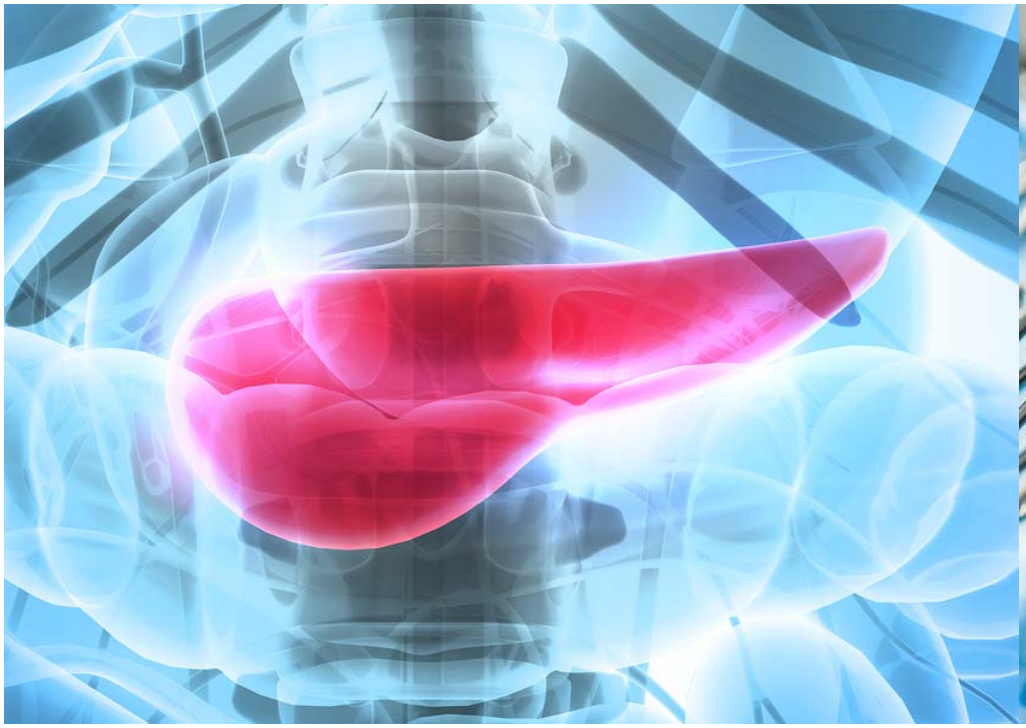
KCE REPORT 286Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

PRISE EN CHARGE DU CANCER DU PANCRÉAS : MISE À JOUR SÉLECTIVE





KCE REPORT 286Bs
GOOD CLINICAL PRACTICE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

PRISE EN CHARGE DU CANCER DU PANCRÉAS : MISE À JOUR SÉLECTIVE

GENEVIÈVE VEEREMAN, MARC PEETERS, NADIA HAJ MOHAMMAD, MAARTEN VAN LEEUWEN, ROB SCHOLTEN, HANS VAN BRABANDT

PRÉFACE

Tous les chercheurs qui se consacrent au développement de guides de pratique clinique ont intérêt à se faire à l'idée que leur travail sera déjà dépassé au moment où il sera publié. Et cela pour deux raisons. La première est que des milliers d'études sont publiées chaque jour, et qu'il y a donc de fortes chances que, entre le moment où leur recherche est terminée et celui où elle est publiée, de nouvelles idées auront fait leur apparition. La seconde raison est de nature plus fondamentale. La médecine basée sur les preuves requiert une approche statistique, avec des cohortes de patients suffisamment importantes et des temps d'observation suffisamment longs. Le corollaire est que, inévitablement, pour chaque 'avancée' en matière de diagnostic ou de traitement, on ne pourra réunir suffisamment de preuves de son efficacité que plusieurs années plus tard.

Quant aux directeurs d'institutions comme la nôtre, qui développent des guides de pratique clinique, ils doivent se faire à l'idée qu'arrive inévitablement un moment où il n'est matériellement plus possible de mettre à jour de façon systématique tous ceux qu'ils ont déjà publiés. Il leur faut donc faire preuve de sélectivité en se concentrant sur les questions les plus cruciales et les évolutions les plus intéressantes.

