

QUOI DE NEUF A L'ASCO 2011?

FX CAROLI-BOSC

CHU ANGERS

ASCO Annual Meeting
General Posters
Exhibits
Food Court 2
←

ASCO Annual Meeting
General Posters
Exhibits
Food Court 2
←

WELCOME TO THE
ASCO 2011
ANNUAL MEETING
PATIENTS
PROGRESS
ASCO

ASCO Annual Meeting
Registration
Concierge Services
Session Hall B1
→

ASCO Annual Meeting
Registration
Concierge Services
Session Hall B1
→

? Information
2ND FLOOR MEETING

Registration

↓ ↑
McDonald's Green's RETAIL SHOPS →





TUMEURS STROMALES

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO EN SITUATION ADJUVANTE

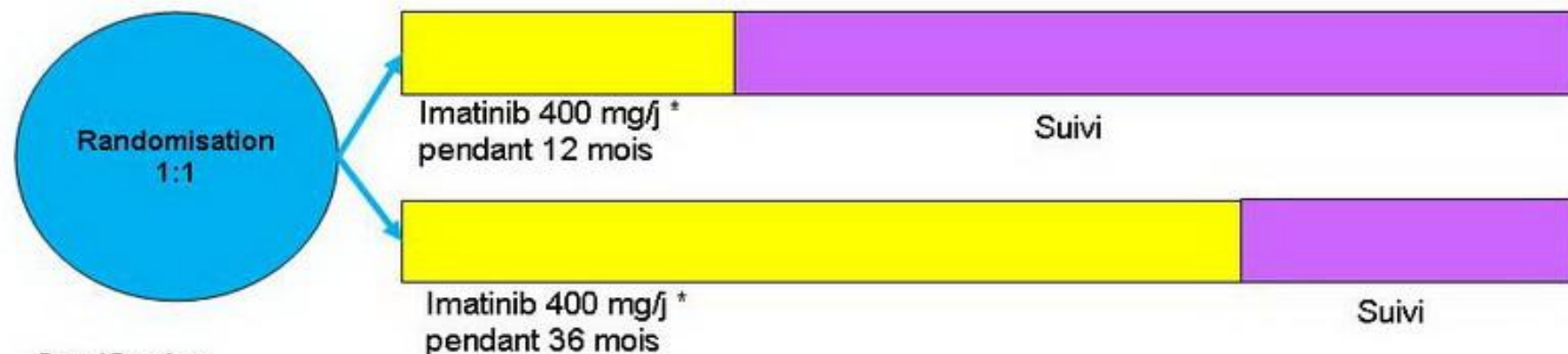
- **GIST résécables non métastatique**
- **R0**
- **Immunohistochimie + pour Kit**
- **Risque de récidence élevé ou intermédiaire**

IMATINIB 400 mg pendant 1 an

PLUS LE TRAITEMENT DURE LONGTEMPS...
MEILLEURS SONT LES RESULTATS

Schéma de l'étude

- Etude phase III menée en ouvert



Stratification

1. Résection R0, pas de rupture tumorale
2. Résection R1 ou rupture tumorale

Critère principal : Survie sans récurrence

Critères secondaires : tolérance, survie globale

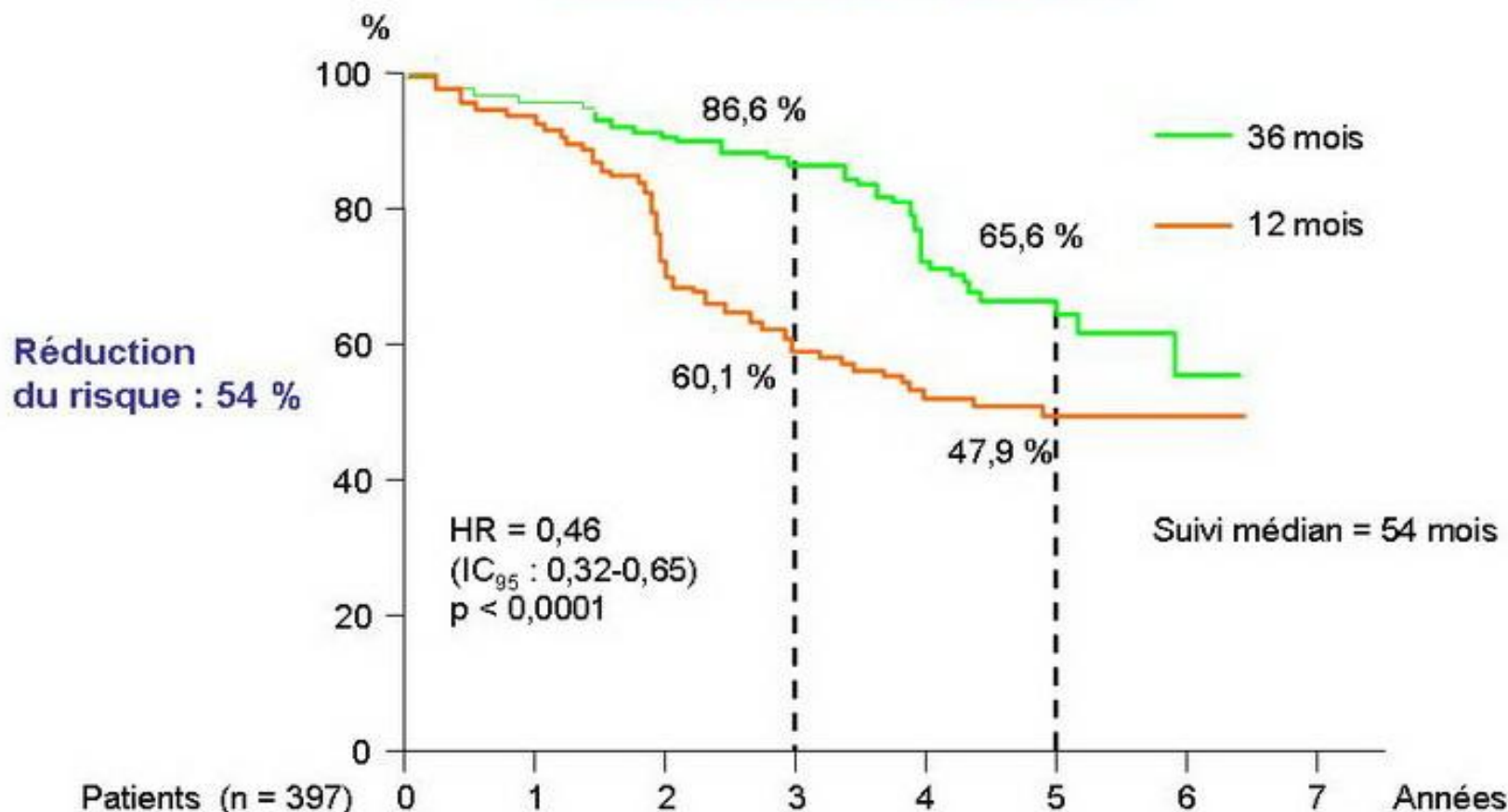
* Dose réduite à 300 mg/j en cas de toxicité non hématologique de grade 3/4 ou grade 2 + récurrence de toxicité hématologique de grade 3/4

GIST OPERABLES AVEC HAUT RISQUE DE RECIDIVE ESSAI SSGXVIII/AIO

	IMATINIB 400 mg 12 mois	IMATINIB 400 mg 36 mois	p
SSR à 5 ans %	47.9	65.6	<0.001
SG à 5 ans %	81.7	92	0.019

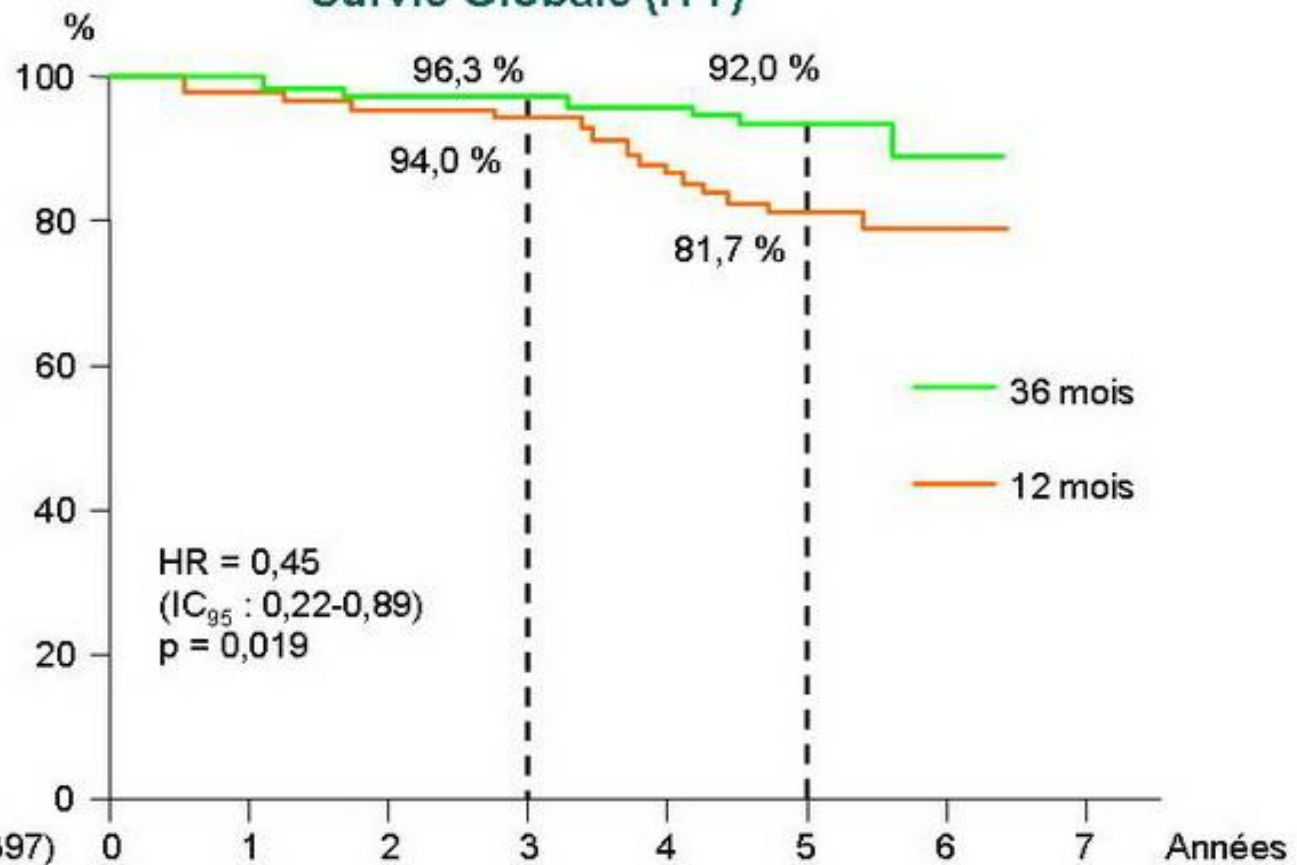
Etude SSGXVIII/AIO : une étude de phase III comparant 36 vs 12 mois d'imatinib dans les GIST à risque élevé de récurrence [3]

Critère principal : SSR (ITT)



Survie Globale (ITT)

Réduction
du risque : 55 %



Patients (n = 397)	0	1	2	3	4	5	6	7
36 mois d'imatinib	198	192	184	152	100	56	13	0
12 mois d'imatinib	199	188	176	140	87	46	20	0

**L'HTA EST UN FACTEUR PRONOSTIQUE INDEPENDANT
CHEZ LES PATIENTS TRAITES PAR SUNITINIB
REFRACTAIRES A L'IMATINIB**

**SSP à 1 AN
65% SI HTA vs 22% SANS HTA**



CANCER DU COLON

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

ADJUVANT

- Stades II de haut risque ? Statut MSI ?
- Stade III: FOLFOX 6 mois

METASTATIQUE

- Résécable: CT péri-opératoire FOLFOX
- Limite de résécabilité: CT + Thérapie ciblée
- Carcinose localisée: résection + CHIP
- Palliatif: stratégie d'escalade thérapeutique ?

