

# BMO

Bulletin Marocain de l'Oncologie

Organe de l'Association Marocaine de Formation  
et de Recherche en Oncologie Médicale

Supplément 2, Jour 3, 06 Juin 2021

# 2021 ASCO

## En Temps Réel



CANCERS GENITO-URINAIRES



CANCERS PULMONAIRES



CANCERS DIGESTIFS



CANCERS DU SEIN



CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

### RAPPORTEURS



Pr. HIND MRABTI



Pr. SABER BOUTAYEB



Dr. Mouna KAIRAOUANI



Pr. ZINEB BENBRAHIM



Pr. ZOHOR FADOUKHAÏR



Dr. Laila AFANI



L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
EN ONCOLOGIE MÉDICALE

# Best of ASCO 2021

Synthèse du 06 Juin 2021

## Directeur de publication

Pr. Hassaan ERRIHANI

## Comité de Coordination

Pr. Hind MRABTI

Dr. Narjiss BERRADA

## Comité Scientifique

Pr. Hassan ERRIHANI

Pr. Mohamed ICHOU

## Comité de Rédaction

### CANCERS DIGESTIFS

Pr. Hind MRABTI

Pr. Saber BOUTAYEB

Dr. Mouna KAIRAOUANI

Pr. Zined BENBRAHIM

Pr. Zohor FADOUKHAIR

### CANCERS GENITO-URINAIRES

Dr. Halima ABAHSSAIN

Pr. Karima OUALLA

Pr. Mohamed FETOHI

Dr. Ghizlane RAISS

Pr. Tarik MAHFOUD

Dr. Sarah NACIRI

### CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

Dr. Saoussane KHARMOUM

Pr. Mohamed FADLI

Pr. Rachid TANZ

Dr. Mustapha EL KABOUS

### CANCERS DU SEIN

Dr. Narjiss BERRADA

Dr. Youssef BENSOUDA

Pr. Mouna BOURHAFOUR

Pr. Fatimazahra EL MRABET

Pr. Rhizlane BELBARAKA

Dr. Fatimazahra Zakkouri

### CANCERS PULMONAIRES

Pr. Ibrahim EL GHISSASSI

Pr. Yassir SBITTI

Dr. Lamya BOULAAMANE

Pr. Said AFKIR

Dr. Hind EL YACOUBI

Dr. Hamza ETTAHR

# Editorial



Pr. Hassan Errihani

Chères consoeurs, chers confrères et amis

L'ASCO, l'une des plus prestigieuses et grandes manifestations en oncologie avait l'habitude de grouper plus de 45000 professionnels de santé spécialisés en oncologie s'est vu encore une fois à cause de la pandémie du COVID-19 et pour la deuxième année consécutive d'opter pour un événement en mode virtuel.

Notre engagement au sein de l'AMFROM est de favoriser le partage des connaissances et de promouvoir les soins équitables de qualité contre le cancer.

L'AMFROM saisit donc cette occasion pour accompagner ce grand congrès et le suivre pour vous en temps réel et de vous faire part des dernières actualités à travers des publications électroniques quotidiennes de notre journal le « Bulletin Marocain de l'Oncologie » (BMO) sous le thème « ASCO 2021 en temps réel ». Ces résumés synthétiques seront disponibles sur le site de l'AMFROM et seront diffusés par email à partir du 06 juin 2021.

La réalisation de ces résumés a été confiée à plusieurs oncologues motivés et spécialisés dans les cinq principales aires thérapeutiques : cancérologie mammaire, gynécologique, thoracique, digestive et génito-urinaire.

Un webinar sélectionnant le best of ASCO 2021 suivra le 10 juin 2021 et sera animé par les oncologues ayant réalisé les synthèses quotidiennes.

Je tiens à les remercier vivement pour leur compétence, disponibilité et dynamisme qu'ils ont toujours manifesté.

