

Post CONGRÈS 2025-2026

PANCRÉAS

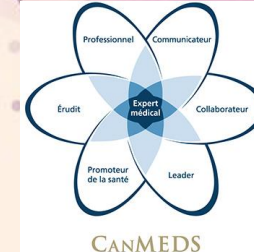
Charles Ménard
Gastro-entérologue
Université de Sherbrooke
14 juin 2026



AUCUN CONFLITS D'INTÉRÊTS



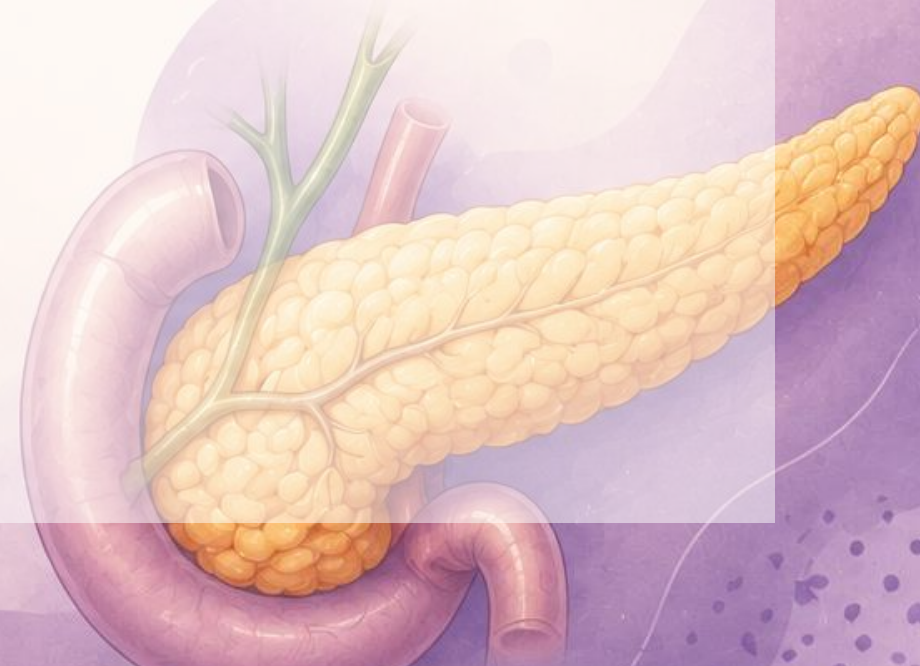
Compétences CanMEDS



X	Expert médical (En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins .)
	Communicateur (En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient et ses proches ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.)
	Collaborateur (En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.)
X	Leader (En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.)
	Promoteur de santé (En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en oeuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.)
X	Érudit (En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.)
	Professionnel (En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.)