C'est pourquoi vous trouverez dans ce document, non pas une mise à jour complète de notre guideline de 2009, mais une réponse actualisée aux trois questions cliniques que le *Guideline Development Group* a jugées prioritaires. Et il n'y a malheureusement pas de percées spectaculaires à annoncer. Chaque centimètre de terrain gagné sur l'avancée de cette tumeur extrêmement maligne en vaut toutefois la peine. Avec ce travail, nous espérons donc contribuer à améliorer quelque peu le pronostic des patients atteints d'un cancer du pancréas.

Christian LÉONARD
Directeur général adjoint

Raf Mertens
Directeur général

RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**

RÉSUMÉ **2**

TABLE DES MATIÈRES **2**

1. INTRODUCTION ET PORTÉE **3**

2. GROUPE CIBLE **4**

3. MÉTHODOLOGIE **4**

3.1. ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE 4

3.2. PRÉFÉRENCES DU PATIENT 5

3.3. FORMULATION DES RECOMMANDATIONS 5

4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES **6**

4.1. DIAGNOSTIC DU CANCER DU PANCRÉAS 6

4.2. THÉRAPIE NÉO-ADJUVANTE EN CAS DE CANCER DU PANCRÉAS 7

4.3. CANCER DU PANCRÉAS RÉCURRENT ET MÉTASTATIQUE 8

4.4. IMPLÉMENTATION ET MISE À JOUR DE CETTE RECOMMANDATION 8

4.4.1. Approche pluridisciplinaire ciblée sur le patient 8

4.4.2. Surveillance de la qualité des soins 8

4.4.3. Mise à jour du guide de pratique clinique et programme de recherche 9

1. INTRODUCTION ET PORTÉE

Le développement de guides de pratique clinique constitue une des principales actions décrites dans le plan cancer national belge 2008-2010 et une des missions du Collège d'Oncologie. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) travaille de concert avec le Collège d'Oncologie depuis de nombreuses années en offrant un soutien scientifique au développement de recommandations de pratique clinique. Jusqu'à présent, cette collaboration a permis de publier des recommandations de bonne pratique pour différents cancers. Étant donné que la dernière recommandation sur la prise en charge du cancer du pancréas date de 2009 (rapport KCE 105A), une mise à jour s'est avérée nécessaire. Le rapport actuel traite un nombre limité de questions cliniques liées à l'adénocarcinome du pancréas. Il s'agit de la forme la plus fréquente de cancer du pancréas.

En 2014, pour tous les types de cancer du pancréas qui ont été enregistrés en Belgique, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 68,5 ans pour les hommes et de 71,1 ans pour les femmes. L'incidence normalisée par rapport à l'âge était de 8,1 pour 100 000 personnes-années pour les hommes et de 6,4 pour les femmes. Entre 2004 et 2014, une augmentation de l'incidence a été observée : d'environ 25 % chez les hommes et d'environ 50 % chez les femmes (http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2015.pdf).

La mise à jour actuelle du guide de pratique clinique a été limitée à trois questions de recherche. Une réunion exploratoire avec un groupe d'experts, le « *scoping group* », a été organisée le 21 mars 2016. Le *scoping group* était composé de membres du groupe de développement des recommandations (GDG) et de parties prenantes (cf. colophon). Chacun d'eux a préalablement indiqué dans une enquête en ligne les recommandations formulées dans le guide de pratique clinique du KCE de 2009 qui nécessitaient une révision. Ils ont attribué à chaque recommandation un score de 1 à 5, en fonction du besoin d'actualisation estimé. Sur la base de ces scores, les questions de recherche suivantes ont été sélectionnées :