Pr Errihani Hassan  
Président de l'AMFROM

Rendez-vous du  
06 juin au 08 juin  
pour une synthèse  
journalière des  
principales  
communications  
de l'ASCO 2021 en  
temps réel.

Durant la session orale des cancers gastro-intestinaux, dédiée au cancer colorectal (CCR), nous vous avons sélectionnés: deux études concernant le traitement de maintenance du cancer colorectal métastatique (mCCR), 3 études sur le traitement de première ligne des mCCR, 3 études sur le traitement du CCR métastatique en 2ème ligne et au-delà

# CANCERS

## DIGESTIFS



### Cancer Digestifs



## Cancer Digestifs

### Cancer colorectal métastatique : Quid du traitement de maintenance ?

**La première est l'étude FOCUS4-N : évaluant la capécitabine en maintenance versus surveillance active, chez des patients présentant un mCRC, qui sont stables ou en réponse après 16 semaines de traitement de première ligne**

Un traitement de maintenance par fluoropyrimidines et Bevacizumab permet d'améliorer la survie sans progression mais sans bénéfice en survie globale, dans des études antérieures.

L'essai FOCUS4-N est un programme d'essais, à stratification moléculaire, incluant des patients atteints de mCRC, dans 88 hôpitaux du Royaume-Uni. Les patients reçoivent un traitement de première ligne pendant 16 semaines, en parallèle, les échantillons de tumeur sont analysés pour une stratification de la maladie en sous-types moléculaires : mutations MSI, BRAF, PIK3CA, TP53 et RAS.

Pour certains sous-types moléculaires, un sous-essai de thérapie ciblée était disponible, mais l'entrée dans l'essai FOCUS4-N était offerte à ceux pour lesquels un sous-essai ciblé n'était pas disponible. Les patients ont été randomisés entre le traitement d'entretien par capécitabine ou surveillance active (SA). Le critère de jugement principal était la survie sans progression (SSP), les critères de jugement secondaires étaient la qualité de vie et la survie globale (SG), la toxicité et la tolérance. A la progression, par rapport au nadir, les patients ont repris le traitement de première intention. Entre mars 2014 et mars 2020, 254 patients ont été randomisés. Les caractéristiques des patients étaient bien équilibrées entre les deux bras, mais les taux d'événements étaient plus élevés que prévu dans le groupe SA et l'analyse finale a été déclenchée tôt en raison de l'arrêt du recrutement lié à la pandémie de COVID-19. L'observance du traitement était bonne avec des résultats d'analyse per protocole très similaires à l'ITT : il y avait un bénéfice en SSP en faveur de la maintenance (SSP: 3,88 vs 1,87 mois, HR=0,38 (IC à 95 % 0,28-0,51),  $p<0.0001$ ) mais pas de différence en SG (13,9 vs 13,3 mois, HR=0,87 (0,64-1,18),  $p=0.37$ ). La toxicité était comme attendu plus élevée dans le bras capécitabine : avec la fatigue  $G\geq 2$  (25 % contre 12 %), la diarrhée (23 % contre 13 %) et le syndrome main-pied (26 % contre 3 %). Pour la qualité de vie : Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux bras.

**En conclusion :** la pause thérapeutique peut être proposée pour des patients qui sont stables ou en réponse après traitement de première intention du mCCR. La Capécitabine sans bevacizumab peut être utilisée comme alternative thérapeutique,



pour prolonger la SSP, dans l'intervalle après 16 semaines de traitement combiné.

**Référence :** R.Adams et al. J Clin Oncol 39, 2021 (suppl 15; abstr 3504)

**La 2<sup>ème</sup> étude est l'étude PANAMA (AIO KRK 0212):** évaluant un traitement de maintenance par 5-fluoruracile/leucovorine (5FU/LV) plus panitumumab (pmab) versus 5FU/LV seul chez des patients présentant un mCCR avec un statut RAS sauvage.

