

BMO

Bulletin Marocain de l'Oncologie

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

Supplément 2, Jour 2, 05 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 05 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.

**Cancers des voies biliaires
après échec d'une
première ligne
... vers un nouveau
standard**

CANCERS

DIGESTIFS



Cancer Digestifs

Cancer Digestifs

Contexte :

Le cisplatine et la gemcitabine constituent le schéma de chimiothérapie standard de première intention des cancers des voies biliaires avancés. Cependant, aucune évidence scientifique robuste n'est disponible pour un protocole de deuxième intention.

L'irinotécan liposomal (NanI-Iri) est un inhibiteur de la topoisomérase I qui contient du SN-38, un métabolite actif de l'irinotécan encapsulé dans un nanoliposome. L'agent est approuvé pour le traitement des cancers du pancréas métastatique réfractaires à la gemcitabine. Les investigateurs de l'essai NIFTY ont supposé une réponse similaire chez les patients atteints d'un cancer des voies biliaires en raison des similitudes biologiques du stroma tumoral de ces tumeurs avec celles des carcinomes pancréatiques.

Présentation de l'étude (C. Yoo et al, abstract # 4006)

L'essai phase 2 NIFTY a recruté des patients atteints d'un cancer métastatique des voies biliaires avec au moins 1 lésion mesurable selon RECIST v1.1. Les patients devaient également avoir une progression radiologique confirmée après traitement de première ligne par gemcitabine/cisplatine, une fonction organique adéquate et un indice de performance ECOG de 0 à 1. Au total, 178 patients ont été randomisés pour recevoir LV/5FU plus ou moins associé au 70 mg/m² de NanI-Iri en J1 toutes les 2 semaines jusqu'à progression de la maladie ou toxicités intolérables. L'objectif principal de l'étude était la SSP.

Après un suivi médian de 11,8 mois, la SSP médiane était de 7,1 mois dans le bras NanI-Iri plus LV/5FU contre 1,4 mois pour les patients traités par LV/5FU seul (HR : 0,56 ; IC à 95 % 0,39-0,81 ; p = 0,0019). La SG médiane était de 8,6 mois et 5,5 mois, respectivement (HR : 0,68 ; IC à 95 %, 0,48 à 0,98 ; p = 0,0349). Le NanI-Iri associé au LV/5FU a induit une réponse objective de 14,8 % contre 5,8 % avec le LV/5FU seul (p = 0,0684). Des événements indésirables de grade ≥ 3 ont été signalés chez 77,3 % du groupe nal-IRI plus LV/5FU (neutropénie, fatigue et nausées) et 31,4 % du groupe 5-FU/LV.

Commentaire :

Ces données de NIFTY suffisamment significatives sont présentées quelques semaines après la publication de l'essai ABC-06 ayant rapporté également une amélioration de la survie globale avec FOLFOX par rapport au contrôle actif des symptômes. Tenant en considération le fait que FOLFOX n'était pas comparé à un contrôle actif dans ABC 06 et le risque de majoration de neurotoxicité avec l'oxaliplatine après le cisplatine, la combinaison Nano-Iri pourra constituer un nouveau standard dans cette indication.



FOLFOX intra-artériel dans le CHC ... un brin d'efficacité chez les asiatiques

Contexte :

Les traitements à visée curative du CHC ne peuvent être proposés qu'à moins de 25% des patients et, mis à part la transplantation, ils laissent persister un risque important de récurrence. Les autres possibilités sont considérées comme palliatives et ont été largement dominées par la chimioembolisation et le sorafénib; la chimiothérapie systémique par le schéma FOLFOX n'ayant pas démontré une activité suffisante. Le principe de la chimiothérapie intraartérielle hépatique (CIAH) repose sur l'administration de molécules anti-tumorales ayant une forte extraction hépatique dans l'artère vascularisant la tumeur. Ce procédé permet de délivrer de très fortes doses à la tumeur tout en ayant une faible imprégnation systémique. La CIAH à base du schéma FOLFOX a fait l'objet de nombreux essais préliminaires, essentiellement asiatiques, aboutissant à l'amélioration de la survie globale en situation adjuvante après hépatectomie pour les patients atteints de CHC avec invasion microvasculaire et en situation palliative en association avec le sorafénib par rapport au sorafénib seul.

Présentation des études : (N. Lyu et al, abstract # 4007 et S. Li et al, abstract # 4008)

Deux études, présentées lors de la session orale des cancers non-colorectaux, ont évalué l'intérêt de la CIAH par du FOLFOX dans le CHC.

