



# LA PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LES CANCERS DIGESTIFS : DISCUTONS-EN EN RCP !

Cancer du pancréas

Pr Jean-Baptiste BACHET  
Sorbonne Université - APHP

# Liens d'intérêts

---

- L'orateur a déclaré les liens d'intérêts suivants: Recherches cliniques / travaux scientifiques : AMGEN | ASTRAZENECA | Merck | SERVIER, Consultants, expert : AMGEN | SERVIER | Merck | MSD | BRISTOL MYERS SQUIBB | ABBVIE | TAKEDA | GSK | INCYTE, Cours, formation : AMGEN | BAYER | Merck | PIERRE FABRE | SERVIER | TAKEDA | VIATRIS, Documents publicitaires : AMGEN | BAYER | Merck | TAKEDA, Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : AMGEN | BAYER | SERVIER | SANOFI GENZYME | Merck | : NOVOCURE

# Objectifs pédagogiques

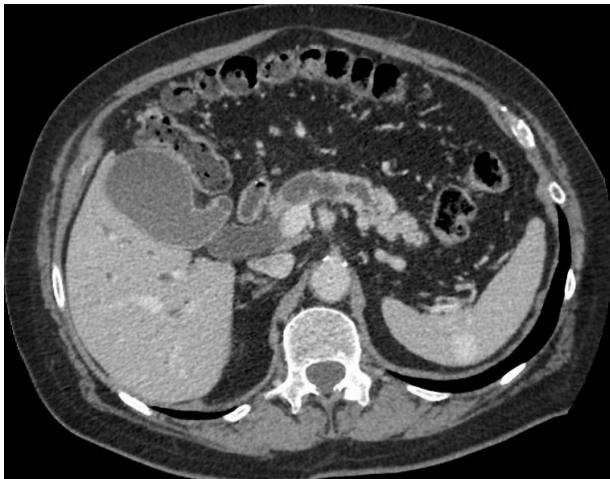
---

- Connaître les indications actuelles de la radiothérapie dans les cancers du pancréas

# Cas Clinique 1

---

- 78 ans
- Antécédent : HTA, RTUP en 2007 pour adénome, carcinome basocellulaire mollet G opéré
- Ictère
- Scanner AP 17/04/2020 : lésion tissulaire mal limitée du petit pancréas de Winslow, dilatation des VBIH et VBEH, déformation de la veine mésentérique supérieure (borderline veineux)



# Cas Clinique 1

---

- Échoendoscopie 22/04/2020 : masse de 35 mm de la tête du pancréas, au contact de la VMSup, classée usT3NX. Anapath : adénocarcinome
- IRM hépatique 24/04/2020 : pas de lésion hépatique
- CPRE 27/04/2020 : mise en place d'une prothèse métallique.
- CA 19.9 543 UI/ml ; ACE 2,0 ng/ml
- OMS 1, amaigrissement de 10 kg, asthénie, RAS par ailleurs, pas de douleur

# RCP

---

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

A/ Chirurgie d'emblée

B/ Chimioradiothérapie avec gemcitabine (PREOPANC)

C/ FOLFIRINOX neoadjuvant

D/ Gemcitabine nab-paclitaxel neoadjuvant

E/ PAXG (cisplatine, nab-opaclitaxel, capecitabine, gemcitabine) néoadjuvant

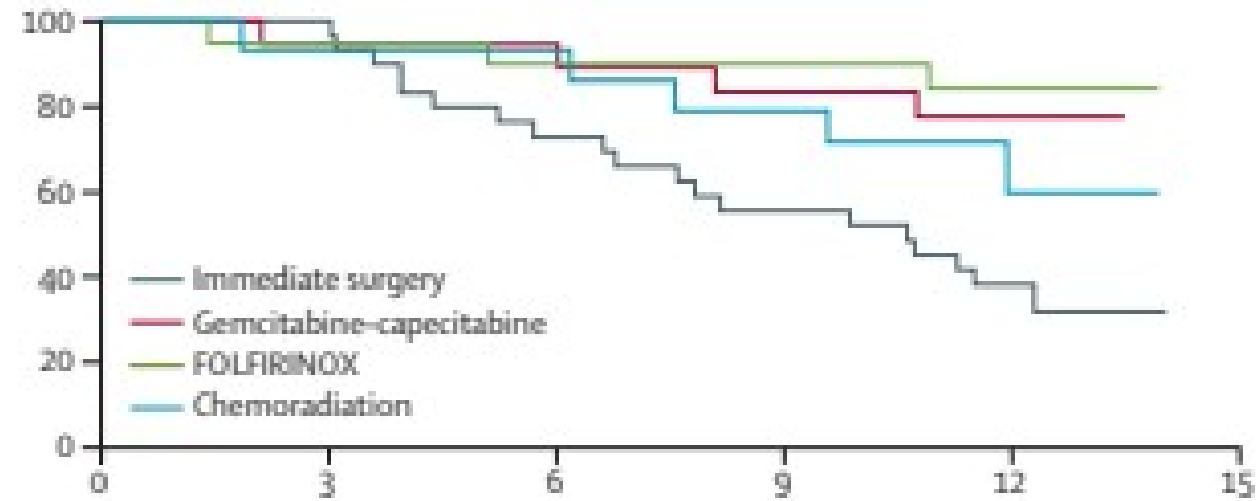
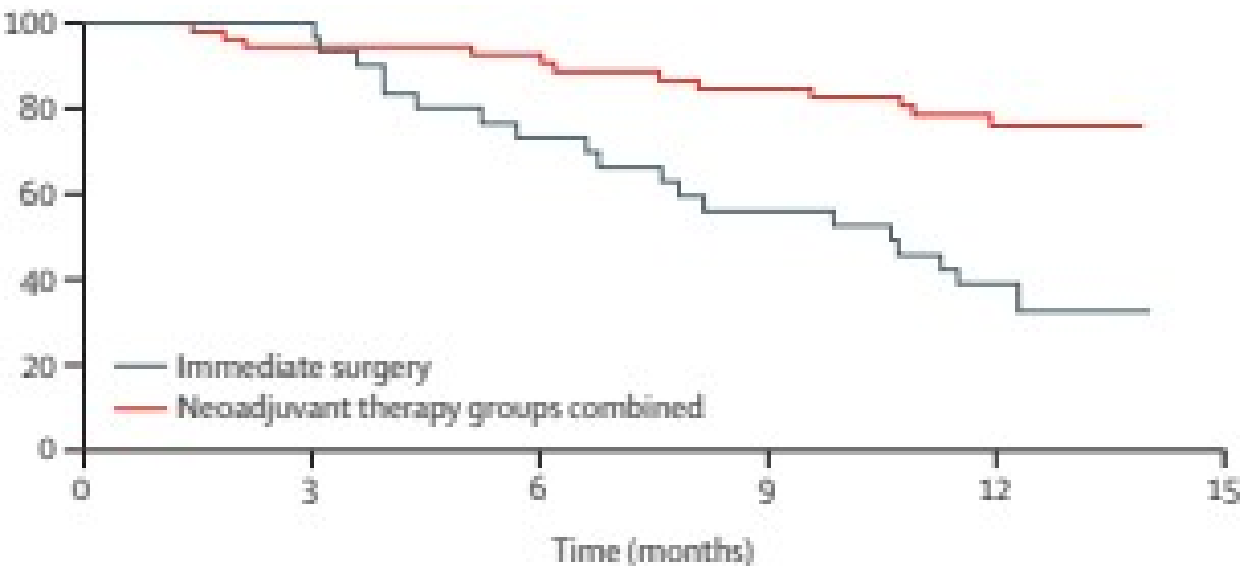
# ESPAC-5 phase II

