



## COMPTES-RENDUS DE WEB'RCP

20.11.08

### COORDINATEUR

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie, Bordeaux)

### INTERVENANTS

- **France**
  - Pr. A. Taytard (Pneumologie, Bordeaux)
  - Dr. JL Touboul (Pneumologie, Chalon-sur-Saône)
- **Maroc**
  - Pr. A. Bakhatar (Pneumologie, Casablanca)
  - Pr. S. Boubia (Chirurgie Thoracique, Casablanca)

### PARTICIPANTS

- Dr. F. Bettayeb (Pneumologie, Martigues)
- Dr. Y. Daoudi (Pneumologie, CH Sainte-Foy-la Grande)

### SOMMAIRE

- **Présentation CHU Bordeaux** p. 2
- **Présentation CHU Casablanca**
- **Discussion d'article** p. 4

Hermes A et al. Irinotecan plus carboplatin versus oral etoposide plus carboplatin in extensive small-cell lung cancer: a randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2008;26:4261-7.

### ORGANISATEUR / EDITEUR

- **Agence GERI-Communication**  
4 Voie Romaine - Bât. G  
33610 Canéjan  
05 57 96 45 45  
<http://www.geri-communication.com>

### PARTENAIRES



# PRESENTATION CHU BORDEAUX

## Animateur

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie).

## 1<sup>ère</sup> partie du cas clinique

### Identification du patient

VER. JP., 63 ans, sexe masculin.

### Motif de la réunion

Avis diagnostique.

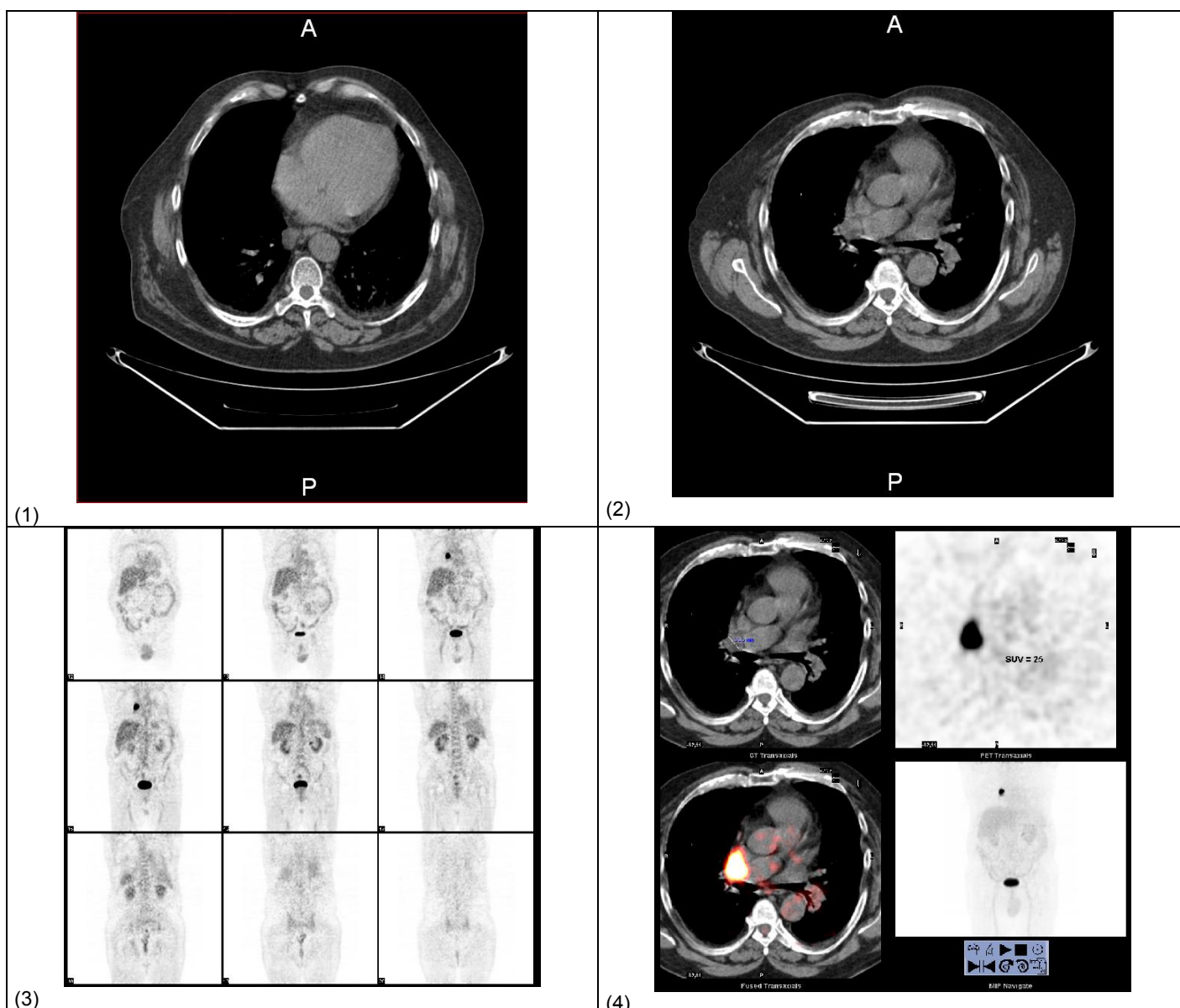
### Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 0/4.
- Poids : 92 kg, stable ; taille : 1,70 m.
- Circonstances de découverte : asymptomatique.
- Antécédents : tuberculose pulmonaire traitée en 1957.

- Statut thérapeutique : non traité antérieurement.
- Traitement déjà réalisé : aucun.
- Rechute : non.
- Tabac : 50 années tabac ; non sevré.