Dans un premier essai de phase 3 (FOHAIC-1), les patients ont été randomisés (1:1) pour subir une CIAH par FOLFOX ou un traitement par sorafénib dans les CHC avancés. Deux cent soixante patients éligibles ont été randomisés pour recevoir la CIAH (n = 130) ou sorafénib (n = 132). L'invasion macrovasculaire avec ou sans métastase extrahépatique était présente chez 82,8% des patients.

Les patients recevant la CIAH avaient une survie globale médiane de 13,9 mois, contre 8,2 mois pour ceux recevant du sorafénib (HR : 0,408 [IC à 95 % 0,301-0,552], P < 0,001). Un downstaging tumoral s'est produit chez 12,3 % patients du groupe CIAH, dont 93,8 % ayant subi une chirurgie curative ou une ablation et ayant finalement atteint une survie globale médiane de 20,8 mois (IC à 95 % 9,1-32,5).

Dans le deuxième essai multicentrique, de phase 3, randomisé, la CIAH néoadjuvante par FOLFOX a été testée chez les patients de stade BCLC A/B résécable selon les critères de Milan. Les patients ont été randomisés (1:1) avant hépatectomie pour recevoir soit une CIAH ou chirurgie d'emblée sans traitement néoadjuvant. Le critère d'évaluation principal était la survie globale (SG). 208 patients ont été recrutés de 5 hôpitaux chinois. Les caractéristiques clinico-pathologiques étaient équilibrées entre les deux groupes. Les taux de SG à 1, 2 et 3 ans pour le groupe CIAH étaient de 92,9%, 78,6% et 63,5%, et étaient de 79,5%, 62,0% et 46,3% pour le groupe control, respectivement (P=0,016). Les taux de SSR à 6, 12 et 18 mois pour le groupe CIAH étaient de 63,8%, 47,3% et 47,3%, et étaient respectivement de 52,7%, 42,8% et 34,8% pour le groupe control (p=0,385). Aucun patient du groupe CIAH n'a présenté d'événements indésirables de grade 3 ou plus graves et les événements indésirables liés à la chirurgie étaient similaires entre les deux groupes (p = 0,300).

Commentaire :

Bien que positives, ces études ne peuvent changer les pratiques du clinicien dans les stratégies actuelles. D'abord, surgit un souci d'applicabilité des résultats de ces études sur les non asiatiques étant donné le recrutement entier des 2 études d'une population chinoise où le CHC est majoritairement lié à une étiologie hépatitique virale-B.

Secondairement, on ne sait pas si FOLFOX pourra faire part du 'landscape' thérapeutique actuel, largement dominé par l'immunothérapie: d'une part sorafénib, le bras comparateur du premier essai est bien détrôné par l'association atezolizumab-bévacizumab et d'autre part l'avènement des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire en néo-adjuvant risque d'être très probable.

Les cancers oesophagiens et de la jonction oeso-gastriques localisés: Progrès très encourageants et un changement de pratique prometteur !

Lors de la session orale des abstracts du congrès américain consacrée aux cancers de la jonction oesogastrique et oesophagiens localisés, nous avons sélectionné deux études de phase III dont les résultats devraient impacter le standard actuel et nous pousser vers une réflexion sur de nouvelles pistes thérapeutiques en vue de réduire le risque de récurrence et d'améliorer la survie de ces patients .

La première étude rapporte la suite de données sur efficacité , qualité de vie, sécurité de la checkmate 577 # Abstract 4003

-Pour mémoire, l'essai Checkmate 577 a été présenté au congrès de l'ESMO 2020 et publié dans le NEJM (2021 384(13) :1191-1203), portant sur 794 patients avec des cancers de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique de stade II-III traités par radiochimiothérapie concomitante puis chirurgie R0 avec un résidu tumoral sur la pièce opératoire.

Les patients étaient randomisés entre nivolumab à raison de 240mg toutes les deux semaines pendant 16 semaines puis 480 mg mensuelle pendant 1 an ou placebo. La stratification a été faite selon l'histologie (70% Adénocarcinome) , statut ganglionnaire (60% de ypN1) et l'expression de PDL1 (< 1% vs. > ou = 1%). L'objectif primaire de l'étude qui est la survie sans maladie a été atteint et même doublé de façon significative (22,4 mois versus 11) dans tous les sous-groupes indépendamment du PDL1 avec une réduction du risque de récurrence de 32% et une tolérance acceptable pour le bras nivolumab.

- L'objectif de l'abstract est de rapporter une suite des données sur l'innocuité,



l'efficacité et l'impact sur la qualité de vie du nivolumab chez ces patients oesophagectomisés.

