

ECHO des régions, Retour d'expériences RCP CAPID

Boris Duchemann, APHP, Avicenne, Bobigny
Jacques Cadranel, APHP, Hôpital Tenon, Paris

Question 1

Concernant la RCP CAPID ...

- 1. Vous connaissez cette RCP
- 2. Vous avez déjà présenté un dossier à cette RCP
- 3. Ni l'un ni l'autre



www.wooclap.fr

Code wooclap : **MXLZJD**

À VOS
TÉLÉPHONES !

Question 2

Concernant votre perception de l'association cancer du poumon et pneumopathie interstitielle diffuse fibrosante (PID-f) ...

- 1. C'est une association que vous ne rencontrez jamais
- 2. C'est une association qui vous fait modifier votre bilan pré-thérapeutique du cancer
- 3. C'est une association qui vous fait proposer aux malades un traitement différent des standards thérapeutiques du cancer
- 4. C'est une situation pour laquelle il y a des essais thérapeutiques en cours
- 5. C'est une association qui justifie un traitement de la PID-f avant d'envisager un traitement du cancer



www.wooclap.fr

Code wooclap : **MXLZJD**

À VOS
TÉLÉPHONES !

Question 3

Chez un patient de 69 ans, PS=1 qui présente une FPI avec un adénocarcinome métastatique du lobe inférieur droit (os, foie), sans addiction oncogénique et une expression de PD-L1 à 30%. Il n'a jamais fait d'exacerbation, reçoit de la pirfenidone, a une CVF à 57% et une DLCO à 35% quelle serait votre 1ère ligne de traitement?

- 1. Carboplatine pemetrexed plus pembrolizumab
- 2. Carboplatine pemetrexed
- 3. Carboplatine paclitaxel
- 4. Carboplatine paclitaxel plus bevacizumab
- 5. Monochimiothérapie

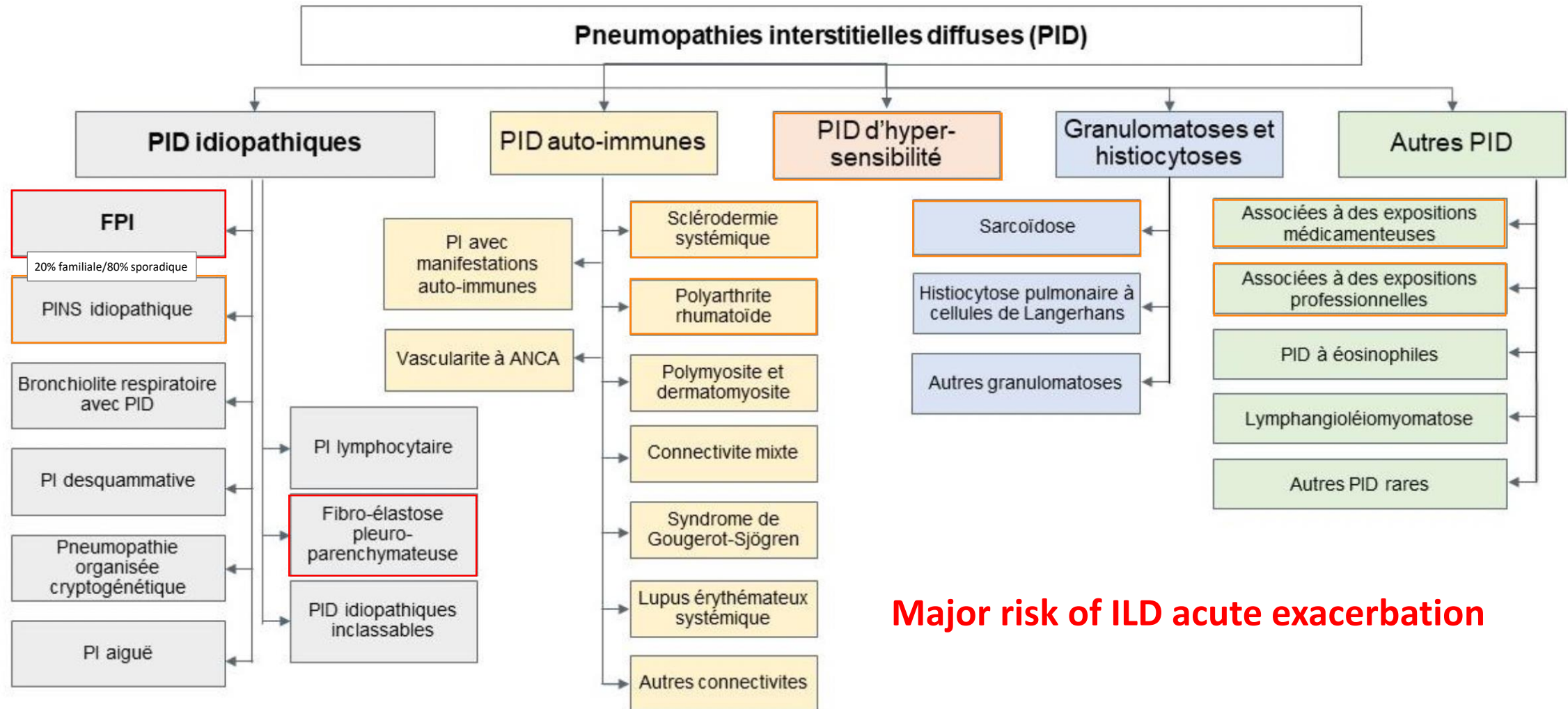


www.wooclap.fr

Code wooclap : **MXLZJD**

À VOS
TÉLÉPHONES !

Fibrosing interstitial lung disease

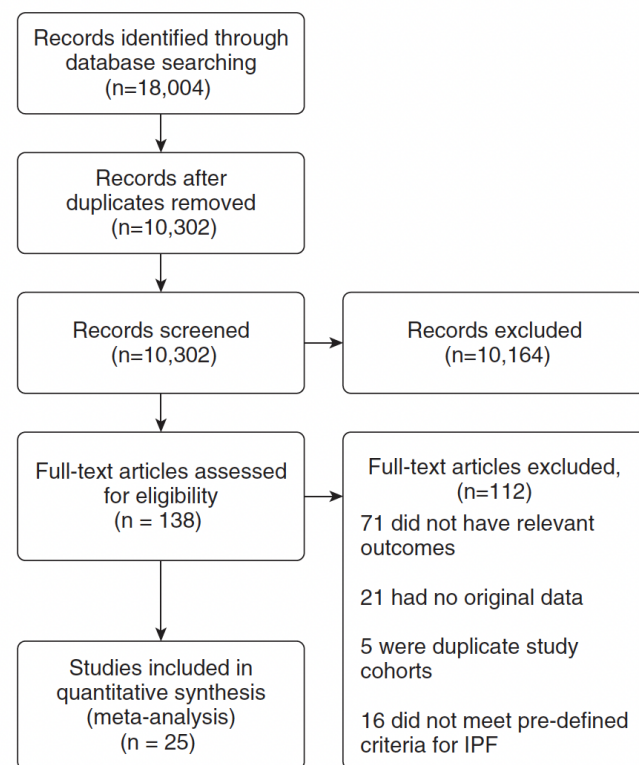


Major risk of ILD acute exacerbation

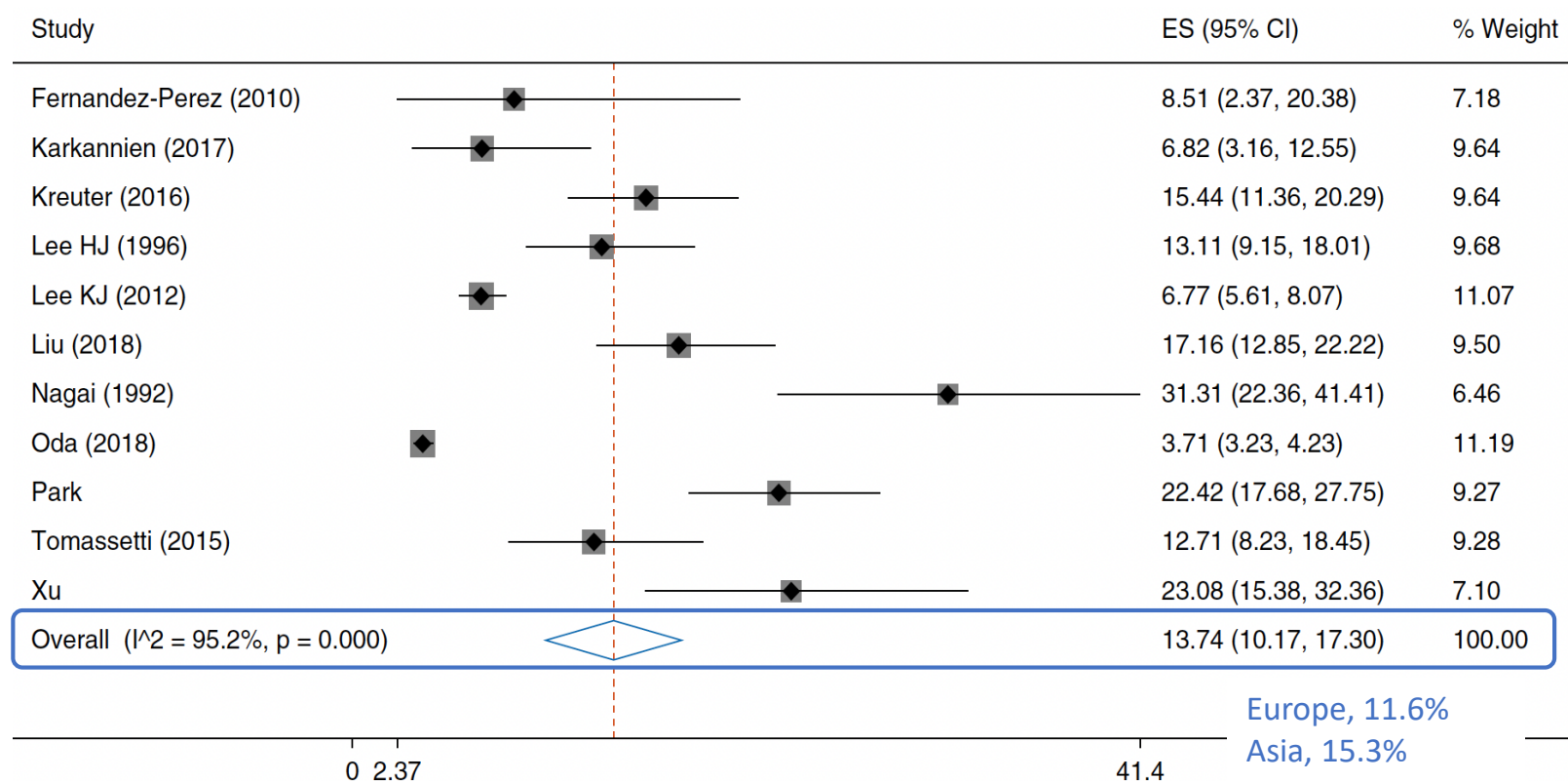
Idiopathic Pulmonary Fibrosis and Lung Cancer