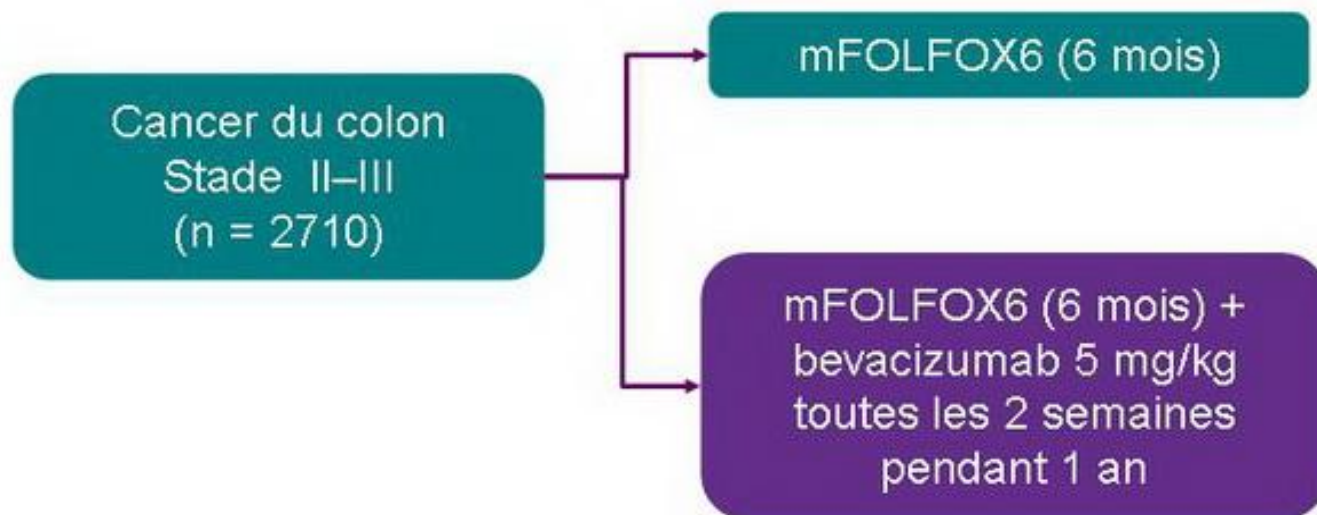
SUJET AGE

- Statut MSI ?
- Monothérapie après 70 ans ?

STADES III TRAITEMENT ADJUVANT

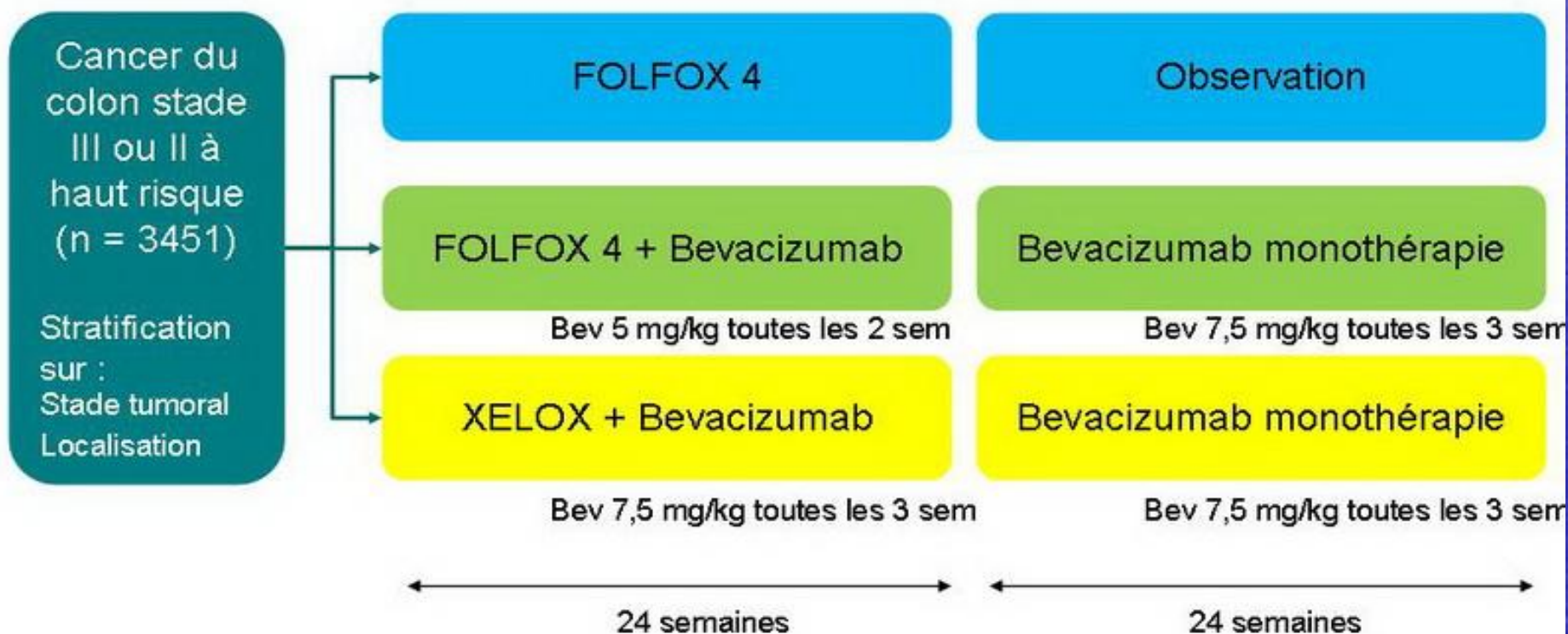
PLUS LONG.... OU PLUS COURT ?

Schéma de l'étude NSABP C-08



	B + m FOLFOX6 m FOLFOX6 HR	p
SSM	0.93 [0.81-1.08]	0.34
SSM AVANT 15 MOIS	0.61 [0.48-0.78]	<0.0001
SSM APRES 15 MOIS	1.20 [1.00-1.44]	0.052
SG	0.96 [0.79-1.15]	0.64
TEMPS A RECIDIVE	0.92 [0.78-1.09]	0.34
SURVIE APRES RECIDIVE	1.16 [0.94-1.43]	0.34

Schéma de l'étude AVANT



**COMME DANS L'ESSAI NSABP
L'EFFET DU BEVACIZUMAB
N'EST SIGNIFICATIF QUE PENDANT
LE TEMPS DE SON ADMINISTRATION**

	B + FOLFOX 4	B + XELOX
SSM à 3 ans	73% HR=1.17[0.98-1.39]	75% HR=1.07[0.90-1.28]
SG	HR=1.31[0.98-1.39]	HR=1.27[0.90-1.62]

**LA TENDANCE A UNE SURVIE MOINS
LONGUE APRES RECIDIVE N'EST PAS
SIGNIFICATIVE**



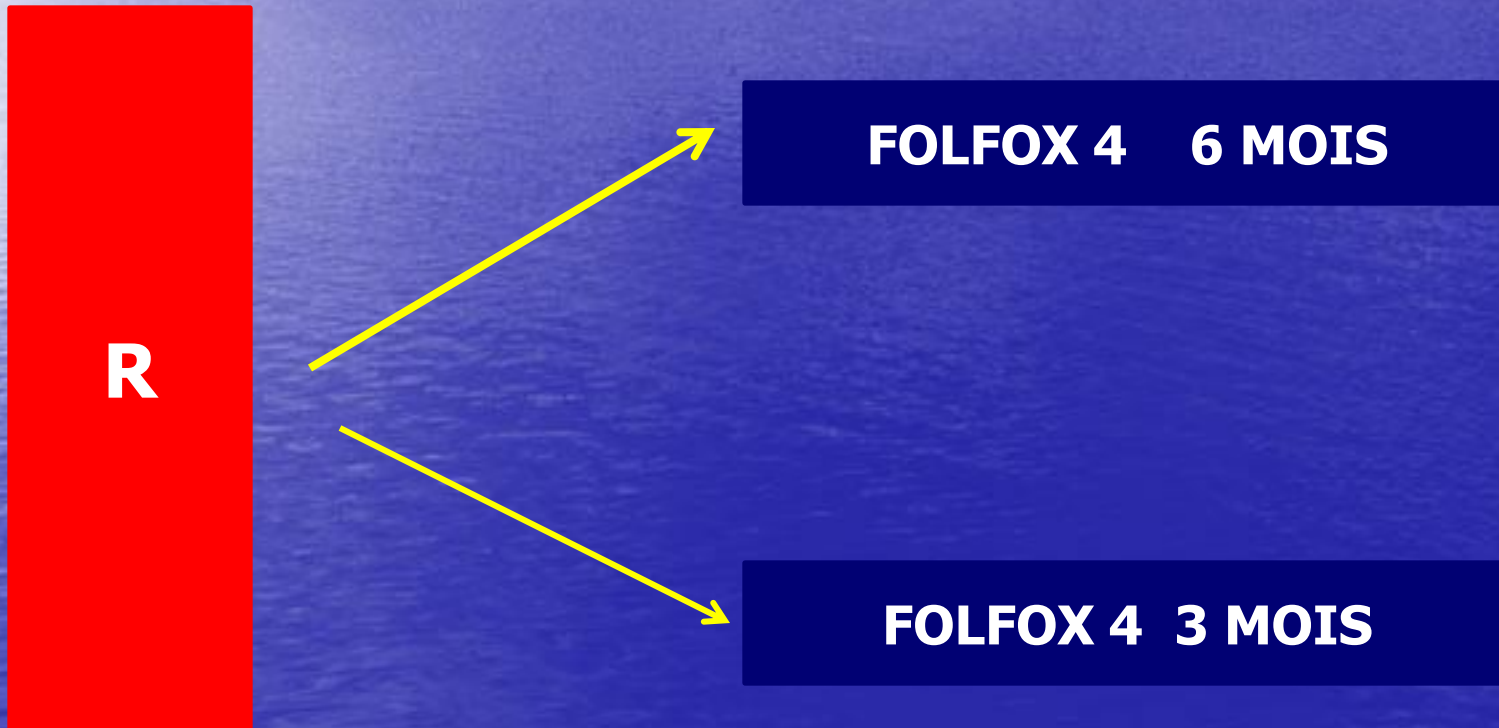
**LES ANALYSES DE SOUS-GROUPES
CONFIRMENT CELLES REALISEES SUR
LA TOTALITE DES EFFECTIFS**

**QUEL EST L'IMPACT DU PHENOMENE DE
DORMANCE TUMORALE ?**

**EXISTE T-IL UNE DUREE AU-DELA DE
LAQUELLE LES CELLULES SOUCHES
TUMORALES PERDRAIENT LEUR
POTENTIEL METASTATIQUE ?**

ET SI C'ÉTAIT PLUS COURT ?

ESSAI IDEA



DU NOUVEAU DANS LES STADES II ?

SI L'ON FAISAIT DU FOLFOX ADJUVANT

ANALYSE RETROSPECTIVE DES ESSAIS NSABP

	Patients (n)	SSM à 5 ans (%)	D (%)	SG à 5 ans (%)	D (%)
Stade II à haut risque					
- FU/AF	1100	76,3	+ 4,4	86,7	+ 3,5
- FU/AF/Oxaliplatine	442	80,7		90,2	
Stade II à bas risque					
- FU/AF	909	80,6	+ 3,0	89,2	+ 2,5
- FU/AF/Oxaliplatine	549	83,6		91,7	

**IL FAUT TRAITER 33 PATIENTS
POUR EVITER 1 DECES**

DU NEO-ADJUVANT POUR LE COLON ?

