

13 - Résultats à trois ans de la cohorte prospective multicentrique de l'ANGH sur l'Adénocarcinome du Pancréas en Centre Hospitalier (APACH).

R. FAROUX1, I. RAOTO2, R. YEUNG3, F. KHEMISSA4, JL. LEGOUX5, C. LOCHER6, M. BACONNIER7, D. GRASSET8, C. POUPARDIN9, G. MACAIGNE10, R. COMBES11, I. BONNET12, C. BECKER13, V. QUENTIN14, A. PELAQUIER15, RL. VITTE16, S. MANET-LACOMBE17, M. BLAZQUEZ18, K. ELRIZ19, I. ROSA20, J. DIMET1 1LA ROCHE/YON, 2AVIGNON, 3JOLIMONT, 4PERPIGNAN, 5ORLEANS, 6MEAUX, 7ANNECY, 8VANNES, 9MONTFERMEIL, 10LAGNY, 11NIORT, 12VALENCIENNES, 13LES SABLES D'OLONNE, 14ST BRIEUC, 15MONTELMAR, 16POISSY, 17PONTOISE, 18BRY sur MARNE, 19CORBEIL ESSONNES, 20CRETEIL

Introduction : L'incidence de l'adénocarcinome du pancréas (ADKP) qui est d'environ 13 000 nouveaux cas par an en France, est en augmentation. La mortalité reste proche de l'incidence. Cependant on dispose de peu de données dans la vie réelle en dehors des centres de référence.

Objectif principal : Décrire sur une large cohorte prospective multicentrique les caractéristiques épidémiologiques et cliniques actuelles des ADKP, ses modalités de prise en charge en Centre Hospitalier(CH) et connaître les pratiques professionnelles.

Patients et méthodes : Entre octobre 2013 et novembre 2015, tous les nouveaux malades présentant un ADKP prouvé cytologiquement ou histologiquement ont été inclus prospectivement et de façon exhaustive dans 50 centres ANGH (Association Nationale des gastroentérologues des Hôpitaux Généraux). Ils sont suivis pour une durée maximale de 5 ans. Les données ont été recueillies sur un cahier d'observation électronique. Nous présentons l'ensemble des données épidémiologiques, cliniques ainsi que les résultats de survie trois ans après la fin des inclusions.

Résultats : 1087 patients, de sexe masculin 56%, d'âge moyen 68,2ans (minimum-maximum 30-97) étaient analysables sur les 1133 inclus. Les antécédents d'intérêt étaient : un diabète (30%), un antécédent personnel de cancer (15,6%), un antécédent familial au 1er degré d'ADKP (4,1%), Une TIPMP (2,8%) et une cirrhose (1,2%). On retrouvait les facteurs de risque suivant : un tabagisme (39%), une consommation excessive d'alcool (26%) et un IMC>25 (40%). Une preuve histo-cytologique était obtenue par la biopsie de la tumeur primitive dans 75% des cas, dont 70% par cytoponction sous échographie, et/ou de ses métastases (29%). La tumeur primitive était de localisation céphalique (64,8%) corporelle (20,6%)caudale (14,6%). Il existait des métastases synchrones dans 50% des cas, de localisation : hépatiques (79%), pulmonaires (20%) et/ou péritonéales (28%).

Cent quatre-vingt-seize (18%) patients ont été opérés à visée curative (chirurgie suivie d'une chimiothérapie adjuvante dans 93% des cas) dont duodéno pancréatectomie céphalique DPC (79%) et pancréatectomie gauche (17%). La résection était R0 dans 67% des cas et R1 dans 33% des cas. La chirurgie était réalisée dans 63% des cas en hôpital général. La mortalité post opératoire à 30 jours était de 1,4% et à 90 jours de 3%.

Une chimiothérapie de première ligne était initiée pour 75% des patients métastatiques selon : Folfirinox (43%), Gemcitabine (42%), Nab-paclitaxel (0,8%). Les patients du groupe Folfirinox étaient significativement plus jeunes et plus souvent de performans status 0 ou 1. Une seconde ligne était administrée à 66% des patients après Folfirinox et 30% après Gemcitabine. La survie médiane des patients métastatiques ne recevant pas de chimiothérapie était de 1 mois [0,59-2,10] contre 8,2 mois [3,9-14,9] pour ceux traités par au moins une ligne.

Le taux de survie global à 2 ans était de 18,6% pour l'ensemble de la population. La médiane de survie était de 10,5 mois [4,1-19,8] : 15,3 mois [8,4-non atteint] en l'absence de métastase et 6,1 mois [2,1-12,9] en cas de maladie métastatique d'emblée.



Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux

Les patients opérés à visée curative, (18% de la population initiale) ont une survie médiane à 29,5 mois en cas de résection R0 et de 23,4 mois en cas de résection R1 (NS). En analyse multivariée, sur un modèle de base comprenant l'âge, la perte de poids, l'OMS, le tx de bilirubine, de leucocytes la nutrition préopératoire, les transfusions, le type de résection, le T et le N, seuls l'OMS <2, le N0, et une chimiothérapie adjuvante influencent la survie.

Conclusion :

Dans cette large cohorte prospective de patients non sélectionnés suivis pour un ADKP en CH, pour les 18% de patients ayant pu être opérés à visée curative, la survie médiane est de 29 mois en cas de résection R0 et de 23,4 mois si R1. Cependant sur l'ensemble de la population, le pronostic reste mauvais avec une médiane de survie de 10 mois. La survie sans progression à 3 ans est inférieure à 7%. En analyse multivariée les facteurs pronostics indépendants sont l'OMS < 2, la localisation céphalique de la tumeur, une chirurgie à visée curative et un taux bas de leucocytes . Le caractère multicentrique national de cette cohorte de patients non sélectionnés permet d'avoir une photographie de la présentation actuelle de la maladie en France. Malgré les indéniables progrès de la chirurgie et de la chimiothérapie adjuvante et métastatique, la survie sans progression à trois ans reste exceptionnelle.

Les données seront actualisées lors du congrès

Financement : CRC La Roche sur Yon, Laboratoire MERCK