



COMPTES-RENDUS DE WEB'RCP

1. Web'RCP du 22.05.08

- 1^{ère} partie
- 2^{ème} partie

2. Web'RCP du 19.06.08 – Suivi de la Web'RCP du 22.05.08

1^{ère} partie du cas clinique

Coordinateur / Animateur

Dr. JM Vernejoux (Pneumologie, Bordeaux)

Liste des participants

Pr. A. Bakhatar (Pneumologie, Casablanca)
 Dr. S. Boubia (Chirurgie thoracique, Casablanca)

Dr. A. Hebbazi (Pneumologie, Casablanca)

Pr. A. Taytard (Pneumologie, Bordeaux)

Dr. JL Touboul (Pneumologie, Chalon sur Saône)

Identification patient

BAS. J., 61 ans, sexe masculin.

Motif de la réunion

Avis thérapeutique.

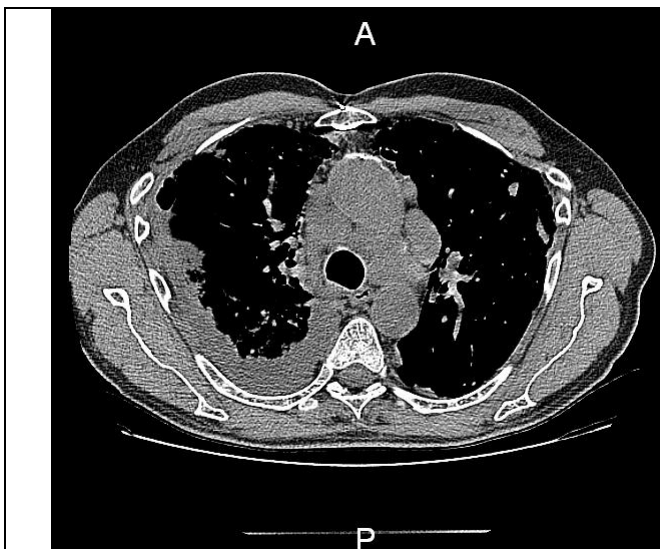
Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 1/4.
- Poids : 70 kg (-5 kg en 2 mois) ; taille : 1,82 m.
- Circonstances de découverte : manifestation clinique.

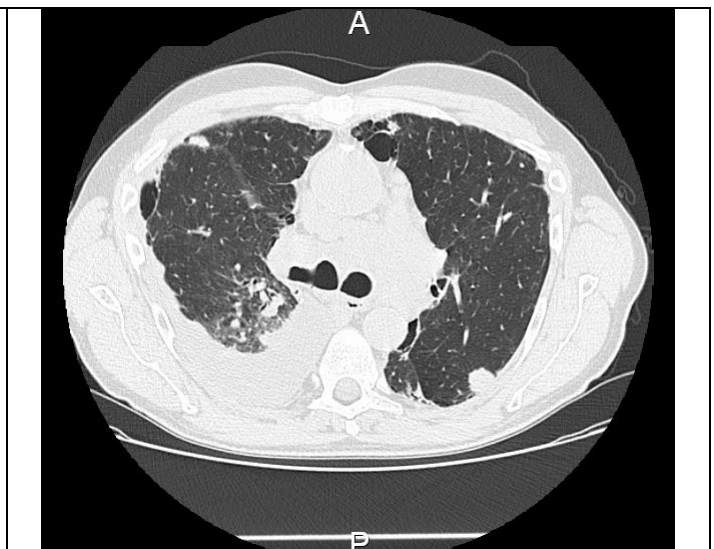
- Statut thérapeutique : non traité antérieurement.
- Traitement déjà réalisé : aucun.
- Rechute : non.
- Tabac : actif ; 10 paquets année (PA).