ETUDE FOxTROT

PHASE II R

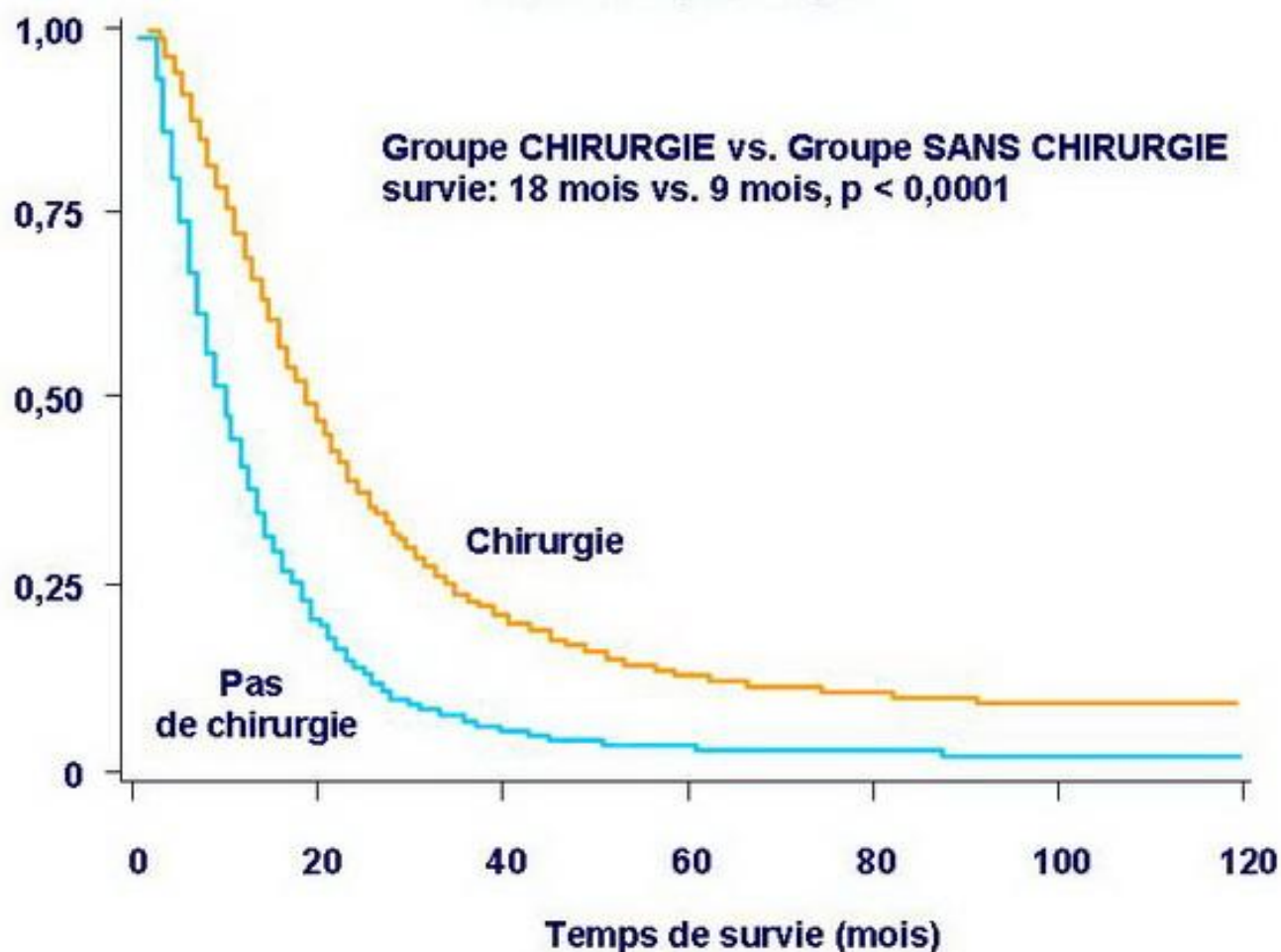
T3/T4 EVALUATION = TDM	FOLFOX x 3 CHIRURGIE FOLFOX x 9	CHIRURGIE FOLFOX X 12
REDUCTION TUMORALE	9%	0%
SEREUSE +	34%	49%
STATUT N+	40%	51%

EN FRANCE ESSAI ECKINOXE



EN SITUATION METASTATIQUE

Survie spécifique



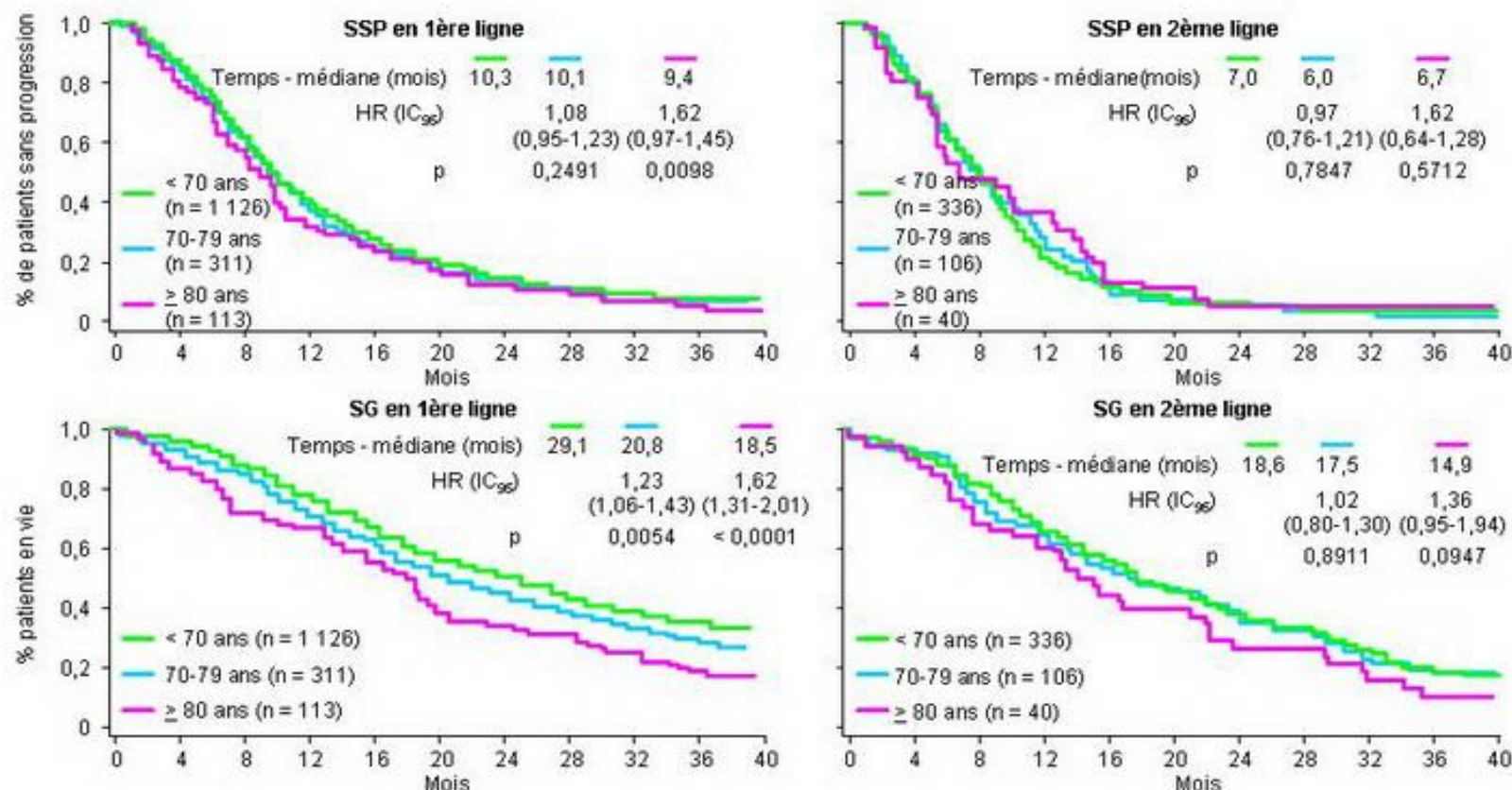
**UN BEMOL
PAS D'INFORMATION SUR:**

- LE CARACTERE SYMPTOMATIQUE OU NON DU PRIMITIF**
- LE DEGRE D'ENVAHISSEMENT HEPATIQUE**
- LE NOMBRE DE SITES METASTATIQUES**

**ON ATTENDRA LES RESULTATS DE L'ETUDE PROSPECTIVE
FFCD-FRENCH...**

**LE BEVACIZUMAB EST EFFICACE CHEZ LE SUJET AGE
EN PREMIERE COMME EN DEUXIEME LIGNE**

Résultats (2)



Le rapport bénéfice/risque favorable du bévacicumab est observé quel que soit l'âge et le nombre de lignes de traitement

EN BREF

- **Pronostic défavorable si mutation KRAS G13D**
- **Le blocage de la voie IGF-1R n'est pas efficace**
- **Résultats finaux Etude PRIME:**
 - **SSP 10 mois significativement supérieure**
 - **Résection hépatique secondaire (28% vs 18%)**
 - **Effet positif d'une toxicité cutanée grade 2-4**
 - **Pas d'effet sur SG**
- **Bevacizumab en adjuvant post résection hépatique ?**
- **La CHIP peut guérir un patient sur 6...**



CANCER DU RECTUM

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

CANCERS OPERABLES

- T1/T2N0M0 **Chirurgie**
- T1N0/T1 à T3 N+
 - Haut rectum: **Chirurgie**
 - Moyen/bas rectum: **RTCT préopératoire (5FU)**
- T4M0 RTCT (5FU) préopératoire puis chirurgie...

METASTASES HEPATIQUES SYNCHRONES

RTCT (FOLFOX)

CT ADJUVANTE si ypTN+

RTCT CAPECITABINE OU 5 FU ?

	5FU	CAPE	p
n	195	197	
Récidive locale %	7	6	NS
Métastases %	27.7	18.8	0.037
SSR à 3 ans %	66.6	75.2 (HFS : 83.2)	0.034
SG à 5 ans %	66.6	75.7 (HFS: 91.4)	0.0004



**UN DETAIL A REGLER: QUEL SCHEMA
OPTIMUM POUR LA CAPECITABINE ?**

**L'OXALIPLATINE N'EST TOUJOURS PAS LA
PANACEE**

APPORT DE L'OXALIPLATINE DANS LE TRAITEMENT PRE- OPERATOIRE ?

ESSAI NSABP R-04

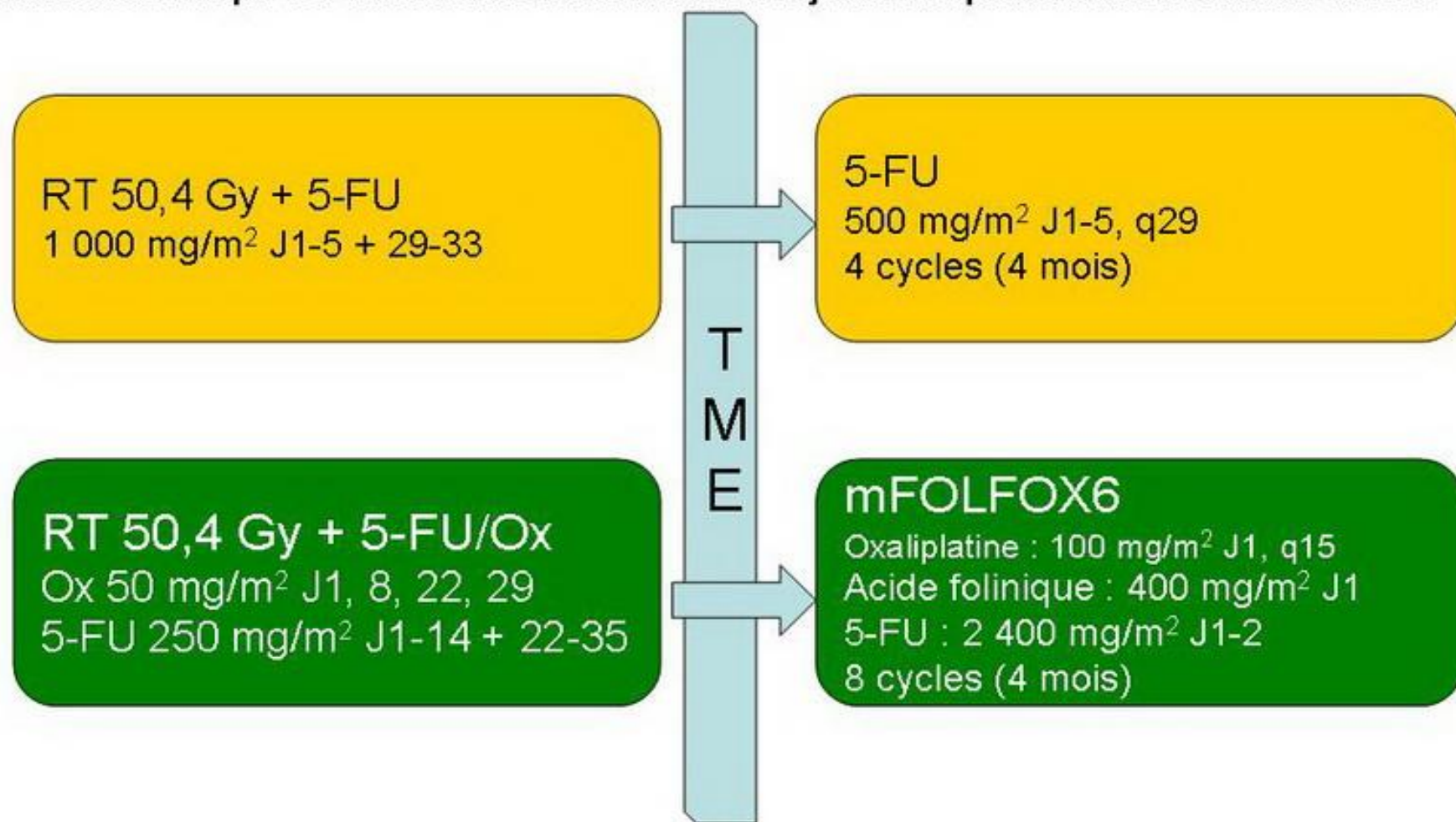
	FU ± OX	CAP ± OX	p
pRC	19%	22%	NS
Conservation sphinctérienne	61%	63%	NS
Réduction tumorale	21%	23%	NS
Diarrhée G ^{3/4} Récidive	11%	11%	NS

APPORT DE L'OXALIPLATINE DANS LE TRAITEMENT PRE- OPERATOIRE ?

