

Bilan, recommandations, consensus



Pr Jean-François
Morère



Service d'oncologie et d'hématologie,
hôpital Paul-Brousse, Villejuif;
rédacteur en chef de La Lettre
du Cancérologue

En ce premier trimestre de 2017, il paraît utile de mesurer le chemin parcouru sur les mois et les jours précédents et de vous proposer, grâce aux efforts de la *Lettre du Cancérologue*, un nouveau corpus de connaissances qui vous sera utile pour votre pratique médicale.

Se fondant sur les publications de l'année, les auteurs vous proposent des résumés commentés avec les points essentiels à garder en mémoire, thème par thème.

Quelles sont les tendances ?

Comme vous le retrouvez sous la plume de plusieurs auteurs, le démembrement des cancers d'organe prend de plus en plus de matérialité, que ce soit dans les cancers du sein, du poumon, les cancers digestifs ou gynécologiques. Ce démembrement permet d'améliorer le ciblage thérapeutique dans un nombre non négligeable de cas.

La vague de l'immunothérapie n'a pas encore brisé et permet à la recherche clinique en cancérologie un surf continu. Cette vague est protéiforme, avec de nouvelles promesses de l'immunothérapie en urologie, dans les cancers gynécologiques, dans les cancers du poumon ou les cancers ORL. S'y ajoutent de nouvelles percées de l'immunothérapie en utilisation plus précoce en première ligne dans les cancers du poumon, l'apparition de nouvelles associations thérapeutiques, comme en dermatologie, et le développement de nouveaux médicaments. Il faut cependant constater que, malgré l'enthousiasme pour cette nouvelle classe thérapeutique, la recherche des facteurs prédictifs d'efficacité a marqué le pas ces derniers mois.

Vous trouverez tous les détails nécessaires à votre prise de décision médicale dans les différents chapitres proposés.

Les progrès concernent également une réflexion plus globale, telle que celle des recommandations. Vous retrouverez ainsi des recommandations de prise en charge du mélanome de la Société française de dermatologie de même qu'une nouvelle classification AJCC.

Se pose enfin, chez certains patients, la question soit d'une escalade thérapeutique soit au contraire d'une désescalade thérapeutique. C'est ce qui a retenu ce mois-ci l'intérêt des experts du cancer du sein présents à la 14^e réunion de consensus de Saint-Gall. Il n'est bien entendu pas raisonnable d'envisager dans cet éditorial un résumé des 4 heures de vote de ce panel d'experts internationaux. Il semble néanmoins intéressant d'insister sur quelques points marquants concernant quelques outils biologiques d'aide à la décision. Le consensus complet (ou presque complet) n'a été atteint que pour peu de questions posées, moins de 5 sur plus de 120. La reformulation des questions en direct avec nouveau vote a parfois modifié grandement les résultats de ces votes. On le voit donc, cette œuvre de consensus est très différente de recommandations associées à des niveaux de preuve sur les études publiées mais peut conforter les cliniciens dans certaines décisions thérapeutiques particulières.

Quelques exemples¹:

➤ Faut-il en pathologie rapporter une évaluation des TIL (*Tumor-Infiltrating Lymphocytes*) dans les cancers triple-négatifs ou HER2+ ?

La réponse a été négative pour 64 % des experts présents.

➤ Y a-t-il un rôle du *testing* multigénique dans les tumeurs N-, pT1a, pT1b, RE+, PGR+, HER2- à Ki-67 faible ?

La réponse est négative chez 85 % des experts.

De façon plus globale, pour les patientes atteintes d'un cancer du sein RE+, HER2-, les signatures multigéniques Oncotype DX®, RS, Mammaprint 70®, PAM50 ROR score, Ondopredict® et Breast Cancer Index ont toutes apporté une information de valeur sur le pronostic et le risque de rechute avant de décider une abstention de chimiothérapie, avec un pourcentage d'approbation allant de 94 à 60 % en fonction des signatures.

En ce qui concerne les patientes de même profil mais ayant une atteinte de 1 à 3 ganglions, cette affirmation a aussi été approuvée, mais à un moindre degré en ce qui concerne l'intérêt de révéler des groupes de pronostics différents.

Si l'on s'intéresse à la décision de chimiothérapie adjuvante chez les patientes atteintes d'un cancer N0, l'intérêt de l'immunohistochimie est approuvé à 96 %, au même titre que les prédicteurs de risques multigéniques. Les facteurs qui apparaissent comme des indications relatives à l'inclusion dans un programme de chimiothérapie adjuvante sont, à la majorité des experts, le grade 3, l'existence de ganglions positifs quel qu'en soit le nombre, l'existence d'un Ki-67 élevé, un âge inférieur à "environ" 35 ans, une invasion lymphovasculaire, un faible marquage pour les récepteurs hormonaux.

On le voit, les nouveaux outils dans les cancers du sein en situation précoce sont utiles à la décision médicale et peuvent représenter un facteur en particulier de qualité de vie pour les patientes chez qui une désescalade thérapeutique sera choisie.

Cette conférence de consensus permet cependant de prendre en compte les paramètres classiques compte tenu d'un niveau très variable d'accessibilité et de remboursement des signatures multigéniques.

Concluons donc avec Éric Winner, le coordonnateur de ce consensus, "que la décision est fondée sur le TNM, la biologie, l'existence de comorbidités, mais que, si celle-ci apparaît ambivalente après un entretien entre vous et votre patient, le temps est alors venu de réaliser un test génomique".

J.F. Morère n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

¹ Vous trouverez l'analyse des autres thèmes de ce consensus dans les prochains numéros de La Lettre du Cancérologue.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors),
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.