

# Thesaurus THORAX – Point d'avancement

JOSÉPHINE MAYER, PHARMACIEN, HÔPITAL NORD FRANCHE COMTÉ

PAULINE GUENEAU, PHARMACIEN, CHU DIJON BOURGOGNE

LE 17/01/2023

# Méthode

- ▶ **Contacté qui ?**
  - ▶ Pharmaciens de BFC (liste fournie par le réseau OncoBFC)
- ▶ **Comment?**
  - ▶ Par email +/- téléphone
  - ▶ Plusieurs relance nécessaires
- ▶ **Quoi ?**
  - ▶ Liste exhaustive des protocoles faits dans les différents établissements
  - ▶ Détails des protocoles (durée de perfusion, solution de dilution, ...)
  - ▶ Choix de ne pas faire apparaître les AAC
- ▶ **Outils utilisés ?**
  - ▶ Tableau Excel avec titre des protocoles et nom des établissements

**Thésaurus régional de Chimiothérapie  
THORAX**

**Version 2023**

**CHBM**

# Analyse des données

## ► Tableau Excel

- Nom de l'établissement
- Nom du protocole
- Type de pathologie traitée par « grande famille » (exemple CBNPC, CBPC, ...)

## ► Identification des différences

- inter établissements
- par rapport au thesaurus de 2017

## ► Identification des nouveautés

Libellé du protocole de l'établissement	Etablissement	Protocole présent Thésaurus 2017	Pathologie	Libellé protocole Thésaurus 2017	Contenu identique Thésaurus 2017	Remarques
CARBOPLATINE - ETOPOSIDE	CH Beaune	oui	CBPC	Carboplatine + Etoposide	oui	
CARBOPLATINE - PEMETREXED	CH Beaune	oui	CBNPC	Carboplatine + Pemetrexed	oui	
CISPLATINE - DOCETAXEL	CH Beaune	oui	CBNPC RT	Cisplatine + Docetaxel	oui	cisplatine en 1 fois à J1
CISPLATINE - DOCETAXEL Frac J1-J2	CH Beaune	oui	CBNPC RT	Cisplatine + Docetaxel	non	cisplatine à 40mg/m <sup>2</sup> J1 et 35mg/m <sup>2</sup> J2 au lieu de 35 mg/m <sup>2</sup> J1et J2 dans le thesaurus

# Difficultés rencontrées

- ▶ Tous les établissements ne nous ont **pas répondu** malgré multiples relances auprès des pharmaciens et des médecins
  - ▶ Liste à jour des pharmaciens de BFC ?
- ▶ Variété des supports transmis : difficulté d'analyse et **informations manquantes**
- ▶ Qui va faire la relecture ?
  - ▶ Nous avons contacté les oncologues de BFC pour trouver une date de relecture mais ceci n'a pas abouti
  - ▶ Attente prochaine réunion BFC-THORAX pour élaborer un groupe de travail médecin
- ▶ Représente un vrai temps pharmacien, en plus de notre activité hospitalière : **manque de temps, chronophage**
- ▶ Nécessité **d'actualisation : Fréquence?**

# Ce qu'il reste à faire

- ▶ Valider la liste exhaustive des protocoles
- ▶ **Consensus sur les pratiques** (temps de perfusion, durée des traitements, ...) des différents protocoles
  - ▶ Réunion de travail à prévoir, groupe de travail à définir ?
- ▶ Finaliser la rédaction du thesaurus et faire une relecture
- ▶ Intégration dans les logiciels de prescription ?

# Les nouveautés majeures

## Arrivée de l'immunothérapie

- ▶ **Cancers Bronchiques Non Petites Cellules (CBNPC) non épidermoïdes**
  - ▶ **1<sup>ère</sup> ligne**
    - ▶ **PD-L1 ≥ 50 %**
      - ▶ Pembrolizumab (200 mg ou 400 mg toutes les 3 semaines ou 6 semaines) ([Reck, 2016](#))
      - ▶ Pembrolizumab (200 mg toutes les 3 semaines) + **sels de platine + pemetrexed**, 4 cures suivies d'une maintenance par pemetrexed + pembrolizumab ([Gandhi, 2018](#)).
      - ▶ Cemiplimab : [avis favorable](#) au remboursement de la CT du 06 octobre 2021 ([Khalife, 2021](#))
      - ▶ Atezolizumab : AMM mais pas de remboursement
    - ▶ **PD-L1 <50 %**
      - ▶ Pembrolizumab (200 mg toutes les 3 semaines) + **sels de platine + pemetrexed**, 4 cures suivies d'une maintenance par pemetrexed + pembrolizumab ([Gandhi, 2018](#)).
    - ▶ **Traitement de maintenance**
      - ▶ Pembrolizumab est administré pour une durée maximale de 2 ans associé au pemetrexed. Néanmoins, selon l'AMM, le pembrolizumab est poursuivi jusqu'à progression ou intolérance. L'arrêt du pembrolizumab peut être proposé au-delà de 2 ans selon l'évaluation à 2 ans, la tolérance et l'avis du patient

