserver la qualité de vie des patients.

Ce document concerne les seuls adénocarcinomes pancréatiques. Les types histologiques plus rares et les tumeurs de l'enfant n'entrent pas dans son champ.

LES CHIFFRES DES CANCERS DU PANCRÉAS EN FRANCE ²						
	Nombre de nouveaux cas estimés en 2018	Rang	Âge médian au diagnostic	Nombre de décès estimés en 2018	Rang	Survie nette à 5 ans
Hommes	7 301 (en ↑)	9e	70 ans	5 790	5e	8 %
Femmes	6 883 (en ↑)	7e	74 ans	5 666	4e	7 %

1. Rahib L et al. Projecting Cancer Incidence and Deaths to 2030: The Unexpected Burden of Thyroid, Liver, and Pancréas Cancers in the United States. Cancer Res 2014;74(11):2913-2921.

2. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie>

SOMMAIRE

» Facteurs de risque de l'adénocarcinome du pancréas

- Tabac
- Obésité
- Diabète
- Pancréatite chronique
- Contexte de cancers pancréatiques familiaux (CaPaFa), expliquant 5 à 10 % des cas. Le patient pourra être orienté vers une consultation d'oncogénétique. (2)

1	Démarche diagnostique et bilan initial	6
2	Traitements spécialisés en oncologie	9
3	Soins et démarches conjoints avec le médecin généraliste	12
4	Suivi conjoint	17
	Ressources (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques)	19
	Liste des participants	21
	Références	22

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN INITIAL

PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES DEVANT FAIRE RECHERCHER UN CANCER DU PANCRÉAS CHEZ UN PATIENT DE PLUS DE 50 ANS

- Altération de l'état général associant asthénie, anorexie et perte de poids
- Douleurs épigastriques ou abdominales, avec altération de l'état général ou non expliquées après exploration par endoscopie digestive haute
- Ictère par obstruction biliaire associant coloration foncée des urines, selles décolorées et fréquemment prurit



► La persistance de ces symptômes doit faire réaliser rapidement une imagerie abdominale, notamment si le patient présente un ou plusieurs facteurs de risque.

Le cancer du pancréas peut être révélé par l'apparition d'un diabète ou d'une pancréatite aiguë (en particulier non alcoolique et non biliaire)³.

BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU PANCRÉAS

IMAGERIE ET PRÉLÈVEMENTS

- **TDM abdomino-pelvienne** multiphasique avec injection de produit de contraste, qui sera complétée par une **TDM thoracique** dans le même temps en cas de lésion pancréatique, pour :
 - objectiver la tumeur, préciser sa taille et sa topographie
 - établir le bilan d'extension locale (vaisseaux, ganglions) et à distance (métastases hépatiques, péritonéales et pulmonaires)
 - évaluer la résécabilité de l'adénocarcinome pancréatique non métastatique :
 - adénocarcinome **résécable**, en cas d'aspect typique en imagerie en coupes chez un malade opérable (sans co-morbidité contre-indiquant la chirurgie)
 - pas d'indication de biopsie, sauf si un traitement néoadjuvant est retenu
 - adénocarcinome **de résécabilité limite** ou « **borderline** »
 - adénocarcinome **localement avancé** (non résécable en l'état en raison d'un envahissement artériel)
 - dans ces deux derniers cas, indication de biopsie de la tumeur primitive sous écho-endoscopie avant l'instauration d'une chimiothérapie d'induction, ou plus rarement palliative

- Si la réalisation d'une TDM n'est pas possible rapidement : **échographie abdominale** pour :
 - affirmer la dilatation des voies biliaires et de la vésicule si ictère ou cholestase (cancers de la tête du pancréas)
 - parfois visualiser la tumeur primitive
 - contribuer partiellement au bilan d'extension locorégionale (essentiellement hépatique)

! Sa normalité n'élimine pas le diagnostic

- En cas de lésion suspectée mais non visible en TDM du fait de son caractère isodense au pancréas : **IRM pancréatique**

- **Échoendoscopie associée à une biopsie** (diagnostic histologique) :
 - en cas de lésion de nature douteuse en TDM et IRM, même si elle semble résécable, afin de limiter le risque de pancréatectomie inappropriée
 - en cas de lésion évocatrice de cancer, non accessible à une exérèse d'emblée (tumeur de résécabilité limite ou localement avancée) et non métastatique, si un traitement d'induction ou palliatif est décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
 - en cas de lésion évocatrice de cancer et accessible à une exérèse d'emblée si un traitement néoadjuvant (essai thérapeutique) est décidé en RCP
 - rarement en cas de tumeur métastatique, si les métastases ne sont pas accessibles à une ponction transcutanée par guidage échographique ou si leur ponction a été un échec, avant chimiothérapie palliative