- Deux critères ont évalué l'efficacité :

• La DMFS : Disease Metastasis-Free Survival (défini comme le temps depuis la randomisation jusqu'à la première récurrence à distance ou jusqu'au décès) qui était allongé en faveur du bras nivolumab (28,3 mois Nivolumab vs. 17 mois placebo). Le risque de récurrence à distance et de décès sont réduits de 26%. Par ailleurs Le nivolumab réduisait le risque de récurrence locorégionale (17% placebo vs. 12% nivo) et à distance (39% placebo vs. 29% nivo)

• La PFS2 : Progression Free Survival (définie comme le temps depuis la randomisation jusqu'à la progression après l'initiation du premier traitement systémique ou de la seconde ligne ou décès) : la PFS2 n'était pas encore atteinte pour nivolumab et était de 32 mois pour le bras Placebo avec un HR de 0,77 en faveur du nivolumab (IC de 95% 0,6-0,99)

-Concernant les effets secondaires inhérents au nivolumab, ils étaient majoritairement de grade 1-2 d'ordre endocrinien, gastro-intestinal, cutané, hépatique, pulmonaire et rénal. Ils sont survenus entre les 6e à 12e semaines et étaient réversibles. A noter que les toxicités de grade 3-4 sont survenues dans moins de 1% dans le bras nivolumab.

-Par ailleurs, selon l'échelle globale de qualité de vie FACT-EG7, la majorité des patients ne ressentait presque pas de gêne suite à l'administration du nivolumab.

En conclusion :

Compte tenu du bénéfice prouvé du nivolumab en survie sans maladie, survie sans métastase, PFS2 avec une diminution du risque de récurrence locale et maintien de la qualité de vie, le nivolumab se positionnerait comme favori pour les prochaines recommandations en adjuvant chez des patients porteurs de carcinome épidermoïde ou adénocarcinome de l'oesophage stade II-III, prétraités par RCC et opérés R0 avec un résidu tumoral retrouvé dans la pièce opératoire.

La deuxième étude compare la radiochimiothérapie concomitante et la chimiothérapie périopératoire dans les adénocarcinomes de la jonction oesogastrique et oesophagiens résécables #Abstract.4004 #

-Nous savons que le traitement néoadjuvant préopératoire dans les adénocarcinomes de l'oesophage et ceux de la jonction oesogastrique résécables

varie selon les pratiques dans chaque continent, entre :

• les américains défenseurs de la radiochimiothérapie concomitante préopératoire (RCC 41,5 Gy et taxol carbo weekly) par rapport à la chirurgie seule (essai CROSS dont les résultats actualisés à 10 ans maintiennent le bénéfice de la survie) et
• les européens adeptes de la chimiothérapie périopératoire : l'étude MAGIC avant 2018 ou FLOT après 2018 démontrant un bénéfice en survie avoisinant les 50 mois pour le protocole FLOT.

-Dans ce contexte, l'essai NEO-AEGIS est venu répondre à la question en comparant les deux stratégies thérapeutiques en préopératoire dans les adénocarcinomes résécables de la JOG ou oesophagiens.

-Design de l'étude :

Il s'agit d'un essai Phase III conduit entre 2013 et 2018 portant sur 366 patients avec adénocarcinomes de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique, cT2-T3 NoMo se basant sur le petscanner, comparant deux bras :

Bras A: Magic trial (ECF/ECX/EOX/EOF) péri opératoire en 2013 puis modifié ultérieurement en 2018 mais non planifié au départ, suite à l'apparition du FLOT (157 patients MAGIC /27 FLOT)

Bras B: CROSS trial RCC (41,4 Gy en 23 fractions + chirurgie)

-L'objectif de l'étude est de comparer la survie globale dans les deux bras :démontrer la supériorité du protocole du bras B de 15% par rapport au bras A (N=366). Objectif revu à la baisse à 10% (N=628)

-La Survie sans progression et la toxicité étaient des objectifs secondaires.

-Les caractéristiques des patients étaient similaires dans les deux groupes (prédominance masculine, 84% de cT3 et un peu plus de cN1-N3 dans le bras MAGIC 60,3% vs 56% dans le bras CROSS).

-Résultats :

-L'objectif primaire n'a pas été atteint avec une survie globale de 57% (bras A) vs 56% (bras B) avec HR (95% CI) 1,02(0,74-1,42) et il n'y a pas de preuve que la chimio périopératoire soit inférieure à la RCC, en attendant les résultats finaux en 2022.