A Systematic Review and Meta-analysis

Stacey-Ann Whittaker Brown¹, Molly Dobelle², Maria Padilla¹, Mariangela Agovino², Juan P. Wisnivesky^{3*}, Dana Hashim², and Paolo Boffetta²



Prevalence (%) of lung cancer in patients with IPF



Stacey-Ann Whittaker Brown¹, Molly Dobelle², Maria Padilla¹, Mariangela Agovino², Juan P. Wisnivesky^{3*}, Dana Hashim², and Paolo Boffetta²



Study	ES (95% CI)	% Weight
Hubbard (2000)	0.88 (0.62, 1.20)	13.90
Hyltdgaard (2014)	3.55 (1.44, 7.18)	3.95
Kato (2018)	2.52 (1.97, 3.17)	12.62
Kim (2015)	0.81 (0.39, 1.49)	13.62
Kwak (2014)	2.31 (0.76, 5.32)	5.55
Le Jeune (2007)	1.12 (0.75, 1.60)	13.44
Lee KJ (2012)		12.95
Miura (2018)		9.26
Ozawa (2009)	8.25 (4.70, 11.48)	5.69
Portillo (2017)		1.60
Tomassetti (2015)	4.96 (3.00, 8.18)	8.01
Overall ($I^2 = 86.0\%$, $p = 0.000$)	6.42 (3.21, 9.62)	100.00

Lung cancer in connective tissue disease-associated interstitial lung disease: clinical features and impact on outcomes

Satoshi Watanabe¹, Keigo Saeki¹, Yuko Waseda², Akari Murata¹, Hazuki Takato¹, Yukari Ichikawa⁴, Masahide Yasui², Hideharu Kimura³, Yasuhito Hamaguchi³, Takashi Matsushita³, Kazunori Yamada³, Mitsuhiro Kawano², Kengo Furuichi³, Takashi Wada³, Kazuo Kasahara¹

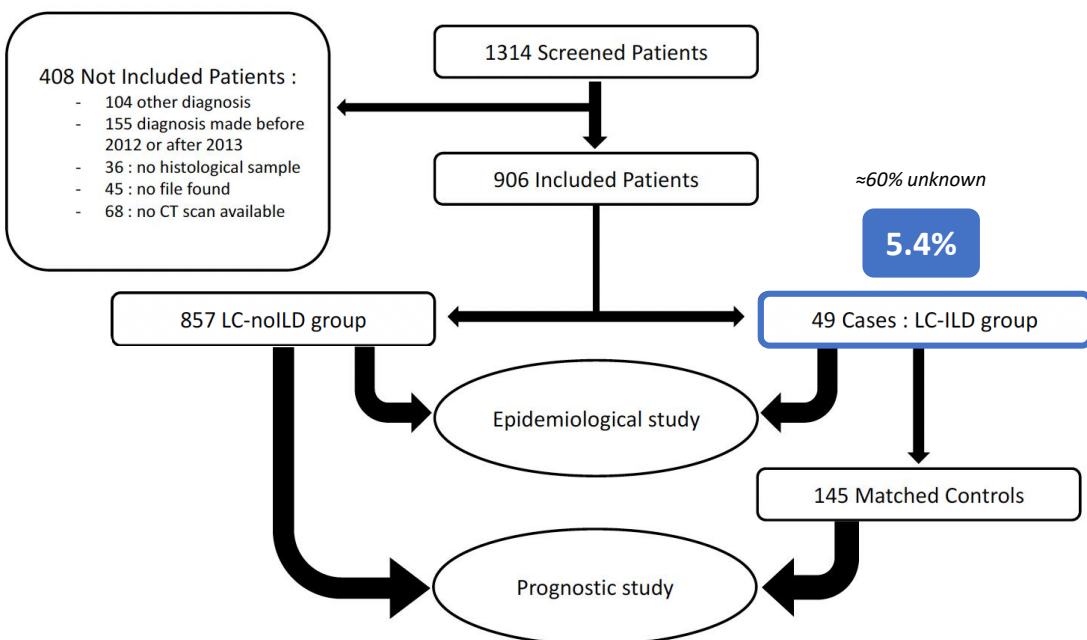


Characteristics of lung cancer patients with CTD-ILD - retrospective cohort

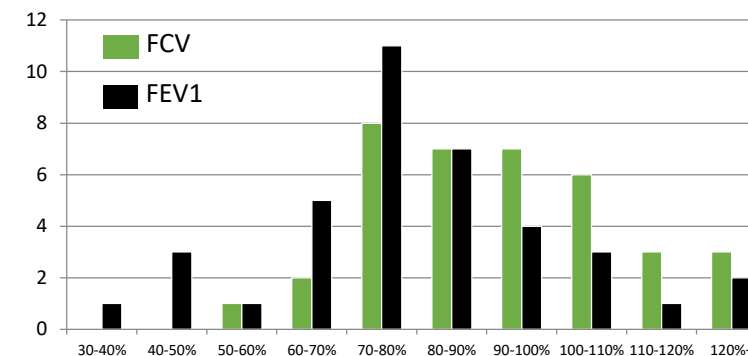
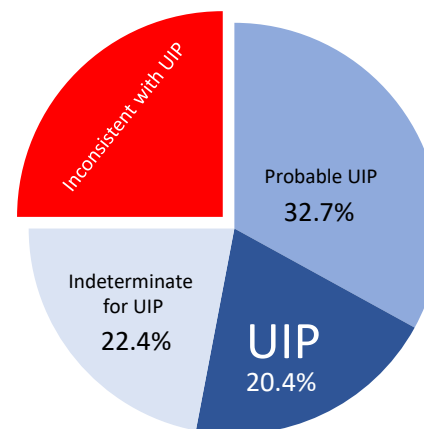
Characteristics	CTD-ILD with LC (N=24)	CTD-ILD without LC (N=242)	P value
Male/female (% male)	● 15/9 (62.5)	73/169 (30.2)	0.002
Age, years	● 66±10 (61–73)	59±13 (51–67)	0.003
Smoking history			<0.001
Current-smokers	● 14 (58.3)	44 (18.2)	
Occupational exposure	4 (16.7)	29 (12.0)	0.527
CTD			
RA component	● 13 (54.2)	64 (26.4)	0.008
SSc component	7 (29.2)	110 (45.5)	0.137
PM/DM component	2 (8.3)	62 (25.6)	0.078
SS component	3 (12.5)	37 (15.3)	1.000
SLE component	1 (4.2)	16 (6.6)	1.000
Chest HRCT findings			0.001
UIP	● 10 (41.7)	29 (12.0)	
Not UIP	14 (58.3)	213 (88.0)	
Emphysema	● 14 (58.3)	19 (7.9)	<0.001

Interstitial Lung Disease Associated with Lung Cancer: A Case–Control Study

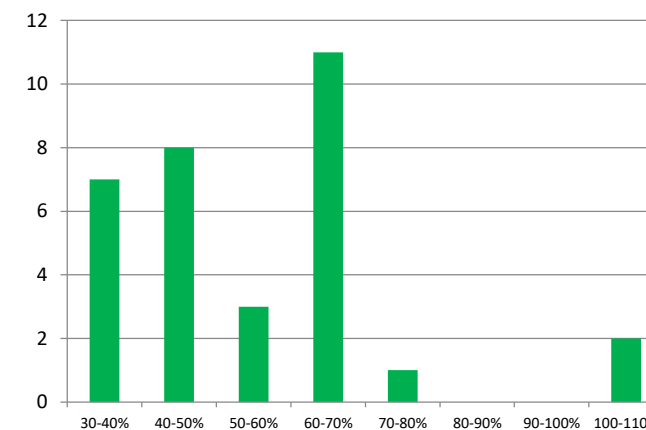
Quentin Gibiot ^{1,2}, Isabelle Monnet ¹, Pierre Levy ³, Anne-Laure Brun ⁴, Martine Antoine ⁵, Christos Chouaïd ^{1,2}, Jacques Cadranet ^{6,7} and Jean-Marc Naccache ^{6,*}