La stratégie d'arrêt ou de stop and go avec l'oxaliplatine est établie dans le traitement des mCCR. Les fluoropyrimidines sont ainsi considérées comme le traitement de maintenance de choix. Contrairement aux thérapies ciblées anti-VEGF, les données de maintenance avec les anticorps anti-EGFR en association au 5FU/LV sont moins concluantes chez les patients atteints de mCCR avec un statut RAS sauvage.

Suite à un traitement d'induction par six cycles de FOLFOX et de pmab, l'essai a randomisé un traitement d'entretien par 5FU/LV plus pmab versus 5FU/LV seul chez des patients avec un statut RAS WT. Le critère d'évaluation principal était la SSP (temps écoulé entre la randomisation et la progression ou le décès). L'objectif était de démontrer la supériorité du bras 5FU/LV+ pmab par rapport au 5FU/LV seul. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la SG, la réponse objective (RO) au traitement d'induction et d'entretien ainsi que la qualité de vie.

**Résultats:** 248 patients ont été randomisés et ont reçu un traitement de maintenance. Les caractéristiques des patients étaient bien équilibrées entre les deux bras. La SSP du traitement de maintenance était améliorée avec 5FU/LV+ pmab par rapport au 5FU/LV seul : 8,8 mois (80 % IC 7,6-10,2) versus 5,7 mois (80 % IC 5,6-6,0), HR 0,72 (IC à 80 % 0,60-0,85),  $p = 0,014$ . La SG était numériquement en faveur du bras 5FU/LV+ pmab : 28,7 mois (IC à 95 % 25,4-39,1) par rapport au 5FU/LV seul : 25,7 mois (IC à 95 % 22,2-28,2), HR 0,84 (IC à 95 % 0,60-1,18).

**Conclusion:** Dans le mCRC RAS WT, le traitement de maintenance avec 5FU/LV+ pmab semble être supérieur au 5FU/LV seul et doit être considéré comme le protocole de maintenance standard après un traitement d'induction par FOLFOX plus pmab.

**Référence :** D.P. Modest et al. J Clin Oncol 39, 2021 (suppl 15; abstr 3503)

### Cancer colorectal métastatique : Quid de la désescalade thérapeutique par une association Bevacizumab et Trifluridine-Tipiracil en 2ème ligne ?

**L'étude TRUSTY :** est une étude de phase 2-3 randomisée évaluant trifluridine/tipiracil (FTD/TPI) plus bevacizumab versus irinotecan et fluoropyrimidine (FOLFIRI ou irinotécan+ S-1) plus bevacizumab comme traitement de 2ème ligne dans les mCCR.



Les patients inclus avaient un CCRm histologiquement confirmé ayant progressé après un doublet de chimiothérapie en première ligne à base de fluoropyrimidine plus oxaliplatine avec soit du Bevacizumab ou un anti-EGFR (en cas de RAS sauvage). Les patients ont été randomisés pour recevoir soit FTD/TPI plus Bevacizumab versus soit FOLFIRI soit S-1 et irinotécan plus Bevacizumab (groupe témoin). Le critère d'évaluation principal était la SG. L'objectif de l'étude était de montrer la non-infériorité de Bevacizumab + FTD/TPI vs le 2ème bras. Les critères secondaires étaient la SSP, le taux de réponse, le taux de contrôle de la maladie (DCR), le temps jusqu'à l'échec du traitement, le temps jusqu'à échec du traitement après l'étude, la proportion de patients recevant un traitement après l'étude, la qualité de vie et la sécurité.

