

LE CHIFFRE DU MOIS

1

Un milliard de dollars, c'est le budget consacré par les Etats-Unis au lancement du programme « **National Cancer Moonshot** », annoncé en début d'année. Il sera principalement orienté vers les domaines suivants : prévention et développement de vaccins, détection précoce, immunothérapie et thérapies combinées, analyse génomique, partage des données,

Centre oncologique d'excellence virtuel, oncopédiatrie, fond de financement « opportunités exceptionnelles ».

Durant le congrès de l'ASCO, le vice-Président Biden, chargé du programme, en a réitéré les priorités : nouveaux investissements fédéraux dans la recherche, accroissement du partage des données émanant de la recherche et des patients, développement des approches en équipes médicales et scientifiques, innovations dans le développement et le recrutement en étude clinique.

DANS L'ACTUALITE

ASCO 2016 : QUE RETENIR ? (PARTIE 2)

L'étude **MA17.R**, présentée en séance plénière, portait sur la prolongation d'un traitement adjuvant par létrozole au-delà de 5 ans. 1 918 patientes ménopausées ont été randomisées entre létrozole ou placebo pour 5 années supplémentaires. Il existe un bénéfice en survie sans maladie, passant de 91 à 95 % à 5 ans (HR = 0,66 ; p = 0,01), qui portait surtout sur la survenue de **cancers du sein** controlatéraux (3,2 contre 1,4 %), sans bénéfice sur la survie globale. De manière attendue, on notait plus d'évènements osseux dans le groupe létrozole, mais une qualité de vie similaire ([Goss PE abstr. LBA 1](#), [Lemieux J abstr. LBA 506](#)).

L'étude de phase III **PALOMA-2** a évalué avec succès l'apport du palbociclib au létrozole en première ligne métastatique chez 666 patientes ménopausées atteintes d'un cancer du sein hormonosensible. L'essai est positif sur son objectif principal avec un doublement de la survie sans progression (SSP) de 14,5 vs 24,8 mois. L'effet indésirable le plus fréquent est représenté par la toxicité hématologique, en particulier les neutropénies ([Finn RS, abstr. 507](#)).

Dans une étude randomisée présentée par A Soran ([abstr 1005](#)), 274 patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique d'emblée ont été randomisées entre **chimiothérapie seule ou chirurgie de la tumeur primitive suivie de chimiothérapie**. Le gain en survie globale est significatif à 5 ans, passant de 24,4 à 41,6 % (p = 0,005). Dans une analyse de sous-groupe non planifiée, ce bénéfice semble surtout marqué chez les patientes dont la tumeur exprime les récepteurs hormonaux, les patientes plus jeunes (< 55 ans) et ayant une maladie essentiellement osseuse.

L'**immunothérapie** s'est annoncée en 1ère ligne des **cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) métastatiques** avec des résultats préliminaires prometteurs pour :

- 1) pembrolizumab associé à différentes chimiothérapies à base de platine, avec une SSP de 10 mois et même de 15 mois dans le sous-groupe d'expression PDL1 élevée (≥ 50 %) ([Gadgeel SM, abstr 9016](#))
- 2) nivolumab associé à ipilimumab (essai CheckMate 012) selon différents schémas d'administration (réponses objectives de 39 à 47 %, SSP de 4 à 8 mois, toxicités de grade 3-4 de type hépatite ou pneumopathie interstitielle) ([Hellmann MD, abstr 3001](#)).

Côté **thérapies ciblées**, retenons :

- 1) les essais concluants du crizotinib en cas de mutations MET (exon 14) ([Drilon AE, abstr 108](#)), de l'association dabrafenib/trametinib pour les mutations BRAF V600E ([Planchard D, abstr 107](#)), du cabozantinib en cas de mutations RET ([Gautschi O, abstr 9014](#))
- 2) l'efficacité, après résistance acquise sous crizotinib, du lorlatinib ([Solomon B; abstr 9009](#)) et du brigatinib ([Kim DW, abstr 9007](#))
- 3) la supériorité de l'alectinib sur le crizotinib en première ligne des ALK+ (essai J-Alex) ([Nokihara H, abstr 9008](#)).

A signaler aussi le bénéfice en SSP de la combinaison paclitaxel/bevacizumab sur le docetaxel en 2ème/3ème ligne des **CBNPC non épidermoïdes métastatiques** (5,4 vs 3,9 mois, HR 0,62) ([Cortot A, abstr 9005](#)) pouvant représenter une alternative chez les patients inéligibles à l'immunothérapie.

Remerciements : Dr E. Dansin, Dr N. Kotecki

BOARD SCIENTIFIQUE

Pr P. Arnaud (Paris), Pr J. Bonnetterre (Lille), Pr D. Cuny (Lille), Dr E. Dansin (Lille), Dr B. Dervaux (Lille), Pr E. Lartigau (Lille), Dr F. Pinguet (Montpellier), Pr J. Robert (Bordeaux), Dr M. Yilmaz (Lille)