Cet examen doit être réalisé après la TDM +/- l'IRM afin de limiter les artefacts liés à la ponction pouvant gêner l'interprétation des examens d'imagerie

BIOLOGIE

- **Bilan hépatique, créatininémie, glycémie**

- **CA 19-9** dans les situations suivantes :
 - patient symptomatique ayant une masse pancréatique évocatrice de cancer
 - patient atteint de pancréatite chronique avec une masse tumorale suspecte

AUTRES

- **Évaluation gériatrique (3)**
Pour les patients d'âge ≥ 75 ans : dépistage de la fragilité gériatrique au moyen d'échelles d'évaluation (G8, VES 13, FOG, etc.) puis évaluation gériatrique avant de valider une intervention chirurgicale ou une chimiothérapie

Le patient doit être rapidement adressé à une équipe spécialisée dans les traitements des cancers digestifs pour confirmation du diagnostic et traitement adapté. La réalisation des examens complémentaires ne doit pas retarder la prise en soins par l'équipe spécialisée.

3. Pour plus d'informations, consulter les recommandations « Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas/ Synthèse », septembre 2019, disponibles sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-digestifs>.

2 TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

Le bilan d'extension est organisé en lien avec le médecin généraliste.

BILAN D'EXTENSION DEVANT UN CANCER DU PANCRÉAS
MALADIE MÉTASTATIQUE
RECHERCHE DE MÉTASTASES HÉPATIQUES
■ IRM hépatique avec imagerie en pondération de diffusion • avant toute décision de résection chirurgicale • en cas de doute devant une ou des lésions focales hépatiques sur la TDM ■ Ponction-biopsie des lésions hépatiques par guidage échographique • avant toute intervention chirurgicale de résection en cas de doute quant à la nature métastatique d'une lésion hépatique (en particulier avec des abcès)
BILAN D'EXTENSION GANGLIONNAIRE
■ En cas de suspicion radiologique d'atteinte ganglionnaire lombo-aortique : • idéalement, biopsies exérèses ganglionnaires chirurgicales avant toute décision de résection de la tumeur primitive • option : TEP-FDG pour apprécier le caractère métastatique de ganglions lombo-aortiques visibles en TDM
RECHERCHE DE MÉTASTASES PULMONAIRES, OSSEUSES OU AUTRES
■ TDM thoracique récente (< 4 semaines), qui servira d'examen de référence Pas de recherche systématique, par d'autres techniques, de métastases osseuses ou d'autres localisations extra-abdominales (du fait de leur rareté), quelles que soient les données de la TDM thoraco-abdomino-pelvienne et de l'IRM (tumeur résécable ou non, maladie métastatique)
PLACE DE LA TEP-FDG DANS LA STADIFICATION INITIALE
■ peut être proposée, en cas de cancer localement avancé et potentiellement résécable sur les données de la TDM, pour la recherche de métastase(s) non détectée(s) par la TDM et pour servir de référence lors de l'évaluation de la réponse tumorale au traitement d'induction ■ non systématique dans le bilan d'extension initial d'un cancer du pancréas non métastatique en TDM et en IRM
PLACE DE LA LAPAROSCOPIE OU COELIOSCOPIE EXPLORATRICE
■ peut être indiquée, sur décision de RCP, chez un patient ayant une forte probabilité de métastase hépatique ou péritonéale non détectable en imagerie (tumeur volumineuse ou localement avancée ou corporéo-caudale et/ou associée à une élévation du CA 19-9)

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste, et en accord avec le patient, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé aux médecins qu'il aura désignés.

Les indications sont établies en fonction notamment de la localisation, du stade et de la résécabilité de la tumeur ainsi que de l'état général du patient.

La préservation de la qualité de vie du patient constitue un objectif important et permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer la stratégie thérapeutique.

» Les soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support, au médecin généraliste, à des équipes spécialisées en soins de support et aux autres professionnels de premier recours (IDE, kinésithérapeute, pharmacien, travailleur social, diététicien, etc.) doit être suffisamment précoce et anticipé. Ce souci

d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs liées à la tumeur, à la chirurgie ou à des métastases, asthénie, dénutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, socio-familiales et existentielles. (1) (4) (5) (6) (7) L'état nutritionnel est évalué en préopératoire.

» Drainage biliaire

En cas de syndrome obstructif biliaire, un patient atteint d'un cancer de la tête du pancréas (70 à 80 % des cas) peut nécessiter, après la TDM, un drainage biliaire (par la pose de prothèse ou stent biliaire), généralement réalisé par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Ce drainage biliaire peut être nécessaire :

- avant une chirurgie à visée curative ;
- avant un traitement néoadjuvant ou d'induction ;
- en cas de traitement palliatif.

