

Traitement des cancers localisés de l'œsophage et de l'estomac, et cas particulier des tumeurs de la jonction œsogastrique

Aziz ZAAANAN

Résumé

Les cancers œsogastriques sont l'une des principales causes de décès par cancer dans le monde. La chirurgie constitue le traitement de référence à visée curative pour les formes localisées résecables.

Cependant, le risque de récurrence tumorale après chirurgie reste élevé, motivant ainsi l'administration de traitement complémentaire.

Pour les cancers de l'œsophage et de la jonction œsogastrique (JOG), le traitement standard est la radio-chimiothérapie (RCT) pré-opératoire selon le schéma CROSS (carboplatine+paclitaxel+41Gy), suivi d'une immunothérapie (nivolumab) post-opératoire pendant un an en cas de résidu tumoral persistant sur la pièce opératoire. Des études évaluent actuellement l'intérêt d'une stratégie de conservation d'organe en cas de réponse clinique complète à la RCT.

Pour les adénocarcinomes de l'estomac et de la jonction œsogastrique, la chimiothérapie péri-opératoire par FLOT (5FU+oxaliplatine+docetaxel) est le standard thérapeutique pour toutes les tumeurs > cT1 et/ou N+. Les thérapies ciblées anti-HER2 ou anti-angiogénique en combinaison avec la chimiothérapie péri-opératoire n'ont pas permis d'améliorer la survie des patients. Les études évaluant l'intérêt de rajouter de l'immunothérapie à la chimiothérapie péri-opératoire ont montré une amélioration de la réponse histologique complète, et les résultats de survie sont en attente. Pour les 10-20% des patients présentant une tumeur avec instabilité des microsatellites (MSI), des études préliminaires évaluant l'immunothérapie péri-opératoire ou pré-opératoire ont montré des résultats très prometteurs avec 60% des réponses histologiques complètes.

Pour ces tumeurs MSI, des études de phase II sont en cours pour évaluer l'intérêt d'une stratégie de conservation d'organe en cas de réponse clinique complète.

Mots clés

- Cancer œsogastrique
- radio-chimiothérapie pré-opératoire
- chimiothérapie péri-opératoire
- instabilité des microsatellites
- immunothérapie

Abstract

Esophagogastric cancers are one of the leading causes of cancer deaths worldwide. Surgery constitutes the standard treatment with curative intent for resectable/localized forms.

However, the risk of tumor recurrence after surgery remains high, thus motivating the administration of additional treatment.

For esophageal and gastroesophageal junction cancers, the standard treatment is pre-operative chemo-radiotherapy (CRT) according to the CROSS protocol (carboplatin+paclitaxel+41Gy), followed by immunotherapy (nivolumab) post-operatively for one year in case of persistent residual tumor on the surgical specimen. Studies are currently evaluating the benefit of a "watch and wait" strategy for patients with a complete clinical response to CRT.

For gastric and gastroesophageal junction adenocarcinomas, the FLOT perioperative chemotherapy (5FU+oxaliplatin+docetaxel) is the therapeutic standard for all tumors > cT1 and/or N+. Targeted anti-HER2 or anti-angiogenic therapies in combination with perioperative chemotherapy have not improved patient survival. Studies evaluating the benefit of adding immunotherapy to perioperative chemotherapy have shown an improvement in complete histological response, and survival results are pending. For the 10-20% of patients with a tumor harboring a microsatellite instability

(MSI) phenotype, preliminary studies evaluating perioperative or preoperative immunotherapy have shown very promising results with 60% of complete histological response.

For these MSI tumors, phase II studies are underway to evaluate the benefit of an organ preservation strategy in case of complete clinical response.

Keywords

- Esophagogastric cancers
- pre-operative chemo-radiotherapy
- peri-operative chemotherapy
- microsatellite instability
- immunotherapy