**Résultats :** Suite à l'analyse intermédiaire de futilité, l'étude a pris fin en juillet 2020 et 397 patients ont finalement été recrutés dans 65 établissements à partir d'octobre 2017. Les caractéristiques de base étaient similaires entre les 2 groupes. La SG médiane était de 14,8 mois dans le groupe FTD/TPI plus BEV et de 18,1 mois dans le groupe témoin [HR : 1,38 ; IC à 95 % : 0,99 à 1,93 ;  $p = 0,5920$  pour la non-infériorité]; la non-infériorité de FTD/TPI plus BEV n'a pas été démontrée. La SSP médiane était de 4,5 mois dans le groupe FTD/TPI plus BEV et de 6,0 mois dans le groupe témoin (RR : 1,45 ; IC à 95 % : 1,14-1,84). Le taux de réponse et le DCR étaient de 3,8 % et 61,2 % dans le groupe FTD/TPI plus BEV, respectivement, et de 7,1 % et 71,7 % dans le groupe témoin, respectivement. Les proportions de patients recevant un traitement post-étude dans les groupes FTD/TPI plus BEV et témoins étaient de 59,9 % et 52,3 %, respectivement. Les principaux événements indésirables de grade 3 ou 4 dans les groupes FTD/TPI plus BEV et témoins étaient la neutropénie (65,8 % et 41,6 %, respectivement), la diarrhée (1,5 % et 7,1 %, respectivement) et l'alopécie de grade 1 ou 2 (3,6 % et 24,9 %, respectivement).

**En conclusion :** le concept de désescalade thérapeutique en 2ème ligne par FTD/TPI plus Bevacizumab, a échoué à démontrer sa non-infériorité par rapport à irinotecan-Fluoropyrimidines plus Bevacizumab

**Référence :** Y. Kuboki et al, J Clin Oncol 39, 2021 (suppl 15; abstr 3507)

### Données de survie pour l'immunothérapie dans les mCCR MSI-H

### Etude Keynote 177 : Update sur les données de survie pour l'étude KEYNOTE 177 (Les résultats finaux)



Après l'étude KEYNOTE 164 qui a installé l'immunothérapie au-delà de la 1ère ligne La KEYNOTE 177 a joué à la vedette dans tous les événements ASCO, ASCO GI, ESMO ainsi qu'une publication dans le NEJM en décembre 2020.

Pour rappel cette étude comparait dans une population cancer colorectal métastatique MSI-H, une première ligne Pembrolizumab versus chimio +/- Thérapies ciblées (Anti EGFR ou bevacizumab)  
Au programme de cet ASCO 2021, l'update sur les données de SG.  
Première constatation : La SSP continue de se creuser, le taux de réponse objective, ainsi que la qualité de vie.

Pour la SG, la barre de  $p=0.246$  a été retenue par le design statistique mais elle n'a pas été atteinte. L'étude est sur le plan factuel négative. Néanmoins, l'explication est à trouver dans le taux de cross over : 60% de cross over.  
La discussion relève d'ailleurs que ce qui est étonnant c'est plutôt les 40% qui ne reçoivent pas de Pembrolizumab !  
Cette « non positivité » ne change rien. Vu les bénéfices SSP, RO et qualité de vie le pembrolizumab doit rester le standard.

On peut aller plus loin, selon les investigateurs de l'étude certains patients considérés comme progressifs sont des pseudoprogression et non des vrais hyper progressions. L'avenir sera à discuter les combos immuno-Chimio et immuno-immuno ( Anti PDL1- Anti CTLA4)

### Quid du rechallenge par anti-EGFR

#### Etude CHRONOS: Rechallenge With Panitumumab Driven by RAS Dynamic of Resistance

Nous savons que tous les patients wild type traités par anti EGFR finissent par développer une résistance. La pression sur les clones RAS Wild permet aux clones RAS mutés de se développer.

Il s'agit d'un Essai phase II ouvert, monobras, multicentrique. Il a été conçu pour prouver ou réfuter si une réintroduction de troisième ligne avec le panitumumab peut atteindre un taux de réponse objective (ORR = CR + PR) de 30 % ou plus dans une population de patients atteints de CCRm de type sauvage RAS sélectionnés sur la base d'un testing dynamique du statut RAS dans leur plasma (DNA circulant)  
Les patients sélectionnés devaient avoir initialement obtenu une RC ou RP lors de la 1ère ligne par Anti EGFR.