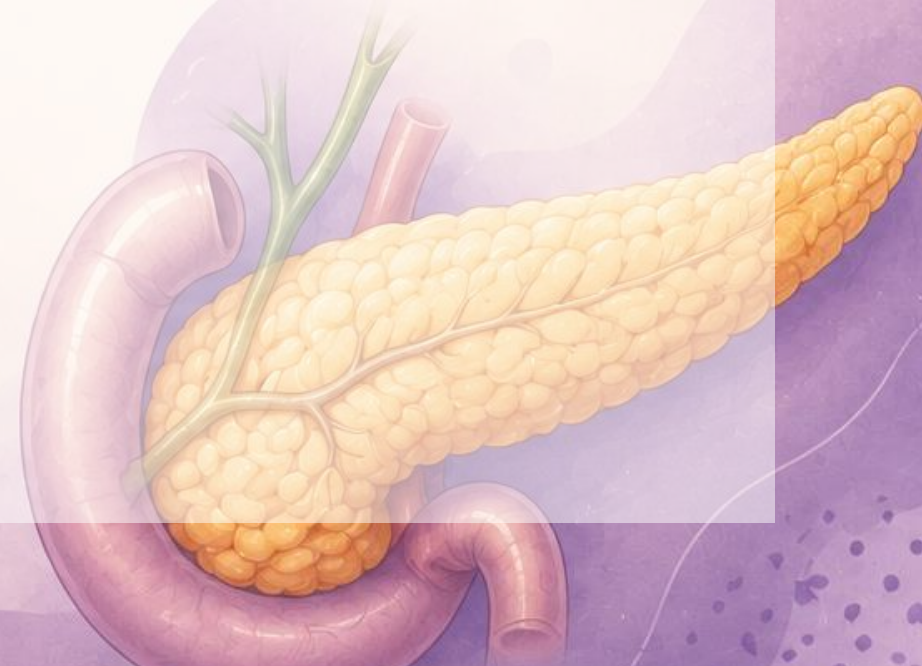
OBJECTIFS

- Présenter les résultats d'intérêt relatifs aux pathologies pancréatiques présentées au cours des congrès
 - SFP (sept 2025)
 - ACG 2025 (oct 2025)
 - UEGW 2025 (oct 2025)
 - APDW 2025 (nov 2025)
 - ASCO GI 2026 (jan 2026)
 - JFHOD 2026 (mar 2026)
 - DDW 2026 (mai 2026)



Plan

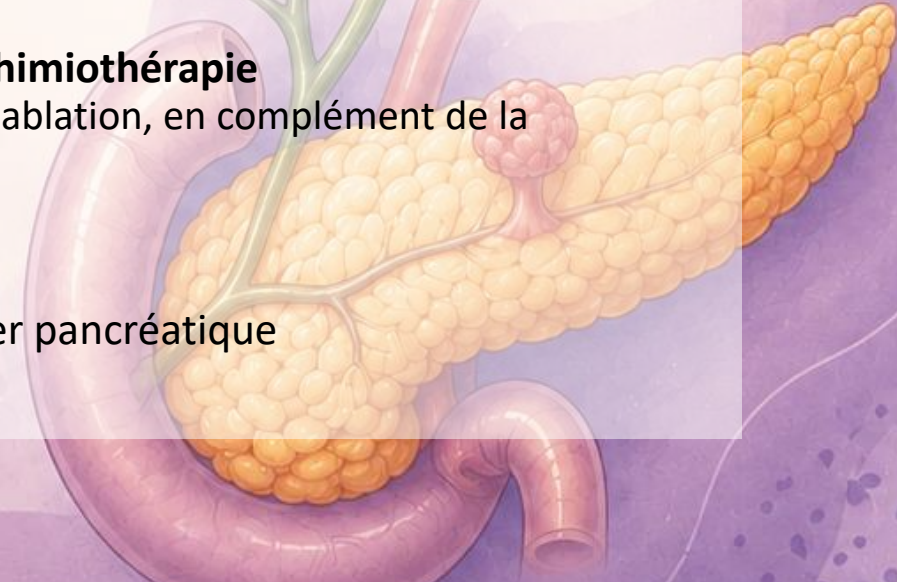
- Cancer pancréatique
- Pancréatite aiguë
- Pancréatite auto-immune
- CPRE
- Pancréatite chronique
- Kystes pancréatiques



Cancer du Pancréas

RASolute 302 Trial

- **Daraxonrasib vs chimiothérapie en 2e ligne du cancer pancréatique métastatique**
- **Design** : phase 3 internationale, randomisée, open-label, **500 patients** avec PDAC métastatique déjà traité; **91,8 % RAS G12**.
- **Intervention** : daraxonrasib oral 300 mg die vs chimiothérapie au choix de l'investigateur.
- **Résultats clés** :
 - **Survie globale** : 13,2 vs 6,7 mois; **HR 0,40**, $p < 0,001$
 - **Survie sans progression** : 7,2 vs 3,6 mois; **HR 0,49**, $p < 0,001$
 - **Réponse objective** : 31,6 % vs 11,2 %
 - **Qualité de vie / douleur** : détérioration significativement retardée avec daraxonrasib
- **Adénocarcinome du pancréas oligométastatique (AP-OM) contrôlées par chimiothérapie**
- Étude Française rétrospective multicentrique: chirurgie, radiothérapie ou thermoablation, en complément de la chimiothérapie.
- Survie globale à 4 ans après le diagnostic métastatique 38,8 %.
- Multiples plateformes IA (CT, IRM, EUS) performantes pour détecter le cancer pancréatique