1. Quelle est la valeur des examens suivants dans le diagnostic du cancer du pancréas : échographie (US), tomodensitométrie (TDM), imagerie par résonance magnétique (IRM), écho-endoscopie (EUS) + aspiration à l'aiguille fine (FNA) de la tumeur primaire, tomographie par émission de positons (PET-scan), cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), dosage de marqueurs tumoraux et analyse de liquide kystique ?
2. L'administration d'un traitement néo-adjuvant par chimiothérapie, radiothérapie ou chimio-radiothérapie est-elle assortie d'une meilleure survie, d'une résécabilité accrue et d'une meilleure qualité de vie (QoL) ainsi que de moins de complications : a) chez les patients atteints d'un cancer résécable du pancréas ? (b) chez les patients atteints d'un cancer du pancréas borderline résécable et localement avancé ?
3. Quelle est la stratégie thérapeutique optimale chez les patients présentant une récidive du cancer du pancréas ?

2. GROUPE CIBLE

Ce rapport est destiné à tous les professionnels de la santé impliqués dans le traitement de patients atteints du cancer du pancréas, en ce compris les médecins généralistes, les oncologues, les gastro-entérologues, les chirurgiens, les radiologues, les pathologistes et les membres du personnel infirmier. Il peut également s'avérer utile aux patients et à leurs familles, aux directeurs d'hôpitaux ainsi qu'aux décideurs.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Évaluation systématique de la littérature

Pour chaque question de recherche, nous avons recherché des revues systématiques de la littérature (Systematic Reviews, SR) dans MEDLINE, Embase et *The Cochrane Library* (*Cochrane Database of Systematic Reviews*, DARE et base de données HTA). En présence d'une revue systématique récente et de qualité, une recherche d'études primaires complémentaires, publiées après la date de recherche de la SR, a été effectuée dans MEDLINE, Embase et CENTRAL. En l'absence de SR disponible, des recherches d'études primaires publiées après 2008 ont été menées dans les mêmes bases de données. Les membres du groupe de développement des recommandations ont été consultés pour rendre compte de publications complémentaires pertinentes qui ont peut-être été omises par la recherche. Seuls des articles intégraux publiés en anglais, allemand, néerlandais ou français ont été repris. Les détails ayant trait aux stratégies de recherche sont disponibles dans chaque module constitutif du rapport scientifique.

Les titres et résumés des études ont été analysés sur la base du PICO et du PIRT, et les études non pertinentes ont été éliminées. Dans une deuxième phase, les publications sélectionnées ont été analysées sur la base du texte intégral. Les listes de référence des études sélectionnées ont été explorées manuellement afin d'identifier des publications complémentaires pertinentes. La qualité des SR sélectionnées a été évaluée par deux chercheurs qui ont utilisé la grille d'évaluation AMSTAR indépendamment l'un de l'autre (http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php). En cas de doute, un troisième expert a été consulté.

Deux chercheurs du *Dutch Cochrane Centre* ont donné, indépendamment l'un de l'autre, une évaluation critique de chaque étude primaire. En cas de doute, un troisième expert a été consulté. Les études diagnostiques retenues ont été évaluées au niveau du risque de biais à l'aide de la liste d'évaluation QUADAS-2. L'évaluation de la qualité des études contrôlées randomisées (RCT) portant sur des interventions thérapeutiques a été menée avec le *Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias*. Le risque de biais a été évalué séparément pour chaque résultat (p. ex. critères d'évaluation subjectifs et objectifs).

Pour l'évaluation de la qualité des études observationnelles comparatives, nous avons également utilisé le *Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias*, mais en ajoutant deux critères supplémentaires pertinents pour évaluer le risque de biais de sélection : « Simultanéité du groupe d'intervention et du groupe de comparaison » et « Comparabilité du groupe d'intervention et du groupe de comparaison ». Pour le premier critère, un risque faible de biais a été adjugé si les participants étaient inclus et suivis simultanément dans le groupe d'intervention et le groupe de comparaison (c.-à-d. parallèlement). En ce qui concerne le deuxième critère, un risque faible de biais a été adjugé en cas de conception d'étude comparable et/ou d'ajustement approprié pour tenir compte des facteurs de confusion dans l'analyse (p. ex. âge, type de tumeur, stade, cycle d'administration). Les outils utilisés pour l'évaluation de la qualité sont disponibles dans les modules constitutifs du rapport scientifique.

