



L'éditorial du Président

Pour la première fois, j'ai l'honneur de m'adresser à vous en tant que Président du Conseil d'Administration de l'IFCT. Pour les deux prochaines années, j'aurai le grand plaisir à travailler aux côtés d'Alexis Cortot, Secrétaire en charge des Affaires Nationales, Fabrice Barlesi, Secrétaire en charge des Affaires Internationales et Nicolas Girard, Trésorier au sein du nouveau Bureau du Conseil d'Administration de l'IFCT. Dans la continuité de leurs prédécesseurs, tous les membres du Conseil d'Administration de l'IFCT auront un rôle très important à jouer dans les choix politiques et stratégiques de l'IFCT, afin de maintenir son indépendance scientifique et sa transversalité. L'IFCT est en effet depuis sa création fondamentalement attaché à l'indépendance scientifique, qui permet, entre autres, de répondre aux questions que nous nous posons vraiment dans nos pratiques cliniques et de conserver la simplicité de nos essais cliniques. Je tiens à rappeler qu'une transparence sur les liens d'intérêt, entre les membres des groupes de travail ou coordonnateurs d'essais et l'industrie, est une exigence qui s'impose à tous.

Je souhaite aussi rappeler l'importance et la qualité du travail accompli par mes illustres prédécesseurs, Elisabeth Quoix, Bernard Milleron, Gérard Zalcman, et Denis Moro-Sibilot, qui ont permis le développement national et international de notre intergroupe et ont assuré non seulement son indépendance financière, mais aussi apporté des projets de recherche ambitieux reconnus. Toutes ces années ont été riches d'accomplissements et de publications

avec de multiples communications orales de nos travaux tant à l'ASCO, l'ESMO qu'au WCLC, dont notamment 3 remarquables publications dans le Lancet avec les études « **sujets âgés 05-01, Biomarqueurs France, et IFCT-0701-MAPS** » qui ont encrené notre renommée nationale et internationale. Je tiens à souligner deux autres de nos études qui ont été récemment présentées à l'ESMO 2017 à Madrid : **IFCT-0302 Surveillance des CBNPC opérés** (V. Westeel, en session présidentielle) et **IFCT-1501 MAPS-2** (A. Scherpereel, G. Zalcman), deux études très porteuses qui auront des retombées sur nos pratiques et qui feront l'objet, je n'en doute pas, de publications à haut facteur d'impact en début d'année 2018.

Ces succès reposent sur tous les investigateurs de l'IFCT qui exercent avec passion et dévouement une recherche clinique de qualité en cancérologie thoracique afin d'améliorer les soins que nous prodiguons à nos patients. C'est aussi grâce à son unité de recherche clinique, très professionnelle et expérimentée sous la très bonne gestion de Franck Morin, que l'IFCT est devenue une structure solide dont la labellisation INCa, et le soutien de la Ligue Nationale Contre le Cancer, renouvelés chaque année, en sont témoins.

Je souhaite continuer à faire de l'IFCT un intergroupe porteur de projets innovants nationaux et internationaux. L'IFCT a toutefois quelques défis à relever : hiérarchiser les questions scientifiques les plus pertinentes face à l'arrivée de nombreuses molécules, et des voies



thérapeutiques nouvelles, intégrer les innovations technologiques les plus récentes, mieux mettre à profit nos bases de données et collections biologiques, renforcer les interactions internationales avec d'autres groupes coopérateurs et se mettre en conformité aux évolutions législatives et réglementaires.

D'autres défis à venir très prochainement seront le lancement de quatre études qui viendront enrichir notre offre de recherche clinique avec notamment un essai thérapeutique important, à la fois en termes d'inclusions et de probables retombées sur les pratiques : l'essai **IFCT-1701 DICIPLE** (G. Zalcman, A.C. Toffart), qui testera le concept d'un stop and go de l'immunothérapie combinée ipilimumab+nivolumab pour les CBNPC de stade IV en première ligne, et qui devra inclure plus de 1300 patients PD-L1 +.

La deuxième étude, **IFCT-1604 BELCAP** (P.A. Thomas, B. Besse), est une étude de phase II-III évaluant l'association du belinostat à une chimiothérapie d'induction chez les patients atteints d'une tumeur épithéliale thymique potentiellement résecable.

La troisième étude, **IFCT-1602 CHIVA2** (A. Lavolé, J. Cadranet, J.P. Spano), portera quant à elle sur l'efficacité de l'immunothérapie par anti-PD1 chez des patients VIH+ atteints d'un CBNPC.

Enfin, l'étude IFCT-GCO NIPINEC (N. Girard, T. Walter), est un essai de phase II qui sera réalisé en collaboration avec le réseau des GCO et visera à évaluer l'efficacité d'une immunothérapie (nivolumab-ipilumab) sur des patients atteints d'un carcinome neuroendocrine peu différencié du poumon ou d'origine gastro-intestinale.

