

Prise en charge des tumeurs malignes digestives

Emmanuel Mitry

Service d'hépatogastro-entérologie et oncologie digestive, APHP Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

<emmanuel.mitry@apr.aphp.fr>

Le congrès ASCO GI 2010, qui s'est tenu du 22 au 24 janvier à Orlando, a permis de faire le point sur la prise en charge des tumeurs malignes digestives et de présenter quelques données nouvelles, souvent préliminaires.

Concernant la place des traitements anti-angiogéniques, rien de révolutionnaire ni de réelles nouveautés qui changeraient nos pratiques, mis à part sans doute le bénéfice en survie globale du sunitinib dans le traitement des tumeurs endocrines duodéno-pancréatiques.

Tumeurs œso-gastriques

Une étude de phase II chez 64 patients (56 évaluable) présentant une tumeur (carcinome épidermoïde ou adénocarcinome) de l'œsophage ou du cardia, localisée ou localement évoluée (stades I à III) a évalué un traitement préopératoire associant chimiothérapie (paclitaxel + 5-FU), radiothérapie et deux thérapies ciblées (bevacizumab + erlotinib). L'efficacité de cette association, globalement bien tolérée, paraît encourageante avec 30 % de réponses histologiques complètes et 37 % de réponses histologiques partielles à l'analyse anatomopathologique de la pièce d'exérèse. La survie sans progression médiane était de 17,3 mois et la survie globale médiane de 18 mois. Ces résultats se comparent favorablement à ceux de séries de radio-chimiothérapie néo-adjuvante déjà publiées, mais l'apport réel des biothérapies demeure difficile à évaluer (abst 48, Bendell *et al.*).

Pour le traitement des tumeurs œso-gastriques métastatiques, une association capecitabine-oxaliplatine-bevacizumab semble active et bien tolérée (abst 70, Uronis *et al.*), de même que le sunitinib, à la dose de 50 mg/j 4 semaines sur 6, avec cependant des résultats encore trop préliminaires (54 patients inclus, 38 analysables pour la réponse) (abst 71, Moehler *et al.*).

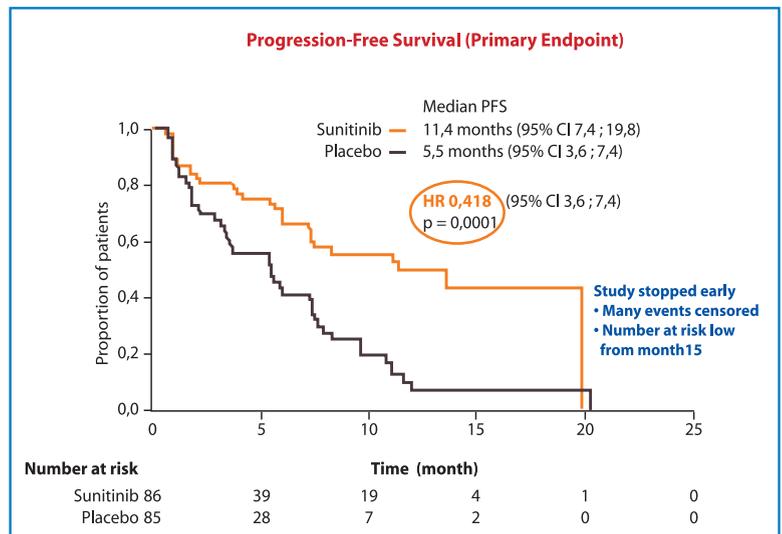


Figure 1. Etude sunitinib vs placebo. Survie sans progression.

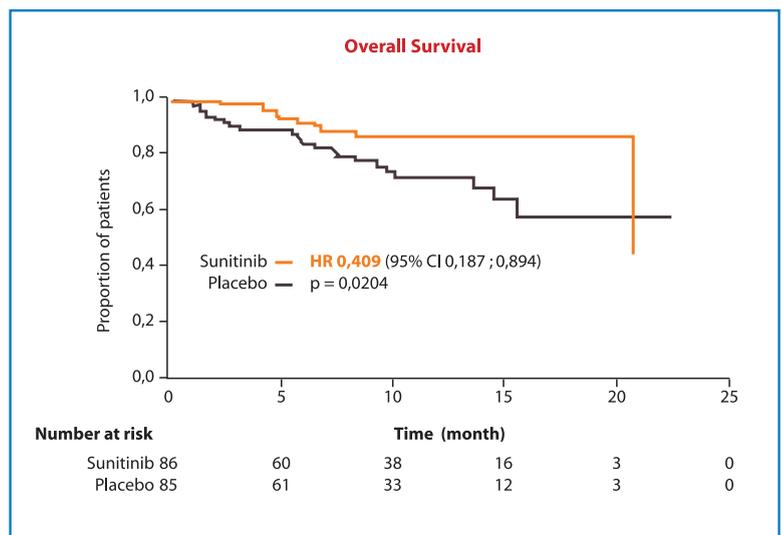


Figure 2. Etude sunitinib vs placebo. Survie globale.

Tumeurs endocrines duodéno-pancréatiques

Dans une étude de phase III randomisée en double aveugle comparant le sunitinib au placebo dans le traitement des carcinomes endocrines duodéno-pancréatiques bien différenciés évolutifs, le sunitinib (à la dose de 37,5 mg/j en continu) améliorait significativement la survie sans progression (objectif principal de l'étude, 11,4 mois vs 5,5 mois, RR : 0,418 (IC₉₅ : 0,263-0,662) ; p = 0,0001) (*figure 1*) mais également, et c'est le scoop de cet ASCO GI, la survie globale (médianes non atteintes, RR : 0,409 (IC₉₅ : 0,187-0,894) ; p = 0,0204) (*figure 2*). Cette étude est importante et permet de valider le sunitinib comme une option thérapeutique des tumeurs endocrines duodéno-pancréatiques évolutives.

Tumeurs colorectales

Alors que les cohortes Brite et FirstBeat continuent de fournir de nouvelles informations concernant l'efficacité et la tolérance du bevacizumab en association à une chimiothérapie «dans la vraie vie» (pas de majoration significative du risque d'hémorragie grave chez les patients sous bevacizumab recevant un traitement antiagrégant ou anticoagulant (abst 431, Van Cutsem *et al.*)), voici arriver trois nouvelles cohortes européennes - dont les résultats confirment les données connues (abst 439, Arnold *et al.* ; abst 460, Smith *et al.* ; abst 467, Kubala *et al.*).

En cas de carcinose péritonéale localisée, une chirurgie d'exérèse suivie d'une chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (CHIP) permet d'obtenir des survies prolongées. D'après les résultats d'une étude non randomisée de l'équipe chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, le fait de recevoir du bevacizumab avant la CHIP, en l'arrêtant 8 semaines avant l'intervention, ne semble pas majorer le risque de mortalité post-opératoire mais pourrait être associé à une augmentation des complications graves (47 % vs 25 %), en particulier risque d'abcès intra-abdominal et problèmes de cicatrisation, par rapport aux patients traités par chimiothérapie seule (abst 505, Benjamin *et al.*).