3.2. Préférences du patient

Au cours des réunions avec les parties prenantes, des organisations de patients ont été consultées pour la formulation des recommandations.

3.3. Formulation des recommandations

Sur la base des données probantes retenues, un projet préliminaire de recommandations a été préparé et envoyé au groupe de développement des recommandations assorti des tableaux de données probantes deux semaines avant chaque réunion (le 14 novembre 2016 et le 6 février 2017). Des recommandations ont été reformulées si de nouvelles études importantes le justifiaient. Sur la base des discussions tenues pendant les réunions, un deuxième projet de recommandations a été dressé et envoyé au groupe de développement des recommandations pour approbation définitive.

Pour chaque recommandation, un niveau de preuve (*level of evidence*) et une force de recommandation (*grade of recommendation*) ont été attribués sur la base du système GRADE (Tableau 1 et Tableau 2). La force de la recommandation dépend de l'équilibre entre tous les effets souhaités et non souhaités d'une intervention (c.-à-d. l'avantage clinique net), de la qualité des données probantes disponibles, des valeurs et préférences ainsi que des coûts estimés. Pour la présente recommandation, il n'a été procédé à aucune évaluation coût-efficacité.

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des preuves
Élevé	Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.	RCT sans limitations importantes ou preuves irréfutables provenant d'études observationnelles
Modéré	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.	RCT comportant des limitations importantes (résultats incohérents, faiblesses méthodologiques, méthodes indirectes ou imprécises) ou exceptionnellement des preuves solides émanant d'études observationnelles
Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.	RCT comportant des limitations très importantes ou études observationnelles ou séries de cas
Très faible	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.	

Source: Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6

Tableau 2 – Force des recommandations selon le système GRADE

Grade	Définition
Forte	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent très certainement sur les risques (*l'intervention est à mettre en pratique*) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent très certainement sur les bénéfices attendus (*l'intervention est à éviter*).
Faible	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent probablement sur les risques (*l'intervention est probablement à mettre en pratique*) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent probablement sur les bénéfices attendus (*l'intervention est probablement à éviter*).

Source: Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol. 2013;66(7):726-35.

Les recommandations du groupe de développement des recommandations ont été transmises à d'importants représentants des parties prenantes (cf. colophon) qui agissent en qualité de *reviewers* externes du projet de recommandation. Enfin, conformément aux procédures du KCE, le guide de pratique clinique global a été évalué avant publication par trois validateurs indépendants (cf. colophon). Les conflits d'intérêts des membres du groupe de développement des recommandations, des validateurs et des parties prenantes ont été officiellement notifiés et mentionnés dans le colophon.

4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails des études qui ont été utilisées pour formuler les recommandations suivantes sont disponibles dans quatre modules distincts du rapport scientifique. Les tableaux ci-dessous suivent le même ordre de présentation que ces modules.

4.1. Diagnostic du cancer du pancréas

La question de recherche relative aux procédures diagnostiques a été scindée en deux parties. La première partie a trait à l'établissement d'une distinction entre les lésions pancréatiques bénignes et malignes, et la deuxième partie se rapporte à l'évaluation de la résécabilité d'une lésion maligne. Une tumeur est considérée comme non résécable si elle est localement avancée (*locally advanced pancreatic cancer* - LAPC), et/ou en présence de métastases (p. ex. dans les poumons, le foie, le péritoine). Un cancer résécable borderline est un cancer de stade III mais qui peut être considéré par certains chirurgiens comme résécable.

Chez les patients chez qui l'on suspecte un cancer du pancréas, il n'est pas possible de tirer de conclusions définitives sur la base de la littérature scientifique disponible au sujet de la précision de l'imagerie pour distinguer les lésions malignes des lésions bénignes. Les biomarqueurs sériques CA 19-9 et CEA présentent une sensibilité insuffisante comme seul test pour déterminer la malignité d'une lésion. Il n'existe pas de données suffisantes démontrant l'exactitude d'écho-endoscopies (EUS) dans le pronostic de la résécabilité curative chez les patients chez qui une lésion potentiellement résécable a été décelée sur la base de l'imagerie conventionnelle.

