

**9^{ème} Séminaire interrégional de
cancérologie digestive**
-
Palais des congrès de Vittel

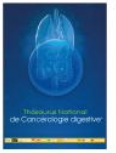
**19 et 20
juin 2026**

NEON
DSRC GRAND EST
Dispositif Spécialisé Régional du Cancer

oncoBFC
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE
RÉGIONAL DU CANCER
Bretagne - Normandie - Centre

Sous l'égide de la **SNFGE**

ONCOLOGIK



**Cancer du pancréas : débat sur la chimiothérapie néoadjuvante dans les cancers résécables
d'emblée** présenté le 19 juin 2026

Pour : Pr Lilian SCHWARZ, chirurgien au CHU de Rouen

Contre : Pr Ahmet AYAV, chirurgien au CHRU de Nancy

Résumé rédigé par Philippine GERME, interne de chirurgie digestive au CHRU de Nancy

La communication soulignait la distinction entre résécabilité anatomique à l'imagerie et contrôle oncologique favorable à la résection tumorale pour l'adénocarcinome pancréatique. La chirurgie première pose d'une part le problème d'une limitation de l'accès à la chimiothérapie adjuvante en cas de complications opératoires, et celui de la maladie résiduelle microscopique, responsable de récives précoces. La chimiothérapie néoadjuvante peut permettre de mieux sélectionner les patients réellement éligibles à une chirurgie d'emblée.

On retrouve dans la littérature :

- Le concept de maladie borderline biologique, défini par le CA 19.9 et intégré aux recommandations internationales en 2018,
- La taille de la tumeur >30 mm comme facteur de risque indépendant de récive précoce,
- L'association entre tout contact veineux, même <180° et une dégradation de la survie pour les tumeurs classées résécables d'emblée.

Au total, on retient la possibilité d'une chirurgie d'emblée pour les tumeurs résécables sur le plan anatomique, sans aucun contact vasculaire, de taille <20 ou 30 mm, avec un CA 19.9 <200 ou 250 U/L, chez un patient en bon état général. Ainsi, la décision thérapeutique devrait intégrer des critères biologiques et radiologiques fins, au-delà de la seule résécabilité anatomique.