-L'objectif secondaire :

Il y avait plus de neutropénie et diarrhée dans l'arme A chimio et les complications postopératoires évaluées selon ECCG (esophagectomy complication consensus group) n'étaient pas différentes sur le plan statistique. Par ailleurs, nous avons noté plus de réponse complète histologique pour les patients ayant eu une RCC.

-Limites de l'essai :

Changement du design statistique en cours de l'essai

Changement du protocole de chimiothérapie péri-opératoire



Pas de considération d'un traitement adjuvant dans le contexte actuel à l'ère de l'immunothérapie.

-Au final :

L'essai NEO-AEGIS ne tranche pas par rapport à la supériorité de la chimiothérapie périopératoire par rapport à la RCC « No winner », en attendant les résultats finaux en 2022

Cependant, des pistes prometteuses combinant la RCC avec Immunothérapie selon le schéma de CROSS + Pembrolizumab dans l'essai Phase II a démontré des résultats spectaculaires en réponse pathologique le conduisant en Phase III #Abstract4005 #

Références

Abstract #4003# : Adjuvant nivolumab (NIVO) in resected esophageal or gastroesophageal junction cancer (EC/GEJC) following neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT): Expanded efficacy and safety analyses from CheckMate 577
Journal of Clinical Oncology 39, no. 15_suppl (May 20, 2021) 4003-4003.

Abstract #4004# Neo-AEGIS (Neoadjuvant trial in Adenocarcinoma of the Esophagus and Esophago-Gastric Junction International Study): Preliminary results of phase III RCT of CROSS versus perioperative chemotherapy (Modified MAGIC or FLOT protocol)
Journal of Clinical Oncology 39, no. 15_suppl (May 20, 2021) 4004-4004.

Abstract#4005# Multicenter, randomized phase II study of neoadjuvant pembrolizumab plus chemotherapy and chemoradiotherapy in esophageal adenocarcinoma (EAC). Journal of Clinical Oncology 39, no. 15_suppl (May 20, 2021) 4005-4005.

Les cancers oesogastriques localement avancés ou métastatiques : L'immunothérapie, un nouveau standard en 1ère ligne...

La première étude est ESCORT-1ST :

Introduction

C'est une étude chinoise de phase III randomisée en double aveugle testant le Camrelizumab + Chimiothérapie vs chimiothérapie seule dans les carcinomes épidermoïdes de l'œsophage localement avancés ou métastatiques non prétraités.



Le Camrelizumab est un anticorps monoclonal anti PD-1 qui a été approuvé en chine comme traitement de 2ème ligne dans les carcinomes épidermoïdes de l'œsophage localement avancés ou métastatiques après les résultats de l'étude phase III ESCORT.

Design :

-Les patients éligibles ont été randomisés en 2 bras : 1er bras : Camrelizumab 200 mg + Chimiothérapie (Paclitaxel 175mg/m² et Cisplatine 75mg/m²) tous les 21 jours ≤ 6 cycles et un 2ème bras : Placebo + Chimiothérapie (Paclitaxel-Cisplatine)

-Les objectifs primaires étaient :

- SSP par un comité de relecture indépendant (IRC)
- SG

-Les objectifs secondaires :

- SSP par l'investigateur
- Taux de RO, durée de réponse, tolérance et qualité de vie

Résultat :

-Entre Décembre 2018 et Mai 2020, 596 patients ont été randomisés. Après un suivi médian de 10.8 mois : la médiane de SG était de 15.3 mois vs 12.0 mois (HR=0.7 p=0.001) en faveur du bras Camrelizumab. La médiane de SSP (IRC) était de 6.9 mois vs 5.6 mois (HR=0.56 p<0.001) dans le bras Camrelizumab. Le taux de réponse objective était de 72.1% dans le bras Camrelizumab versus 62.1% dans le bras contrôle. La durée de réponse était de 7 mois vs 4.6 mois. La tolérance était comparable dans les deux bras.

Conclusion :

L'ajout du Camrelizumab à la chimiothérapie a permis d'améliorer la survie globale et la survie sans progression avec un bon profil de tolérance. Sur les bases de ces données, une demande d'approbation a été déposée aux autorités chinoises.

Commentaire :

Une autre étude Checkmate 648, incluant les carcinomes épidermoïdes de l'œsophage au stade avancé avait déjà démontré l'intérêt de l'immunothérapie. C'est une étude de phase III internationale (70% asiatique) randomisée comparant : Nivolumab + chimiothérapie versus chimiothérapie, et Nivolumab + Ipilimumab versus chimiothérapie chez des patients PD-L1 ≥ 1%. Les résultats ont montré la supériorité de l'association Nivo+ chimio et Nivo+Ipi sur la chimiothérapie en SG, SSP, réponse objective et durée de réponse.