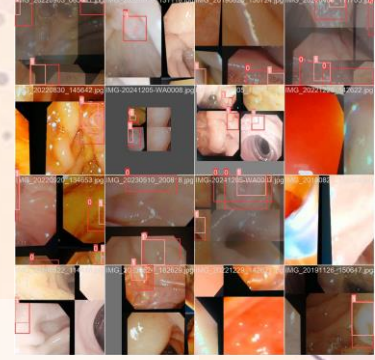


Pancréatite aiguë

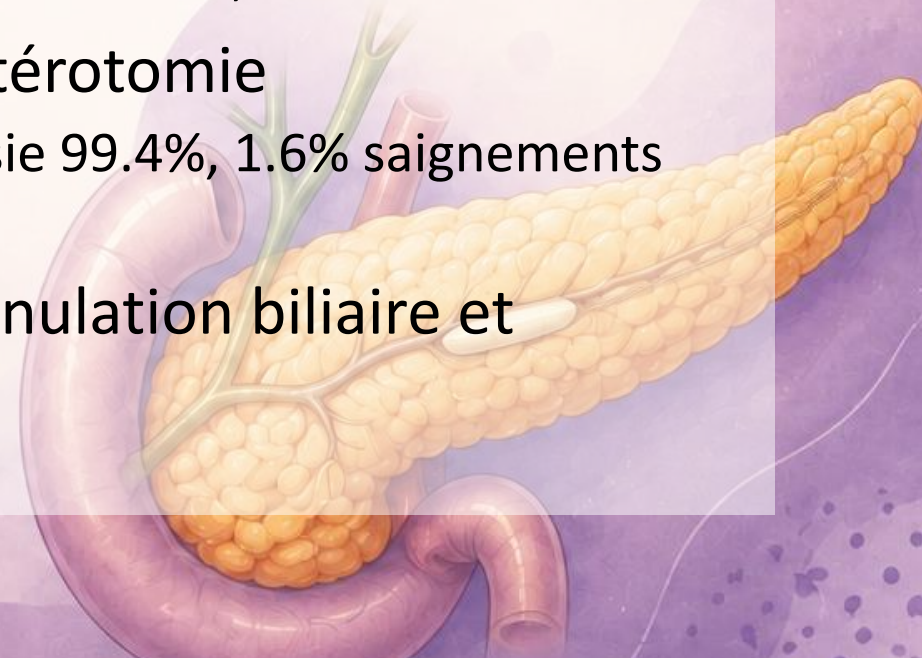
- WATERLAND Trial
 - LR vs NS dans les premières 48h (1.5ml/kg/h, bolus 10ml/kg /2h)
 - Exclusion pts co-morbides (cœur, foie, rein), PA mod/sév , dlr + 24h
 - 788 pts randomisés:
 - Pancréatite mod sévère-sévère: 23 vs 24% (NS)
 - LR réduction SIRS, acidose hyperCl, IRA
- Rx pour TU ROH post pancréatite aiguë
 - Cohorte rétrospective de 4 773 pts appariés Tx avec MAUD sur 3 ans
 - réduction de la mortalité, des hospitalisations, des visites à l'urgence et des complications pancréatiques



CPRE



- **FLUYT-2** Trial: AINS IR + stent pancréatique prophylactique après canulation du CPP vs AINS seul
 - 275 pts inclus comparés avec 263 sans stent: 217 stents 12,4% vs 19.8% PPC
 - Stent avec QDC 10,8% vs 13.5% pour stents droits
- **SHARP** Trial: Sphinctérotomie papille mineure (SMi) pour PAR et P. divisum
 - 148 pts randomisés SMi vs sham: 35 vs 44% (NS) PA au suivi 33,5 mois
- Agent hémostatique et saignements post sphinctérotomie
 - Méta-analyse 338 patients: hémostase primaire réussie 99.4%, 1.6% saignements retardés et pancréatites 2,4%
- Assistance IA pour détection et orientation de canulation biliaire et interprétation des images de CPRE



TECHNICAL SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED STUDIES DEDICATED TO MALIGNANT DISTAL BILIARY OBSTRUCTION

Nicolas Chapelle, Badih Joseph Elmunzer, Nauzer Forbes, Said Al Alawi, Yuning Peng, Nabeel Ahmed, Ghina Faucher-Jabado, Amine Benmassaoud, Jérémie Jacques, Myriam Martel, Alan N. Barkun, Yen-I Chen

- 71 essais randomisés inclus.
- différents types de prothèses (CPRE 67,6 %)
- Patients avec cancer non résécable ou localement avancé (87,3 %)
- 12 définitions obstruction biliaire
- 42 définitions dysfonction prothèse
- 85% études avec risque élevé de biais

Un cadre méthodologique standardisé est nécessaire pour comparer adéquatement la CPRE et le drainage biliaire guidé par échoendoscopie.