Tumeur

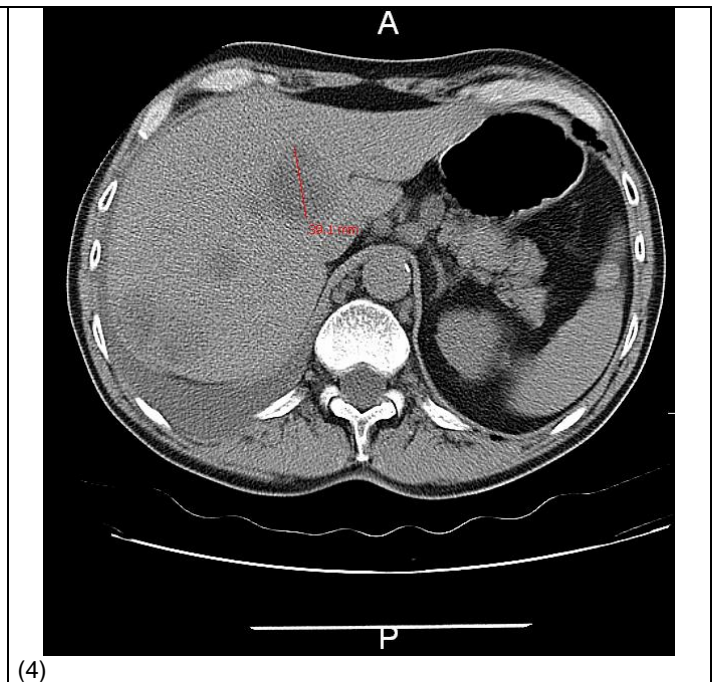
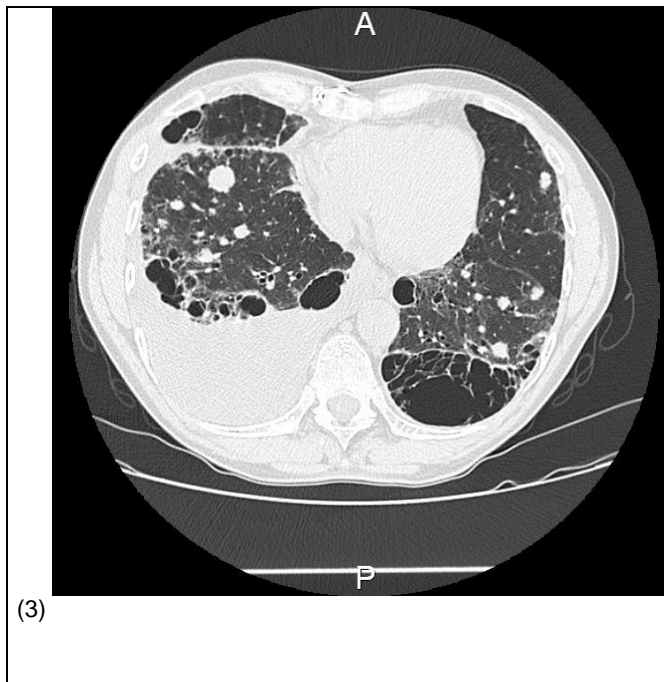
- Siège de la tumeur : poumon



(1)



(2)



- Fibroscopie bronchique : infiltration de l'arbre bronchique droit + carène.
- Anatomopathologie : adénocarcinome TTF1+.
- TDM : adénomégalies médiastinales bilatérales ; multiples nodules pulmonaires ; multiples nodules hépatiques ; pleurésie droite ; RAS par ailleurs.
- Biologie : Phosphatases alcalines : 2xN ; GammaGT : 20xN ; ASAT-ALAT : 1,5xN.
- cTNM : cT4(carène)N3M1 (poumon ; foie).

Question posée : proposition thérapeutique ?

Réponse - RCP Originelle

- Chimiothérapie : carboplatine paclitaxel : 2 cures puis réévaluation.

Réponse - Web'RCP : synthèse

➤ Casablanca :

Soins palliatifs ; mono-chimiothérapie possible : coût à la charge du patient.

➤ Chalon-sur-Saône :

Chimiothérapie : association avec du cisplatine ; paclitaxel rarement utilisé du fait de la toxicité neurologique périphérique.