Borderline PDAC

Phase 2 avec 4 bras : chirurgie vs GEMCAP VS FOLFIRINOX vs CRT

90 patients

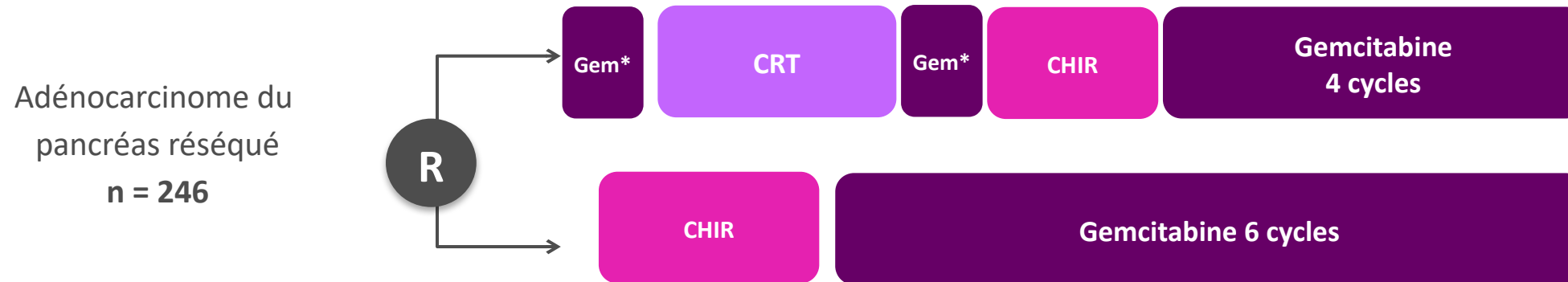
## Survie globale



Ghaneh S et al, Lancet Gastroenterol Hepatol 2023

# PREOPANC-1

Borderline : 53% et 46%



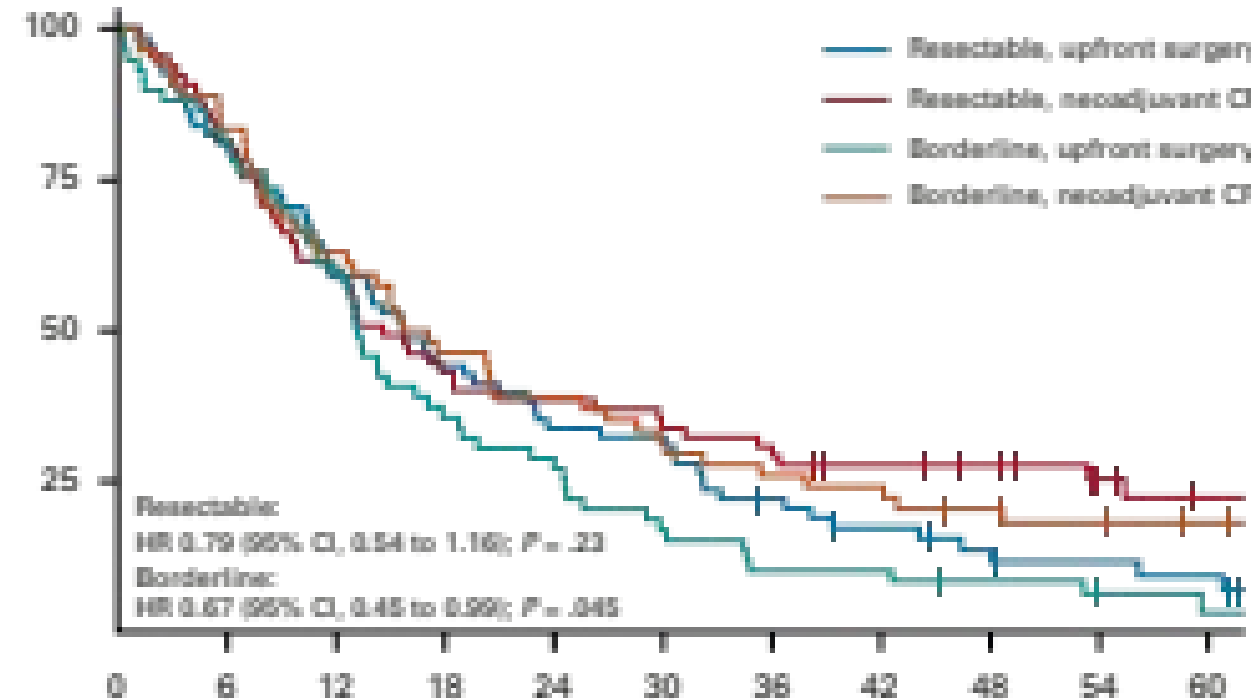
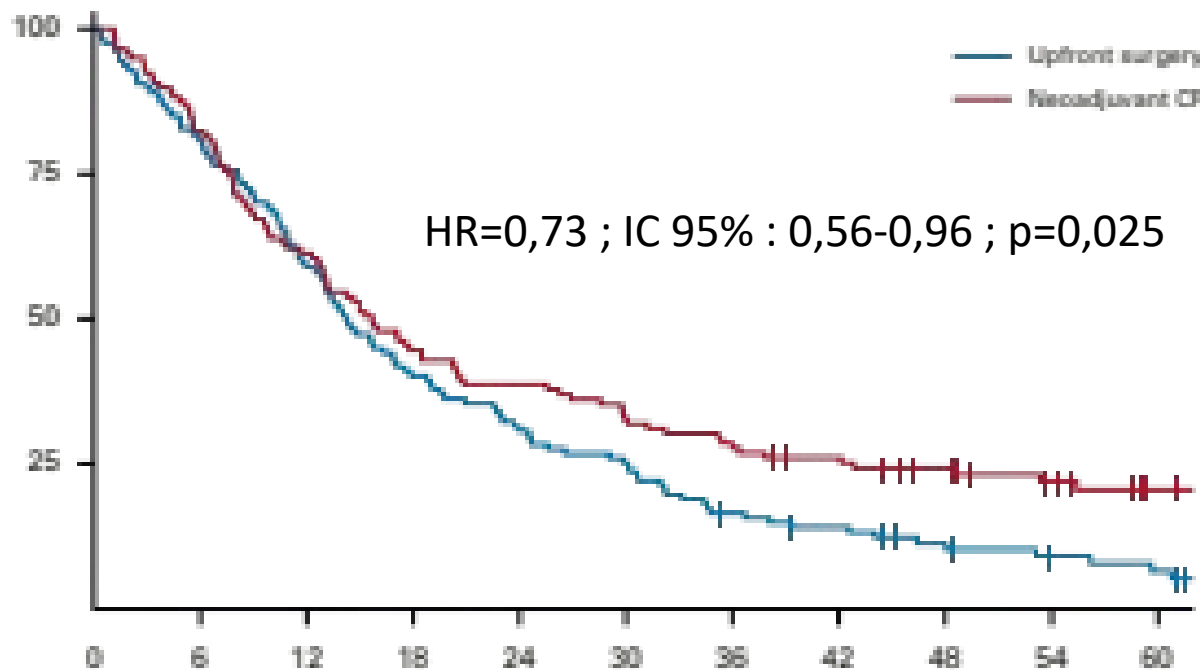
- CRT : Gem 1000 mg/m<sup>2</sup> à J<sub>1</sub>, J<sub>8</sub>, J<sub>15</sub> + 36 Gy (15 x 2.4 Gy)
- Gem\* : 1000 mg/m<sup>2</sup> à J<sub>1</sub>, J<sub>8</sub>
- Chimio adjuvante : Gem 1000 mg/m<sup>2</sup> à J<sub>1</sub>, J<sub>8</sub>, J<sub>15</sub> tous les 28 jours