Sur les 52 patients testés, 69% étaient Wild type à ce moment, le reste était RAS ou BRAF muté.  
Tous les patients sélectionnés avaient reçu préalablement l'Oxaliplatine et Irinotécan. Quasiment tous avaient déjà reçu 3 lignes.

Le taux de réponse obtenu dans cette étude était de 30%, les réponses se sont révélées durables. A signaler que certains patients répondeurs présentaient une tumeur colique droite.

L'étude est positive et elle est considérée comme étant la 1ère étude de monitoring par biopsie liquide.  
Dans le même sens, Chronos démontre que le Testing DNA est faisable, fiable et plus intéressant qu'une réintroduction à l'aveugle.

### Cetuximab versus Bévacizumab : La guerre des trônes...la saga continue !

#### Étude DEEPER "JACCRO CC-13" (présentation orale : 3501) : Rationnel :

Le bénéfice en survie sans progression (SSP), survie post progression et survie globale (SG) semble lié à la profondeur de réponse (DpR : depth of response) et à la fonte tumorale précoce (ETS : Early Tumor Shrinkage) dans les cancers colorectaux métastatiques (mCCR) avec un profil agressif. Dans les études TRIBE et VOLFI, l'intensification par une trichimiothérapie systémique associée au Bévacizumab ou au Panitumumab avait démontré sa supériorité en termes de DpR et ETS par rapport à la bithérapie plus Bévacizumab ou à la trithérapie seule chez les patients présentant un mCCR RAS sauvage, respectivement. Cependant peu d'études ont comparé directement le Cetuximab (Cet) au Bévacizumab (Bév) associé à une trithérapie. L'essai DEEPER évalue donc l'efficacité et la tolérance de la combinaison Cet plus mFOLFOXIRI comparée au Bév associé au même triplet chez des patients ayant un mCRC, RAS sauvage non prétraités.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude de phase II multicentrique, incluant 360 patients présentant un CCR métastatique (métastases non résécables) ou récidivant, RAS Sauvage non prétraités. Les patients étaient randomisés entre un bras recevant le mFOLFOXIRI (Irinotecan 150mg/m<sup>2</sup>, Oxaliplatine 85mg/m<sup>2</sup>, 5FU 2400mg/m<sup>2</sup>) associé soit au Cet ou au Bév; avec une stratification en fonction de la localisation droite ou gauche de la tumeur primitive, de l'OMS (0,1) et de la chimiothérapie adjuvante reçue. L'objectif principal de l'étude était de montrer que la médiane de DpR du bras Cet + mFOLFOXIRI était supérieure au bras Bév. Les objectifs secondaires étaient la ETS à 8 semaines, le taux de réponses objectives (RO), la SSP, la SG, le taux de résections secondaires et la toxicité.





**Résultats :** Près de 359 patients ont été inclus entre juillet 2015 et juin 2019. L'âge médian était de 65 ans, 91 % avait un OMS à 1. La localisation gauche représentait 82% des sites primitifs contre 17% à droite. Les données en termes de tolérance ont été communiquées lors de l'ASCO GI de cette année, montrant un profil de toxicité gérable et attendu dans les 2 bras. L'étude est positive et a atteint son objectif principal démontrant une supériorité significative du bras Cet vs Bév avec un DpR médian de 57,4% vs 46% ( $p=0.001$ ). Quant à la latéralité de la tumeur primitive, le DpR médian était de 60,3 % contre 46,1 % ( $p = 0,0007$ ) du côté gauche et de 50,0% contre 41,2 % ( $p = 0,46$ ) du côté droit. Les taux de ETS et de RO étaient de 77,8% et 69,1% dans le bras Cet vs 74,6% et 71,7% dans le bras Bév respectivement, avec un  $p$  non significatif. Bien que les données de survie soient immatures, la SSP et la SG des deux bras étaient respectivement de 12,7 mois (IC à 95 % de 11,5-14,0) et de 37,6 mois (IC à 95 % de 30,8 à 43,0).