Le groupe de développement des recommandations insiste sur le fait que les procédures diagnostiques qui ont été évoquées dans ce rapport font partie de l'évaluation diagnostique générale de patients atteints du cancer du pancréas, et que la stadification du cancer ne faisait aucunement partie de la mise à jour de la recommandation actuelle. En ce qui concerne la laparoscopie, le groupe de développement des recommandations signale que dans certains centres, la laparoscopie et la résection qui s'ensuit sont menées au cours d'une seule et même procédure. Cette pratique n'est pas généralisée en raison de différences au niveau de la logistique et de l'organisation.

Recommandations	Niveau de preuve	Force de la recommandation
1. Chaque patient chez qui l'on suspecte un cancer du pancréas doit effectuer une imagerie diagnostique avec TDM abdominale.	très faible	forte
2. L'imagerie diagnostique par EUS, IRM ou PET-scan ne doit pas être utilisée dans la pratique routinière pour distinguer les lésions bénignes des lésions malignes.	très faible	faible
3. Lorsque la TDM n'est pas concluante, il convient de recourir à une EUS (+/- FNA) ou une IRM pour distinguer les lésions bénignes des lésions malignes.	très faible	forte
4. Les marqueurs tumoraux sériques CA 19-9 et CEA ne sont pas indiqués en soi pour le diagnostic primaire du cancer du pancréas.	très faible, à faible	forte
5. La laparoscopie doit être envisagée en cas de cancer du pancréas qui est considéré comme résécable après une imagerie médicale hautement qualitative, et ce pour éviter des laparotomies inutiles chez les patients qui présentent des métastases hépatiques ou péritonéales.	très faible	forte
6. L'EUS n'est pas indiquée pour l'évaluation de la résécabilité du cancer du pancréas.	très faible	forte

4.2. Thérapie néo-adjuvante en cas de cancer du pancréas

Les recommandations afférentes à la thérapie néo-adjuvante dépendent de la résécabilité de la tumeur au moment du diagnostic. Une tumeur est résécable lorsque le chirurgien est d'avis qu'elle peut être entièrement retirée. Les tumeurs résécables comprennent les stades IA, IB et IIA du système TNM, c.-à-d. des lésions limitées au pancréas ou qui se sont propagées seulement autour du pancréas sans invasion de grands vaisseaux, de nerfs ou de ganglions lymphatiques.

Il n'existe pas de lien systématique entre la résécabilité et la classification TNM parce qu'une petite tumeur locale peut également envahir le réseau vasculaire environnant. Le cancer résécable borderline comprend une tumeur au stade III mais qui peut être considérée par le chirurgien comme résécable. Le cancer du pancréas localement avancé (LAPC) et le cancer métastatique ne sont pas résécables. Mais il est possible d'entreprendre des tentatives pour rendre le LAPC résécable après une chimiothérapie préalable qui est alors dénommée traitement d'induction.

Recommandations	Niveau de preuve	Force de la recommandation
1. La chimiothérapie néo-adjuvante n'est pas recommandée pour le cancer du pancréas résécable.	très faible à faible	forte
2. La chimiothérapie néo-adjuvante pour le cancer du pancréas résécable n'est recommandée que dans le cadre d'une étude clinique.	ne s'applique pas	forte
3. La chimiothérapie néo-adjuvante pour le cancer du pancréas résécable borderline doit être envisagée.	très faible	forte
4. La chimiothérapie ou la radiothérapie ayant pour objectif de pouvoir traiter le patient chirurgicalement ne sont pas recommandées en cas de LAPC (qui n'est clairement pas résécable).	très faible	forte

4.3. Cancer du pancréas récurrent et métastatique

Le cancer du pancréas récurrent et métastatique présente un très mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans inférieur à 10 %. Ce chapitre traite des différentes possibilités thérapeutiques dans ces situations.