### Tumeur

- Siège de la tumeur : plancher buccal en situation de curabilité chirurgicale.
- Bilan d'opérabilité : image médiastinale en TEP.



- Fibroscopie bronchique : hypervascularisation sous-muqueuse de l'orifice du LSD ; biopsie hémorragique négative.
- Bilan cardio-vasculaire : normal.
- EFR : syndrome obstructif : VEMS = 2,1 (N = 2,8) ; CPT = 7,2 (N = 6,4) ; TLCO = 14 (N= 28)
- PaO2 = 70 mm Hg.
- TEP : hyperfixation intense en région hilare droite (23 mm).

### **Question posée : proposition de stratégie thérapeutique ?**

#### *Réponse - RCP Originelle*

- Si double cancer, traitement prioritaire du cancer de plus mauvais pronostic.
- Absence de diagnostic histologique sur la lésion thoracique accessible uniquement en thoracotomie.
- Pas d'alternative thérapeutique curative à la chirurgie maxillo-faciale, éventuellement suivie de radiothérapie adjuvante.

#### Proposition :

- Tps 1. Chirurgie maxillo-faciale.
- Tps 2. Thoracotomie pour diagnostic.
- Tps 3. Eventuelle radiothérapie cervicale.

#### *Réponse - Web'RCP : synthèse*

- Traitement prioritaire du cancer de plus mauvais pronostic en précisant le TNM et la survie à 5 ans de chaque cancer.
- Nécessité d'un diagnostic histologique thoracique ⇒ Thoracotomie 1<sup>ère</sup> pour diagnostic.
- Préciser l'évolutivité théorique du cancer du plancher buccal avec les chirurgiens stomatologistes.

Mots-clés : cancer, chirurgie, TEP.

## DISCUSSION D'ARTICLE

### Animateur

- Dr. JM Vernejoux (Pneumologie).

Hermes A et al. Irinotecan plus carboplatin versus oral etoposide plus carboplatin in extensive small-cell lung cancer: a randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2008;26:4261-67.

### Objectif

Evaluer l'efficacité de l'association irinotecan – carboplatine (I-CBDCA) par rapport à l'association étoposide oral – carboplatine (Eo-CBDCA) chez des patients ayant un cancer bronchique à petites cellules (CPC) disséminé.

Objectif principal : survie globale

Objectif secondaire : qualité de vie (QdV) et taux de réponse complète (RC).

### Méthode

Phase III multicentrique

Critères d'inclusion : CPC disséminé cyto ou histologiquement confirmé, 18 ans et plus, métastase cérébrale autorisée, tout PS, bilan biologique adéquat.

Critères de non-inclusion : chimiothérapie (CT) antérieure.

Pas de bilan standardisé pour le staging initial. Si suspicion de RC en radiographie thoracique, nécessité d'une TDM encéphale-thorax-abdomen et bronchoscopie de confirmation ; pas de relecture externe. Irradiation prophylactique en cas de RC.

Bras expérimental : I (175 mg/m<sup>2</sup>) IV + CBDCA (AUC = 4 – formule de Chatelut) J1

Bras de référence : Eo (120 mg/j) de J1 à J5 + CBDCA (AUC = 4 – formule de Chatelut) J1

Intercure de 21 jours ; 4 cycles planifiés.

Réduction de doses d'1/3 si PS > 2 ou âge > 70 ans.

Stratification sur le PS (0-1, 2, 3-4), le centre, l'âge (≤ 70 ans vs > 70 ans).

Qualité de vie initiale évaluée (EORTC QLQ-C30 et LC13) à l'inclusion et toutes les 3 semaines pendant la CT, puis toutes les 8 semaines pendant 1 an.

Analyse statistique : effectif de 200 patients calculé pour mettre en évidence une augmentation de survie médiane de 0,75 à 1,1 an ; l'analyse intermédiaire prévue n'a pas été réalisée.

### Résultats

220 patients inclus entre décembre 2001 et juillet 2005 dont 209 éligibles pour l'analyse (I-CBDCA : n = 105 ; Eo-CBDCA : n = 104) : âge > 70ans : 35 % ; PS ≥ 2 : 47 %.

Survie globale inférieure dans le groupe Eo-CBDCA (HR = 1,4 ; IC 95 % = 1,06-1,87 ; p = 0,02)

Survie médiane (I-CBDCA vs Eo-CBDCA) : 8,5 vs 7,1 mois.

Survie à 1 an (I-CBDCA vs Eo-CBDCA) : 34 vs 24 %.

RC (I-CBDCA vs Eo-CBDCA) : 17 vs 7 % (p = 0,02).

Toxicité : identique pour les toxicités hématologiques de grade 3-4 ; plus importante pour la diarrhée de grade 3-4 dans le bras I-CBDCA.

Différences de scores de QdV minimales en faveur du bras I-CBDCA.

### Conclusion

I-CBDCA prolonge la survie des patients avec un CPC disséminé avec des scores légèrement meilleurs de QdV.

**Mots-Clefs** : bronchique, cancer, carboplatine, cellules, chimiothérapie, CPC, etoposide, irinotecan, métastase, petites, qualité, survie, vie.

### NDLR (Groupe Web'RCP)

- Déséquilibre de la population des plus de 70 ans beaucoup plus nombreux dans le bras Eo-CBDCA.
- Pas de bilan initial standardisé mais compatible avec les objectifs de l'étude (survie et réponse complète histologique et TDM).
- Bras de référence inhabituel (bras de référence recommandé : EP) avec posologie insuffisante CBDCA : patients sous-traités ?
- Pas d'information sur l'utilisation des facteurs de croissance.
- Pas d'information sur la toxicité digestive chez le sujet de plus de 70 ans.