

L'ESMO soutient sans difficulté la comparaison avec l'ASCO !

L'année 2022 renoue enfin, avec cet ESMO, avec des congrès en mode normal. De plus, à Paris, il y avait longtemps que ce n'était pas arrivé. On ne pouvait pas parler d'hospitalité française avec, au contraire, une austérité plus que surprenante : quasiment pas de toilettes, compliqué pour se restaurer, sans parler de l'absence de chaises pour discuter avec ses pairs, ce qui est quand même fondamental dans un congrès de ce type. Sinon, sur le plan scientifique, confirmation de la montée en gamme pour soutenir sans difficulté la comparaison avec l'ASCO.

Beaucoup de résultats majeurs ou de confirmations avec, par exemple **en gynécologie**, les données actualisées de la survie globale de l'olaparib et du bévacicumab en entretien de première ligne permettant à une survie à 5 ans de 65 % chez les patientes HDR. **Dans les cancers du sein**, le bénéfice, modeste, du sacituzumab govitécan en ligne avancée s'étend aux patientes RH+ et les SERD oraux confirment leur échec. Données intéressantes sur la chimiothérapie (qui n'est pas encore totalement *has been*), avec un bénéfice net du schéma dose-dense avec anthracyclines en néoadjuvant des cancers du sein N+, notamment triple négatifs et pas de bénéfice de l'ajout du 5-FU. **En ORL**, alors que le pembrolizumab confirme à 5 ans un bénéfice net en survie en cas de récurrence, cette immunothérapie échoue dans le localement avancé en association avec la radiochimiothérapie. Cet échec, à un cheveu, souligne le problème des essais mal conçus qui plantent une molécule probablement intéressante. Espérons que la phase III du xévinapant en association à la radiochimiothérapie confirmera les données impressionnantes de la phase II actualisées avec une survie à 5 ans. **Dans les cancers du poumon**, une étude très intéressante sur le rôle de la pollution sur les cancers pulmonaires : chez les non fumeurs, les polluants peuvent induire des

mutations, notamment de EGRF, mais aussi KRAS. Concernant l'immunothérapie, les actualisations à 5 ans des essais avec le pembrolizumab montrent une survie de 19 %, ce qui souligne la révolution et permet de se poser des questions totalement nouvelles en cancérologie pulmonaire concernant les stratégies de *stop and go* pour limiter les toxicités (et les coûts) de l'immunothérapie sans obérer le bénéfice. **Dans les cancers digestifs**, des changements de pratique en perspective avec d'abord confirmation, dans les cancers du côlon MSI, du rôle majeur d'une courte immunothérapie pré-opératoire, l'arrivée d'un nouveau TKI en ligne avancée des cancers colorectaux, le fruquintinib, l'arrivée en deuxième ligne des cancers gastriques HER2+ du trastuzumab déruxtécán et peut-être l'allègement de la surveillance des cancers colorectaux opérés avec disparition du dosage de l'ACE et peut-être du scanner au profit de l'échographie abdominale et de la radiographie pulmonaire. **Dans les mélanomes**, toujours un bénéfice qui se confirme de l'immunothérapie adjuvante avec, là aussi, un probable bénéfice de l'ipilimumab en association au nivolumab et pour les stades III/IV opérables sans doute une meilleure efficacité de l'immunothérapie néoadjuvante par rapport à l'adjuvante. **En urologie**, c'est l'échec sur toute la ligne de l'immunothérapie adjuvante dans les cancers du rein avec trois essais négatifs. **En soins de support**, avec les gonyautoxines, enfin un traitement efficace de la neuropathie chimio-induite ? Et pour finir une étude qui valide enfin ce que tout le monde pensait : **la radiothérapie** de l'encéphale *in toto* a de moins en moins sa place et l'indication doit être mûrement réfléchie.

Encore merci à tous nos contributeurs et, à vous lecteurs, pour ce numéro très réussi et porteur d'espoir pour nos malades. ■

Dr Jérôme Fayette (Lyon)