Recommandations	Niveau de preuve	Force de la recommandation
1. Si les patients atteints d'un cancer avancé du pancréas (LAPC ou métastatique) sont traités par chimiothérapie, la préférence est donnée à la monothérapie à base de gemcitabine par rapport à une monothérapie par 5-FU.	modéré	forte
2. Si les patients sont encore en bonne condition générale mais, en présence d'un cancer du pancréas métastatique, sont traités par chimiothérapie, la préférence va à une association par gemcitabine + taxane, ou l'association FOLFIRINOX par rapport à la monothérapie par gemcitabine.	élevé	forte
3. Une re-résection n'est pas recommandée chez les patients atteints d'un cancer du pancréas récurrent et métastatique.	ne s'applique pas	forte

4.4. Implémentation et mise à jour de cette recommandation

4.4.1. Approche pluridisciplinaire ciblée sur le patient

Dans ce rapport, nous nous concentrons sur l'efficacité d'interventions médicales spécifiques, et nous ne nous penchons ni sur les aspects organisationnels des soins ni sur l'approche globale de ces patients. Dans la pratique clinique, il convient de rechercher une approche pluridisciplinaire à travers différents professionnels de la santé, ce qui permet de veiller aux besoins médicaux, mais aussi psychosociaux du patient. Ainsi, dans le choix d'un traitement, il convient également de prendre en considération les préférences du patient. Les patients doivent toujours obtenir des informations en temps opportun et détaillées des alternatives thérapeutiques disponibles et de leurs avantages et inconvénients, afin de parvenir ainsi à une prise de décision partagée quant au type de thérapie ou au meilleur traitement symptomatique possible.

4.4.2. Surveillance de la qualité des soins

Il convient de considérer ce guide de pratique clinique comme un point de départ pour le développement de programmes d'amélioration de la qualité qui concernent tous les professionnels de la santé impliqués. Il peut servir d'outil pour soutenir la politique en matière de santé dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, p. ex. en soutenant des actions visant à renforcer la prise de conscience des professionnels de la santé et à améliorer leur pratique, ou par le biais du développement (ou de la révision) de sets d'indicateurs de qualité pour l'évaluation des processus et des résultats

Déjà par le passé, le KCE préconisait d'élaborer un système qualité intégratif en oncologie, en accordant une attention particulière au développement et à l'implémentation de recommandations cliniques, à la surveillance de la qualité des soins par le biais d'indicateurs de qualité, aux avis et commentaires des personnels soignants et des organisations de soins et à des actions ciblées pour augmenter la qualité là où c'est nécessaire.

Les organisations de patients ont insisté sur le fait qu'en raison du mauvais pronostic pour le cancer du pancréas, il y a un besoin impérieux de programmes de recherche coordonnés de haute qualité relatifs aux causes et au traitement du cancer du pancréas.

4.4.3. Mise à jour du guide de pratique clinique et programme de recherche

Étant donné que les données probantes disponibles évoluent rapidement, il conviendrait idéalement de mettre à jour les recommandations tous les cinq ans. Dans l'intervalle, une mise à jour partielle peut s'avérer nécessaire en présence de nouveaux éléments probants.

