

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/defis-et-solutions-reels-dans-le-cpnpc-avance-egfr-de-premiere-ligne/36747/>

Released: 08/15/2025

Valid until: 08/15/2026

Time needed to complete: 1h 06m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

Défis et solutions réels dans le CPNPC avancé EGFRm de première ligne

Dre Leighl :

Bienvenue dans cette FMC de ReachMD. Je suis la Dre Leighl. Je suis accompagnée des docteurs Cho et Kerr. Dans cet épisode, nous allons examiner le cas d'une patiente atteinte de cancer du poumon non à petites cellules avec mutation EGFR.

Dr Cho, que pouvez-vous nous dire sur cette patiente ?

Dr Cho :

Je vais vous parler du cas d'une de mes patientes atteintes d'un CPNPC avec mutation EGFR en première ligne. Il s'agit d'une femme de 41 ans. Elle présentait une toux sévère et un essoufflement, et elle n'a jamais fumé. C'est très courant. Une non-fumeuse, un cancer du poumon de stade IV avec mutation EGFR. Elle n'avait aucun antécédent médical, avec un statut de performance ECOG de 1.

Nous avons donc effectué des procédures de diagnostic. La biopsie bronchoscopique a confirmé un adénocarcinome pulmonaire TTF1-positif. La mutation EGFR L858R a été détectée par PCR en temps réel sur tissu ainsi que par ADNct plasmatique avec un test cobas.

Selon l'analyse des facteurs de haut risque de MARIPOSA, cette patiente présentait des caractéristiques de haut risque, une mutation L858R et une mutation EGFR de base détectée. La TDM et de l'IRM cérébrale ont montré une masse d'environ 4 cm et de multiples métastases pulmonaires bilatérales hématogènes. L'IRM cérébrale a également montré de multiples lésions cérébrales.

En 2024, la patiente a commencé un traitement combiné d'amivantamab et lazertinib dans le cadre d'un programme d'essai clinique. Nous avons observé une réponse massive dans les métastases pulmonaires bilatérales, ainsi qu'une réponse au niveau du SNC.

En ce qui concerne la toxicité des effets secondaires, la patiente a présenté une réaction légère liée à la perfusion lors du Cycle 1/Jour 1. Cette réaction a été bien gérée avec de la dexaméthasone et d'autres mesures prophylactiques. Deux semaines après le début de la combinaison, la patiente a développé une élévation de grade 2 des AST/ALT. Quatre semaines après l'initiation, elle a développé une éruption du cuir chevelu de grade 2, une sécheresse cutanée et un périonyxis de grade 2.

Alors, comment ai-je géré la toxicité dermatologique de cette patiente ? L'éruption du cuir chevelu est apparue 4 semaines après le début de la combinaison. L'éruption du cuir chevelu s'accompagne parfois d'une sensation de démangeaison et de douleur. J'ai prescrit de la doxycycline orale et un antihistaminique au besoin, ainsi qu'une lotion topique de clindamycine sur le cuir chevelu quotidiennement avant le coucher. J'ai également prescrit des crèmes hydratantes pour la peau.

Toutes ces mesures de gestion de la toxicité cutanée ont bien fonctionné. La patiente suit toujours ce traitement combiné.

De plus, selon mon expérience, la périonyxis répond très bien à la minocycline orale et au lavage des mains à la chlorhexidine tous les jours.

Des anticoagulants oraux ont été administrés pour la prophylaxie des TEV pendant les 4 premiers mois suivant le début du traitement combiné.

Dr Kerr :

D'un point de vue diagnostique, ce cas met en lumière un ou deux problèmes que nous avons déjà discutés dans les épisodes

précédents. Le diagnostic semble assez simple. La patiente présente un adénocarcinome, positif pour TTF1, provenant d'un site primaire dans le poumon. La présence d'une mutation EGFR, la mutation L858R, a été identifiée en utilisant un test PCR en temps réel autonome qui, comme le Dr Cho l'a mentionné précédemment, est couramment utilisé comme premier test, en particulier dans les pays d'Asie de l'Est, car la mutation EGFR a une prévalence si élevée, peut-être avant de procéder à un séquençage de nouvelle génération.

Cela souligne également en évidence le fait que, si le patient présente une mutation L858R, nous pouvons utiliser un autre test autonome basé sur la PCR, comme le test cobas, qui permet de déterminer la présence d'une positivité en ADNct pour cette mutation à partir d'un prélèvement sanguin, plutôt qu'une approche beaucoup plus complexe comme le SNG. Cela permet d'identifier ce facteur pronostique défavorable chez un patient de ce type.

Dre Leigh :

Ce cas était très intéressant. Les éruptions du cuir chevelu font partie de ces difficultés, tout comme les périonyxis. Selon mon expérience, nous utilisons beaucoup de shampoings à base de corticoïdes. Il faudrait peut-être les intégrer au protocole de soins.

C'est tout pour cette session. Nous espérons que cette discussion vous a été utile. Merci de votre attention.