» Drainage duodénal

Plus rarement, la sténose peut être duodénale. Elle nécessite alors la pose d'un stent duodénal par voie endoscopique.

Les traitements sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER DU PANCRÉAS	
FORMES LOCALISÉES	
Chirurgie	■ Seulement à visée curative ■ Envisagée après évaluation de la résectabilité tumorale (voir page 7) et des comorbidités du patient : ● adénocarcinome résécable : résection d'emblée Un traitement néo-adjuvant peut être administré lors d'essais cliniques ● adénocarcinome de résectabilité limite (ou « borderline ») ou localement avancé (non résécable en l'état) : - traitement d'induction (ou palliatif s'il n'y a pas de projet de résection) - puis évaluation de la résectabilité secondaire : ■ TDM thoracoabdominopelvienne ■ IRM hépatique avec séquences de diffusion ■ CA 19-9 ■ +/- TEP-FDG - remarque : résection secondaire possible dans environ 30 % des cas (plus souvent en cas d'adénocarcinome de résectabilité limite que localement avancé) ■ Choix de l'intervention discuté en fonction de la localisation et l'extension tumorales : ● duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) en cas de cancer de la tête du pancréas ● spléno pancréatectomie gauche (SPG) en cas de cancer du corps ou de la queue du pancréas ● pancréatectomie totale (très exceptionnelle) en cas d'extension tumorale à l'ensemble du pancréas (réservée à des patients sélectionnés, du fait notamment de sa morbi-mortalité élevée et de ses conséquences fonctionnelles)
Chimiothérapie conventionnelle (8)	■ Adjuvante pendant 6 mois (améliore significativement la survie) : ● chez les patients en bon état général (PS 0-1) : protocole mFolfirinox⁴ (5FU + acide folinique + oxaliplatine + irinotécan), quel que soit le stade de la maladie ● chez les patients en mauvais état général ou présentant une contre-indication à un des produits de chimiothérapie : mono-chimiothérapie par 5FU + acide folinique ou gemcitabine, ou association gemcitabine + capécitabine La chimiothérapie est débutée dans les 12 semaines suivant la chirurgie, période au cours de laquelle tout est mis en œuvre pour optimiser l'état général du patient et permettre ainsi la réalisation complète des 6 mois de traitement Pour les exceptionnelles tumeurs infracentimétriques et sans extension ganglionnaire, une simple surveillance ou un allègement de la chimiothérapie peuvent être discutés en RCP ■ Néoadjuvante (traitement d'induction) pour les adénocarcinomes de résectabilité limite (ou « borderline ») ou localement avancés. Le patient pourra recevoir son traitement néoadjuvant dans un essai clinique ; à défaut, il n'y a pas de consensus sur le traitement d'induction optimal
Radiochimiothérapie en cas de tumeur localement avancée (non résécable d'emblée) ou restant non résécable malgré le traitement d'induction	■ Option en traitement de clôture après 3 à 6 mois de chimiothérapie d'induction (traitement néoadjuvant), dans le but d'améliorer le contrôle local et d'allonger la durée de survie sans récurrence et ainsi sans traitement ■ Radiothérapie (dose comprise entre 50 et 54 Gy dans un volume limité à la tumeur pancréatique, en technique conformationnelle 3D ou conformationnelle avec modulation d'intensité) sensibilisée par du 5FU ou de la capécitabine ou de la gemcitabine

VUE D'ENSEMBLE DES MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION D'UN CANCER DU PANCRÉAS	
FORMES MÉTASTATIQUES	
Chimiothérapie conventionnelle (8)	■ Chez les patients en bon état général (PS 0-1), sans ictère : protocole folfirinox (5FU + acide folinique + oxaliplatine + irinotécan) ou association gemcitabine-nabpaclitaxel ■ Chez les patients en mauvais état général (PS 2) ou âgés de plus de 75 ans : gemcitabine ou association gemcitabine +/- nabpaclitaxel ■ Chez les patients présentant une altération importante de l'état général (PS 3) : soins palliatifs exclusifs, sans chimiothérapie
Chirurgie et traitements ablatifs (exceptionnellement indiqués)	■ La destruction par radiofréquence (par voie percutanée) peut être proposée comme un traitement combiné à la chimiothérapie palliative pour des patients sélectionnés présentant une atteinte métastatique exclusivement hépatique, unique et de taille < 2 cm ■ Un traitement chirurgical peut être proposé en cas de métastases isolées pulmonaires métachrones
Traitement palliatif exclusif	■ Pour les patients présentant une altération importante de l'état général (notamment anorexie, dénutrition, cachexie, dépression, douleur)

4. Protocole folfirinox modifié (allégé).

3

SOINS ET DÉMARCHES CONJOINTS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient à toutes les phases du parcours de soins des patients, dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe spécialisée d'une part et les autres professionnels de premier recours d'autre part. Un échange régulier d'informations dans les deux sens est indispensable.