COLOPHON

Titre:	Prise en charge du cancer du pancréas : mise à jour sélective – Résumé
Auteurs:	Geneviève Veereman (KCE), Marc Peeters (UZA), Nadia Haj Mohammad (Dutch Cochrane Centre), Maarten Van Leeuwen (Dutch Cochrane Centre), Rob Scholten (Dutch Cochrane Centre), Hans Van Brabandt (KCE)
Guideline Development Group:	Marc Peeters (Président du the GDG, UZA), Frederik Berrevoet (UGent), Ivan Borbath (Cliniques universitaires Saint-Luc), Donald Claeys (AZMMSJ), Joelle Collignon (UZ Leuven), Pieter Demetter (Hôpital Erasme), Karen Geboes (UGent), Karin Haustermans (UZ Leuven), Mina Komuta (Cliniques universitaires Saint-Luc), Philippe Malvaux (CHWAPI, Tournai), Els Monsaert (AZMMSJ), Hans Prenen (CHU Liège), Geert Roeyen (UZA), Bart Smet (AZ Delta), Sigrid Stroobants (UZA), Baki Topal (UZ Leuven), Eric Van Cutsem (UZ Leuven), Daniel Van Daele (CHU Liège), Daniel Van Gansbeke (Hôpital Erasme), Jean-Luc Van Laethem (Hôpital Erasme), Joseph Weerts (CHC Liège)
Scoping group:	Frederik Berrevoet (UGent), Alain Bols (BSMO), Nicolas Christian (BVRO – ABRO), An Claes (Kom op tegen Kanker), Wim Demey (BSMO), Joelle Collignon (UZ Leuven), Pieter Demetter (Hôpital Erasme), Lorraine Donnay (BVRO – ABRO), Karen Geboes (UGent), Bernard Geurde (BGES), Anne Hoorens (BVP – SBP), Catherine Hubert (BSHBPS – RBSS), Philippe Malvaux (CHWAPI, Tournai), Els Monsaert (AZMMSJ), Geert Roeyen (UZA), Raphael Rubay (BGES), Marc Simoens (VVGE), Bart Smet (AZ Delta), Baki Topal (UZ Leuven), Daniel Van Daele (CHU Liège), Nancy Van Damme (Stichting Kanker Register), Daniel Van Gansbeke (Hôpital Erasme), Jean-Luc Van Laethem (Hôpital Erasme), Joseph Weerts (CHC Liège), Dirk Ysebaert (BSSO)
Coordinateur de projet:	Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Anja Desomer (KCE), Raf Mertens (KCE), Joan Vlayen (KCE)
Stakeholders:	Alain Bols (BSMO), Nicolas Christian (BVRO – ABRO), An Claes (Kom op tegen Kanker), Wim Demey (BSMO), Lorraine Donnay (BVRO – ABRO), Bernard Geurde (BGES), Anne Hoorens (BVP – SBP), Catherine Hubert (BSHBPS – RBSS), Raphael Rubay (BGES), Marc Simoens (VVGE), Nancy Van Damme (Stichting KankerRegister), Didier Van der Steichel (Fondation Contre le Cancer), Dirk Ysebaert (BSSO)
Validateurs:	Marco Bruno (University Medical Center Rotterdam), Bas Groot Koerkamp (University Medical Center Rotterdam), Thomas Seufferlein (Universitätsklinikum Ulm)
Autres intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Alain Bols (BSMO), Marco Bruno (ESDO), Wim Demey (BSMO), Els Monsaert (VVGE), Marc Simoens (VVGE), Didier Van der Steichel (Directeur Général, Fondation contre le Cancer)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Marco Bruno (plusieurs études), Karen Geboes (nombreuses études commerciales liées au cancer du pancreas métastatique), Karin Haustermans (Etude internationale Topgear liée au cancer de l'estomac), Anne Hoorens (collaboration études Baltimore, IPMN early genetics), Thomas Seufferlein (Chercheur principal pour l'étude CELGENE)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche : Marco Bruno (Via Boston Scientific, via Cook Medical), Thomas Seufferlein (Support pour la recherche par CELGENE)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Marco Bruno (Via Boston – scientific, via Cook Medical), Thomas Seufferlein (Financements pour des communications et frais de trajets remboursés par CELGENE et Shire)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Geert Roeyen (Membre du Conseil HPBS – RBSS), Dirk Ysebaert (Chef de service de la chirurgie hépatobiliaire, transplantation et chirurgie endocrine UZA; Vice-doyen Faculté de Médecine, Université d'Anvers), Didier Van der Steichel (Information des patients)

Layout: Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer:

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 2 février 2018 (2nd print; 1st print: 15 mai 2017)

Domaine : Good Clinical Practice (GCP)

MeSH : Pancreatic neoplasm, Practice Guideline

Classification NLM : WI 810

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2017/10.273/27

ISSN : 2466-6440

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.



Comment citer ce rapport ? Veereman G, Peeters M, Haj Mohammad N, Van Leeuwen M, Scholten R., Van Brabandt H. Prise en charge du cancer du pancréas : mise à jour sélective – Résumé. Good Clinical Practice (GCP) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 286Bs. D/2017/10.273/27.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.