ESSAI NSABP R-04

	Sans OX	Avec OX	p
pRC	19%	21%	NS
Conservation sphinctérienne	60%	64%	NS
Réduction tumorale	19%	23%	NS
Diarrhée G ^{3/4}	6.6%	15.4%	<0.0001

Radiochimiothérapie des cancers du rectum : intérêt de l'ajout d'oxaliplatine à une RCT à base de 5-FU



CANCER DU RECTUM LOCALEMENT EVOLUE

ESSAI CAO/ARO/AIO94

	PREOP RTCT POSTOP CT	5FU 5FU	PREOP RTCT POSTOP CT	FUFOX FOLFOX6	p
n	637		628		
Pleine dose Toxicité G ³ / ₄	97 % 22 %		74 % 23 %		NS
R0 AAP	95 % 12 %		95 % 12 %		NS NS
pRC	13 %		18 %		0.033
SSR	?		?		

Essai 1 ^{er} auteur Référence	STAR-01 Ascheele ASCO 2008	ACCORD12 Gérard JCO 2010	CAO/ARO/AIO- 04 Roedel ASCO 2011	NASBP R04 Roh ASCO 2011
Patients	747	588	1266	1608
Objectif principal	Survie globale	pRC	Survie sans maladie	Rechute locale
Radiothérapie	50,4 Gy	45 Gy (50 Gy dans le bras oxaliplatine)	50,4 Gy	45 Gy + boost
Chimiothérapie	FU 225mg/m ² /j vs FU 225mg/m ² /j + oxaliplatine 60 mg/m ² /sem	Capecitabine 1600mg/m ² /j, 5j/7 vs Capecitabine 1600mg/m ² /j, 5j/7 + oxaliplatine 50mg/m ² /sem	FU 1000mg/m ² /j, J1-J5 et J29-J33 vs FU 250mg/m ² /j, J1-J14 et J22- J35 + oxaliplatine 50 mg/m ² , J1, J8, J22, J29	FU 225mg/m ² /j, 5j/7 ou capecitabine 1650mg/m ² , 5j/7 vs FU 225mg/m ² /j, 5j/7 ou Capecitabine 1650mg/m ² , 5j/7, + oxaliplatine 50mg/m ² /sem
Chimiothérapie adjuvante	FU-Leucovorine	Au choix du centre	mFOLFOX6	?
Résultats principaux	pRC non améliorée Oxaliplatine plus toxique	pRC non améliorée Oxaliplatine plus toxique	pRC améliorée Oxaliplatine pas plus toxique	pRC non améliorée Plus de diarrhée avec oxaliplatine

ANALYSE POOLEE DES ESSAIS FFCD 9203 ET EORTC 22921

**LE CONTRÔLE LOCAL NE PEUT PRETENDRE AU RÔLE DE
« SURROGATE » MARQUEUR POUR APPREHENDER PRECOCEMENT
LES DONNEES DE SURVIE**

SEULE LA SSP EST PREDICTIVE DE SURVIE GLOBALE

**L'ETUDE EXPERT C MONTRE QUE
L'ADJONCTION DE CETUXIMAB AU SCHEMA
CLASSIQUE DE RTCT AUGMENTE LES TAUX
DE REPONSE CHEZ LES SUJETS KRAS
SAUVAGE**



CANCER DU CANAL ANAL

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

- **T1N0:** RT exclusive
- **T2N0 < 3cm:** RT exclusive
- **TN1/N3:** RTCT exclusive avec 5 FU et Mitomycine C
- **T4:** RTCT suivie AAP à 6 semaines

LA MITOMYCINE C ENCORE ET TOUJOURS !

	RT/MITO C + 5FU	RT / CCDP + 5FU	p
n	325	324	
SSM %	67.7	57.6	0.0044
SG à 5 ans %	78.2	70.5	0.021
SURVIE SANS COLOSTOMIE	71.8	64.9	0.053
RECIDIVE LR	20	26.5	0.089
RECIDIVE METASTATIQUE	11.9	17.3	0.075



CANCER DE L'ESTOMAC

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

CANCERS OPERABLES

- Chimiothérapie péri-opératoire de type ECF
- CHIRURGIE = curage D1
- Mac Donald adjuvant si
 - CT non faite
 - Curage D0 Stade > I
 - Envahissement GG N2/N3 quel que soit le curage

CANCERS METASTATIQUES

- ECF
- DCF

CT ADJUVANTE ?

**LA CHIMIOThERAPIE PERI-OPERATOIRE EST INEFFICACE
DANS LES CANCERS GASTRIQUES A CELLULES
INDEPENDANTES**

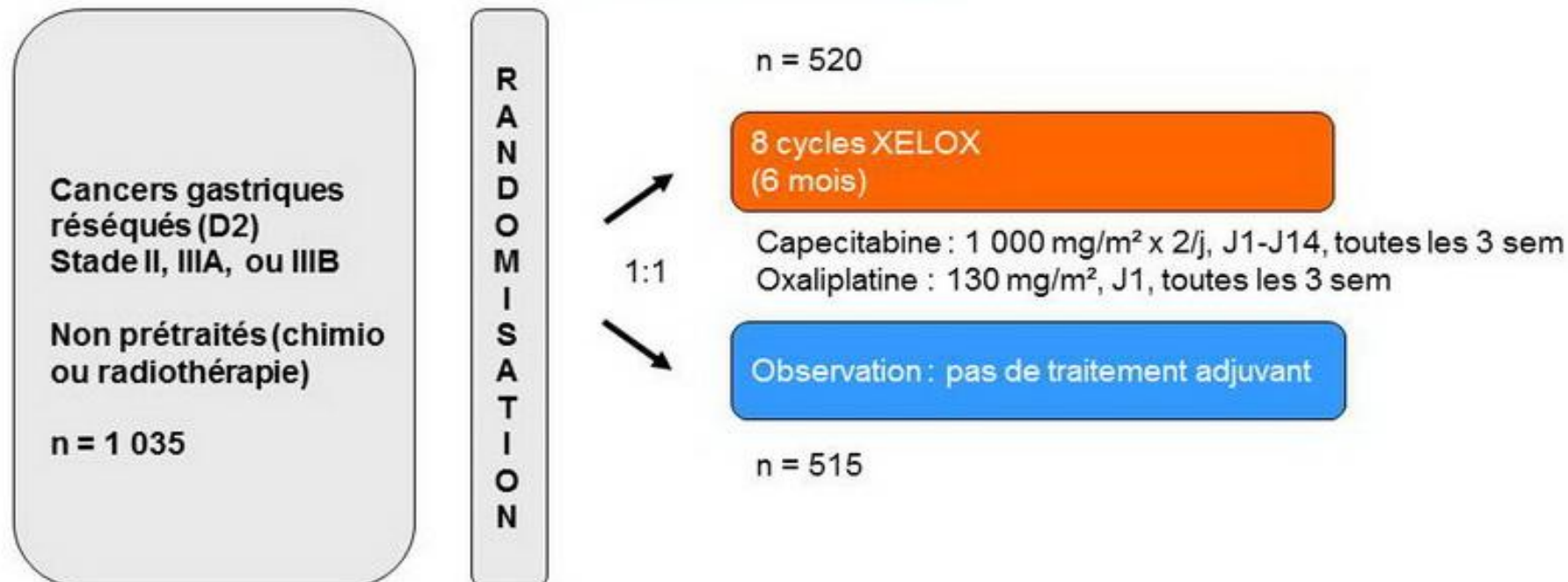
ETUDE MULTICENTRIQUE COMPARATIVE NON RANDOMISEE

	CHIRURGIE n= 702	CT NEO-ADJUVANTE n= 162	p
R0 %	65.9	62.3	0.308
METASTASES PER-OPERATOIRE %	8.1	4.8	0.130
CT ADJUVANTE %	31	62	< 0.001
SURVIE GLOBALE	12.7	8.6	< 0.001
SURVIE A 3 ANS %	13.1	3.6	-



ADJUVANT

Schéma de l'étude



- Critère principal : survie sans événement à 3 ans
- Critères secondaires : survie globale et profil de tolérance



Critères d'inclusion

- Patients âgés d'au moins 18 ans
- Index de performance de Karnofsky ≥ 70 %
- Cancer gastrique confirmé histologiquement (AJCC/UICC)
 - II (T2N1, T1N2, T3N0)
 - IIIA (T3N1, T2N2, T4N0)
 - IIIB (T3N2)

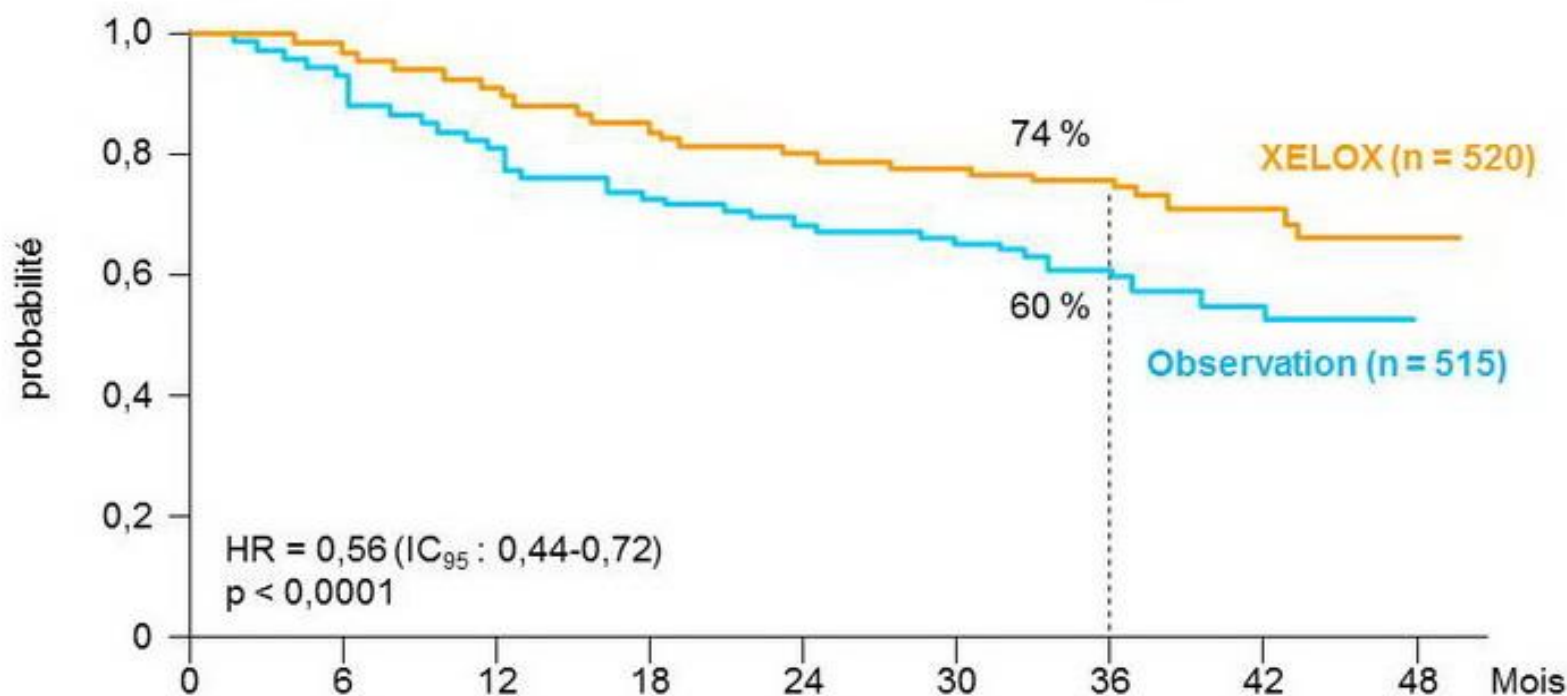
Analyse statistique

- Modèle de régression de Cox stratifié par pays et selon le stade de la maladie
 - Hypothèse d'une augmentation sous traitement adjuvant par XELOX de la DFS de 56,2 à 65 % (HR 0,75)
 - Puissance statistique de 80 % - 5 % de niveau de significativité
 - 512 patients requis par bras pour observer 385 événements DFS
- Analyse intermédiaire prévue au protocole après 257 événements (66,7 %) et demandée par le Comité indépendant d'experts au vu du bénéfice clinique observé**

CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE APRES CURAGE D2 ESSAI CLASSIC

	OBSERVATION	XELOX	p
n	515	520	
SSR à 3 ans %	60	74	<0.0001
SG	ND	ND	

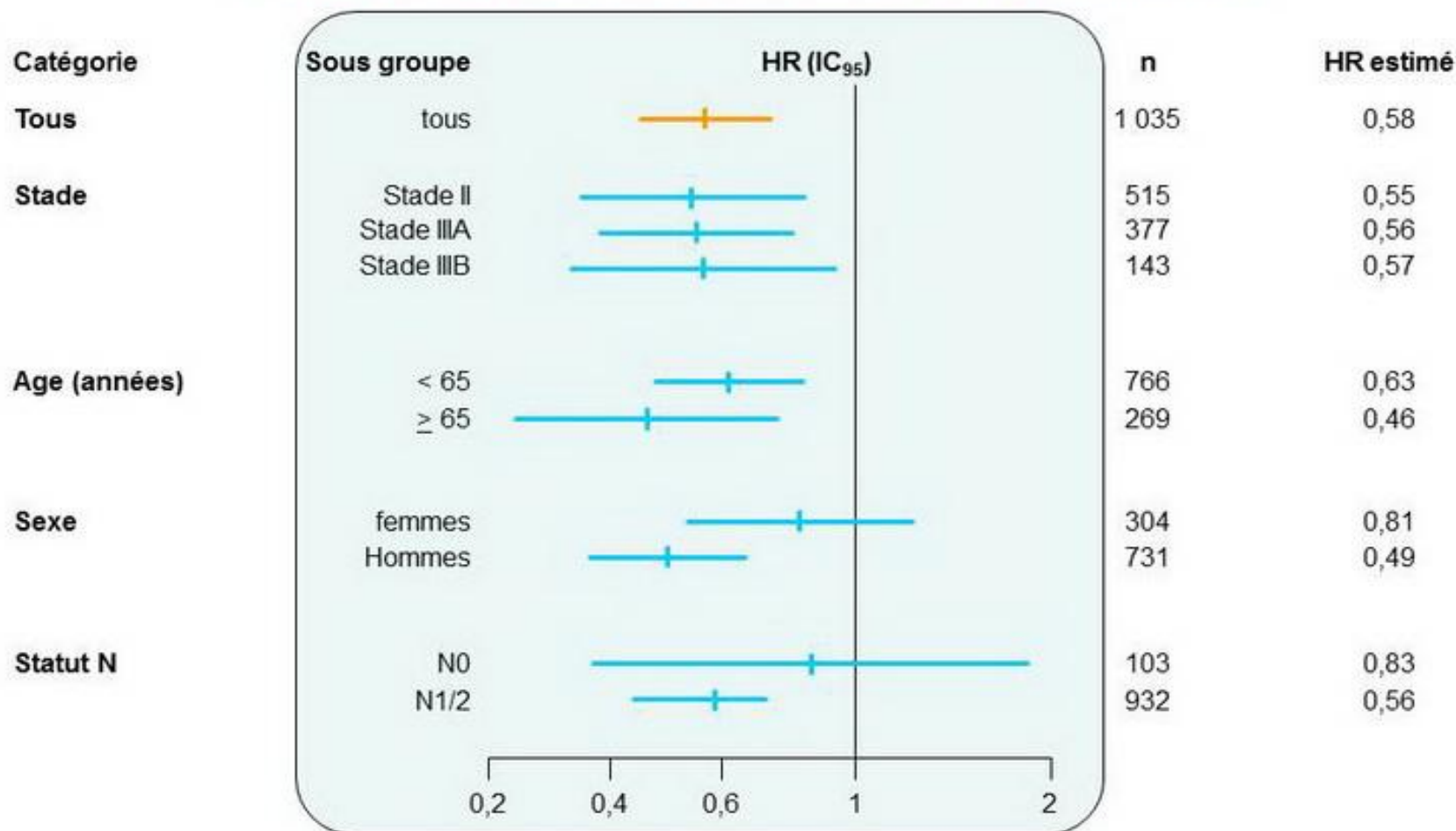
Critère principal : survie sans événement à 3 ans - analyse intermédiaire



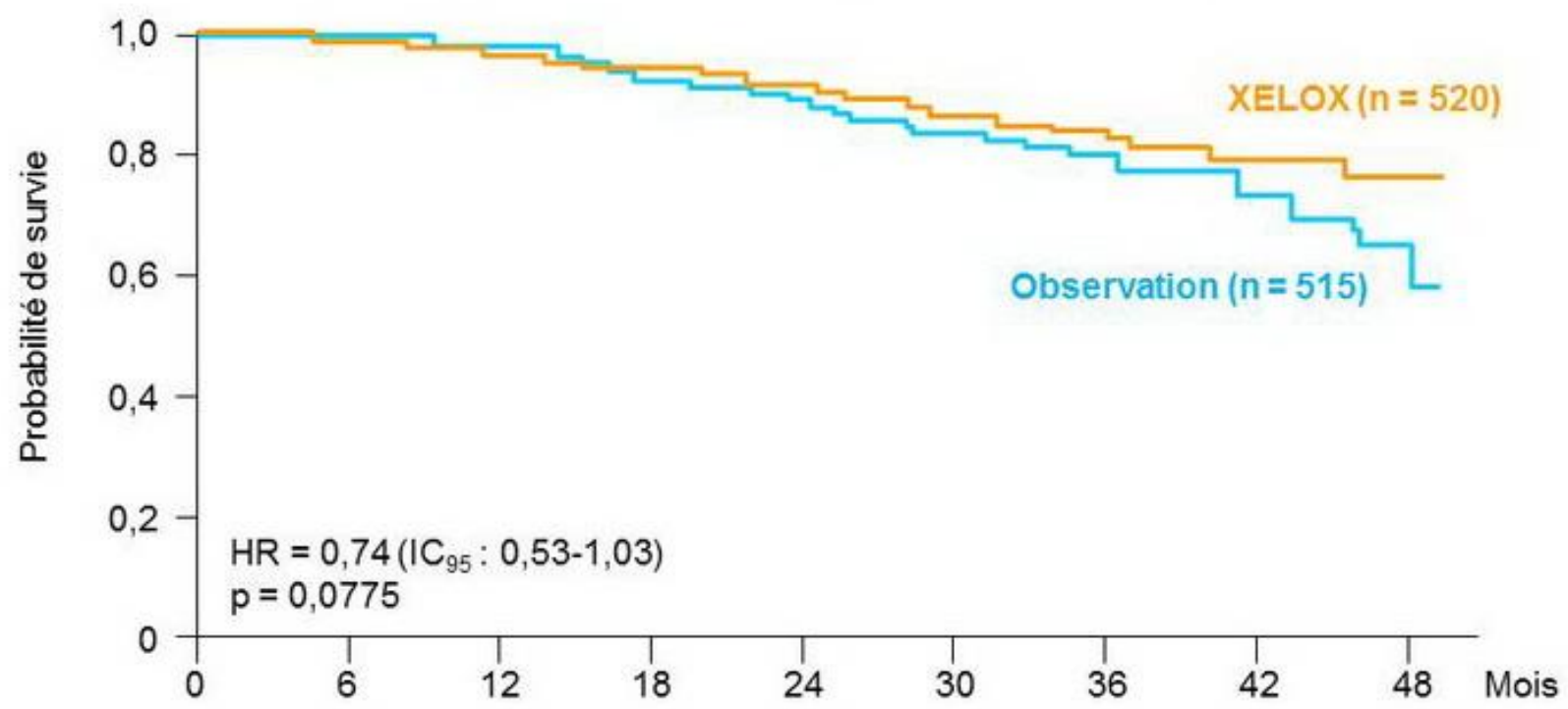
XELOX	520	443	410	333	246	186	74	30	10
Observation	515	414	352	286	209	147	58	22	6

Population en ITT
Suivi médian : 34,4 mois (extrêmes 16-51)

Survie sans événement à 3 ans fonction de la stratification



SG au moment de l'analyse intermédiaire



XELOX	520	468	451	395	304	216	120	35	16
Observation	515	458	441	378	286	203	112	34	12

Analyse en ITT
Suivi médian 34,4 mois (range 16-51)

**LA CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE N'EST PAS UN STANDARD EN
EUROPE MAIS EST UNE OPTION POSSIBLE POUR LES PATIENTS
N'AYANT PAS RECU DE CHIMIOThERAPIE PERI-OPERATOIRE ET NE
POUVANT RECEVOIR DE RADIO-CHIMIOThERAPIE POST-
OPERATOIRE**

**CETTE ETUDE CONFORTE LES RESULTATS DE LA META-ANALYSE DU
GROUPE GASTRIC (JAMA 2009)**

RADIO-CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE... PEU DE CHANGEMENT

	RTCT FUFOL	RTCT FUc ECF	p
n	173	173	
SSP (mois)	30	28	0.99
SG (mois)	37	38	0.80
TOXICITE GRADE 4 %	40	26	<0.001

**50% DES PATIENTS AVAIENT MOINS DE 15 GG SUR LA PIECE OPERATOIRE
15% DE DEVIATIONS MAJEURES DU PROTOCOLE**



METASTATIQUES

LES FLUOROPYRIMIDINES ONT TOUJOURS LEUR PLACE !