**Objectif principal : survie globale**

*Versteijne E et al, J Clin Oncol 2020*

# Survie globale

Médiane de suivi 59 mois



Taux de résection 61% vs 72% ; p=0,058

Taux de résection R0 72% vs 43% ; p<0,001

Survie sans récurrence HR=0,69; IC 95% : 0,53-0,91; p=0,009

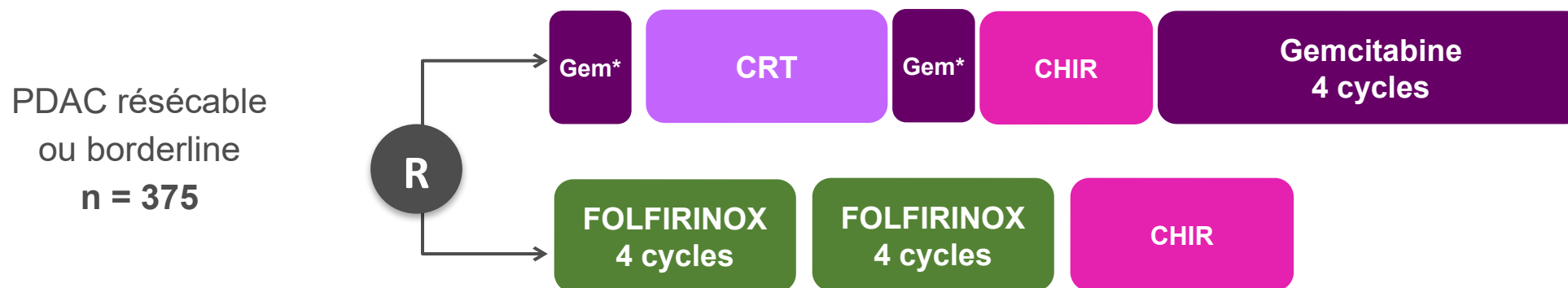
Survie sans récurrence locorégionale HR=0,57; IC 95% : 0,39-0,83; p=0,004

Survie sans métastase HR=0,74; IC 95%=0,54-1,03; p=0,070

Versteijne E et al, J Clin Oncol 2022

# PREOPANC-2

Borderline 34% et 35%



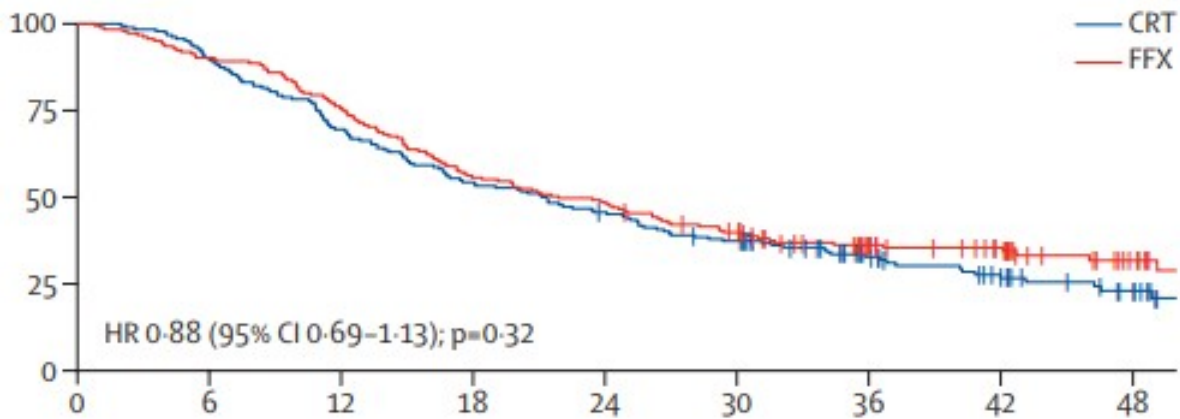
**Critère de jugement principal : survie globale**