Pancréatite chronique

- PROCEED: CPRE vs chirurgie chez PCC obstructive douloureuse
 - 361 pts: CPRE 67, chirurgie 19
 - Intervention stabilise la détérioration de la qité de vie et douleur
- PC génétique douloureuse
 - Tx Chirurgical: 78% succès à 4.7 ans
- Gabapentin et PC douloureuse
 - Cohorte rétrospective de 73 pts (48 étudiés)
 - 20% E2nd
 - 71% sans douleur et 40% ont réduit les narcotiques



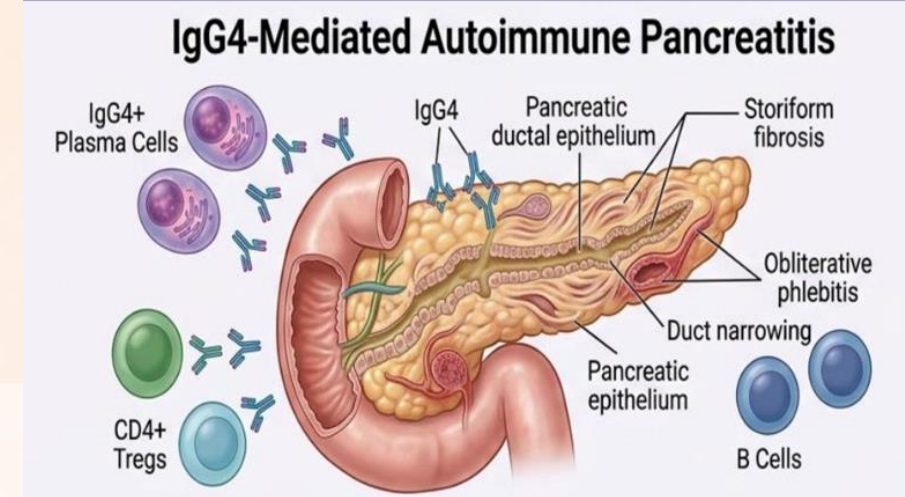
Lésions kystiques pancréatiques

- CLEIAM: Utilité de la FNA pour BD-IPMN
 - **1 020 patients** Japon, en Corée du Sud et aux États-Unis : **974** ont eu une EUS seule et **46** une EUS-FNA.
 - Les principaux déterminants de la chirurgie étaient les **nodules muraux**, la **taille** du kyste, le **diamètre du canal principal** et le **diabète**
- Utilité du séquençage de nouvelle génération (NGS) du liquide kystique
 - Cohorte de chirurgies pancréatiques: 86.8% spécifique pour IC/HGD [aOR] 12.0, 95% CI 3.8–38.0), KRAS le + fréquent
 - Négatif renforce confiance pour surveillance (enquête Française)
 - Change la prise en charge dans 20% de cas



Pancréatite auto-immune

- PAI récidivante et rituximab
 - Méta-analyse en réseau bayésienne
 - PAI type 1 récidivante ou E2nd aux Tx ou réinduction: 97 Ritux, 21 IM, 17 CS
 - Réduction rechutes et besoin de réinduction, sécuritaire (OR 0,02-17,73)
- MITIGATE PBO: 40 patients bras placebo: profil des rechutes
 - 42.5% rechutes voies biliaires, pancréas ou rein
- Maladie IgG4 et risque de cancers (SIR):
 - Lymphome (16), pancréas (7.4), vessie (6.8), sein, prostate, thyroïde



Conclusion

- **CPRE** : mieux prévenir les complications
→ Combiner AINS rectaux + stent pancréatique, agents hémostatiques
- **Pancréatite aiguë** : hydrater de façon modérée et individualisée
→ Lactate Ringer reste préférable au NaCl 0,9
- **Pancréatite chronique** : prise en charge multimodale de la douleur
→ gabapentinoïdes et usages ciblés en endothérapie ou chirurgie.
- **Pancréatite auto-immune / IgG4-RD** : surveiller au-delà du pancréas
→ rechutes multiviscérales fréquentes; traitements ciblés comme le rituximab et l'inebilizumab.
- **Cancer et lésions kystiques** : médecine plus personnalisée
→ biomarqueurs, ctDNA, IA et stratification morphologique afin de mieux cibler la surveillance, limiter les interventions inutiles et guider les traitements.

