

LE CHIFFRE DU MOIS

3

C'est le nombre de travaux présentés au congrès de l'ASCO et relatifs à l'étude **ESME** (cf [GaLIEN 13](#)).

La cohorte Unicancer analyse les données de vraie vie des 16703 malades initialement traités pour un **cancer du sein métastatique** dans l'un des 18 CRLCC de janvier 2008 à décembre 2014.

1. Bien que la survie globale ait été légèrement améliorée, ceci demeurait principalement restreint aux cas HER2+, soulignant la nécessité de développer de nouvelles stratégies chez les populations lumineales et triple négatives ([Delaloe et al., abstr 1078](#)).

2. L'hormonothérapie était prescrite chez moins de 50 % des patientes RH+/HER2- en première ligne, et seulement à une minorité dans les lignes suivantes ; ceci n'était pas en accord avec les recommandations existantes (NCCN, ABC3). La médiane de survie sans progression pour l'hormonothérapie de première ligne en vraie vie était conforme à celle rapportée dans les essais cliniques ([Le Saux et al., abstr 1052](#)).

3. Les cancers du sein métastatiques triple négatifs demeurent de mauvais pronostic, en dépit d'une tendance à une médiane de survie globale (14,8 mois) meilleure que celle des données historiques (12-13 mois) ([Sablin et al., abstr e12592](#)).

Remerciements : Pr J. Bonnetterre

DANS L'ACTUALITE

ASCO 2017 : QUE RETENIR ? (PARTIE 1)

Motzer et al ([abstr 4507](#)) ont présenté les résultats de l'étude **PROTECT**, qui sont négatifs. Dans cet essai de phase III randomisé qui posait la question de l'intérêt d'un traitement par pazopanib des **cancers du rein localement avancés** après néphrectomie :

- la dose initiale de 800 mg a dû être diminuée à 600 mg en raison de la tolérance et, de fait, le nombre de sujets nécessaires recalculé (1.500 patients)
- la survie sans maladie (objectif principal) n'était pas améliorée par le traitement adjuvant par pazopanib (HR=0,86 ; p=0,16)
- la survie globale n'était pas améliorée par le traitement adjuvant (HR=0,79 ; p=0,16).

Deux études répondent à la question de l'ajout d'une hormonothérapie de nouvelle génération à la castration plutôt que l'ajout d'une chimiothérapie chez les patients atteints de **cancer de la prostate métastatique** (CPM).

L'essai **LATITUDE** ([Fizazi et al, abstr LBA3](#)) est une phase III randomisée comparant l'abiratéron (1000 mg/jour, plus 5 mg de prednisone ; n = 597) à un placebo (n = 602) chez des hommes présentant un CPM à haut risque nouvellement diagnostiqué et recevant une castration. Dès la première analyse intermédiaire, le comité indépendant de suivi a demandé la levée de l'aveugle et le traitement de tous les patients inclus dans le bras placebo par l'abiratéron. L'incidence des événements indésirables de grade 3 ou 4 était, bien sûr, plus élevée dans le bras abiratéron, avec les effets indésirables attendus, mais

cet essai est positif, avec un bénéfice sur tous les critères principaux (survie globale, survie sans progression radiologique) et secondaires.

La population (n = 1917) de l'essai **STAMPEDE** ([James et al, abstr LBA5003](#)) est beaucoup plus hétérogène : 52 % des patients présentaient un CPM métastatique et 48 % un CPM localisé à haut risque. L'essai est très clairement positif, avec un taux de survie à 3 ans de 76 % (castration) vs 83 % (castration associée à 1000 mg d'abiratéron /jour, plus 5 mg de prednisolone). La médiane de survie globale n'est pas atteinte dans les deux bras, mais la différence est statistiquement significative et cliniquement pertinente : HR=0,63 (p=0,115x10⁻⁷). Cependant, le bénéfice est plus marqué chez les patients métastatiques que pour les patients non métastatiques. De même, la différence en termes de temps médian jusqu'à échec du traitement est en faveur du bras abiratéron (HR=0,29 ; p=0,377x10⁻⁶³). Pour les patients métastatiques, l'addition d'abiratéron retarde de manière significative le premier événement osseux symptomatique. Enfin, l'abiratéron est associée à une augmentation du nombre d'événements indésirables de grade 3 à 5 : 33 versus 47 %.

Dans les années à venir, deux options seront à discuter : soit l'addition de docétaxel, soit l'addition d'abiratéron. L'intérêt des autres hormonothérapies (enzalutamide) sera également à évaluer.

Remerciements : Pr N. Penel

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)

CPPCC : Centre de Pharmacologie et de Pharmacie Clinique en Cancérologie
Directeur de publication : Pr E. Lartigau - Directeur Général du Centre Oscar Lambret
Comité de rédaction : Pr JL. Cazin - Dr D. Cochelard