	T-OX	T-X-OX	T-F-OX
SCHEMAS	T: 75 mg/m² OX: 130: mg/m² J1=J21	T: 65 mg/m² OX: 85 mg/m² X: 1250 mg/m² J1=J21	T: 65 mg/m² OX: 85 mg/m² FU: 2400 mg/m² 46 H J1=J21
PATIENTS	78	82	82
RO %	23	26	47
TTP (mois)	4.5	5.6	7.7
SG (mois)	9	11.3	14.6

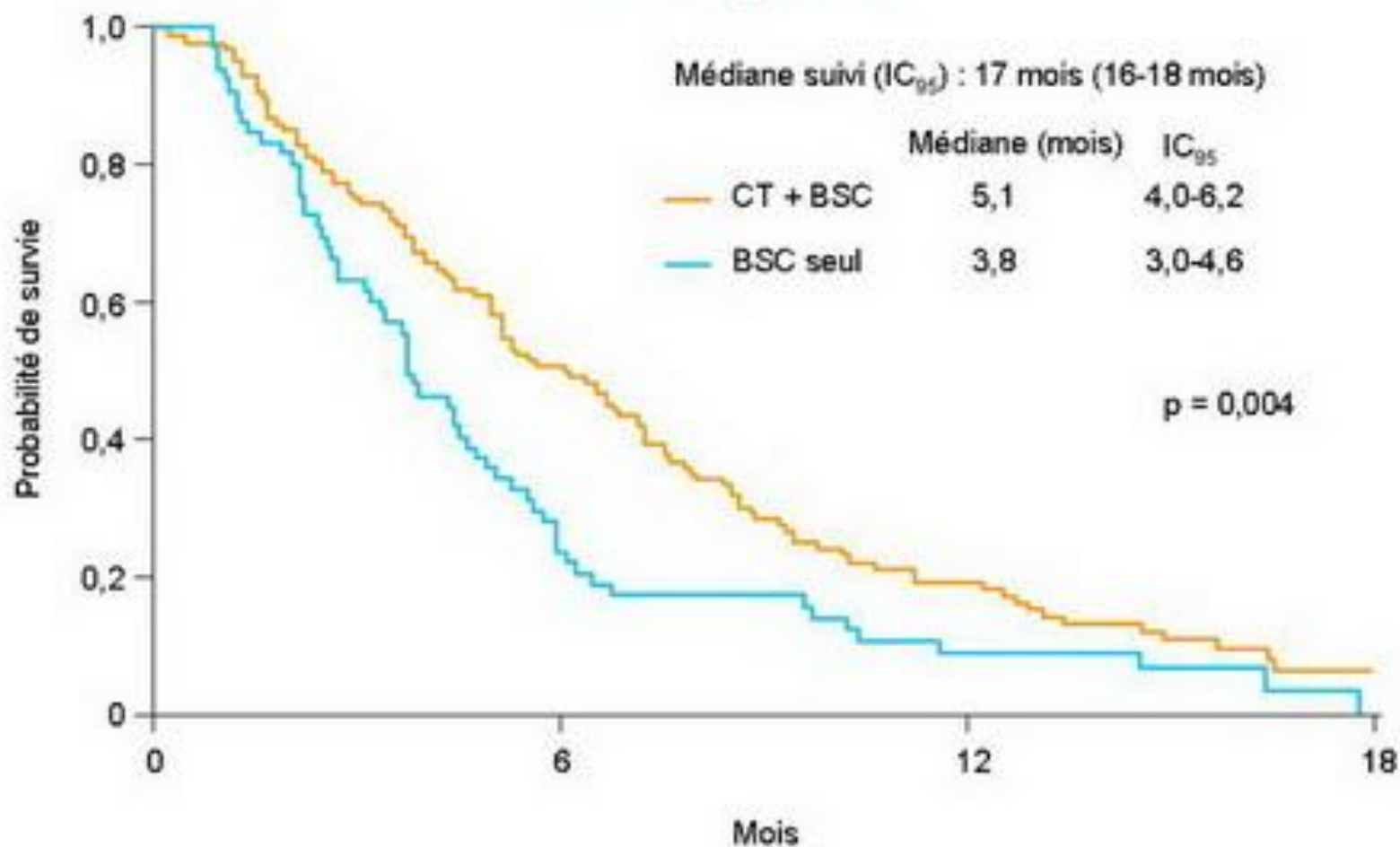


**LA SUREXPRESSION DE HER 2
N'EST PAS UN FACTEUR
DE MAUVAIS PRONOSTIC**

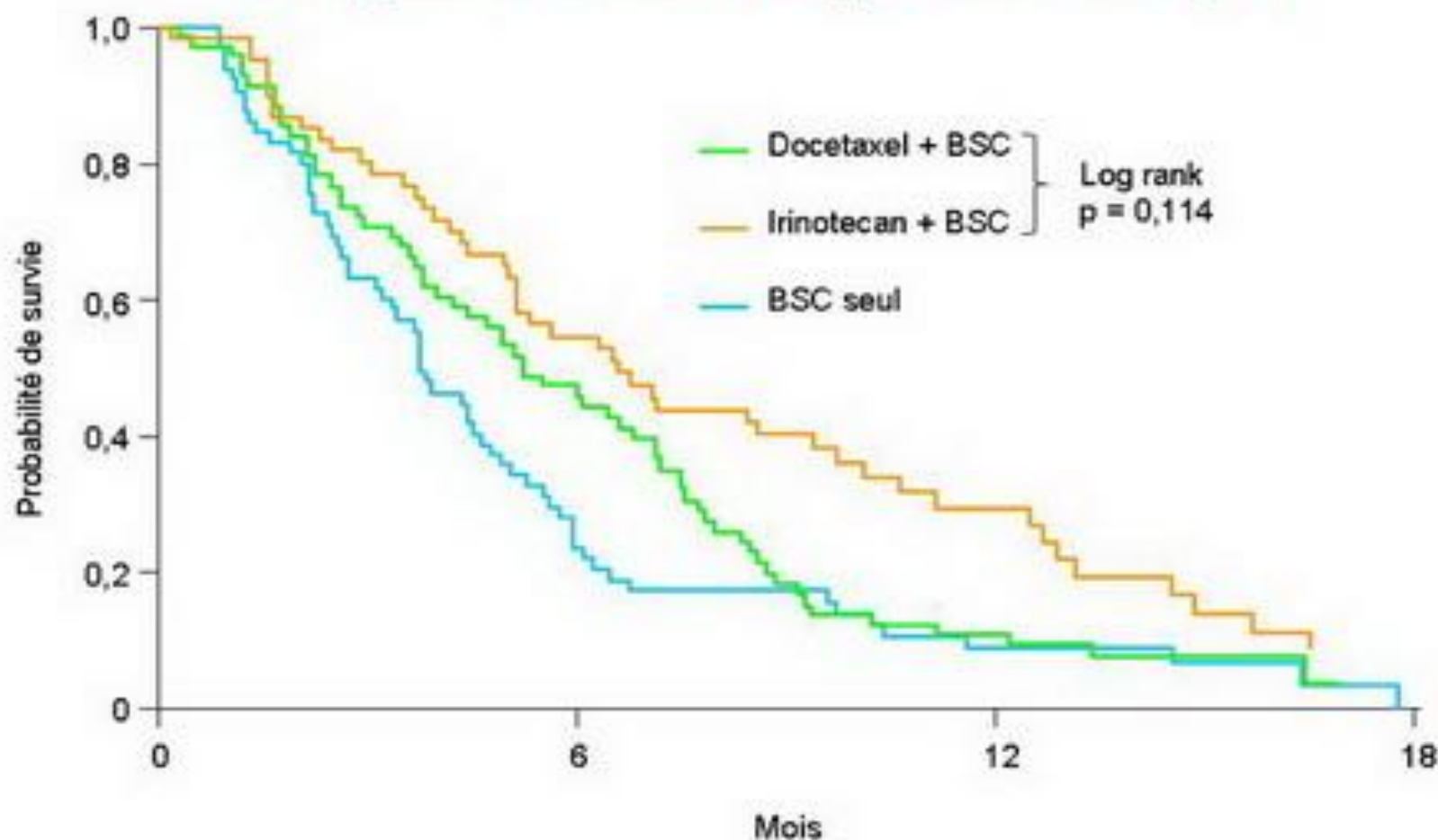
LA SECONDE LIGNE VALIDEE !

**LE BENEFICE DU TRAITEMENT
EST RETROUVE QUEL QUE SOIT
LE SOUS-GROUPE**

Survie globale



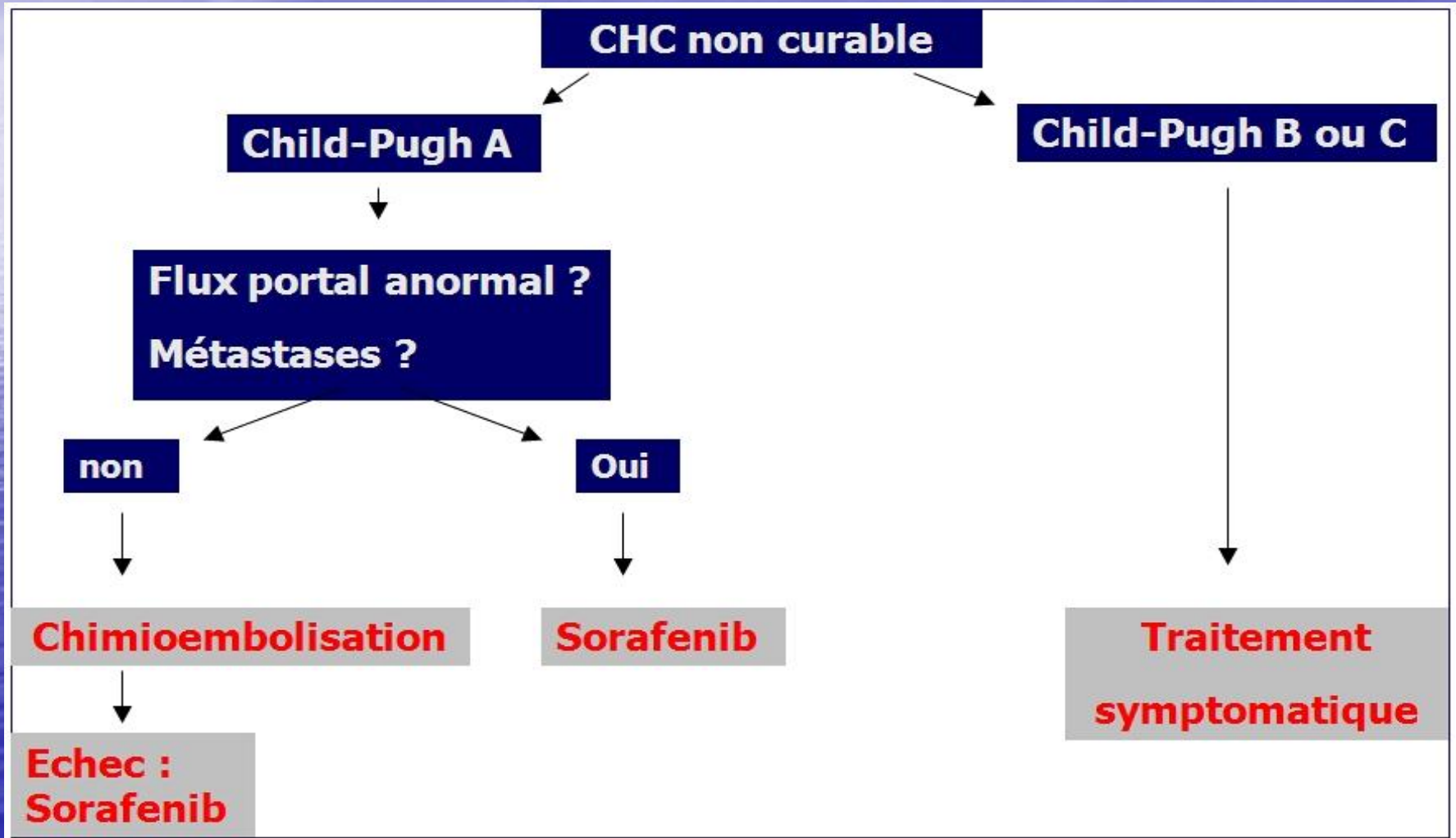
Survie globale en fonction du type de chimiothérapie





CANCER PRIMITIF DU FOIE

ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO



QUI FERA MIEUX QUE LE SORAFENIB ?