CT-scan pattern
PID extension ≈5%



Pulmonary function tests



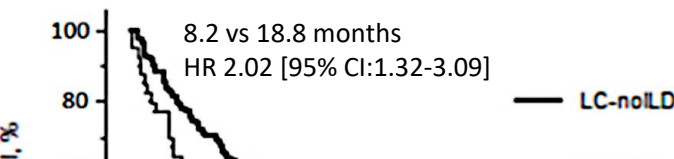
DLCO

Interstitial Lung Disease Associated with Lung Cancer: A Case–Control Study

Quentin Gibiot ^{1,2}, Isabelle Monnet ¹, Pierre Levy ³, Anne-Laure Brun ⁴, Martine Antoine ⁵, Christos Chouaid ^{1,2}, Jacques Cadranet ^{6,7} and Jean-Marc Naccache ^{6,*}



Lung cancer population



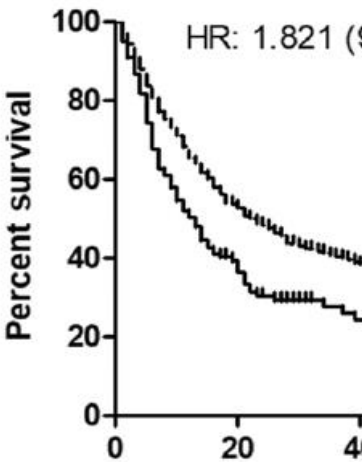
Univariate			Multivariate (n = 177)	
Factor	n	p	HR 95% CI	p
Age	194	0.01	1.01 (0.99–1.03)	0.23
Smoker				
No	20	0.05	Reference	0.01
Yes	174		2.67 (1.22–5.81)	
Diabetes mellitus				
No	169	0.09	Reference	0.06
Yes	25		0.57 (0.32–1.02)	
Interstitial lung disease				
No	145	0.059	Reference	
Yes	49		1.80 (1.21–2.67)	0.004
Standard-of-care management				
No	44	0.002	Reference	
Yes	149		0.61 (0.39–0.97)	0.04

Impact of idiopathic pulmonary fibrosis on clinical outcomes of lung cancer patients

Ho Cheol Kim ^{1,3}, Seonjeong Lee ^{2,3} & Jin Woo Song ¹

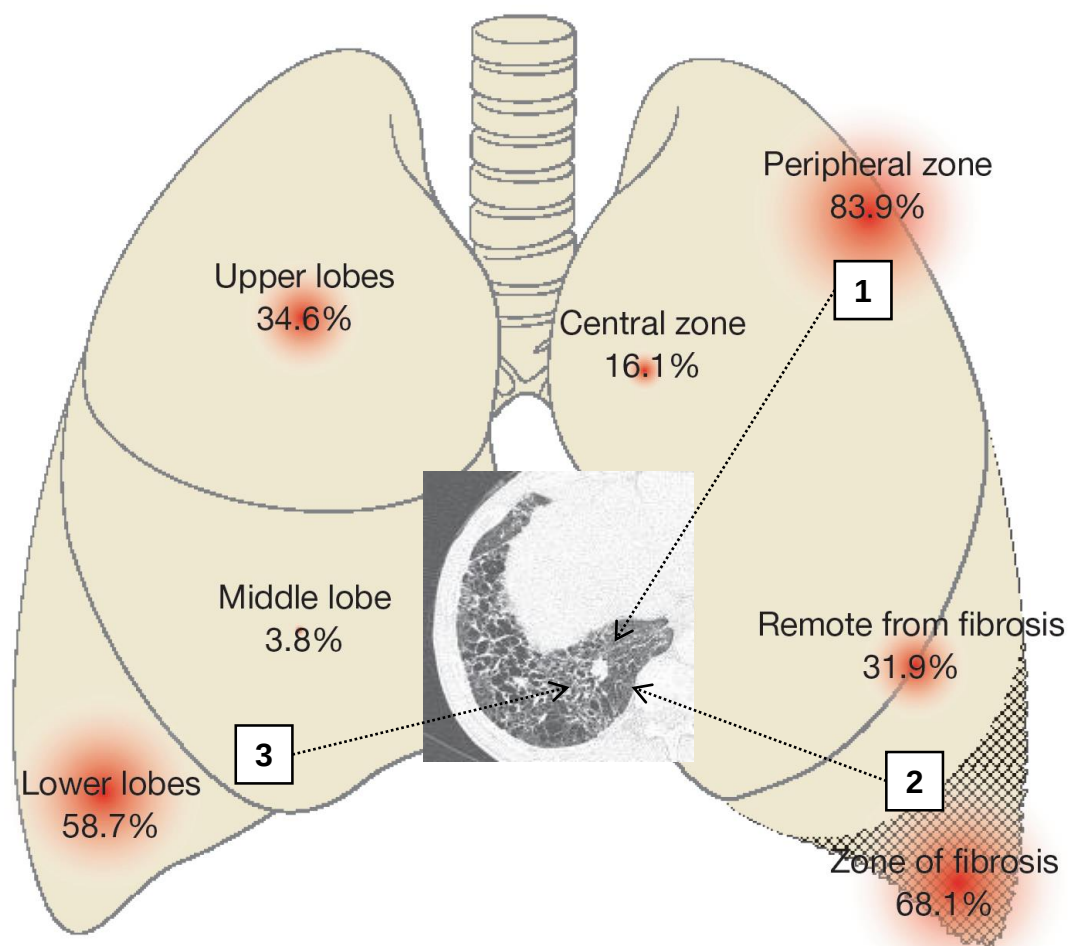


IPF population



Characteristics	IPF	No-IPF	P-value
Number of patients	104	416	
Resectable case	66 (63.5)	267 (64.2)	0.891
Surgery	55 (52.9)	197 (47.4)	0.313
Types of surgery			<0.001
Lobar resection ^a	32 (58.2)	175 (88.8)	
Sublobar resection ^b	23 (41.8)	22 (11.2)	
Chemotherapy	33 (31.7)	134 (32.2)	0.925
Target therapy ^c (n = 39/156)	4 (10.1)	32 (20.5)	0.140
Target therapy regimen			0.319
Gefitinib	3 (75.0)	19 (59.4)	
Erlotinib	0	9 (28.1)	
Gefitinib + Erlotinib	0	2 (6.3)	
Afatinib	1 (25.0)	1 (3.1)	
Crizotinib	0	1 (3.1)	
Radiation therapy	23 (22.1)	65 (15.6)	0.114
Types of RT			0.015
SRS or SBRT	12 (52.2)	16 (24.6)	
Conventional RT	11 (47.8)	49 (75.4)	

Mostly after IPF diagnosis and detected fortuitously



- . Relative increased frequency of SqC carcinoma and SCLC
- . Lower TNM stage at diagnosis
- . Underestimation of T stage by CT-scan
- . Good performance of PET-CT for N staging
- . Very low frequency of molecular addiction
- . Difficulty to obtain histology

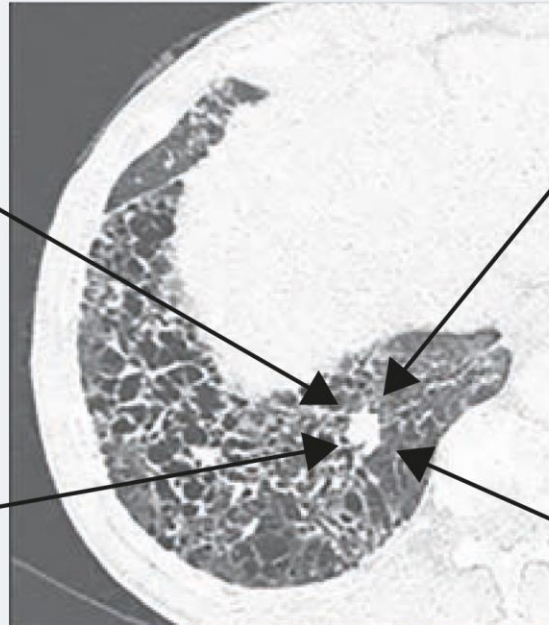
Management of nodule suspected to be a LC, a “case by case” decision

Biopsie impossible ≈ 20 à 25 %

1. Caractérisation du nodule
 - Nodule incident, spiculé
 - Topographie du lobe supérieur ou de la zone de fibrose
 - Persistant après antibiotique
 - Temps de doublement ≤ 90 jours

Diagnostic de probabilité ?

2. TEP-FDG scanner
 - SUV $\geq 3,5$
 - Fixation médiastinale ou extrathoracique



3. Risque de la biopsie vs chirurgie
 - Taille, localisation du nodule
 - Valeur de la CVF et de la DLCO
 - Scintigraphie de perfusion, VO_2 max
 - Score de l'index ILD-GAP

Diagnostic de certitude ?