# Les nouveautés majeures

## Arrivée de l'immunothérapie

### ► Cancers Bronchiques Non Petites Cellules (CBNPC) épidermoïdes

#### ► 1<sup>ère</sup> ligne

##### ► PD-L1 ≥ 50 %

- Pembrolizumab (200 mg ou 400 mg toutes les 3 semaines ou 6 semaines) ([Reck, 2016](#))
- Pembrolizumab (200 mg en dose unique) + **carboplatine (AUC 6) + paclitaxel (175 à 200 mg/m<sup>2</sup>) J1/J22** pour 4 cycles, suivi d'une poursuite du pembrolizumab jusqu'à progression ou toxicité ([Paz-Ares, 2018](#)).
- Cemiplimab : [avis favorable](#) au remboursement de la CT du 06 octobre 2021 ([Khalife, 2021](#))
- Atezolizumab : AMM mais pas de remboursement

##### ► PD-L1 <50 %

- **Pembrolizumab (200 mg en dose unique) + carboplatine (AUC 6) + paclitaxel (175 à 200 mg/m<sup>2</sup>) J1/J22** pour 4 cycles, suivi d'une poursuite du pembrolizumab jusqu'à progression ou toxicité ([Paz-Ares, 2018](#)).

##### ► Traitement de maintenance

- Poursuite du pembrolizumab à la même dose après carboplatine/paclitaxel/pembrolizumab (4 cycles d'induction) jusqu'à progression ou toxicité inacceptable ([Paz-Ares, 2018](#)).

#### ► 2<sup>ème</sup> ligne

- Pembrolizumab/Nivolumab/Atézolizumab, immunothérapie seule (quel que soit le statut PD-L1)

# Les nouveautés majeures

## Arrivée de l'immunothérapie

### ► Cancers Bronchiques Petites Cellules (CBPC) :

#### ► 1<sup>ère</sup> ligne

- **Durvalumab** : Avis favorable au remboursement (dose fixe de 1 500 mg) en association à l'étoposide et au carboplatine ou au cisplatine, toutes les 3 semaines pendant 4 cycles. Puis toutes les 4 semaines en entretien jusqu'à progression ou toxicité inacceptable
  - cisplatine (75 à 80 mg/m<sup>2</sup> à J1) ou carboplatine (AUC5 ou 6 à J1) / étoposide (80 à 100 mg/m<sup>2</sup>, IV, à J1, J2 et J3) / durvalumab (1500 mg à J1) tous les 21 jours, 4 cycles ([Paz-Ares, 2019](#))
- **Atézolizumab** : Avis favorable au remboursement (dose fixe de 1 200 mg), en association au carboplatine et à l'étoposide pendant 4 cycles. Puis toutes les 3 semaines en entretien jusqu'à progression ou toxicité inacceptable
  - atézolizumab (1200 mg toutes les 3 semaines) ou durvalumab (1500 mg toutes les 4 semaines). L'efficacité au long terme est confirmée pour l' Atezolizumab (update à 18 mois) ([Liu, 2021](#)) et pour le Durvalumab (update à 3 ans) ([Paz-Ares, 2019](#)).
- Un progrès thérapeutique par rapport à la chimiothérapie carboplatine + étoposide



# Les nouveautés majeures

## Arrivée de l'immunothérapie

### ► Mésothéliome pleural malin (MPM)

#### ► 1<sup>ère</sup> ligne

- **Nivolumab + Ipilimumab** : Avis favorable au remboursement dans le traitement de 1<sup>ère</sup> ligne des patients adultes atteints de MPM non résécable.
- Un progrès thérapeutique par rapport à la chimiothérapie à base de pemetrexed et de sels de platine
  - Ipilimumab 1mg/kg toutes les 6 semaines + nivolumab dose fixe de 360 mg toutes les 3 semaines traitement est poursuivi jusqu' à 24 mois chez les patients sans progression de la maladie
- *Remarque : CPC Nivolumab en monothérapie ou en association à ipilimumab dans le traitement des patients adultes atteints d'un MPM en progression après une première ligne*
- *L'étude clinique MAPS de l'IFCT-GFPC a également montré un gain de survie globale chez ces patients en ajoutant bevacizumab à l'association cisplatine-pemetrexed mais le bevacizumab ne dispose actuellement pas d'AMM dans cette indication de traitement à base de pemetrexed-cisplatine*

Merci de votre  
attention

MAYER JOSEPHINE

[JOSEPHINE.MAYER@HNFC.FR](mailto:JOSEPHINE.MAYER@HNFC.FR)

GUENEAU PAULINE

[PAULINE.GUENEAU@CHU-DIJON.FR](mailto:PAULINE.GUENEAU@CHU-DIJON.FR)