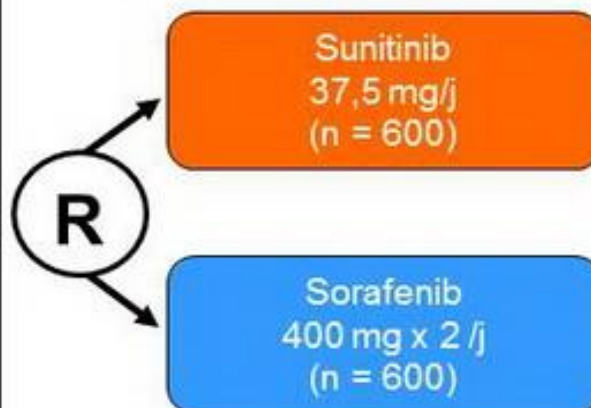
Schéma de l'étude

Critères d'inclusion

- CHC avancé histologiquement confirmé
- Pas de chimiothérapie systémique antérieure
- ECOG PS 0-1
- Child-Pugh A

Stratification

- Région (Asie vs. autre)
- Nombre de chimio-embolisations (≤ 3 vs. > 3)
- Envahissement tumoral (présence vs. absence d'envahissement vasculaire et/ou de dissémination extra-hépatique)



Critères d'évaluation

- Principal : SG
- Secondaires :
 - SSP
 - Temps jusqu'à progression
 - Tolérance

Statistiques

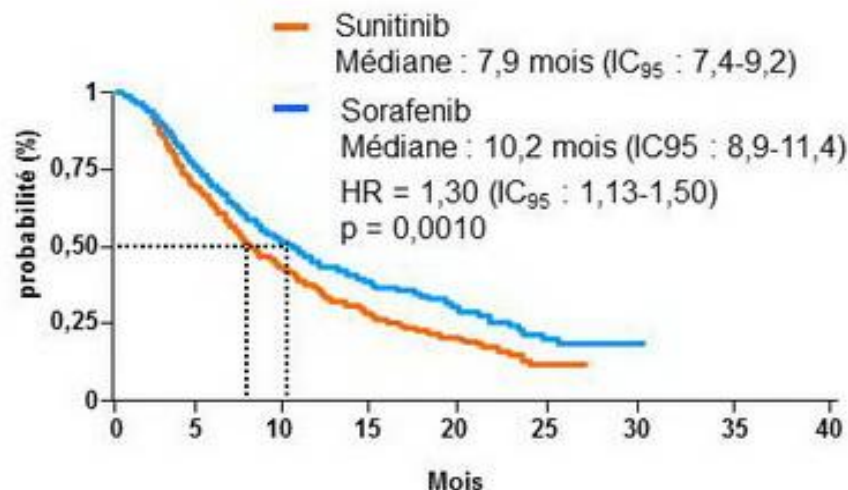
- Étude de supériorité/non-infériorité
- Hypothèse d'augmentation de la SG médiane de 10,7 à 13,3 mois
- Limites de non-infériorité de la SG médiane (9,5 - 11,5 mois)
- log-rank test ; $\alpha = 0,025$; puissance 90 %

75% DES PATIENTS SONT ASIATIQUES

Traitements

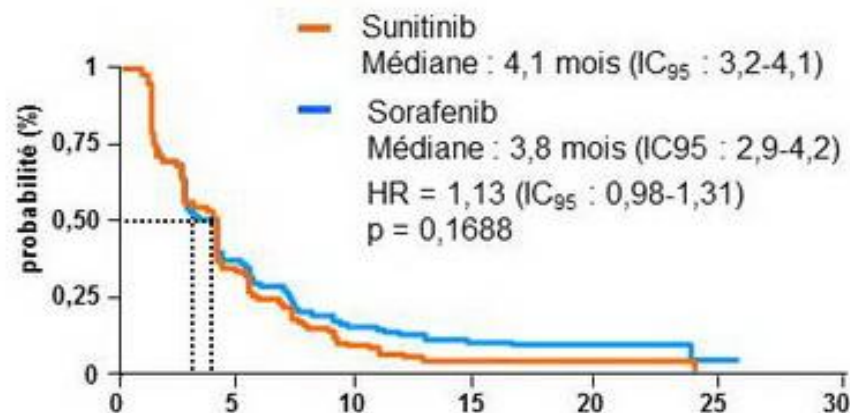
	Sunitinib (n = 526)	Sorafenib (n = 542)
Dose-intensité relative (%)	67	71
Cycles débutés (extrêmes)	4 (1-27)	4 (1-31)
Semaines dans l'étude (extrêmes)	15 (0,4-107)	15 (0,3-124)
Semaines sous traitement (extrêmes)	11 (0,4-217)	14 (0,3-122)
Traitement \geq 1 an (N)	26	55
Interruption de dose, toutes causes (%)	69	56
Réduction de dose, toutes causes (%)	48	69

Critère principal : survie globale (ITT)



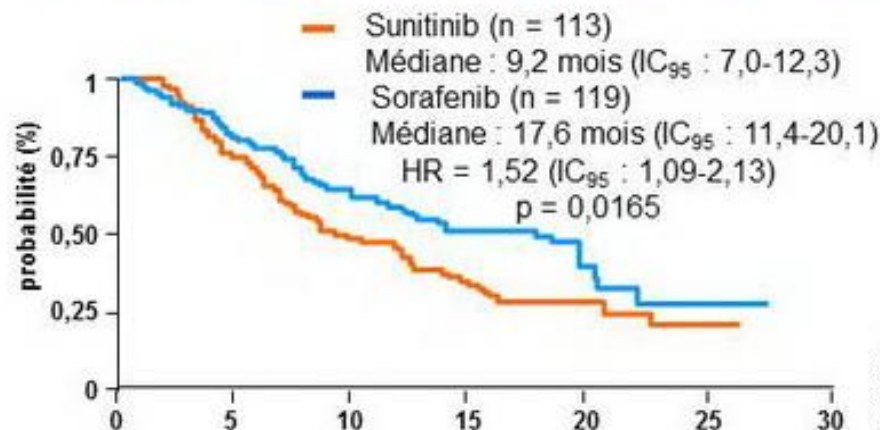
530	354	208	112	41	8	0	0	0
544	388	245	139	61	12	1	0	0

Temps jusqu'à progression (ITT)



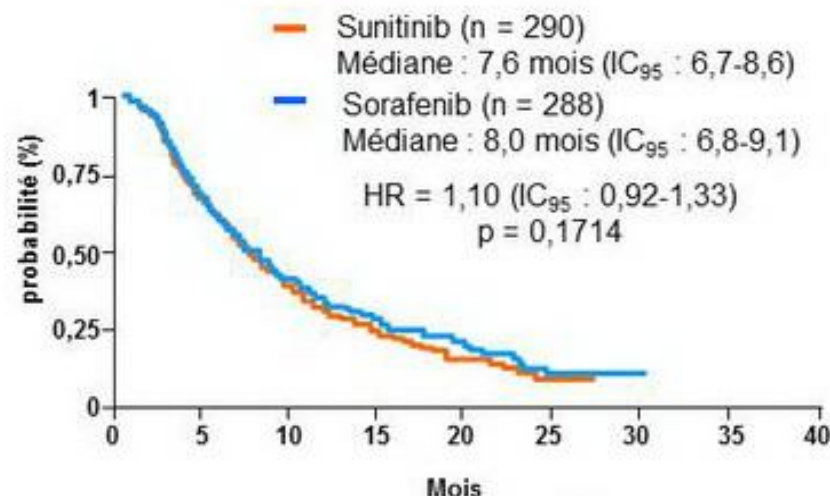
Patients (n)		Mois		
Sunitinib	530	21	1	0
Sorafenib	544	47	12	0

SG chez les patients infectés par le VHC



	Sunitinib (ITT)	Sorafenib (ITT)
Médiane OS (mois)	9,2	17,6
HR (IC ₉₅)	1,52 (1,09-2,13)	
p	0,0165	

SG chez les patients infectés par le VHB



	Sunitinib (ITT)	Sorafenib (ITT)
Médiane OS (mois)	7,6	8,0
HR (IC ₉₅)	1,10 (0,92-1,33)	
p	0,1714	

	SUNITINIB	SORAFENIB
NEUTROPENIES GRADE $\frac{3}{4}$ %	30	5
THROMBOPENIES GRADE $\frac{3}{4}$ %	25	3
HEMORRAGIE GRADE $\frac{3}{4}$ %	10	4
DECES TOXIQUES	9	1

ETUDE GIDEON

LE SORAFENIB DANS LA VRAIE VIE

n=1586	CHILD A n= 1221	CHILD B n=365
SG (mois)	10.3	4.8
DECES 1 mois après arrêt	16%	34%

**ARRET THERAPEUTIQUE POUR SAE
PLUS FREQUENT POUR LES CHILD B**

**PAS DE SORAFENIB POUR LES
CHILD B HORS ESSAI**

CABOZANTINIB (XL184)

L'AVENIR DU FUTUR ?

- Mécanisme d'action: inhibiteur TK au niveau de Met et VEGFR2
- Mode administration: per os
- Phase II: Tumeurs solides stade avancé
 - **RO:** toutes tumeurs: 9% **HCC: 14%**
 - **Pour HCC: 76% de DCR à 12 semaines**
 - Bonne efficacité sur les métastases osseuses



CANCER DES VOIES BILIAIRES

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

- **Cholangiocarcinomes localement évolués ou métastatiques PS 0 ou 1:**
 - Gemcitabine-Cisplatine: SSP 8 mois SG 11.7 mois
 - GEMOX
- **Cholangiocarcinomes réséqués à visée curative ?**
- **Ampullomes ?**

Réponse au traitement

	GEMOX		GEMOX-erlotinib	
	n	%	n	%
RC	3	2,5	0	0
RP	18	15,3	42	34,4
Stabilisation	68	57,6	50	41
Progression	29	24,6	30	24,6
Non évaluables	15		13	
Réponse globale	21	17,8	42	34,4
Contrôle de la maladie	89	75,4	92	75,4
Nb de cycles	6 (1-30)		7 (1-38)	

- Première étude de phase III multicentrique, randomisée ayant comparé GEMOX vs GEMOX + erlotinib dans le cancer des voies biliaires avancé non résécable ou métastatique
- Bénéfice en terme de SSP pour les cholangiocarcinomes
- Taux de réponse + élevé dans le bras GEMOX- erlotinib (34,4 % vs 17,8 % ; GEMOX-T vs GEMOX)
- Analyse des biomarqueurs (mutations EGFR, KRAS, PI3K) en cours

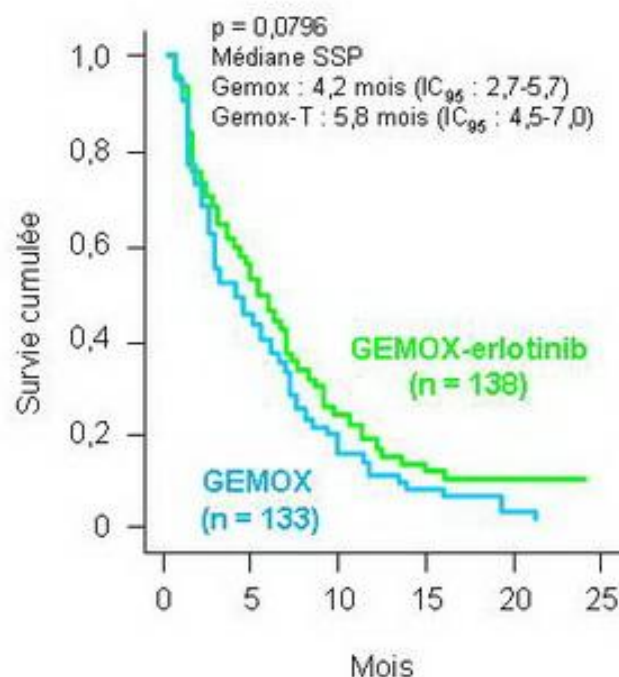
CHOLANGIOCARCINOMES NON RESECABLES OU METASTATIQUES

	GEMOX	GEMOX/T	p
n	133	135	
SSP (mois)	3	5.9	P= 0.049
SG (mois)	9.5	9.5	P=0.61

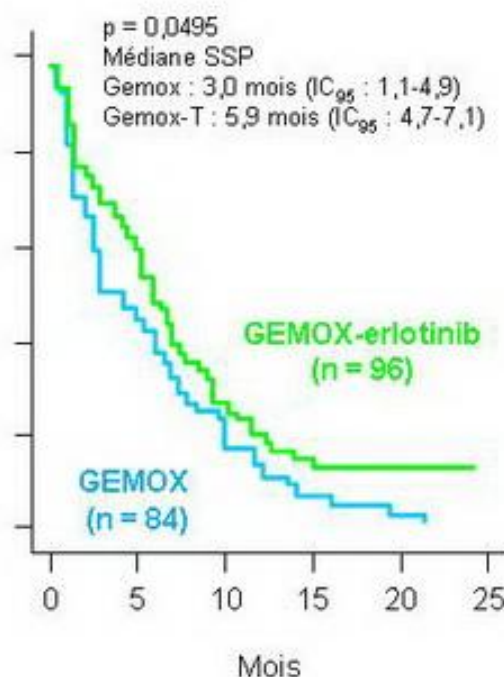


Résultats

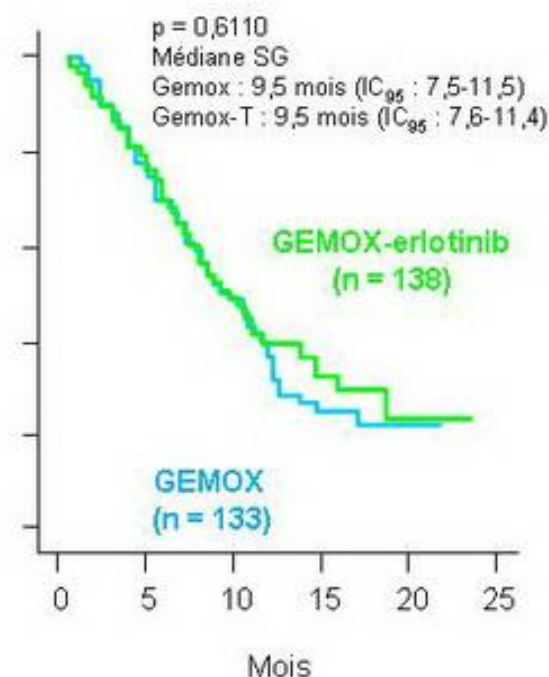
SSP (analyse ITT)