**Conclusion :** Les auteurs concluent que la trithérapie par mFOLFOXIRI associée au Cet a montré dans cette étude une profondeur de réponse significativement plus élevée que celle observée dans le bras Bév. Comme pressenti, ce résultat est aussi retrouvé de manière significative dans la localisation gauche de la tumeur primitive.

**Commentaires :** In fine l'étude DEEPER a certes objectivé une amélioration de la profondeur de la réponse, utilisée comme objectif principal, mais n'a pas atteint ses autres objectifs que ce soit en termes de RO, d'ETS ou de taux de résection. Elle ne fait que conforter nos prérequis concernant une meilleure efficacité du Cet pour le colon gauche. Pas de practice change pour l'instant.

### Étude FIRE-4.5 AIO KRK-0116 (présentation orale : 3502)

**Rationnel :** La mutation BRAF représente 8 % des mCCR et confère à la tumeur un très mauvais pronostic avec une SG ne dépassant pas les 18 mois comparés à une SG allant de 30 à 36 mois pour les mCCR BRAF sauvage. La trichimiothérapie de type FOLFOXIRI associée au Bév a permis d'obtenir une amélioration de la survie comparée au protocole FOLFIRI associée au Bév. Ceci en a fait un standard thérapeutique en première ligne pour ce sous-groupe de patients. L'essai FIRE-4.5 s'adresse exclusivement aux patients présentant un mCCR BRAF muté, et compare l'association trichimiothérapie + Cetb vs trichimiothérapie + Bév.

**Méthodes :** Cet essai phase II a randomisé 109 patients présentant un mCCR BRAF muté, en deux bras, les 36 patients du bras A étaient traités par FOLFOXIRI + Bév alors que les 73 patients dans le bras B avaient reçu FOLFOXIRI + Cet ; avec la possibilité de changer de protocole pour du FOLFIRI plus thérapie ciblée en cas de toxicités. Chaque patient recevait le traitement pour un maximum de 12 cycles. Une maintenance par 5FU IV ou oral associée au Bév était instaurée dans le bras A, alors



que les patients du bras B recevaient de l'Irinotecan ou du 5FU IV associé au Cet. L'objectif primaire était de démontrer une supériorité en termes de taux de RO dans le bras Cet alors que les objectifs secondaires étaient la SSP, la SG et la tolérance.

**Résultats :** De novembre 2016 à décembre 2020, 108 patients ont été randomisés dans 90 centres allemands et 10 français (35 bras A et 73 dans le bras B). Aucune toxicité nouvelle ou inattendue n'a été observée. Le taux de RO était de 66,7% dans le bras A contre 52% pour le bras B avec un  $p$  non significatif à 0,23. La SSP médiane était significativement plus longue dans le bras A que dans le bras B (8,3 mois contre 5,9 mois ; logrank  $p = 0,03$  ; HR à 1,8). Bien que les données de SG soient encore immatures, le temps médian de SG est comparable au moment de l'analyse. Les patients atteints de tumeurs primitives du côté gauche ont eu des résultats similaires avec le Bév ou le Cet, tandis que ceux avec des tumeurs primitives du côté droit ont montré une tendance à une meilleure efficacité de la combinaison avec le Bév. Conclusion : FIRE-4.5 est la première étude prospective et randomisée examinant l'efficacité du FOLFOXIRI associé à une thérapie ciblée dans le traitement de première intention du mCCR avec une mutation BRAF V600E. Le FOLFOXIRI associé au Cet n'a pas pu démontrer de meilleurs taux de réponse que le bras Bév. Par contre la SSP était en faveur du bras Bév. Les mCCR avec une mutation BRAF V600E restent un groupe très hétérogène nécessitant plus d'investigations.

**Commentaire :** Il s'agit d'une étude négative. Pas de changement de pratique, pour l'instant. L'association Bév+ trichimiothérapie en première ligne métastatique pour les mCCR BRAF mutés garde sa place en attendant d'être peut-être détrônés par les anti BRAF/Mek.