Réponse – Web'RCP : discussion de la synthèse (Marseille, 19.06.08)

- Chimiothérapie : association avec du cisplatine ; place du bevacizumab non standardisée (critères de proximité par rapport aux gros vaisseaux en cours d'évaluation) ?

2^{ème} partie du cas clinique

Identification patient

BAS. J., 61 ans, sexe masculin.

Clinique générale

- OMS (score d'autonomie) : 1/4.
- Poids : 70 kg (-5 kg en 2 mois) ; taille : 1,82 m.
- Circonstances de découverte : manifestation clinique.
- Anatomopathologie : adénocarcinome TTF1+ de l'arbre bronchique droit + carène.

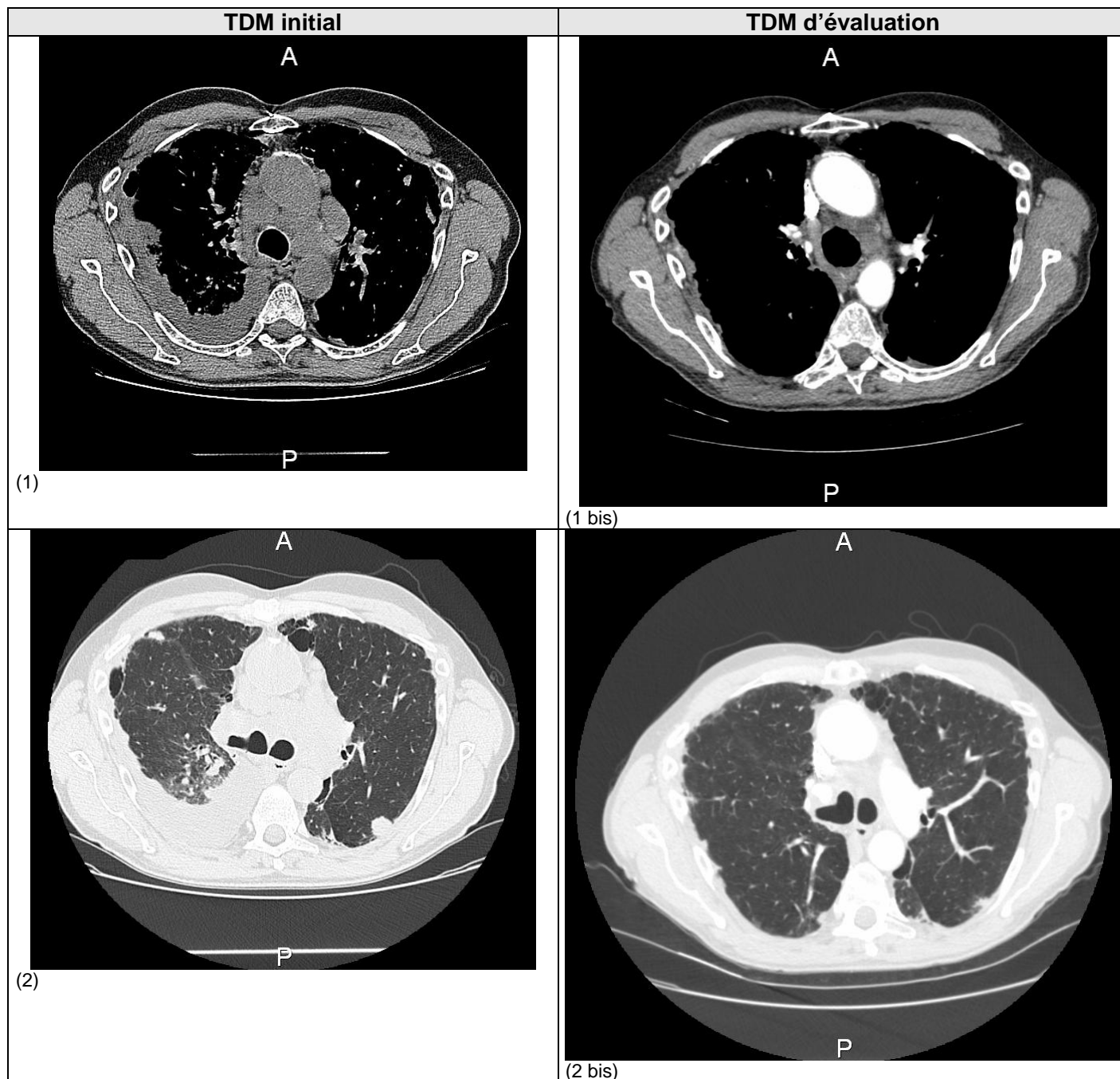
Tumeur

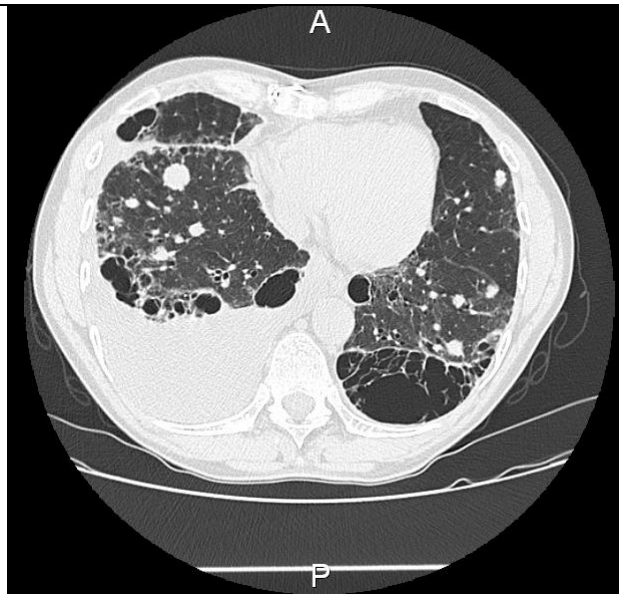
- Siège de la tumeur : poumon

Motif de la réunion

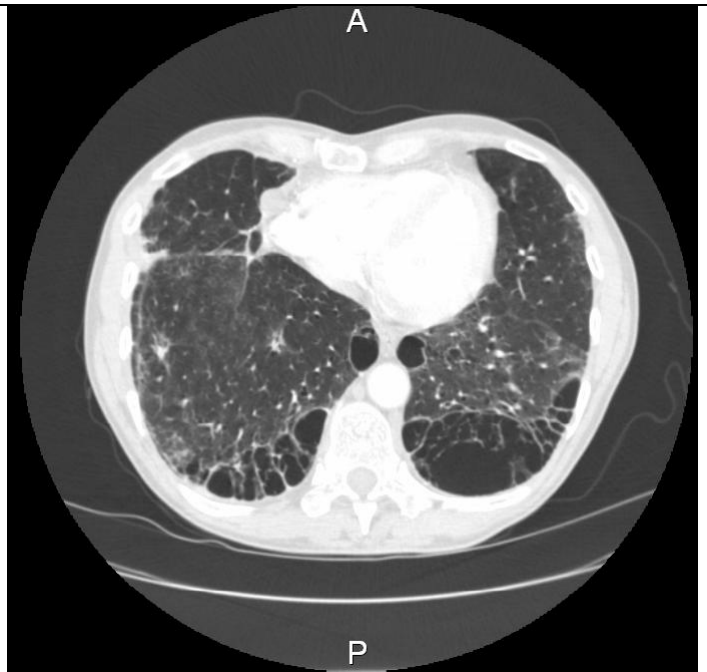
Avis thérapeutique.

- cTNM : cT4(carène)N3M1 (poumon ; foie).
- Statut thérapeutique : déjà traité.
- Traitement déjà réalisé : 2 cures de chimiothérapie.
- Rechute : non.
- Tabac : actif ; 10 paquets année (PA).