SSP (CCC*)



SG



* Analyse limitée aux cholangiocarcinomes

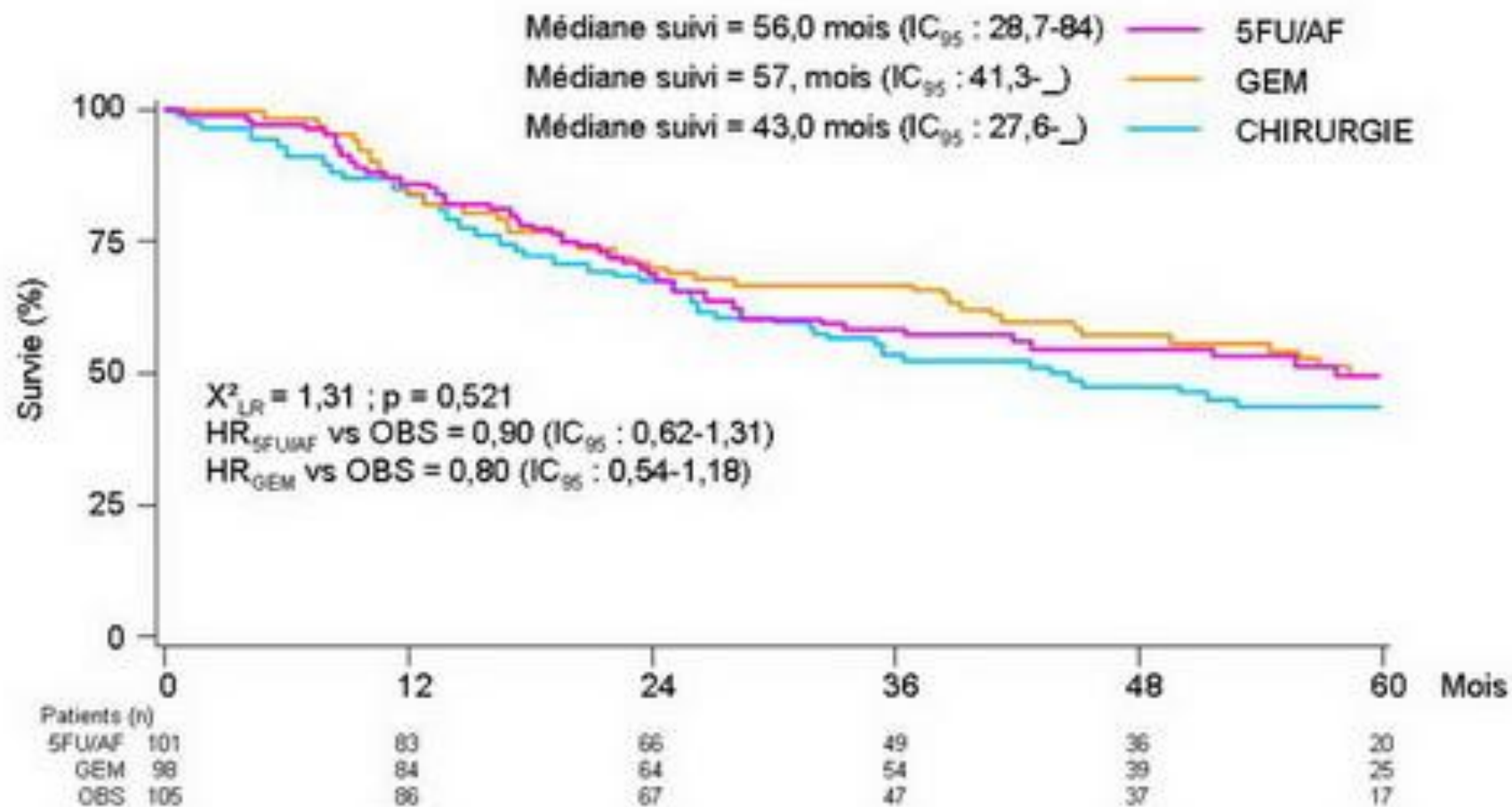
AMPULLOMES

ETUDE ESPAC 3

	OBS	5FU/FA	GEM	P
n	105	101	98	
SG Médiane (mois) R0/R1	43	57.1		NS

BENEFICE POUR LES R0 ?

Survie globale





CANCER DU PANCREAS

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

- **RESECABLE**

Résection R0/R1: traitement adjuvant par gemcitabine 6 cycles

- **LOCALEMENT AVANCEE:**

Gemcitabine

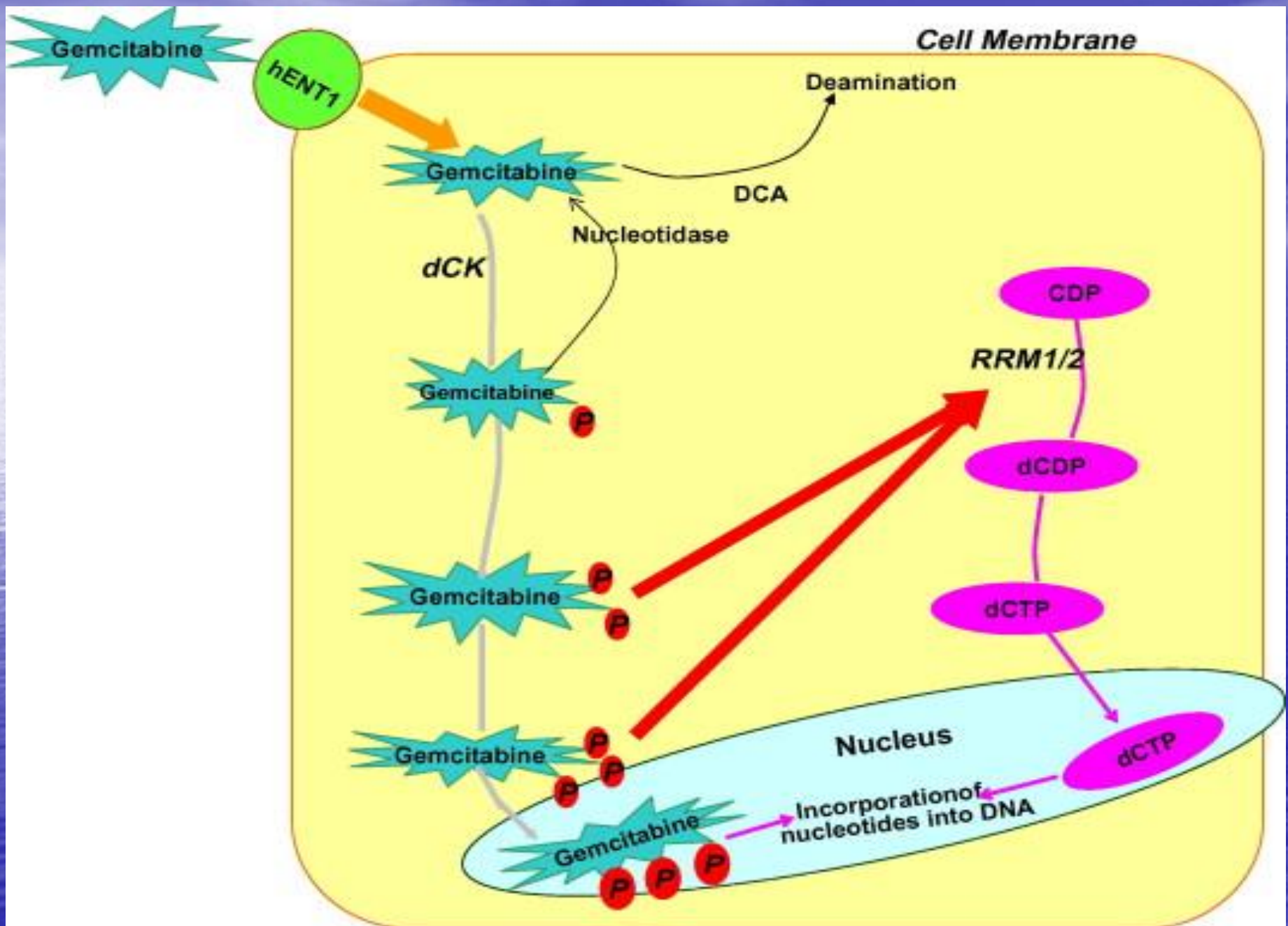
- **METASTATIQUE:**

- Gemcitabine
- Gemcitabine-erlotinib
- FOLFIRINOX: Patients OMS 0/1

PAS DE SCOOP...
MAIS DES TRAITEMENTS MIEUX CIBLES ?

BIOMARQUEURS DE LA GEMCITABINE

- **hENT1=transporteur transmembranaire**
- **dCK=enzyme clef du métabolisme de la gemcitabine**



IMPACT DES BIOMARQUEURS EN SITUATION ADJUVANTE

	Hent1 high	p	dCK high	p
SG	HR:0.44[0.28-0.69]	<0.0001	HR:0.57[0.41-0.78]	0.0001

LE S1 EST EQUIVALENT A LA GEMCITABINE EN SITUATION METASTATIQUE

	SM (mois)	p
GEM	8.8	
S1	9.7	0.0003 (non infériorité)
GS	10.1	0.1496 (supériorité)



**ON PEUT SE SERVIR DU CA19.9 POUR
MONITORER UNE CHIMIOOTHERAPIE !**



TUMEURS ENDOCRINES

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

- **Métastases hépatiques bien différenciées non résécables évolutives:**

1/Pancréas

- Référence: ADRIA/STZ, D/LV5FU2, TX, FOLFOX, SMS
- Seconde ligne: Sunitinib, Everolimus, CEL

2/Grêle:

- Référence: CEL puis/ou 5 FU/STZ, INF α , D/LV5FU2, TX, FOLFOX, SMS, Everolimus

- **Carcinomes endocrines peu différenciés**

-CCDP/VP16

**RIEN DE NEUF...SAUF QUE LES DONNEES ACTUALISEES
DE L'ESSAI SUNITINIB
DANS LES TUMEURS PANCREATIQUES
MONTRENT QUE LA SURVIE GLOBALE N'EST PLUS
SIGNIFICATIVE BIEN QUE TOUJOURS EN FAVEUR DU
BRAS SUNITINIB PAR RAPPORT AU PLACEBO**



CANCER DE L'OESOPHAGE

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

CANCERS OPERABLES

- uT1/T2N0 **Oesophagectomie**
si N+ 2 cycles CDDP/5FU
- uT1N1/T2N1/T3N0 **RTCT puis oesophagectomie**
- uT3N1/T4N0-N1
 - Epidermoïdes: **RTCT exclusive** suivie de chirurgie si RP ou récurrence précoce après RC
 - ADK: CT pré-opératoire CDDP/5FU 2 cycles

CANCERS INOPERABLES NON METASTATIQUES

RTCT exclusive HERSKOVIC



LYMPHOMES

L'ETAT DE L'ART AVANT L'ASCO

- **Lymphomes de faible malignité du MALT
Eradication Helicobacter pylori**
- **Lymphomes diffus à grandes cellules B de haute malignité**

CHOP/Rituximab