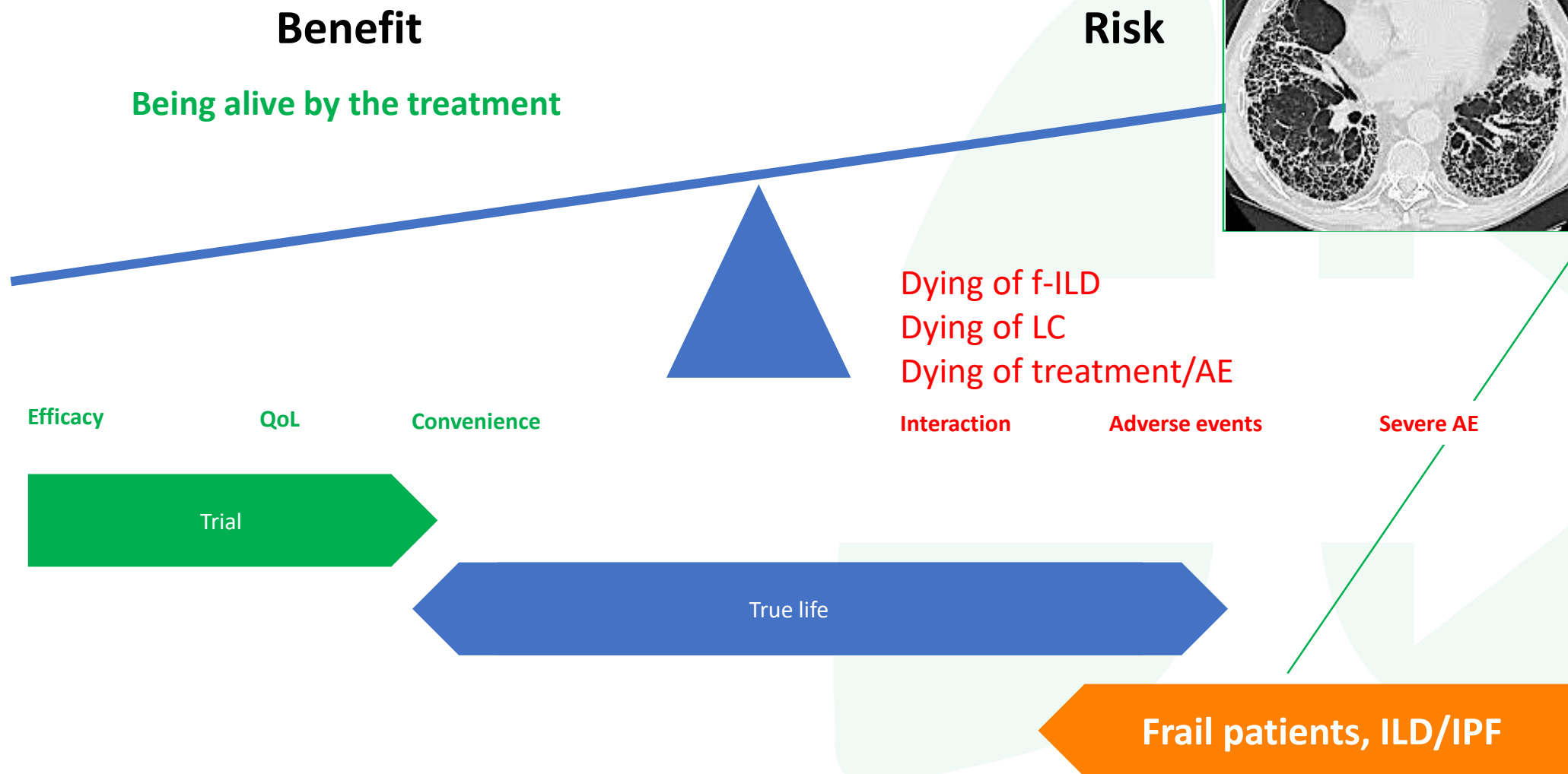
4. Procédure diagnostique moins à risque
 - EBUS ou EUS
 - Biopsie d'une lésion métastatique
 - Biopsie liquide



Bénéfice/risque ?
Surveillance ?

Lung cancer in patients with fibrosing interstitial lung diseases: an overview of current knowledge and challenges

Namrata Kewalramani¹, Carlos Machahua^{2,3}, Venerino Poletti³, Jacques Cadranet⁴, Athol U. Wells⁵ and
Manuela Funke-Chambour^{1,2}



Score GAP

Variables		Points
G	Sexe (Gender)	
	Femmes	0
	Hommes	1
A	Age (Années)	
	≤ 60	0
	61 – 65	1
	> 65	2
P	EFR (Physiology)	
	CVF, % de valeur théorique	
	> 75	0
	50 – 75	1
	< 50	2
	DLCO, % de valeur théorique	
	> 55	0
	36 – 55	1
	≤ 35	2
	Impossible	3
Score total possible		8

Score ILD-GAP

	Facteurs prédictifs	Points
ILD	Sous-type de PID	
	FPI	0
	PID inclassable	0
	PID + connectivite/PINS idiopathique	-2
	PHS	-2
G	Sexe	
	Femme	0
	Homme	1
A	Âge	
	≤ 60 ans	0
	61-65 ans	1
	> 65 ans	2
P	Physiologie	
	CVF, % théorique	
	> 75 %	0
	50-75 %	1
	< 50 %	2
	DLCO, % théorique	
	> 55 %	0
	36-55 %	1
	≤ 35 %	2
	Non réalisable	3
Total possible des points		8

Mortalité prédite

Score ILD-GAP	1 an	2 ans	3 ans
0-1	3,1	6,6	10,2
2-3	8,8	18,0	26,9
4-5	18,2	35,0	49,2
> 5	33,5	58,4	74,8



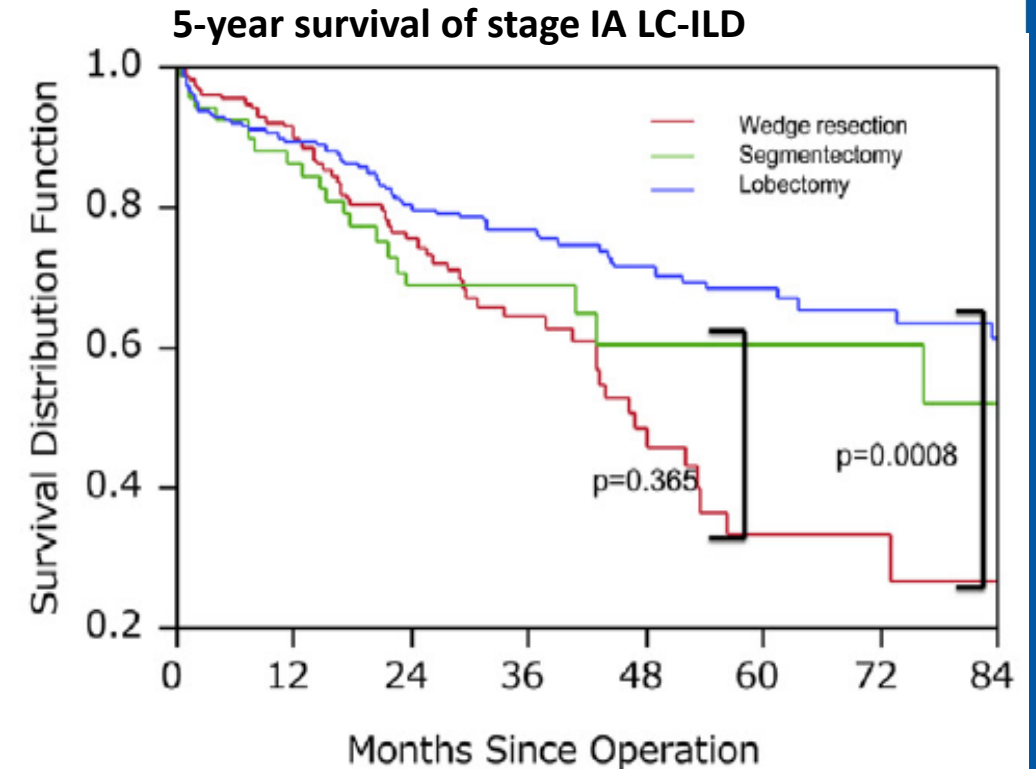


Resection procedure impacts rate and cause of mortality

Japanese cohort of 1763 patients with ILD and lung resection for NSCLC

Interaction between type of surgery and cause of death – cancer relapse or acute exacerbation

Cause of death	Procedures	Cases (%)	OR	95% CI	P value
Cancer 	Lobectomy	20/312 (6.4)	1	—	—
	Segmentectomy	12/71 (16.9)	2.56	1.15-5.67	.021
	Wedge resection	26/159 (16.4)	2.98	1.56-5.68	.001
Respiratory failure	Lobectomy	31/312 (9.9)	1	—	—
	Segmentectomy	7/71 (9.9)	0.80	0.32-2.01	.641
	 Wedge resection	10/159 (6.3)	0.35	0.15-0.82	.015

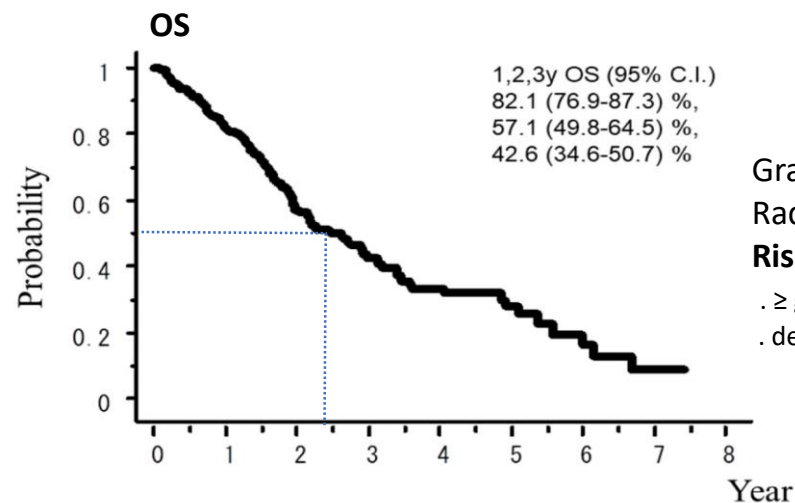




Stereotactic Body Radiation Therapy for Patients with Pulmonary Interstitial Change: High Incidence of Fatal Radiation Pneumonitis in a Retrospective Multi-Institutional Study