Le médecin généraliste coordonne en particulier les traitements symptomatiques, notamment :

- de la douleur;
- de l'asthénie;
- de la dénutrition;
- de la souffrance psychique; (7)
- des effets indésirables des traitements.

Il participe également :

- aux soins spécifiques :
 - prévention de la maladie thromboembolique particulièrement fréquente dans cette maladie;

- vaccinations et antibioprophylaxie en cas de splénectomie; (9)
- traitement de l'insuffisance pancréatique exocrine (qui majore la dénutrition et les douleurs abdominales et altère la qualité de vie et la tolérance de la chimiothérapie);
- gestion du diabète;
- aux soins palliatifs;
- au soutien des aidants et des proches;
- à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer.

Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont pour la plupart mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (8) (10)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DU PANCRÉAS ET CONDUITES À TENIR (conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers du pancréas »)

DRAINAGE BILIAIRE

- **Occlusion des prothèses biliaires et digestives métalliques**, entraînant une récurrence de la cholestase (le plus souvent sous forme d'angiocholite) ou une sténose digestive
 - Désobstruction endoscopique (ou percutanée si traitement endoscopique impossible)

CHIRURGIE

- **Complications habituelles d'une chirurgie carcinologique lourde, notamment thromboemboliques ou digestives**

- **Gastroparésie entraînant des vomissements**
 - Régressive après quelques semaines
 - Peut nécessiter la prescription de prokinétiques

- **Stéatorrhée liée à une insuffisance pancréatique exocrine**
 - À dépister par le dosage de l'élastase fécale
 - Peut nécessiter la prise d'extraits pancréatiques au long cours

- **Diarrhée motrice après duodéno pancréatectomie céphalique**
 - Prescription de ralentisseurs du transit

- **Ulcères sur anastomose gastro- ou duodéno-jéjunale après duodéno pancréatectomie**
 - Prévention par la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons
 - Prévention permanente et définitive nécessaire après duodéno pancréatectomie totale

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS

DES CANCERS DU PANCRÉAS ET CONDUITES À TENIR

(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers du pancréas »)

CHIRURGIE

- **Dénutrition**
 - À dépister et traiter
- **Diabète lié à une insuffisance pancréatique endocrine**
 - À dépister et traiter (insulinothérapie)

CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (8) (10) (protocole folfirinox, gemcitabine, nabpaclitaxel, capécitabine)

- **Fatigue** (multifactorielle : maladie elle-même, chimiothérapie, dénutrition, anémie, etc.)
 - Siestes courtes, relaxation
 - Activité physique quotidienne adaptée à encourager
 - Éliminer d'autres causes de fatigue par des examens orientés par la clinique
 - Chercher un syndrome dépressif, des troubles du sommeil, des douleurs
- **Perte d'appétit, troubles nutritionnels**
 - Alimentation enrichie, prescription préventive très précoce de compléments nutritionnels oraux
 - Une consultation, voire un suivi, avec un diététicien ou un médecin nutritionniste peut s'avérer nécessaire pour l'évaluation calorique de la prise alimentaire
- **Toxicité digestive (nausées, vomissements, diarrhée, ulcère gastro-intestinal)**
 - Prévention par des antiémétiques et des antidiarrhéiques prescrits lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile, une hydratation suffisante
 - Préconiser les règles hygiéno-diététiques : aliments tièdes ou froids, fractionner les repas, manger lentement, privilégier les aliments pauvres en fibres
 - Hospitalisation en urgence en cas de diarrhée ou vomissements persistants ou associés à une fièvre et/ou à une neutropénie
 - Gestion spécifique de la diarrhée tardive dans les 7 jours qui suivent la chimiothérapie par irinotécan
 - Ulcère gastro-intestinal avec risque d'hémorragie et de perforation (oxaliplatine)
- **Toxicité hématologique (neutropénie, leucopénie, anémie et thrombopénie)**
 - Peut être aggravée chez les patients avec une insuffisance rénale
 - Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques et surveillance de la NFS tout au long du traitement
 - Si T° > 38,5°C : NFS et antibiothérapie au moins jusqu'à la sortie de la neutropénie
 - Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patient fragile
 - Avis spécialisé au moindre doute
- **Mucite (11)**
 - Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple)
 - Bains de bouche au bicarbonate 1,4 % 5 à 6 fois/jour ; les bains de bouche à base d'alcool ou d'antiseptiques sont contre-indiqués car ils dessèchent la muqueuse
 - Antalgiques locaux ou systémiques
 - Antifongiques en cas de surinfection mycotique
 - Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante
- **Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques)**
 - Détection clinique + questionnaire DN4⁵
 - Adaptation du protocole par l'équipe spécialisée et diminution de dose des produits neurotoxiques, voire arrêt pour limiter tout risque de toxicité définitive et invalidante
 - Si douleurs neuropathiques, traitement symptomatique par antalgiques spécifiques
- **Toxicité cardiovasculaire (notamment angor, ischémie cardiaque, insuffisance cardiaque, bradycardie, hypotension)**
- **Toxicité musculo-squelettique (arthralgies, myalgies)**

5. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS

DES CANCERS DU PANCRÉAS ET CONDUITES À TENIR

(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers du pancréas »)

CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (8) (10)

(protocole folfirinox, gemcitabine, nabpaclitaxel, capécitabine)

■ Toxicité cutanée (xérose, syndrome « main-pied »)

- Prévention : hydratation, port de gants lors des tâches ménagères, éviter la marche prolongée et l'exposition des mains et des pieds à la chaleur
- Soins locaux : application quotidienne de crème émolliente pour hydrater les mains et les pieds

■ Alopécie temporaire

- Prescription d'une prothèse ou d'accessoires capillaires (12)
- Le casque réfrigérant peut parfois limiter la chute des cheveux

■ Infections (principalement des voies urinaires et respiratoires hautes ; risque d'infection des voies biliaires/angiocholite en particulier chez les patients avec obstruction biliaire ou porteurs d'un stent biliaire ; risque d'infection de la chambre implantable)

■ Réactions au site d'injection (œdème localisé, douleur, érythème, induration, parfois extravasation pouvant conduire à une cellulite, une fibrose et une nécrose cutanées)

■ Troubles visuels

- Notamment chez les patients traités par capécitabine, surveillance attentive, en particulier en cas d'antécédents d'affections oculaires, de l'apparition de complications oculaires telles que kératites ou affections cornéennes

■ Affections respiratoires (maladie pulmonaire interstitielle)

- Surveillance étroite pour détecter les signes et symptômes de pneumopathie

■ Autres effets indésirables (rares)

- Des cas de maladie veino-occlusive hépatique (dont certains mortels), de syndrome de Stevens-Johnson et de nécrolyse épidermique toxique, de syndrome hémolytique et urémique (pouvant engager le pronostic vital), d'encéphalopathies, de syndrome leucoencéphalopathique postérieur réversible, de syndrome de fuite capillaire et de syndrome de lyse tumorale ont été rapportés.

Pour information, il existe des toxicités rares, précoces (survenant à la première administration de 5-FU) et sévères (stomatite, diarrhée, neutropénie, encéphalopathie) attribuées à un déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD), enzyme participant au catabolisme du 5-FU. Avant toute chimiothérapie à base de 5-fluorouracile (5-FU) ou de capécitabine, la recherche systématique d'un déficit en enzyme DPD est indispensable.

RADIOTHÉRAPIE (13)

■ Fatigue (multifactorielle : maladie elle-même, radiothérapie, trajets, chimiothérapie concomitante, etc.)

■ Nausées, vomissements

- Prévention par la prise systématique d'antiémétiques, 1 heure avant la séance de radiothérapie

■ Diarrhée

- Prescription de ralentisseurs du transit
- Mesures diététiques (régime sans résidus)

■ Gastrite ou duodénite, ulcères

- Prévention par la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons

■ Perte d'appétit, troubles nutritionnels

- Fractionnement des repas
- Alimentation enrichie, prescription de compléments nutritionnels oraux possible
- Une consultation, voire un suivi, avec un diététicien ou un médecin nutritionniste peut s'avérer nécessaire



► Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspect (en ligne via le portail dédié <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr>, informations également disponibles sur le site de l'ANSM). (10)

► Soins de support

Dans tous les cas, préserver la qualité de vie est primordial. Les principaux symptômes invalidants que sont la douleur, la dépression, la stéatorrhée (liée à l'insuffisance pancréatique exocrine) et la détérioration de l'état nutritionnel sont à rechercher, évaluer, traiter précocement et à réévaluer aussi souvent que nécessaire.

La combinaison soins de support et chimiothérapie palliative est toujours discutée pour apporter et maintenir une meilleure qualité de vie au patient. En effet, des chimiothérapies de type protocole folfirinox, gemcitabine ou association gemcitabine-nabpaclitaxel ont montré leur efficacité dans l'amélioration des symptômes tels que douleurs et dépression.