*Janssen QP et al, Lancet Oncol 2025*

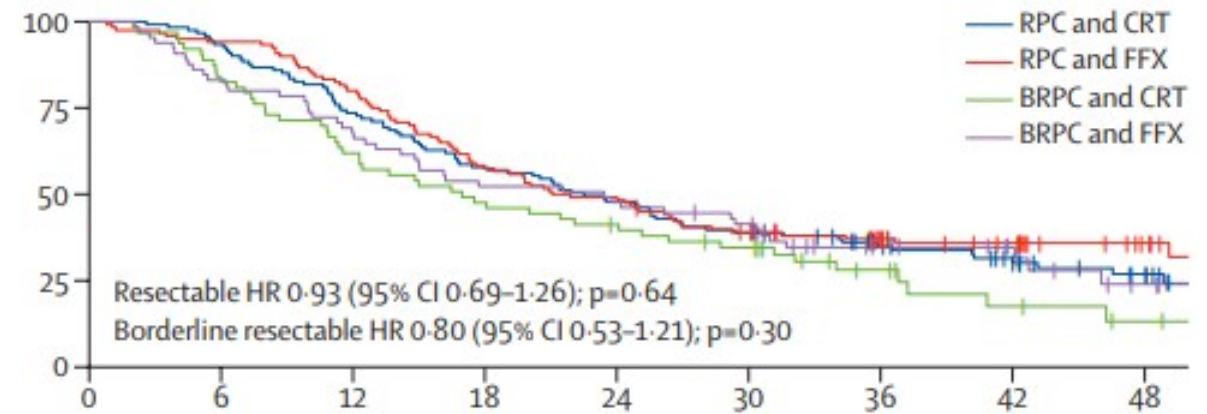
# Survie globale

Médiane de suivi 42 mois

## Tous patients



## Selon stade au diagnostic



Janssen QP et al, Lancet Oncol 2025

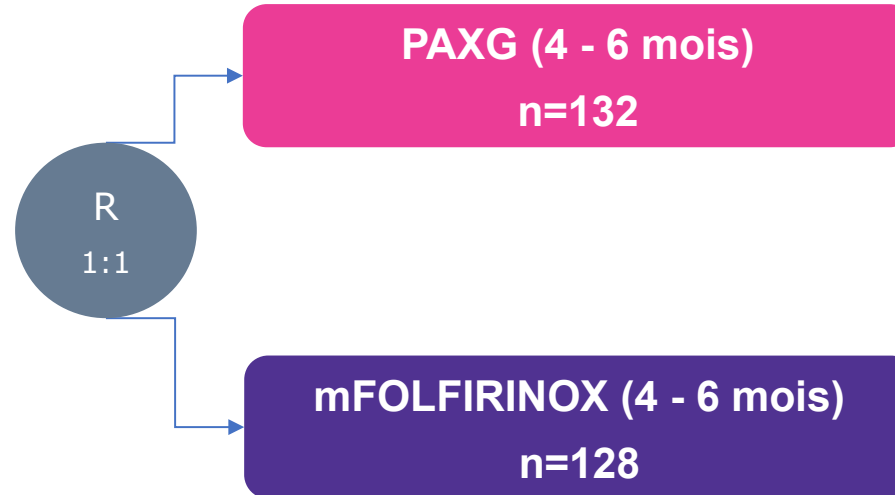
# CASSANDRA PACT 21

Borderline : 52% et 51%

## Critères d'inclusion

- PDAC stade 1-3
- Résécable ou borderline
- Karnofsky > 60%
- Age >18 - ≤ 75 ans

stratification:  
centre et Ca 19-9  
(< 5 ou ≥ 5)



**PAXG** : cisplatine 30 mg/m<sup>2</sup> + nab-paclitaxel 150 mg/m<sup>2</sup> + capécitabine 1250 mg/m<sup>2</sup> de D1 à D14  
+ gemcitabine 800 mg/m<sup>2</sup>; 1 cycle / 14 days

**Critère de jugement principal : Survie sans évènement à 3 ans**

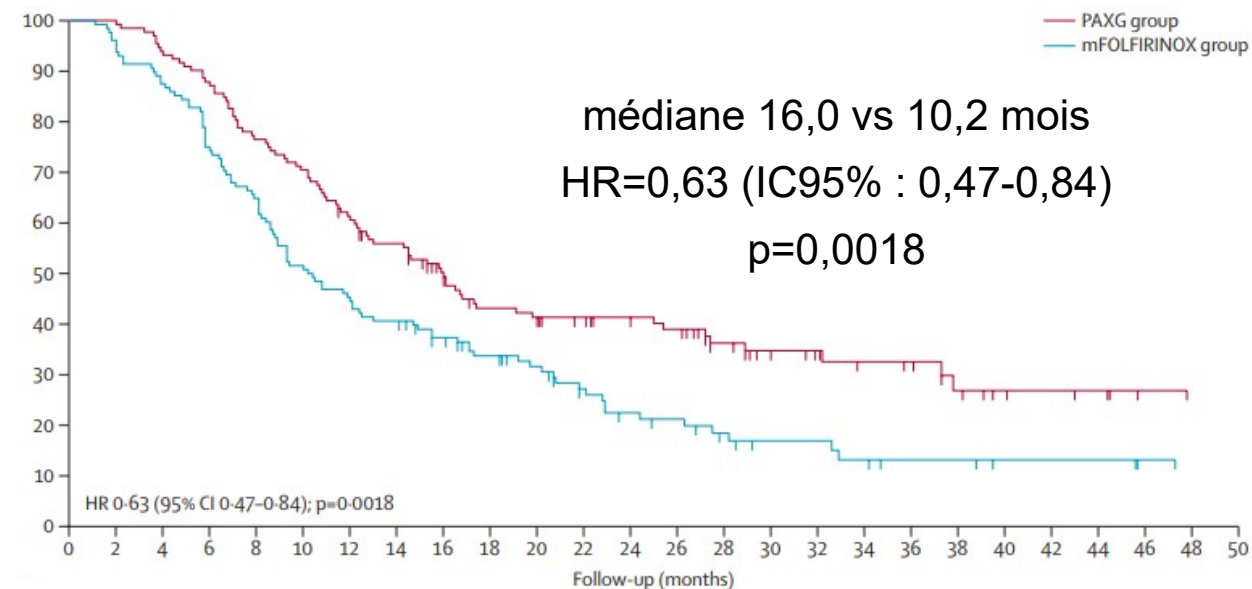
(H0 : 30% ; H1 : 45% ; HR<0,65)

Définition d'un évènement : progression, récurrence, non résécabilité, méta per-op, décès, augmentation ≥20% du Ca 19-9 (confirmé à 4 semaines)

*Reni M et al, Lancet 2025*

# Résultats

## Survie sans évènement



## Survie globale :

médiane 32,1 vs 26,4 mois

Taux à 2 ans 66% vs 58%

Taux à 3 ans 48% vs 41%

## Effets secondaires grade 3-4 :

66% vs 61%

# Cas Clinique 1

---

- RCP : FOLFIRINOX – Borderline veineux
- FOLFIRINOX C1 14/05/2020 – C4 25/06/2020 (C1 réalisé avec 50% d'Irinotecan).
- Tolérance : asthénie grade 1, paresthésies grade 1  
OMS 1, -3 kg  
Scanner TAP 30/06/2020 : diminution de la lésion -14% avec stabilité des rapports vasculaires