### Et les HER2 amplifiés...ont-ils fini par trouver "chaussures à leurs pieds" ?

#### L'analyse finale de l'étude DESTINY-CRC01 (présentation orale : 3505) :

**Rappel :** La surexpression de la protéine Her2 a été identifiée dans près de 3 % des cancers colorectaux, aussi associée à un mauvais pronostic et une moindre efficacité des antiEGFR. Le simple blocage d'Her2, testé initialement dans cette population, n'avait pas montré de résultats probants. La lueur d'espoir est arrivée avec la publication des données du double blocage associant le Trastuzumab au Lapatinib (étude HERACLE) ou au Pertuzumab (étude MY-PATHWAY). L'étude DESTINY-CRC01 quant à elle est un essai de phase II multicentrique en ouvert, évaluant le Trastuzumab Deruxtecan ou T-DXd dans le cancer colorectal métastatique (mCCR), chez des patients ayant progressé après au moins deux lignes thérapeutiques (traitements anti her2 permis), dont les tumeurs étaient RAS et BRAF sauvage, surexprimant HER2. Les patients (pts) inclus recevaient le T-DXd (un anticorps drugue-conjugué ADC composé d'un anti-HER2 et d'un inhibiteur de topoisomérase I) à la dose de 6,4 mg/kg toutes les 3 semaines, dans 3 cohortes (cohorte A : IHC 3+ ou IHC 2+/FISH+ ; cohorte B : IHC 2+/FISH- ; cohorte C : IHC 1+). Les premières données en



termes d'efficacité et d'innocuité ont été publiés dans le Lancet il y'a un mois avec des résultats très encourageant. Les auteurs viennent de présenter leurs mises à jour.

**Résultats :** 86 pts (A, 53 ; B, 15 ; C, 18) ont été inclus avec un âge médian de 58,5 ans. La localisation gauche de la tumeur primitive était prédominante (90,7%). En moyenne les patients ont eu au moins 4 lignes de traitements. Tous les patients avaient reçu de l'Irinotécan et 30,2% dans la cohorte A ont reçu un anti-Her2. Le taux de réponse objective (RO) en relecture centralisée par un panel indépendant (critère de jugement principal de l'étude) est de 45,3% (24/53 pts ; IC à 95%, 31,6%-59,6%). Le taux de contrôle de la maladie est de 83,0% (44/53 pts ; IC à 95%, 70,2-91,9) et la mDR de 7,0 mois (95% CI, 5,8-9,5), 5,8-9,5). La survie sans progression est de 6,9 m (avec 69,8% d'évènements atteints) et la survie globale de 15,5 m (IC à 95%, 8,8-20,8). Le taux de RO est similaire dans le groupe prétraité par anti HER2. En revanche pour les cohortes B et C ; la SSP médiane était de 2,1m (IC à 95%, 1,4-4,1) et 1,4 m (IC à 95% CI, 1,3-2,1) et la SG de 7,3 m (IC à 95%, 3,0-NA) et 7,7 m (IC à 95%, 2,2-13,9) respectivement. Des effets indésirables de grade  $\geq 3$  sont survenus chez 65,1% notamment hématologiques (neutropénie et anémie) et digestifs. Par ailleurs une attention particulière doit être portée sur le risque de pneumopathie interstitielle développée par 9,3% des patients (avec 2 décès toxiques).

**Conclusions :** Le T-Dxd a encore une fois relevé le défi et a montré des résultats très prometteurs. Ces données couplées à celles des études sus-citées militent en faveur d'une détermination du statut HER2 en cas de mCCR RAS/BRAF sauvage prétraités.



# BMO

Bulletin Marocain de l'Oncologie

Organe de l'Association Marocaine de Formation  
et de Recherche en Oncologie Médicale

Supplément 2, Jour 2, 06 Juin 2021



L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
EN ONCOLOGIE MÉDICALE