La douleur (1) (4) (5) (6)

La recherche d'une symptomatologie douloureuse, liée au cancer ou aux traitements, doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer du pancréas. La douleur résiduelle est fréquente, souvent invalidante et altère fortement la qualité de vie. Elle doit être traitée précocement et activement, selon les recommandations OMS. Lorsque ces traitements sont peu efficaces et/ou générateurs d'effets indésirables importants, le patient sera orienté vers un médecin algologue ou un centre de la douleur. Un avis auprès de l'équipe spécialisée sera demandé en parallèle : des techniques interventionnelles ayant montré leur efficacité pour diminuer les doses d'antalgiques et améliorer l'état général du patient seront discutées en RCP. L'alcoolisation du plexus coeliaque sous repérage écho-endoscopique ou percutanée sous contrôle de l'imagerie peut être proposée mais son efficacité est limitée dans le temps (quelques semaines). La radiothérapie peut également être indiquée dans les formes localement avancées ou dans les formes métastatiques hyperalgiques.

L'état nutritionnel

La détérioration de l'état nutritionnel (anorexie, dénutrition et cachexie) et une insuffisance exocrine sont recherchées, évaluées et traitées de façon précoce et multidisciplinaire :

- alimentation enrichie ;
- prescription préventive très précoce de compléments nutritionnels oraux ;
- prescription d'extraits pancréatiques.

Une consultation, voire un suivi, avec un diététicien ou un médecin nutritionniste peut s'avérer nécessaire pour l'évaluation calorique de la prise alimentaire.

Le prurit et la prévention des lésions cutanées de grattage

En plus du traitement de l'obstruction biliaire, le traitement du prurit et la prévention des lésions cutanées de grattage font l'objet de conseils et de traitements à discuter avec l'équipe spécialisée. Des soins cutanés quotidiens sont recommandés (émollients, crème hydratante, eau tiède, savon doux non parfumé, etc.).

L'accompagnement au sevrage tabagique (14) (15)

L'arrêt du tabac est fortement recommandé car sa poursuite majeure notamment le risque de complications des traitements. Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global, intervient pour aider au sevrage tabagique de ses patients atteints de cancer du pancréas quel qu'en soit le stade. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiques sont remboursés par l'assurance maladie sur prescription.

4 SUIVI CONJOINT

› Directives anticipées et personne de confiance⁶ (1)

Le patient doit être informé de la possibilité de :

- choisir une **personne de confiance** (16), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment;
- rédiger des **directives anticipées** (17) pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, modifiée par la loi du 2 février 2016).

› Soins palliatifs (18) (19) (20)

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie trop avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins palliatifs peut être également proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques sont poursuivis.

Dans cette phase avancée du cancer, l'implication du médecin généraliste est d'assurer le suivi du patient et l'accompagnement de fin de vie. Le patient peut se référer au médecin généraliste en dehors de l'hôpital. Celui-ci assure les soins en ambulatoire, en lien avec l'équipe spécialisée. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel : au réseau de soins palliatifs à domicile ou à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). (18)

Les objectifs du suivi d'un patient atteint de cancer du pancréas sont les suivants :

- rechercher et traiter les complications tardives liées aux traitements et les séquelles (notamment insuffisance pancréatique exocrine et diabète), veiller à la qualité de vie et organiser les soins de support nécessaires;
- détecter les récurrences locales ou à distance (principalement hépatiques).

Le médecin généraliste participe au suivi de son patient, en coordination avec l'équipe spécialisée. Son rôle est essentiel dans le suivi de ces patients qui nécessitent une prise en soins globale (soins de support et/ou traitement palliatif). Un échange régulier d'informations dans les deux sens est indispensable.



› Les récurrences après résection d'adénocarcinome pancréatique sont très fréquentes et sont métastatiques et/ou locales. Il est important de dépister une récurrence tumorale avant l'apparition de symptômes pour permettre de traiter cette récurrence de façon plus efficace et améliorer la survie à distance.

MODALITÉS DE SUIVI APRÈS RÉSECTION À VISÉE CURATIVE D'UN CANCER DU PANCRÉAS

SUIVI	EXAMENS	RYTHME
Clinique	■ Examen clinique ■ Évaluation des symptômes	Tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans
Imagerie	■ TDM thoraco-abdomino-pelvienne	
Biologie	■ CA19-9 (sauf chez les patients dont le taux préopératoire était indétectable) ■ Glycémie à jeun	

La TEP-FDG n'est pas recommandée de façon systématique pour la détection de la récurrence de l'adénocarcinome pancréatique, sauf en deuxième intention si un doute persiste sur le bilan conventionnel (TDM et CA19-9).