Ces quatre nouveaux projets viennent donc s'ajouter aux 9 autres programmes de recherche en cours de recrutement.

Un effort particulier sera par ailleurs demandé aux investigateurs et ARCs pour la consolidation des données des études **IFCT-1003 LADIE** (J. Mazières) et **IFCT-1201 MODEL** (E. Quoix), dont les résultats seront, nous l'espérons, présentés à l'ASCO 2018.

Au registre des congrès et événements, l'IFCT sera à nouveau bien représenté dans le programme officiel de la conférence internationale du WCLC (Yokohama, Japon) avec trois communications orales sur les études **IFCT-0302 Surveillance des CBNPC opérés, IFCT-1502 CLINIVO, et IFCT-1104 RYTHMIC**.

Nous réfléchissons aussi actuellement, en collaboration avec le réseau des Groupes Coopérateurs en Oncologie et la Ligue Nationale contre le cancer, à l'organisation d'une « journée grand public » sur les avancées de la recherche clinique académique en cancérologie. Cette journée, qui aura sans doute lieu mi-2018, sera l'occasion pour les patients et leurs proches de s'informer sur les acquis de la recherche clinique en oncologie et identifier des perspectives et défis pour l'amélioration de la prise en charge des patients participant à un essai clinique.

D'ici là, je vous donne rendez-vous à Mulhouse les 5 et 6 octobre 2017 pour notre rendez-vous annuel des Journées d'Oncologie Thoracique Alain Depierre avec un programme enrichi autour de trois résumés sélectionnés sur appel à communications et notamment une table ronde sur les traitements à progression des ALK+. Nous aurons cette année encore le soutien de nos partenaires industriels (AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Roche, Pfizer and Merck), ainsi que le soutien de la Fondation ARC pour l'organisation de cet événement.

Je vous remercie pour la confiance que vous avez témoignée au nouveau Conseil d'Administration. J'en profite aussi pour remercier tous les membres de l'IFCT pour leur engagement totalement bénévole, au service de notre Intergroupe.

Pierre-Jean Souquet
Président de l'IFCT



Virginie Westeel

IFCT-0302 : Cancer du poumon opérable : pas d'avantage en survie avec une surveillance par scanner mais intérêt sur le long terme

« Après un suivi médian de 8,7 ans, la survie globale n'était pas statistiquement différente entre les 2 modes de surveillance malgré une médiane de 8,2 ans dans le groupe « suivi minimal » (par radiographies) et 10,3 ans dans le groupe « suivi maximal » (par radiographies et scanner thoracique). Néanmoins, lorsque l'on observe les courbes, on constate que ces dernières se séparent vers 6,5 ans, le groupe « suivi maximal » devenant supérieur au groupe « suivi minimal ». On peut faire l'hypothèse que dans ce bras, cette séparation des courbes correspond à une détection plus précoce des seconds cancers. Par ailleurs, la survie globale a été analysée de manière exploratoire chez les patients après 24 mois et semble montrer une supériorité du bras scanner chez les patients sans récurrence à 24 mois. Le message à retenir est qu'une surveillance intensive par scanner ne semble pas utile dans les deux premières années. Inversement, au-delà, il paraît souhaitable de proposer un scanner annuel. »

[Téléchargez le communiqué](#)



Gerard Zalcman

IFCT-1501 MAPS2 : Mésothéliome pleural malin : l'immunothérapie en association allonge la survie au-delà de 15 mois en 2^e/3^e ligne

« Cette étude a rempli son objectif principal puisque les taux de contrôle de la maladie à 12 semaines dépassaient les 30% dans les deux groupes de patients (nivolumab et nivolumab + ipilimumab), avec respectivement 44 et 50% de taux de contrôle. La médiane de la survie globale n'était pas atteinte avec l'association ipilimumab +nivolumab (avec un recul médian de 15 mois) et était de 13,6 mois avec le nivolumab seul. Les données de survie globale, non encore matures, suggèrent donc une durée de survie globale qui pourrait dépasser les 15 mois avec la combinaison. L'analyse des résultats, en revanche, a montré que l'expression tumorale de PD-L1 n'était pas prédictive d'un allongement de la survie sans progression ni de la survie globale dans le groupe Ipi+Nivo, alors que cette positivité PDL1 était associée dans l'ensemble de la population (les deux groupes mêlés) à la réponse et au contrôle de la maladie à 12 semaines. » [Téléchargez le communiqué](#)



Nicolas Girard

IFCT-1502 CLINIVO : Confirmation de l'efficacité et la tolérance du nivolumab chez les patients porteurs d'un CBNPC avancé (cohorte de 902 patients)

« Les données des essais cliniques sont confirmées « en vraie-vie », tant pour les données d'efficacité que de tolérance : taux de réponse objective à 19%, survie sans progression à 2 mois, survie globale à 10 mois. On note aussi que plus de 20% de la cohorte est en vie à 24 mois (avec 32% de 3^eme ligne à l'inclusion pour mémoire). Les traitements post-nivolumab ont été rapportés (N=319) : les résultats viennent confirmer l'impression clinique (et les données de la littérature) quand à une meilleure efficacité des traitements post-immunothérapie : taux de contrôle de près de 60% (16,2% de réponse objective), survie globale de 7,8 mois, survie sans progression de 2,9 mois. »