Patients characteristics

Total patients number	242
Gender	Male: 214, Female: 28
Age	55–92 (median: 77) y.o
Performance status (ECOG)	PS 0, 1, 2, 3, 4, NA * = 99, 114, 20, 2, 0, 7
Histology	squamous cell cancer: 92 adenocarcinoma: 77 unspecified non-small cell lung cancer: 18 unproven: 55
Tumor size	3–50 mm (median: 27 mm)
T stage (7th UICC)	T1, T2 = 160, 82
Medical operability	operable:54, inoperable:175, NA *: 13
Smoking history	(+): 153, (–): 25, NA *: 64
Pulmonary emphysema	(+): 87, (–): 118, NA *: 37
Steroid administration before SBRT	(+): 20, (–): 174, NA *: 50
% vital capacity (% VC)	45.6–150.6% (mean: 91.9%)
FEV1.0% **	37.1–97.1% (mean: 67.9%)
SBRT dose	40–70 Gy in 4–10 fractions
V20 ***	1.1–21.7% (mean: 6.6%)

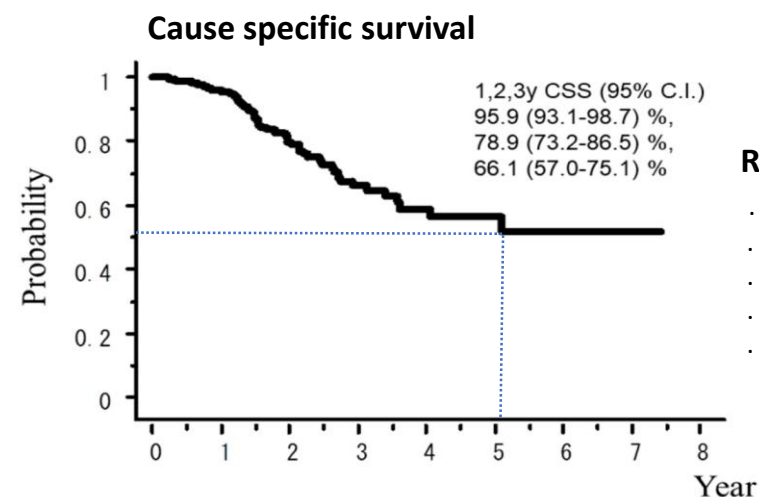


Grade ≥3 radiation pneumonitis, **12.4%**
Radiation pneumonitis mortality, **6.9%**

Risk factors: V20% <10%

. ≥ grade 3: 29.4 vs 11.1%

. death: 28.6 vs 6.6%



Risk factors of LC or f-ILD death

. Male, p=0.03

. PS ≥2, p=0.03

. Sqc carcinoma, p<0.01

. FCV <70%/FEV1 <70%, p<0.01

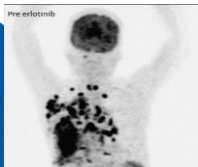
. Receiving steroids before FCV, p<0.01



(No)Place for radiotherapy in locally advanced LC f-ILD

- Concomitant RT-CT is recommended in locally advanced NSCLC $\pm$ durvalumab (PD-L1 $\geq 1\%$) in consolidation
 - $\approx 15\text{-}40\%$ of symptomatic radiation pneumonitis and $\approx 2\%$ fatal with RT;
increased risk with concomitant chemotherapy
 - $\approx 20\%$ of radiation pneumonitis is fatal
- Very few data evaluating efficacy, and toxicity, of conventional radiation therapy in patients with LC-ILD
 - **36 to 46%** of symptomatic radiation pneumonitis in f-ILD
 - **6.3 to 18.2% of fatal** radiation pneumonitis were from patients with pre-radiation f-ILD
 - EORTC recommended that conventional radiotherapy **should be avoided** for patients with **LC-IPF** (other f-ILD?)

Radiotherapy: Should locally advanced stage LC be treated as a metastatic disease?



Nintedanib plus chemotherapy for nonsmall cell lung cancer with idiopathic pulmonary fibrosis: a randomised phase 3 trial

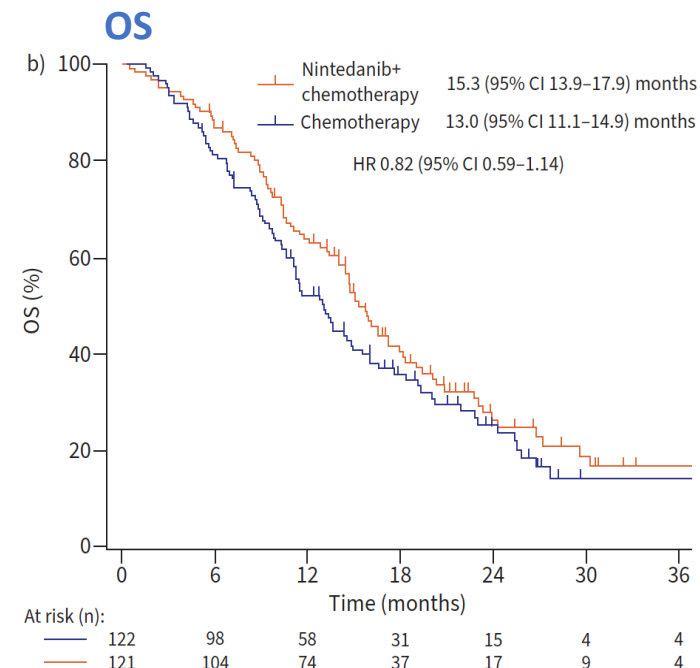
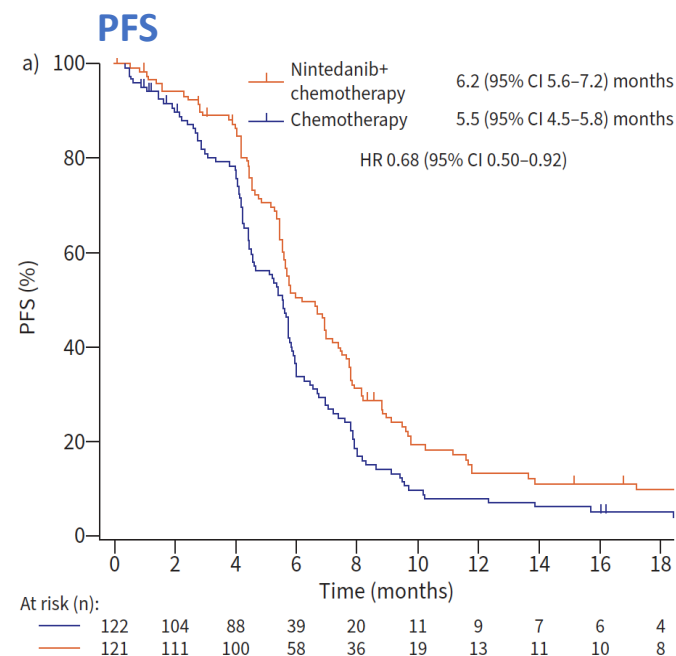
Kohei Otsubo^{1,2}, Junji Kishimoto³, Masahiko Ando⁴, Hirotsugu Kenmotsu⁵, Yuji Minegishi^{6,7}, Hidehito Horinouchi⁸, Terufumi Kato⁹, Eiki Ichihara¹⁰, Masashi Kondo¹¹, Shinji Atagi¹², Motohiro Tamiya¹³, Satoshi Ikeda¹⁴, Toshiyuki Harada¹⁵, Shinnosuke Takemoto¹⁶, Hidetoshi Hayashi¹⁷, Keita Nakatomi¹⁸, Yuichiro Kimura¹⁹, Yasuhiro Kondoh²⁰, Masahiko Kusumoto²¹, Kazuya Ichikado²², Nobuyuki Yamamoto²³, Kazuhiko Nakagawa¹⁷, Yoichi Nakanishi^{1,24} and Isamu Okamoto¹

Primary objective : reduction of the risk of IPF AE

TABLE 1 Baseline demographic and clinical characteristics of the study patients

	Nintedanib+chemotherapy (n=121)	Chemotherapy (n=122)
Age (years)	71 (53–82)	71 (57–82)
Sex		
Male	108 (89.3)	111 (91.0)
Female	13 (10.7)	11 (9.0)
ECOG PS		
0	41 (33.9)	57 (46.7)
1	80 (66.1)	65 (53.3)
Clinical stage		
III	29 (24.0)	28 (23.0)
IV	64 (52.9)	65 (53.3)
Post-operative recurrent	28 (23.1)	29 (23.8)
Histology		
Squamous	50 (41.3)	54 (44.3)
Adenocarcinoma	52 (43.0)	52 (42.6)
Other	19 (15.7)	16 (13.1)
GAP stage		
I (GAP index 0–3)	65 (53.7)	65 (53.3)
II (GAP index 4–5)	56 (46.3)	57 (46.7)
Smoking status		
Smoker	115 (95.0)	119 (97.5)
Never-smoker	6 (5.0)	3 (2.5)
FVC % pred	82.9	85.1
>75% pred	84 (69.4)	83 (68.0)
50–75% pred	37 (30.6)	39 (32.0)
D _{lco} % pred	58.5	60.0
>55% pred	72 (59.5)	74 (60.7)
36–55% pred	49 (40.5)	48 (39.3)