› Modalités de suivi pour un cancer localement avancé ou métastatique

- Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne peut être proposée tous les 3 mois pendant la chimiothérapie :
 - après initiation de la première ligne de chimiothérapie;
 - en cas de progression tumorale, après initiation d'une seconde ligne de chimiothérapie.
- En cas de pause thérapeutique, un suivi tous les 3 mois peut être proposé.



› Devant des signes de cholestase (ictère, prurit) ou d'angiocholite (fièvre, frissons), le patient sera adressé en urgence à l'équipe spécialisée pour identifier l'obstacle et le lever.

6. Des modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance sont indiqués dans les ressources, page 19.

Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables tardifs des traitements. Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont mentionnés pour la plupart dans le résumé des caracté-

ristiques du produit (RCP) de l'AMM des molécules correspondantes, disponible dans la Base de données publique des médicaments. (8) (10)

PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DES CANCERS DU PANCRÉAS ET CONDUITES À TENIR
(conseils pratiques pour les patients dans le guide Cancer Info « Les traitements des cancers du pancréas »)

DRAINAGE BILIAIRE

- **Occlusion des prothèses biliaires et digestives métalliques**, entraînant une récurrence de la cholestase (le plus souvent sous forme d'angiocholite) ou une sténose digestive
 - Désobstruction endoscopique ou percutanée

CHIRURGIE

- **Stéatorrhée liée à une insuffisance pancréatique exocrine**
 - À dépister par le dosage de l'élastase fécale
 - Peut nécessiter la prise d'extraits pancréatiques au long cours
- **Diarrhée motrice après duodéno pancréatectomie céphalique**
 - Prescription de ralentisseurs du transit
- **Ulcères sur anastomose gastro ou duodéno-jéjunale après duodéno pancréatectomie**
 - Prévention par la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons
 - Prévention permanente et définitive nécessaire après duodéno pancréatectomie totale
- **Diabète lié à une insuffisance pancréatique endocrine**
 - À dépister et traiter (insulinothérapie)

CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (8) (10)
(protocole folfirinox, gemcitabine, nabpaclitaxel, capécitabine)

- **Fatigue**
 - Activité physique quotidienne adaptée à encourager
- **Neurotoxicité (principalement neuropathies périphériques)**
 - Détection clinique + questionnaire DN4⁷
 - Si douleurs neuropathiques, traitement symptomatique par antalgiques spécifiques

RADIOTHÉRAPIE (13)

- **Ulcère gastro-duodéal**
 - Prévention par la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons

APPROCHE MÉDICALE GLOBALE

- **Activité physique**
Encouragement à la pratique ou la poursuite d'une activité physique quotidienne adaptée au patient et à ses capacités (21) (22)
- **Vaccinations**
Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie
Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie ou aspléniques préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (9)

7. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>.

RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

» Documents et sites Internet

Pour les médecins généralistes

- (1) Organisation des soins en cancérologie, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, Institut national du cancer (INCa), juillet 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr.
- (2) Dossier Oncogénétique sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (3) Dossier Oncogériatrie sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (4) La douleur en cancérologie, collection Fiches repères, INCa, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (5) Centre national de ressources de lutte contre la douleur: cnrd.fr
- (6) Ministère des Solidarités et de la Santé: dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national: solidarites-sante.gouv.fr
- (7) Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (8) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui donne toute information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la Haute Autorité de santé, leurs prix et leurs conditions de prescription: base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
- (9) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales du Haut conseil de la santé publique: hcspp.fr
- (10) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé: ansm.sante.fr
- (11) Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS): afsos.org
- (12) Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, décembre 2018, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (13) Médecin traitant et patient en radiothérapie: conseils pratiques, INCa 2008, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (14) L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer, collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (15) Dossier Aide au sevrage tabagique sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (16) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance: service-public.fr
- (17) Modèle de directives anticipées: service-public.fr
- (18) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire: sfap.org
- (19) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP), qui propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale: soins-palliatifs.org
- (20) Conférence de consensus: « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » HAS/SFAP: has-sante.fr
- (21) Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques, collection États des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr
- (22) Activité physique et cancer, collection fiches repères, état des connaissances en date du 30 janvier 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut: e-cancer.fr

LISTE DES PARTICIPANTS

Pour les patients et leurs proches

- Guides patients, collection Cancer info, disponibles gratuitement sur le site Internet de l'Institut : **e-cancer.fr**, dont en particulier :
 - Les traitements des cancers du pancréas
 - Démarches sociales et cancer
 - Participer à un essai clinique en cancérologie
 - Douleur et cancer
 - Fatigue et cancer
 - Vivre pendant et après un cancer

» Plateformes téléphoniques

- **Centre national de ressources Soins Palliatifs** : « Accompagner la fin de la vie ; s'informer, en parler » : au **0811 020300** (prix d'un appel local) : informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.
- **Ligne Cancer info** (service proposé par l'Institut national du cancer, en partenariat avec la Ligue contre le cancer) au **0805 123124** (service et appel gratuits) : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Tabac Info Service** : **3989** (appel non surtaxé) : un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue. **tabac-info-service.fr**.

» Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail / relecture :

- Collège de la médecine générale (CMG)
- Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC)

» Groupe de travail

- **Pr Jean-Baptiste BACHET**, hépato-gastro-entérologue, oncologue médical, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris
- **Pr Jean-Frédéric BLANC**, hépato-gastro-entérologue, oncologue médical, Hôpital Haut-Lévêque (CHU Bordeaux), Pessac
- **Dr Cédric BOUCHERAT**, pharmacien d'officine, Livry-Gargan
- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix Serrigny
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Vaux sur Mer et Université de Poitiers
- **Dr Jean GODARD**, médecin généraliste, Val-de-Saône
- **Pr Florence HUGUET**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris
- **Pr Jean-Pierre JACQUET**, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey
- **Pr Vinciane REBOURS**, pancréatologue, gastroentérologue, CHU Beaujon, Clichy
- **Pr Marie-Eve ROUGÉ BUGAT**, médecin généraliste, Toulouse
- **Dr Marcel RUETSCH**, médecin généraliste, Dessenheim
- **Pr Alain SAUVANET**, chirurgien digestif, CHU Beaujon, Clichy
- **Dr Alain SIARY**, médecin généraliste intervenant dans les formations conventionnelles, Genouillé
- **Pr Jean-Pierre TASU**, radiologue, Hôpital de la Milétrie (CHU Poitiers)
- **Pr Stéphanie TRUANT**, chirurgien digestif, Hôpital Claude Huriez (CHRU Lille)

- **Dr Véronique VENDRELY**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Haut-Lévêque (CHU Bordeaux), Pessac
- **Pr Marie-Pierre VULLIERME**, radiologue, CHU Beaujon, Clichy
- **Dr Myriam WARTSKI**, médecin nucléaire, Hôpital Cochin, Paris

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site **DPI-SANTE**. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut national du cancer (INCa) n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

» Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne DUPERRAY**, directrice, direction des Recommandations et du Médicament
- **Sophie NEGELLEN**, conseillère Médicament et responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du Médicament

Le contenu de cet outil a été élaboré à partir des recommandations de l'Association de chirurgie hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique (ACHBT) en partenariat avec la Société d'imagerie abdominale et digestive (SIAD), société d'organe de la Société française de radiologie (SFR), la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), la Société française d'endoscopie digestive (SFED), la Fédération française de cancérologie digestive (FFCD), la Société française de chirurgie digestive (SFCDD), la Société française de médecine nucléaire (SFMN), la Société française de pathologie (SFP) et l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS), labellisées par l'Institut national du cancer en septembre 2019 : « **Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas** ».

RÉFÉRENCES

- Association de chirurgie hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique (ACHBT) en partenariat avec la Société d'imagerie abdominale et digestive (SIAD), société d'organe de la Société française de Radiologie (SFR), la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), la Société française d'endoscopie digestive (SFED), la Fédération française de cancérologie digestive (FFCD), la Société française de chirurgie digestive (SFCD), la Société française de médecine nucléaire (SFMN), la Société française de pathologie (SFP) et l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS). Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas /Synthèse, septembre 2019. Disponible : URL : e-cancer.fr
- Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie I – Tumeurs solides – Synthèse. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2016. 8 p. Disponible : URL : invs.sante.fr et e-cancer.fr
- Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible à partir des URL : santepubliquefrance.fr, geodes.santepubliquefrance.fr, <http://lesdonnees.e-cancer.fr> et e-cancer.fr
- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa). Guide ALD – Cancer du pancréas [online]. Collection Outils pour la pratique. Janvier 2010. Disponible : URL : e-cancer.fr et has-sante.fr



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-532-4
ISBN net : 978-2-37219-533-1

DEPÔT LÉGAL AVRIL 2020



Cette brochure décrit le parcours de soins d'un patient atteint de cancer du pancréas. Le médecin généraliste a un rôle essentiel à tous les stades de ce parcours, en lien avec l'équipe spécialisée.

Démarche diagnostique, bilan initial, vue d'ensemble des modalités thérapeutiques de première intention et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patients.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne (e-cancer.fr) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.