# RCP

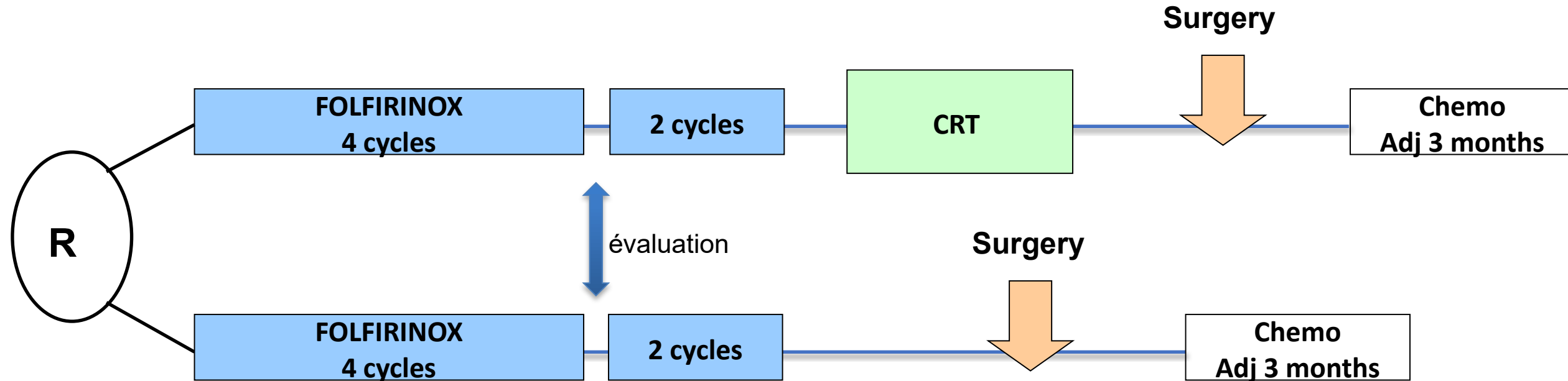
---

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

A/ FOLFIRINOX 2 cycles puis chirurgie

B/ FOLFIRINOX 2 cycles puis chimioradiothérapie avant chirurgie

# PANDAS



130 patients avec PDAC borderline (relecture centralisée à l'inclusion)

Critère de jugement principal : taux de résection R0

# Résultats

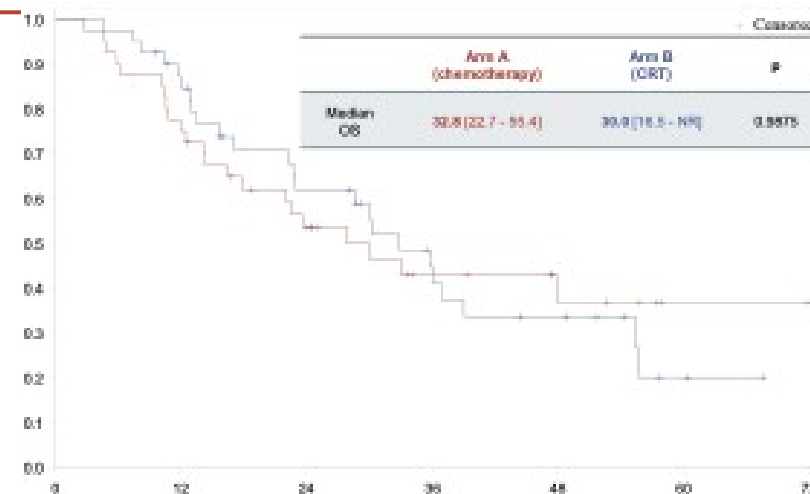
**Etude négative en ITT** mais population défini comme les patients ayant été opérés (40 par bras)  
Résection R0 50% vs 45% (p=0,82)

Données en « ITT réel » attendues (54 vs 56 patients)

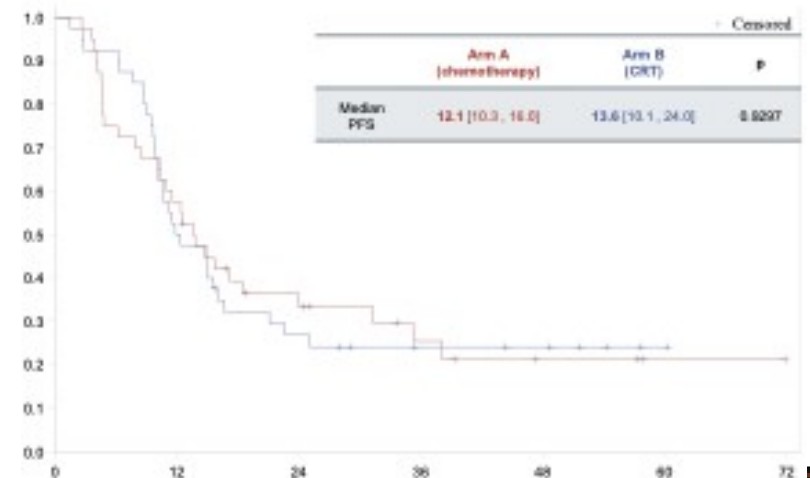
Pas de pCR (0% vs 0%)

Parmi les patients ayant eu la résection pancréatique, médiane de survie globale supérieure dans le bras CRT (35,7 vs 47,9 mois ; p=0,2998).

## Survie globale



## Survie sans progression



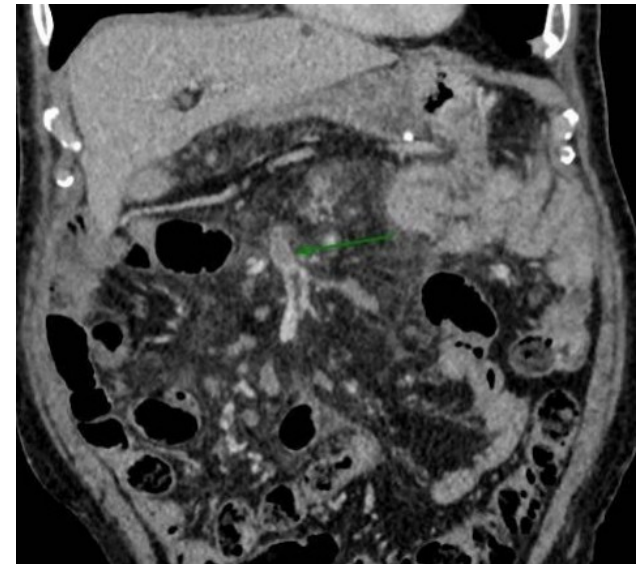
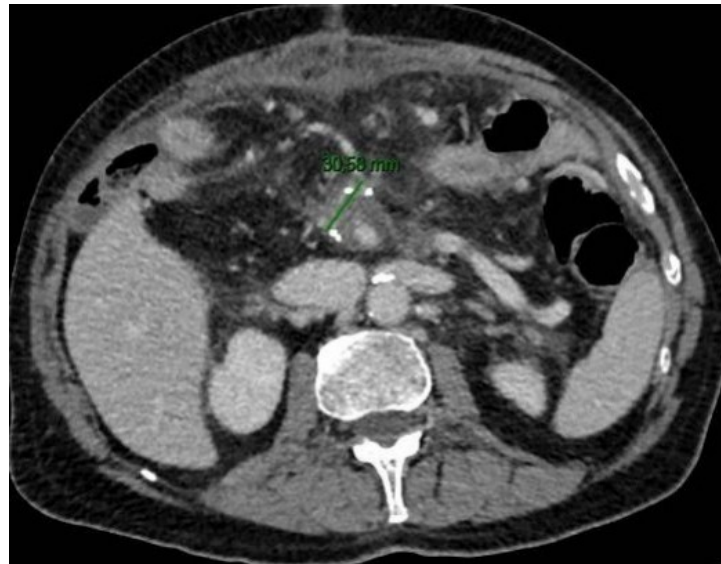
# Cas Clinique 1