Carboplatin nab-paclitaxel J1,8,15/J28





Nintedanib plus chemotherapy for nonsmall cell lung cancer with idiopathic pulmonary fibrosis: a randomised phase 3 trial

Kohei Otsubo^{1,2}, Junji Kishimoto³, Masahiko Ando⁴, Hirotsugu Kenmotsu⁵, Yuji Minegishi^{6,7}, Hidehito Horinouchi⁸, Terufumi Kato⁹, Eiki Ichihara¹⁰, Masashi Kondo¹¹, Shinji Atagi¹², Motohiro Tamiya¹³, Satoshi Ikeda¹⁴, Toshiyuki Harada¹⁵, Shinnosuke Takemoto¹⁶, Hidetoshi Hayashi¹⁷, Keita Nakatomi¹⁸, Yuichiro Kimura¹⁹, Yasuhiro Kondoh²⁰, Masahiko Kusumoto²¹, Kazuya Ichikado²², Nobuyuki Yamamoto²³, Kazuhiko Nakagawa¹⁷, Yoichi Nakanishi^{1,24} and Isamu Okamoto¹

DEC

OS

a)		TABLE 2 Treatment-related adverse events								HR (95% CI)	
Chemotherapy		Nintedanib+ chemotherapy (n=120)		Chemotherapy (n=120)		p-value					
Age (years)		All		All		All					
<75										0.98 (0.66–1.46)	
≥75										0.48 (0.24–0.97)	
Sex											
Male										0.82 (0.58–1.16)	
Female										0.33 (0.05–2.04)	
ECOG PS											
0										0.57 (0.30–1.09)	
1										0.75 (0.48–1.15)	
Histology											
Squamous										1.05 (0.65–1.70)	
Nonsquamous										0.61 (0.40–0.93)	
Clinical stage											
III										0.91 (0.45–1.84)	
IV										0.63 (0.41–0.96)	
Recurrence										1.86 (0.83–4.18)	
GAP stage											
I										0.61 (0.38–0.98)	
II										1.10 (0.69–1.76)	
FVC % pred											
>75										0.67 (0.44–1.03)	
50–75										1.42 (0.72–2.78)	
D _{LCO} % pred											
>55										0.69 (0.44–1.07)	
36–55										0.99 (0.57–1.72)	
Proteinuria											
Fa										1.0000	
Peripheral sensory neuropathy											
										1.0000	

HR (95% CI)

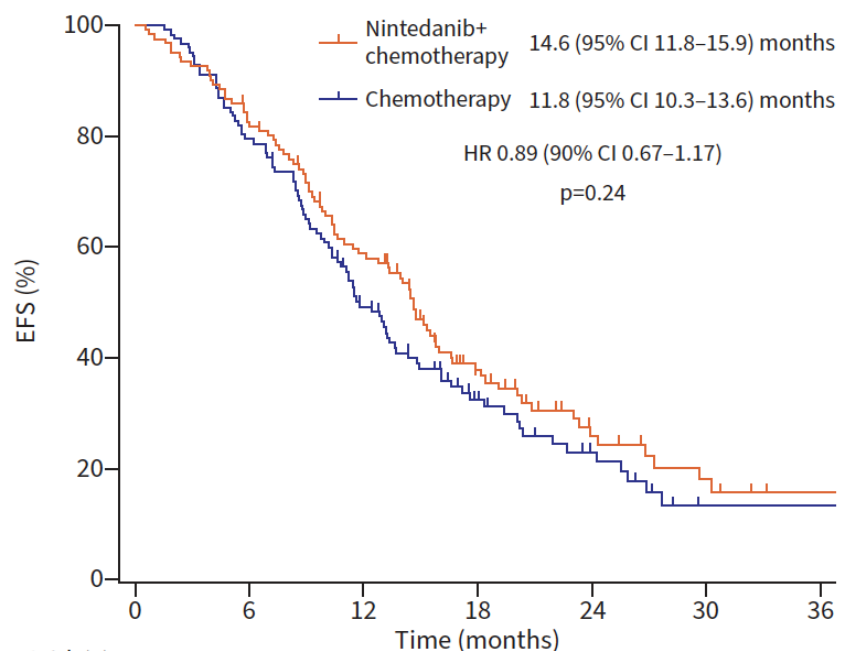
HR (95% CI)



Nintedanib plus chemotherapy for nonsmall cell lung cancer with idiopathic pulmonary fibrosis: a randomised phase 3 trial

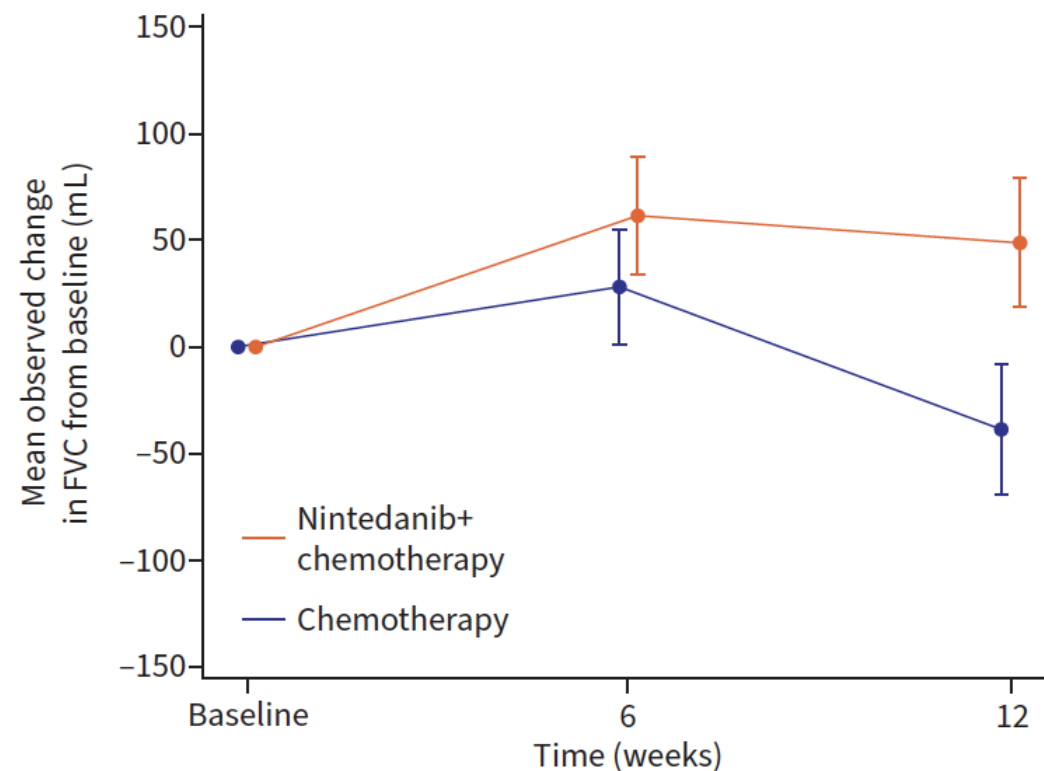
Kohei Otsubo^{1,2}, Junji Kishimoto³, Masahiko Ando⁴, Hirotugu Kenmotsu⁵, Yuji Minegishi^{6,7}, Hidehito Horinouchi⁸, Terufumi Kato⁹, Eiki Ichihara¹⁰, Masashi Kondo¹¹, Shinji Atagi¹², Motohiro Tamiya¹³, Satoshi Ikeda¹⁴, Toshiyuki Harada¹⁵, Shinnosuke Takemoto¹⁶, Hidetoshi Hayashi¹⁷, Keita Nakatomi¹⁸, Yuichiro Kimura¹⁹, Yasuhiro Kondoh²⁰, Masahiko Kusumoto²¹, Kazuya Ichikado²², Nobuyuki Yamamoto²³, Kazuhiko Nakagawa¹⁷, Yoichi Nakanishi^{1,24} and Isamu Okamoto¹

EA-FS

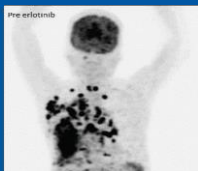


At risk (n):

122	95	54	27	13	4	4
121	98	68	34	16	8	4



Time (weeks)	Change in FVC from baseline (mL)						p-value
	Nintedanib+chemotherapy (n=95)			Chemotherapy (n=97)			
	Mean	SE	95% CI	Mean	SE	95% CI	
6	+61.6	27.5	+7.4 to +115.8	+28.1	27.0	-25.2 to +81.3	0.044
12	+48.9	30.4	-11.0 to +108.8	-38.4	30.5	-98.5 to +21.7	



KIs and ICIs: potential for use in advanced stage LC f-ILD

Kinase Inhibitors

- **PRO: efficacy**

- . KIs are the standard of care for advanced NSCLC with oncogenic addiction

Immune Checkpoint Inhibitors

- **PRO: efficacy**

- . Pembrolizumab/Atezolizumab/Cemiplimab is the standard of care for wild-type advanced NSCLC with PD-L1 $\geq 50\%$ in 1st line and
- . ICIs are the standard of care in 2nd line
- . Response to ICI is increased in smoker LC patients
- . PD-L1 expression similar in LC f-ILD and general population

Major risk of ILD acute exacerbation



Lung cancer in patients with fibrosing interstitial lung diseases: an overview of current knowledge and challenges

Namrata Kewalramani¹, Carlos Machahua^{1,2}, Venerino Poletti³, Jacques Cadranel⁴, Athol U. Wells⁵ and
Manuela Funke-Chambour^{1,2}

“My adapted” standard/option recommendations for the treatment of NSCLC f-ILD

Treatment	Stage I-IB	Stage IIA-IIIa	Stage IIIB/C	Stage IV		
Eligibility	Age, PS, FEV ₁ /DLco, comorbidities			Age, PS, histology, comorbidities, ‘auto-immunity’		
Biomarkers	NA	NA	NA	addiction (ADC)	PD-L1 ≥50%	PD-L1 <50%
Standard	Lobectomy VATS No adjuvant CT		Treat as Stage IV?	Carboplatin weekly paclitaxel (± bevacizumab)	Carboplatin weekly paclitaxel (± bevacizumab)	Carboplatin weekly paclitaxel (± bevacizumab)
					Nivolumab/pembrolizumab 2 nd line?	
Option/not fit	SBRT Sublobar resection	Treat as Stage IV?	Treat as Stage IV?	Kinase inhibitors?	Mono-CT paclitaxel, vinorelbine, pemetrexed	
Frail/oldest patients/PS2	SBRT	Palliative care	Palliative care	Kinase inhibitor	Palliative care	Palliative care

Pourquoi une RCP Nationale ?

