

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/jeu-de-longue-haleine-maitriser-le-sequencement-des-traitements-tout-au-long-du-continuum-de-la-maladie/36746/>

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

Jeu de longue haleine : maîtriser le séquençage des traitements tout au long du continuum de la maladie

Dr Cho :

Bienvenue dans cette FMC de ReachMD. Je suis le Dr Cho. Je suis accompagné des docteurs Leighl et Kerr.

Dre Leighl, voyons le cas d'une patiente traitée par osimertinib en première ligne. Que pouvez-vous nous dire sur cette patiente ?

Dre Leighl :

Merci. Voici le cas récent d'une patiente très instruite et qui défend les intérêts des patients en toute connaissance de cause. Elle avait reçu un diagnostic de cancer du poumon avec mutation de la délétion de l'exon 19 de l'EGFR. Elle présentait des atteintes osseuses et pulmonaires, et était sous osimertinib.

Je me souviens de notre conversation au bout de 18 mois. Si mes patients vont bien, je les fais venir environ tous les 3 mois pour des examens d'imagerie et une évaluation clinique. À 18 mois, elle était très anxieuse. Elle m'a dit : « Je dois faire mon scanner. Il faut que je vienne vous voir. Je suis très stressée. » Nous avons tout passé en revue, et tout allait bien. Elle avait toujours une très bonne réponse à l'osimertinib. Son anxiété était en partie due au fait que, dans l'essai FLAURA, les patients commençaient à progresser à 18 mois en moyenne. Puis, au 21e mois, elle m'a appelée pour me dire : « Quelque chose ne va pas. Je pense avoir une pneumonie ou quelque chose du genre. Est-ce que je peux venir ? » Nous l'avons reçue, et en effet, elle avait une toux sèche marquée, un essoufflement plus important. Elle n'avait pas bonne mine. Nous avons fait une radiographie de pointe au Canada, qui a montré une progression évidente de la maladie à l'image. Nous avons pu faire les TDM plus tôt, ce qui a montré une progression pulmonaire importante.

Nous avons dû prendre des décisions rapidement. Elle a subi une bronchoscopie en urgence avec un prélèvement rapide. Ensuite, en concertation avec elle, nous avons convenu de débuter un traitement systémique, puis d'ajuster notre plan au fur et à mesure, en fonction des résultats pathologiques et moléculaires. Mais nous ne pouvions pas nous permettre d'attendre. Une radiothérapie seule n'aurait pas été suffisante compte tenu de l'ampleur de la progression.

À ce moment-là, elle m'a dit : « Je sais que la norme, c'est le platine. Je sais qu'avec MARIPOSA-2, on utilise de l'amivantamab avec la chimiothérapie ». Au Canada, un programme permettait d'y accéder.

Nous avons eu beaucoup de chance. Nous avons pu tout mettre en place très rapidement et la mettre sous amivantamab plus chimiothérapie.

Ce que j'apprécie avec ce schéma thérapeutique, c'est qu'il est à la fois ciblé et non ciblé. Il n'est pas nécessaire d'avoir des biomarqueurs pour le recevoir, mais il apporte clairement plus qu'une simple chimiothérapie. Il cible également EGFR et MET. Ce qui permet de couvrir un large éventail de mécanismes de résistance.

Ses symptômes se sont améliorés. Heureusement, l'analyse anatomopathologique a confirmé un adénocarcinome. Il est intéressant de noter qu'avec le temps, le SNG est revenue et que nous avons trouvé la délétion de l'exon 19 de l'EGFR. La seule autre anomalie détectée était une mutation de la bêta-caténine, CTNNB1, sans autre altération.

Nous n'avons pas eu besoin de modifier le traitement. L'association amivantamab et chimiothérapie fonctionnait déjà. Même si j'avais trouvé autre chose, on pourrait se demander : est-ce que cela aurait changé la prise en charge ? Probablement pas, étant donné le bénéfice clinique observé.

Aujourd'hui, plusieurs mois plus tard, elle a une très bonne réponse partielle sous le schéma COCOON. C'est bien plus simple pour elle en termes de fardeau.

Dr Kerr, poser un diagnostic moléculaire reste toujours un défi. Avez-vous des commentaires sur ce cas ou des pratiques différentes de votre côté ?

Dr Kerr :

Merci, Dre Leighl. Votre cas soulève plusieurs problématiques auxquelles nous sommes souvent confrontés, la plus importante étant notre capacité à obtenir une biopsie tissulaire en cas de rechute de la maladie. Comme vous l'avez souligné, l'évolution peut être très rapide, et selon les moyens diagnostiques à notre disposition, il peut être très difficile d'obtenir un échantillon et de le faire analyser à temps, ce qui renvoie à toutes les questions déjà évoquées concernant les délais de traitement en laboratoire.

Encore une fois, pour les décisions thérapeutiques individuelles, mais aussi pour orienter la pratique de manière plus générale, il est bon d'essayer d'obtenir du matériel et des informations sur les mécanismes de résistance potentiels.

Dr Cho :

Je suis à fait d'accord avec votre approche, Dre Leighl. Il nous arrive parfois de voir l'état de nos patients se détériorer trop rapidement pour pouvoir obtenir un prélèvement tumoral ou même des résultats SNG plasmatiques à temps.

En l'absence d'option de thérapie ciblée adaptée à un biomarqueur en deuxième ligne après progression sous osimertinib, je pense que le schéma thérapeutique le plus efficace reste celui de l'étude MARIPOSA-2. Cette discussion a été très enrichissante. Nous avons terminé. Merci de votre attention. Merci beaucoup.