---

- FOLFIRINOX C7 06/08/2020 (C1 réalisé avec 50% d'Irinotecan et arrêt oxaliplatine à C7).
- CA 19.9 : 47,7 (vs vs 50,20 vs 543) UI/ml
- Scanner TAP 18/08/2020 : poursuite de la diminution de la lésion
- Chirurgie 07/09/2020 : DPC + résection veine mésentérique sup + curage ganglionnaire + colectomie angulaire G. Anapath : adénocarcinome bien différencié ypT2N1M0 R0 (1 N+ sur 48). Gastroparésie post-op.
- FOLFOX en adjuvant C1 06/11/2020 - C6 22/01/2021 (arrêt oxaliplatine à C6).
- Surveillance

# Cas Clinique 1

- Scanner 03/11/2021 : récurrence locorégionale avec majoration de l'infiltration pseudo-nodulaire au contact des clips de l'anastomose veineuse, responsable de l'apparition d'une occlusion de la terminaison de la veine mésentérique supérieure avec thrombus sus-jacent. Majoration des ganglions et adénomégalies mésentériques et de l'infiltration de la graisse mésentérique, sans ascite.



- OMS 1 ; CA 19.9 et ACE normaux

# RCP

---

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

A/ Reprise chimiothérapie

B/ Chimioradiothérapie

C/ Radiothérapie stéréotaxique

D/ Surveillance

# Essais de phase 3

**LAP07**  
n=442

Gemcitabine +/- erlotinib  
4 mois

**Maladie contrôlée**  
n=269 (61%)

Chimiothérapie  
n=136

CRT  
n=133

**Objectif principal : survie globale**

**CONKO-007**  
n=495

FOLFIRINOX (81%) ou Gemcitabine  
3 mois

**Maladie contrôlée**  
n=336 (68%)

Chimiothérapie\*  
n=167

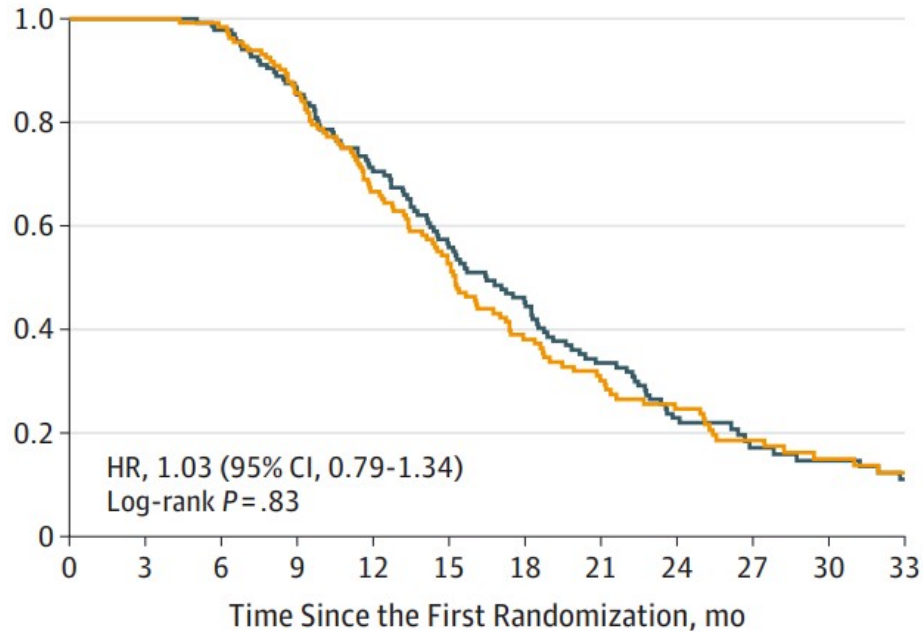
CRT  
n=169

**Objectif principal : taux de résection R0**

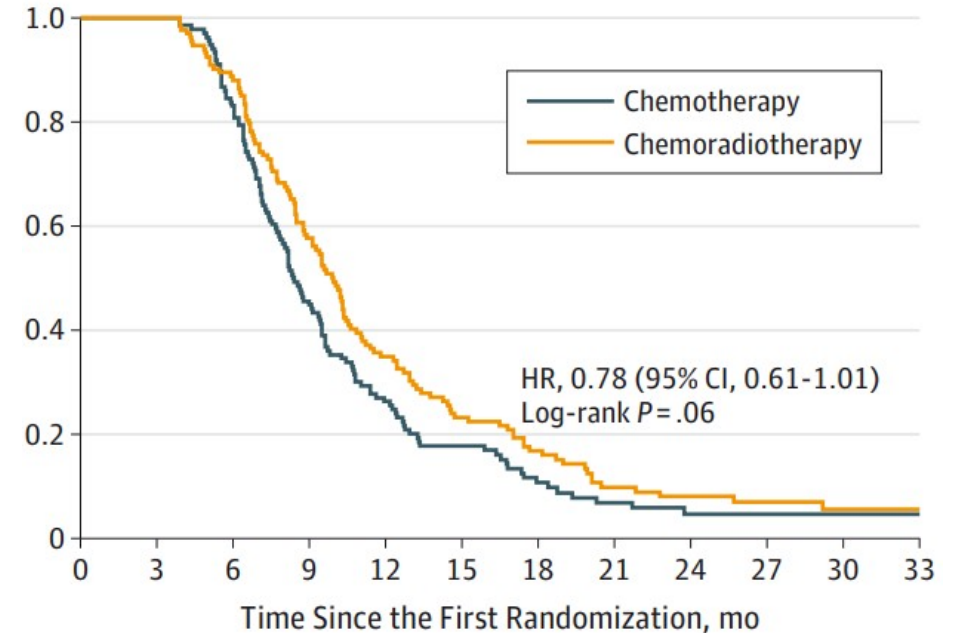
\* FOLFIRINOX 84%

# LAP07

## Survie globale



## Survie sans progression

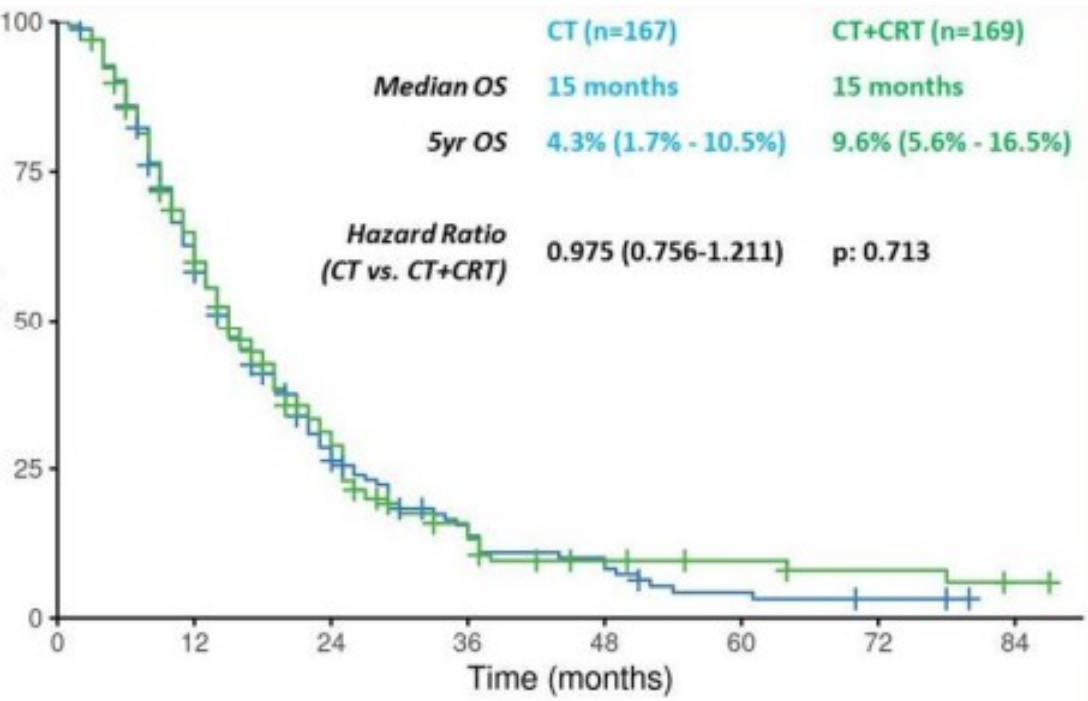


- Temps avant ré-introduction : 6,1 vs 3,7 mois (p=0,02)
- Progression locorégionale : 32% vs 46% (p=0,035)

