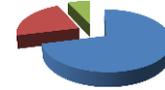


## LE CHIFFRE DU MOIS

# 71

C'est le pourcentage de **thérapies ciblées et d'immunothérapies** mises sur le marché pour la première fois sur la période 2010-14, par rapport à l'ensemble des anticancéreux.

Parallèlement, les nombreuses mises à disposition de nouveaux anticancéreux *per os*, conjuguées à une durée de traitement de plus en plus longue et à un élargissement de l'offre thérapeutique expliquent la tendance lourde du nombre croissant de malades bénéficiant de la chimiothérapie orale.



■ Thérapies ciblées et immunothérapies (71 %)  
■ Cytotoxiques et radiopharmaceutiques (22 %)  
■ Hormonothérapies (7 %)

Source : [INCA \(2015\)](#)

Remerciements : Pr J Bonneterre

## DANS L'ACTUALITE

### ASCO 2016 : QUE RETENIR ? (PARTIE 1)

Le Dr N Penel a présenté les résultats de l'essai REGOSARC ([communication orale, 11003](#)). Cette étude multicentrique de phase II randomisée en double aveugle comparait **regorafenib** (160 mg/jour, 3 semaines sur 4) contre placebo (avec un cross-over optionnel).

182 patients présentant un sarcome des tissus mous avancés prétraités par doxorubicine ont été répartis en 4 cohortes : liposarcome, léiomyosarcome, sarcome synovial, autre sarcome.

Un gain significatif en survie sans progression a été démontré chez les malades présentant un **sarcome non adipocytaire** : 4,0 *vs* 1,0 mois (HR = 0,36).

Les effets indésirables de grade 3-4 les plus fréquents ont été : hypertension artérielle (19 % *vs* 2 %), syndrome main-pied (15 % *vs* 0 %) et asthénie (14 % *vs* 6 %). Un décès toxique (hépatite) a été mis en évidence dans le bras regorafenib.

A noter 4 études de phase I ou II testant un anticorps anti-PDL1 chez des patients présentant une **tumeur urothéliale résistante au platine**.

Le taux de réponse objective varie de 30 à 16 % selon les études ; la survie globale rapportée est comprise entre 6 et 9 mois, des stabilisations prolongées étant décrites, le profil de toxicité semblant acceptable.

Le lien entre réponse objective et expression de PDL1 est

inconstant selon les études. Les résultats des essais de phase III en cours sont donc attendus avec impatience.

Concernant les **carcinomes épidermoïdes de l'œsophage métastatiques**, le Pr A Adenis a détaillé, en communication orale ([abstr 4002](#)), l'étude E-DIS, qui incluait 67 malades sans progression après 6 semaines d'une CT associant 5FU et sel de platine.

La conclusion de ce premier essai de phase II randomisant (poursuite de cette CT + BSC) *vs* (arrêt de cette CT + BSC) a été que si la survie n'est pas améliorée par l'une ou l'autre des 2 approches, il faut admettre que les données de survie sans progression et la qualité de vie sont en faveur de la poursuite de la chimiothérapie.

Sur le même sujet des carcinomes épidermoïdes de l'œsophage, Doi et al. ([abstr 4046](#)) a présenté les résultats actualisés de l'essai multicohorte de phase Ib KEYNOTE-028. Sur une cohorte de 23 malades présentant un carcinome de l'œsophage avancé PD-L1+ prétraité, **pembrolizumab** (10 mg/kg toutes les 2 semaines) continue de montrer une toxicité gérable et une activité antitumorale durable.

La prochaine étape est une étude comparant Folfox à (Folfox + pembrolizumab).

Remerciements : Pr A Adenis, Dr N Penel

### BOARD SCIENTIFIQUE

Pr P. Arnaud (Paris), Pr J. Bonneterre (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)