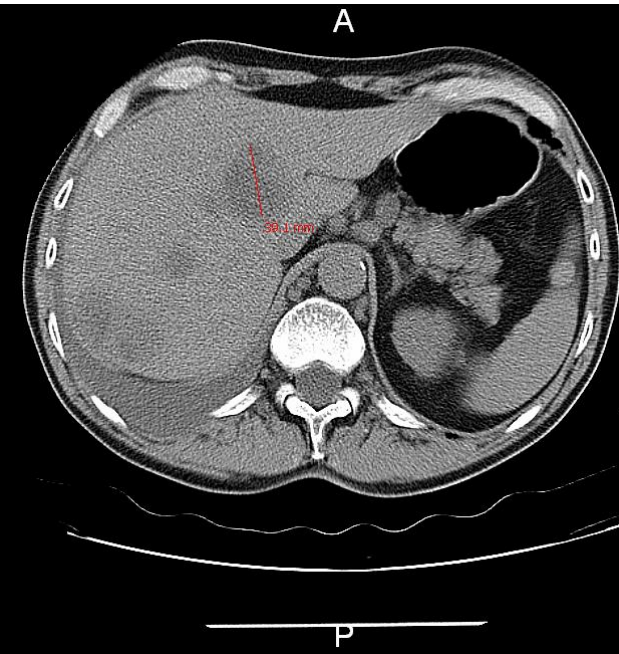




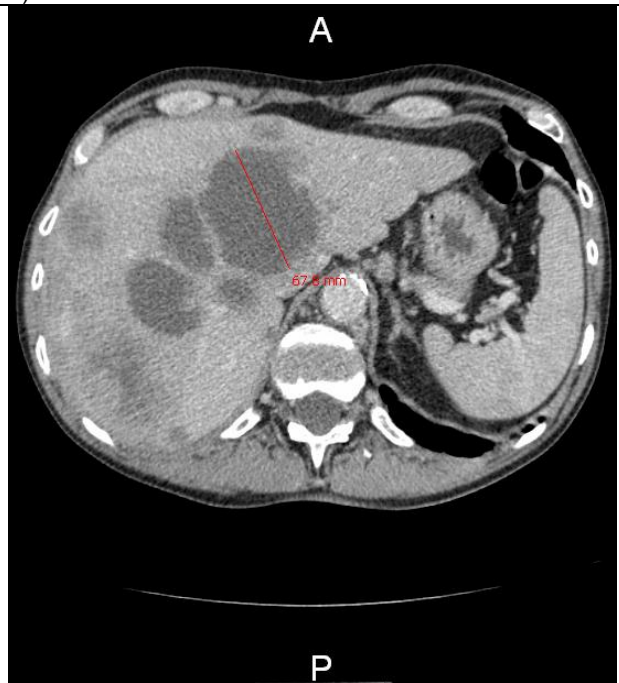
(3)



(3 bis)



(4)



(4 bis)

Question posée : évaluation et stratégie thérapeutique ?

Réponse - RCP Originelle

- Evaluation : réponse partielle thoracique ; lésion hépatique nécrotique → dissociation de la réponse.
- Proposition : TEP et/ou ponction biopsie hépatique.

Réponse - Web'RCP : synthèse

➤ Casablanca :

Ponction hépatique.

➤ Chalon-sur-Saône :

- TEP

- Intérêt limité de l'exploration invasive des images hépatiques compte tenu de la réponse thoracique et du faible impact sur la stratégie thérapeutique.

Réponse – Web'RCP : discussion de la synthèse (Marseille, 19.06.08)

- TEP sans intérêt car pas de critères permettant de différencier une tumeur non pulmonaire.
- Intérêt de la ponction en cas de réponse dissociée : profil immuno-histo-chimique et comparaison avec celui de la tumeur primitive en cours d'analyse.