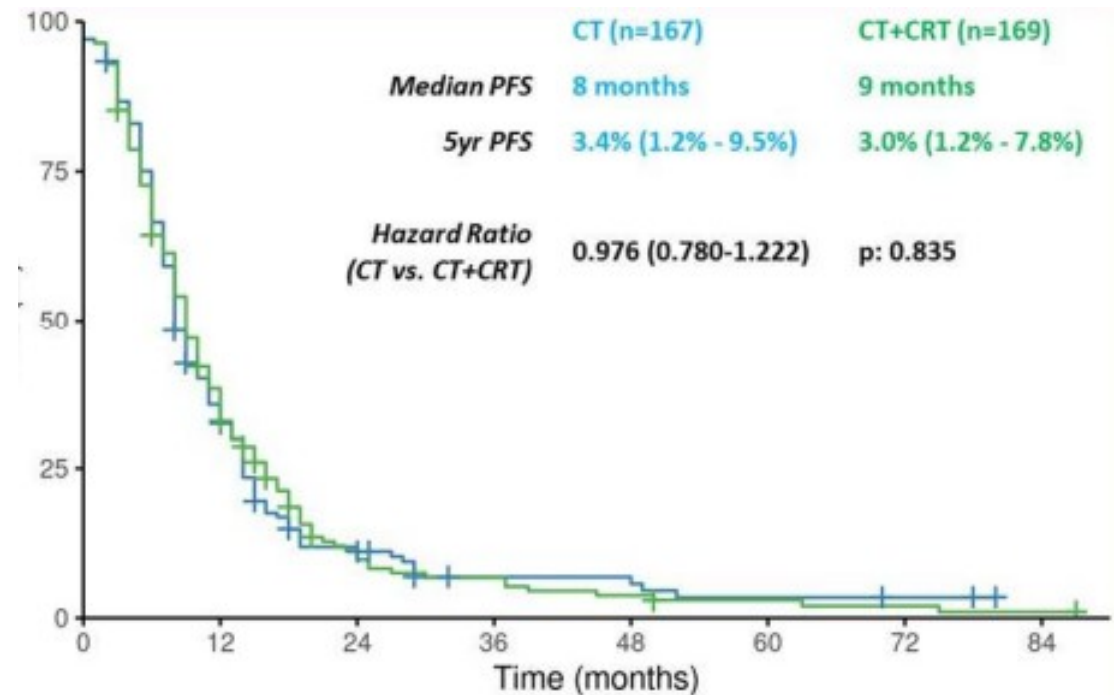
# CONKO-007

- Taux de resection R0/R1 : 28% vs 28% mais résection R0 17% vs 9% ; p=0,0348

## Survie globale



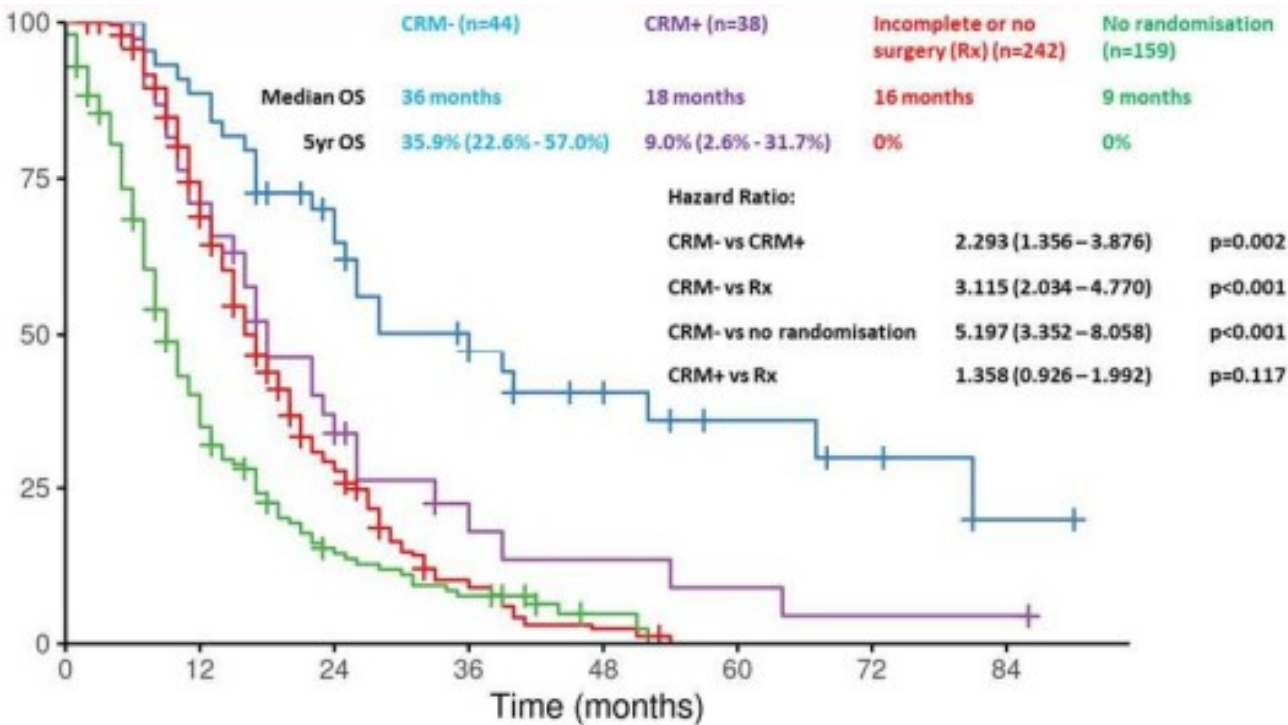
## Survie sans progression



# CONKO-007

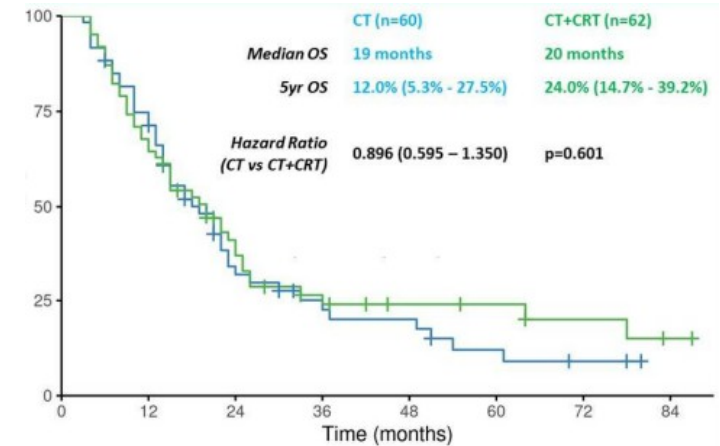
## Bras CT vs CRT (patients réséqués)

### Survie globale selon chirurgie R0 ou non

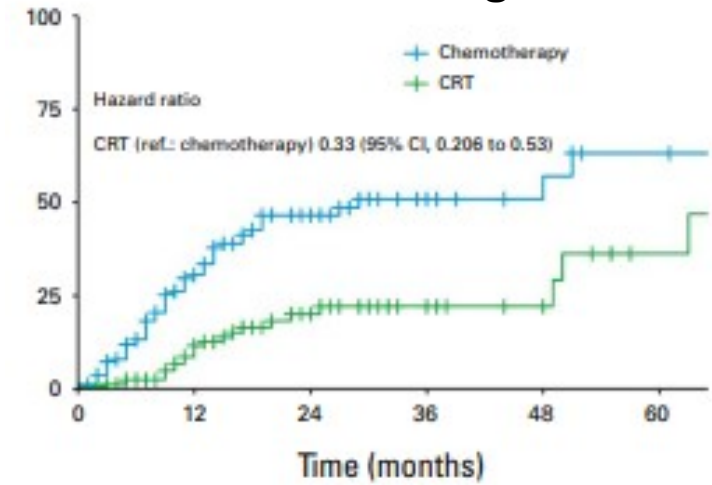


Fietkau R et al, J Clin Oncol 2025

### Survie globale



### Récidive locorégionale



# Cas Clinique 1

---

- Gemcitabine nab-paclitaxel (délai < 10 mois depuis fin de chimio adjuvante)  
C1J1 19/11/2021 - C4J15 04/03/2022.  
Gemcitabine C1 25/03/2022 - C9 15/07/2022.
- Radiochimiothérapie 08/09 au 24/10/2022 : 50,4 Gy + capécitabine.
- Surveillance tous les 3 mois

# Cas Clinique 1

---

- Scanner 08/01/2025 :
  1. Poursuite de la progression lente d'un nodule pulmonaire mixte du segment apical du lobe supérieur gauche et de condensation pseudo-nodulaire paramédiastinale linguilaire
  2. Pas de récurrence locorégionale ni à l'étage abdomino-pelvien.



- OMS 1 ; CA 19,9 24,5 UI/ml ; ACE 2,5 ng/ml

# RCP

---

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

83 ans

A/ Reprise chimiothérapie

B/ Radiothérapie stéréotaxique

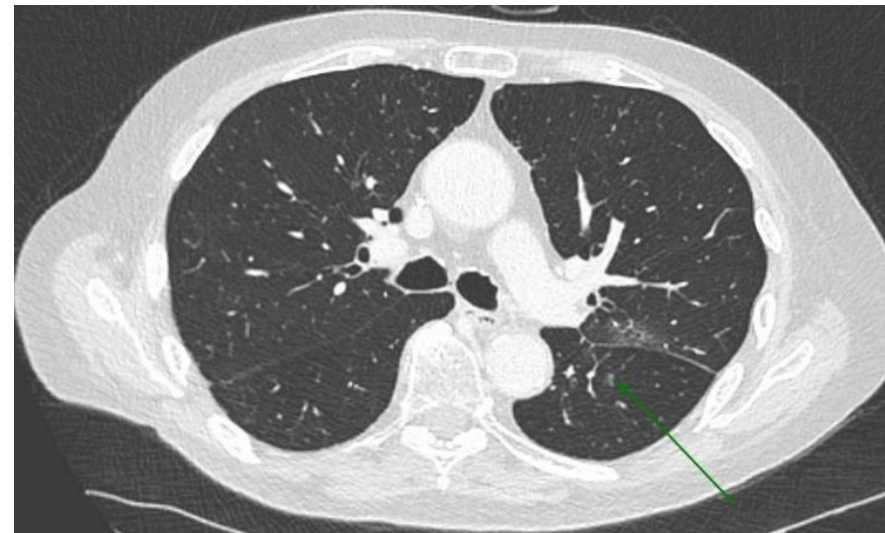
C/ Chirurgie

C/ Surveillance