Ces deux études viennent confirmer la place de l'immunothérapie en 1ère ligne dans les carcinomes épidermoïdes de l'œsophage au stade avancé.

La deuxième est l'étude Checkmate 649 : Données étendues sur l'efficacité et la tolérance



Introduction :

C'est une phase III internationale, dirigée par l'allemand Markus Moehler testant Nivolumab + Chimiothérapie versus Chimiothérapie en 1ère ligne dans les cancers gastriques, cancers de la jonction oesogastrique et les adénocarcinomes de l'œsophage au stade avancé ou métastatique HER2 négatifs.

Les premiers résultats de cette étude ont été présentés à l'ESMO 2020 en parallèle avec l'étude phase II/ III, ATTRACTION -4 testant le Nivolumab + Chimiothérapie versus Chimiothérapie chez la population asiatique.

Il y avait une amélioration significative de la SG et la SSP chez les PDL1 CPS* \geq 5 et CPS \geq 1 et tous les patients. Sur la base de ces résultats, approbation de la FDA en Avril 2021. Le CPS* étant un score combiné positif reflet de l'expression PD-L1 de la tumeur et des cellules immunitaires associés à la tumeur.

Lors de cette session, des résultats plus étendus sur l'efficacité et la tolérance chez tous les patients randomisés ont été communiquées.

Méthode :

-Les patients éligibles étaient randomisés en 3 bras : 1er bras : Nivolumab + Ipilimumab (données non disponibles), 2ème bras (n=789): Nivolumab (360mg/3sem ou 240mg/2sem) + chimiothérapie (Xelox ou Folfox), 3ème bras (n=792) : Chimiothérapie (Xelox ou Folfox)

-Les objectifs primaires étaient :

- SG chez les patients PD-L1 CPS \geq 5.
- SSP chez les patients avec PD-L1 CPS \geq 5.

- Les objectifs secondaires étaient :

- La SG et la SSP chez les PD-L1 CPS \geq 1, PD-L1 CPS \geq 10 et chez tous les patients randomisés.
- Taux de réponse objective

-Les objectif exploratoires : Tolérance et qualité de vie

Résultat :

1581 patients ont été randomisés. 70% de la population présentait un cancer gastrique LA ou métastatique. 60% des patients avaient des tumeurs avec PD-L1 CPS \geq 5

Après un suivi de 12 mois minimum, voici les données de SG et SSP :



	Tous les patients n= 1581	Tous les patients n= 1581
Médiane de SG (mois)	13.8 vs 11.6 HR=0.8 p=0.002	14.4 vs 11.1 HR = 0.71 p< 0.0001
Médiane de SSP (mois)	7.7 vs 6.9 HR= 0.77	7.7 vs 6 HR = 0.68 p<0.0001

Réponse :

-Le taux de RO était supérieur dans le bras Nivo+ chimio chez tous les patients randomisés : 58 % vs 46%

-La durée de réponse était plus longue avec le Nivo : 8.5 vs 6.9 mois

Tolérance :

-Les effets secondaires relatifs au traitement d'étiologie potentiellement immunogènes (TRAES) étaient < 5%

-Diminution de 23% du risque d'altération au cours du traitement avec le Nivolumab.

Conclusion

L'ajout du Nivolumab à la chimiothérapie a démontré un bénéfice en survie globale et survie sans progression chez tous les patients randomisés avec un profil de toxicité acceptable.

Commentaire :

Ces résultats positifs contrastent avec les données des autres essais d'immunothérapie en première ligne dans le cancer gastrique à savoir, l'essai ATTRACTION-4 (même design mais chez la population asiatique ; SSP+ SG-) et l'essai Keynote-062 (Pembrolizumab vs chimio et Pembrolizumab+ chimio vs chimio chez les PD-L1 CPS \geq 10).

Voici quelques points de différences :

- Checkmate-649 est la plus large étude de phase III menée dans les cancers gastriques en terme de nombre de patients inclus

-Enrichissement dans l'inclusion par des tumeurs exprimant PD-L1 CPS \geq 5 (tumeurs hautement immunogènes) qui représentait 60% des patients à la différence de la vie réelle où l'incidence de ces tumeurs sont aux alentours de 30-40%.

- Impact de la séquence thérapeutique post essai: Plus d'accès à l'immunothérapie dans le bras contrôle post essai dans ATTRACTION-4 et Keynote-062 par rapport à Checkmate 649.

BMO

Bulletin Marocain de l'Oncologie

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

Supplément 2, Jour 2, 05 Juin 2021



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