Eléments de discussion

- Cotation de la réponse en cas de réponse dissociée :
 - sur le plan théorique : progression
 - en pratique : meilleure réponse
- Utilisation du Bevacizumab :
 - en 1^{ère} ligne en l'absence de contre-indication (Chalon-sur-Saône)
 - rare mais paraissant plus intéressant en cas de métastases hépatiques (Bordeaux)
 - non accessible (Casablanca)

A consulter

- Sandler A, Gray R, Perry MC, Brahmer J, Schiller JH, Dowlati A, Lilenbaum R, Johnson DH. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2006;355:2542-50
http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Sandler2006_1

.....

Coordinateur / Animateur

Dr. JM. Vernejoux (CHU Bordeaux)

Participants

Pr. P. Astoul (CHU Marseille)

Pr. A. Bakhatar (CHU Casablanca)

Dr. F. Barlési (CHU Marseille)

Pr. S. Boubia (CHU Casablanca)

Éléments nouveaux

- Anatomopathologie : ponction biopsie hépatique : adénocarcinome TTF1+.

Question posée : stratégie thérapeutique ?

Réponse - Web'RCP

➤ Surveillance car mauvais résultats de la chimiothérapie de 2^{ème} ligne sur les métastases hépatiques ; à discuter avec le patient selon les symptômes.

Réponse - RCP

➤ Casablanca :

Surveillance ou mono-chimiothérapie selon les souhaits et possibilités du malade.

➤ Marseille :

Chimiothérapie de 2^{ème} ligne par pemetrexed.

Éléments de discussion

- Intérêt de la chimiothérapie de 2^{ème} ligne ? OUI, MAIS...

1. Shepherd FA et al. Prospective randomized trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. *J Clin Oncol* 2000;18:2095-2103.

NDLR (Service des Maladies Respiratoires ; CHU Bordeaux)

Les critères d'inclusion ne précisent pas si les deux tiers des patients inclus avec une réponse objective ou une stabilité après une ligne avec du platine ont un signe de progression de la maladie au moment de l'entrée dans l'étude.

La survie globale prenant en compte le début du traitement de première ligne n'est pas connue. Compte tenu de la prémédication par corticothérapie nécessaire dans le bras Docétaxel, il aurait été intéressant d'analyser l'utilisation de la corticothérapie dans le bras traitement palliatif.

Lire l'article commenté :

http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Shepherd2000_1

2. Hanna N, Shepherd FA, Fossella FV, Pereira JR, De Marinis P et al. Randomized phase III trial of Pemetrexed versus Docetaxel in patients with non small cell lung cancer previously treated with chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004;22:1589-97.

NDLR (Service des Maladies Respiratoires ; CHU Bordeaux)

Ce type d'essai dont les résultats sont très faibles, bien que statistiquement significatifs, devrait être accompagné d'un bras palliatif de qualité.

On est très surpris du nombre très élevé de neutropénies grade 3/4 observé dans cette étude (53%) lorsque avec le même protocole la même équipe n'en observait que 2% dans Shepherd* (2000). Les co-traitements sont différents dans les 2 bras ; ils sont justifiés par les travaux antérieurs sur chacun

des médicaments mais on ne peut pas exclure que les faibles différences observées entre les 2 bras ne leurs soit pas dues.

45% des patients ont, semble t-il, déjà été irradiés sur la lésion primitive ; comment, ou sur quelle cible, a été mesurée la réponse au nouveau traitement ?

Il aurait été intéressant de connaître la survie totale de ces malades depuis le diagnostic initial pour savoir si ces 2, 3 voire 4 lignes de traitement leurs sont utiles.

Il est intéressant de noter que plus le malade a survécu longtemps depuis la dernière chimiothérapie, plus sa survie est longue après cet essai ; cette observation a déjà été faite dans d'autres types de traitement des cancers bronchiques et conduit à penser que le pronostic en survie est surtout lié à l'évolutivité du cancer.

* http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Shepherd2000_1

Lire l'article commenté :

http://www.respir.com/doc/abonne/bibliographie/default.asp?Abstract=Hanna2004_1

Mots clés : CNPC, chimiothérapie, biothérapie, BSC, métastases.