# Cas Clinique 1

- Radiothérapie conformationnelle en conditions stéréotaxiques du 20 au 31/03/2025 sur chacune des deux métastases pulmonaires du segment apical du lobe inférieur gauche et paramédiastinale linguale.
- Surveillance tous les 3 mois
- Scanner TAP 30/09/2025 : Régression quasi-complète du nodule du lobe inférieur gauche. Aspect inchangé de la condensation pseudo-nodulaire spiculé paramédiastinale de la lingula,. Pas d'argument pour une récurrence loco-régionale ou à distance.

*Phase 2 randomisée. Ludmir EB et al, J Clin Oncol 2024  
Cohorte ALTOPANC, Turpin A et al, ASCO GI 2026*



# Cas Clinique 1

---

- Dernière consultation 19/01/2026
- Marqueurs tumoraux normaux
- Scanner inchangé

=> Poursuite surveillance

# Points forts

---

- La radiothérapie n'est pas indiquée en situation adjuvante dans le cancer du pancréas.
- En cas de cancer résécable, la chimiothérapie néoadjuvante est associée à des résultats prometteurs (essai en cours)
- En cas de cancer borderline, la place de la radiothérapie après la chimiothérapie est en cours d'investigation
- La chimioradiothérapie de consolidation ou « clôture » est associée à une augmentation de la survie sans traitement, à une réduction du risque de progression régionale, sans impact sur la survie globale.
- La radiothérapie est une option thérapeutique de choix en cas de maladie résécable chez un patient inopérable ou avec une maladie oligométastatique

---

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**