- Incidence 5%
- Peu de données caucasiennes << Japonais
- Peu de données hors PII
- Peu de données chez les patients sévères
- Bénéfice risque difficile

INVITATION RCP

La prochaine **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
CAPID : Cancer du poumon
au cours des pneumopathies interstitielles diffuses

JEUDI 10 FÉVRIER 2022 • À 17H00



Si vous souhaitez présenter un patient, merci d'adresser la fiche RCP* à :

Dr Boris Duchemann : boris.duchemann@aphp.fr

Pr Jacques Cadranel : jacques.cadranel@aphp.fr **avant le 9 février.**

* en pièce jointe

RCP CAPID

- . RCP coordonnée par la Filière RespiFil (Pr Humbert) et le groupe OrphaLung (Pr Cottin)
- . Inscription sur le listing des invités en adressant un mail à : sabrina.aberbach@aphp.fr
- . Deuxième jeudi de chaque mois de 17h à 19h
- . Via Teams sécurisé
- . Obligation préalable :
 - remplir une fiche “malade, PID, cancer, projet/question”
 - obtenir la non-opposition du malade
 - rendre disponible les imageries sur Ortif (si possible)
- . Le jour de la RCP
 - être présent pour discuter du dossier
 - partager les imageries si imagerie non-disponible
- . Le lendemain de la RCP
 - envoi sécurisé d'un CR de RCP

RCP CAPID

Quorum

- . Sabrina Aberbache (ou autre responsable RespiFil)
- . Boris Duchemann et/ou Jacques Cadranel
- . Radiologues thoraciques : PY Brillet, J Behr, S Boussouar, M Barral
- . Plusieurs pneumologues
- . Plusieurs oncologues thoraciques
- . Radiothérapeutes, chirurgiens thoraciques

RCP CAPID



RCP CAPID « Cancer bronchique et PID » du ../../....

☐ « Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et l'avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d'autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique, et peuvent être utilisées à des fins de recherche clinique ».

Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP* (Nom, Prénom) :

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :

Date de la réunion : 12/10/2023

RCP CAPID

Patient

Nom* :

Prénom* :

Date de Naissance*

Sexe* : F ☐ M ☐

Patient déjà présenté en RCP locale : oui ☐, préciser :

Préciser : Taper du texte.

Origine géographique :

Exposition professionnelle :

Tabac :

RCP CAPID

Histoire de la maladie

1) PID

Date du diagnostic :

Diagnostic retenu :

DMD : oui ☐,

Traitement anti-fibrosant :

Oui ☐ Non ☐

Lequel :

Date introduction :

Traitement immunosuppresseur :

Oui ☐ Non ☐

Lequel : Taper du texte.

Date introduction : Entrer une date.

Contexte familial : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Anomalie génétique germinale :

Pattern radiologique :

Rayon de miel : Oui ☐ Non ☐

Gravité : DLCO %th / CVF 2.7 l soit %th

PO2 / oxygénothérapie : Oui ☐ Non ☐

Commentaires : Taper du texte.

Histologie de la PID : Oui ☐ Non ☐

Commentaires : Taper du texte.

Evolutivité sur les 6 derniers mois : Oui ☐ Non ☐

Commentaires : Taper du texte.

RCP CAPID

2) CANCER BRONCHIQUE

Performance Status :

Date diagnostique :

Histologie :

Stade : Localisé ☐ Localement étendu ☐ Métastatique ☐

Commentaires : Taper du texte.

TNM (8eme édition) :

Driver oncogénique :

PD-L1 :

Commentaires : Taper du texte.

Autres comorbidités :

Prise en charge

Déjà traité : Oui ☐ Non ☐

Traitement reçu :

RCP CAPID

Demande d'avis de la RCP

Avis demandé* : ☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre :

Question posée :

Conclusion de la RCP :

Proposition thérapeutique :.....

Etats des lieux

Nb présentation = 124 (fév. 22 – Nov. 23)

10 suivit

Motif de présentation :

- Diagnostique 3
- Diagnostique et thérapeutique 22
- Thérapeutique 94

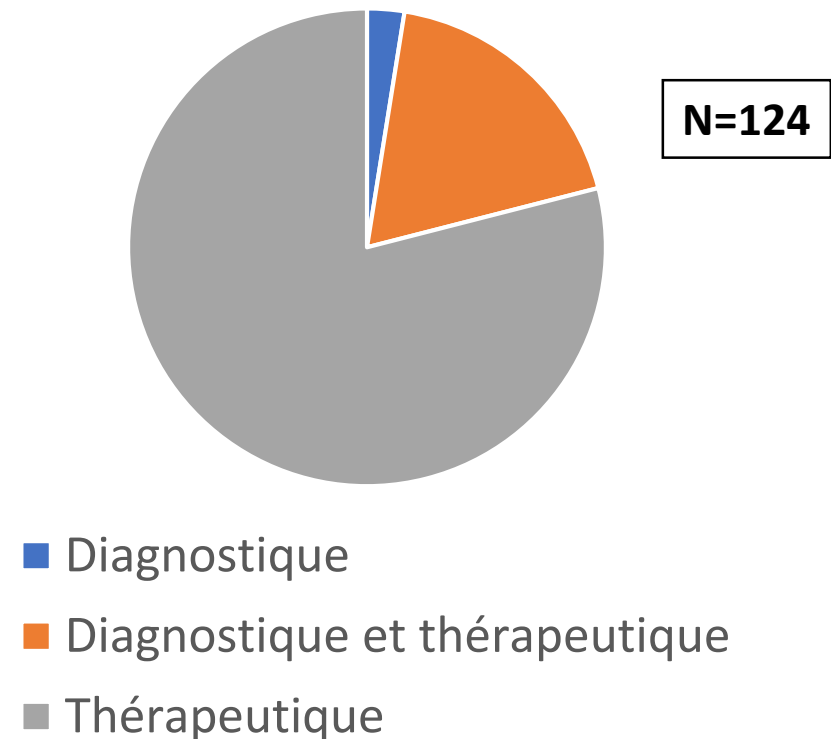
Délai entre inscription et présentation = 6,5j

Délai de rendu de la conclusion de la RCP = 3,7j

57 prescripteurs différents (France, Suisse, Bénélux)

21 non présenté en RCP locale

Motif de présentation



Age Médiane : 73ans

Stade TNM

- Stade III : 41
- Stade I-II : 42
- Stade IV : 40

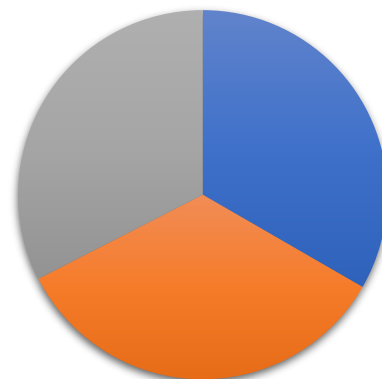
Origine géographique

Europe : 89
Maghreb : 16
US : 3
Afrique : 9
Asie : 1

Sexe

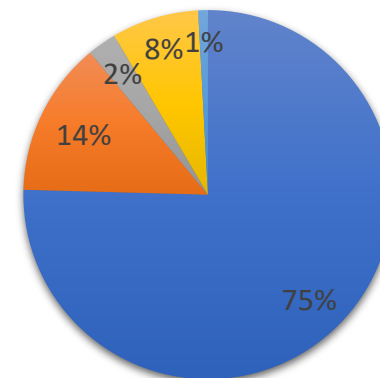
Femme : 18%
Masculin : 82%

Stade TNM



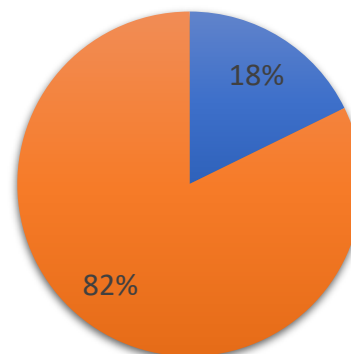
■ III ■ I-II ■ IV

Origine géographique des patients



■ Europe ■ Maghreb ■ US ■ Afrique ■ Asie

sexe



■ F
■ M

Malades porteurs d'une pneumopathie infiltrante diffuse (CP-PID)

- Population pneumologique rare (5-10% des cancers), à risque accru de cancer avec des toxicités spécifiques pour laquelle peu de données sont disponibles, en particulier chez les caucasiens.
- Pas de standard de soins. Peu de donnée sur l'immunothérapie en Europe
- ➔ Besoins de Recherche clinique spécifique
- Groupe de travail IFCT (CP-PID) [2020] – 3 réunions
- Groupe de travail en collaboration avec le groupe ORPHALUNG de la SPLF.
- RCP nationale mensuelle dans le cadre du réseau RespiFIL (CAPID) [2022] (mensuelle en ligne)



LIMPID.1

IV NSCLC
No EGFR or
ALK addiction

All PD-L1

1st Line

OMS 0-1

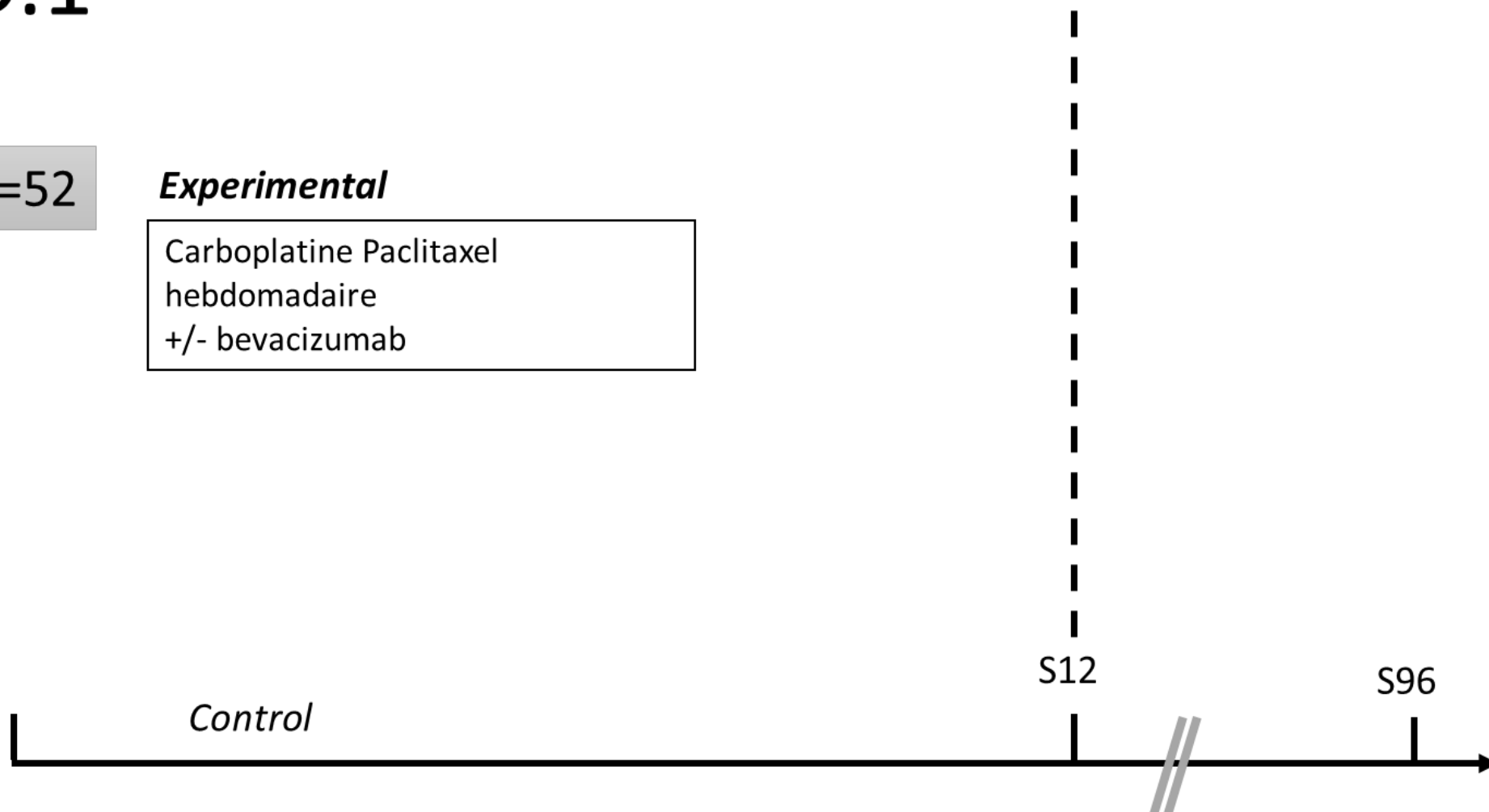
All ILDs

N=52

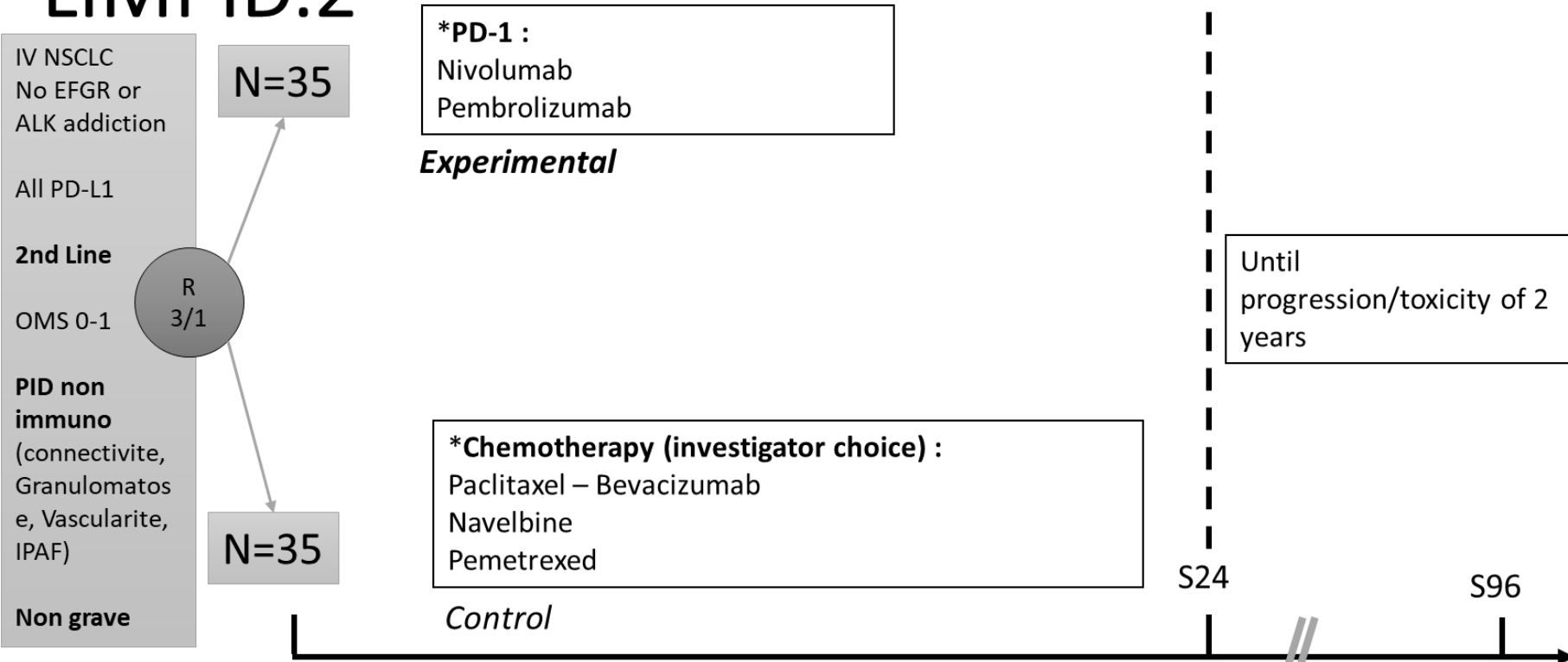
Experimental

Carboplatine Paclitaxel
hebdomadaire
+/- bevacizumab

Taux de contrôle à 8 semaine



LIMPID.2



Stratification

- ILD Severity (mild FVc > 80%th AND DLCO>70%th) vs moderate (FCv >50%th or 70th > DLCO >30%th)
- IIP vs others
- PD-L1 on tumoral cells

For analysis

- Histology
- First line Chemo (carboplatine paclitaxel hebdo vs others)
- Rayons de miel
- Antifibrotics agents

Projets

NSCLC avancé : Traitements médicaux

- Essais prospectifs avec chimiothérapie de référence en L1 et sur l'utilisation des ICI en L2
 - Discussion de design 
 - Contact Laboratoire 
 - Statistique 
 - Board (synopsis ok, protocole récemment évalué) 

NSCLC localisé : Chirurgie et Transplantation

- Ouverture d'un registre 

Programme fin 2023

- Attente retour CS protocole complet stade avancés
- Recherche financements industriels
- Réunion du groupe autour des stades localisés

Merci

Groupe de travail « PID et Cancer »



RCP “CAPID” RespiFil



INVITATION RCP

La prochaine **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**
CAPID : Cancer du poumon
au cours des pneumopathies interstitielles diffuses

JEUDI 10 FÉVRIER 2022 • À 17H00

Si vous souhaitez présenter un patient, merci d'adresser la fiche RCP* à :
Thelma Arcelin : respifil.france@aphp.fr
Dr Boris Duchemann : boris.duchemann@aphp.fr
Pr Jacques Cadranel : jacques.cadranel@aphp.fr avant le 9 février.

* en pièce jointe