[Téléchargez le poster](#)



Charlotte Leduc - Prévalence et devenir des patients EGFR mutés ayant une mutation T790M d'emblée détectée par PRC digitale ultrasensible

« La mutation T790M est le mécanisme de résistance aux TKI de l'EGFR de première et deuxième génération le plus fréquent. Celle-ci est le plus souvent acquise au cours du traitement, mais peut aussi exister au diagnostic sous forme de sous-clone. En reprenant les patients de la cohorte Biomarqueur France, elle a pu être identifiée au diagnostic chez 9% des patients (n=23/256), grâce à la technique ultrasensible de PCR digitale (sensibilité théorique de 0.03%). La mutation T790M au diagnostic est de mauvais pronostic puisqu'elle est associée à une survie sans progression et à une survie globale moins longue (11 mois si présente contre 29 mois si absente, p=0.004), et ce d'autant plus que l'abondance fractionnelle de la mutation est élevée (>10%). En revanche, la présence cette mutation T790M au diagnostic n'a pas d'impact sur la réponse ni sur la vitesse de progression sous TKI de première génération (erlotinib ou gefitinib). » [Téléchargez le poster](#)



Panorama des études en cours

	Indication	Schéma	Centres ouverts	Inclusions	Objectif
IFCT-0503 Lung ART*	IIIA-N2	Radiothérapie conformationnelle médiastinale des pN2	56	389	400
IFCT ETOP 4-12 STIMULI*	CBPC limité	Immunothérapie après chimioradiothérapie	26	56	170
IFCT-1301 SAFIR 02 Lung	Stade IV	Technologies à haut débit pour orienter la décision thérapeutique	36	643	1350
IFCT-1401 BR.31*	Stade IB/II/IIIA	Immunothérapie en situation adjuvante	55	155	400
IFCT-1402 RTEP7	Stade III	Replanification de la radiothérapie par Tep-Scanner	11	22	150
IFCT -1503 ACE	Stade IV, EGFRmut	Bithérapie ciblée (1ère ligne)	33	49	170
IFCT-1601 IONESCO	CBNPC opérés	Immunothérapie néoadjuvante	15	10	81
IFCT-1603 Petites cellules	CBPC	Immunothérapie en 2 nd ligne	29	41	70
IFCT -1502 CLINIVO	CBNPC	Suivi des patients traités par immunothérapie (ATU nivolumab)	75	907	900

* Pour les projets internationaux, les chiffres sont donnés pour l'activité France (Tableau mis à jour le 11/09/17)

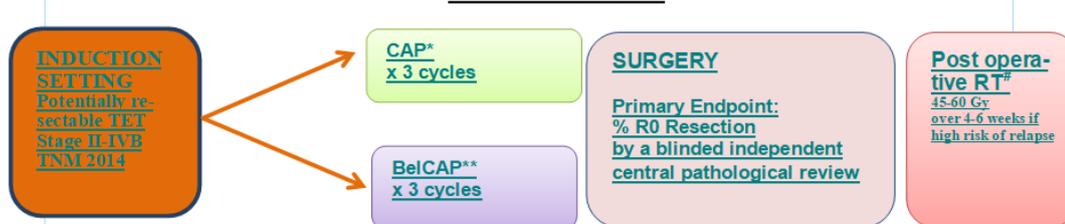
Recherche clinique

IFCT-1604 BELCAP (P.A Thomas, B. Besse)

L'étude-1604 BELCAP est une étude de phase III randomisée, ouverte visant à évaluer l'association du belinostat à une chimiothérapie d'induction chez les patients atteints d'une tumeur épithéliale thymique potentiellement résecable. 100 patients devront être inclus sur une période de 3 ans.

Les tumeurs épithéliales thymiques sont des cancers rares (250 nouveaux cas par an en France). Pour les patients présentant une tumeur localement avancée, la chirurgie est le pilier du traitement curatif. Elle peut être suivie d'une radiothérapie et moins fréquemment d'une chimiothérapie. La résection chirurgicale complète est un des facteurs pronostiques de survie (meilleure survie et diminution des récurrences). La chimiothérapie pré-opératoire permettrait d'améliorer la capacité à réaliser une résection complète. La combinaison cisplatine, doxorubicine, et cyclophosphamide (CAP) est la chimiothérapie d'induction recommandée et la plus fréquemment utilisée. Même si la chimiothérapie d'induction actuelle augmente le taux de résection complète, celui-ci reste très variable et trop bas dans la plupart des cas. L'objectif de cette étude est donc de savoir si l'ajout du belinostat (laboratoire ONXEO), un inhibiteur d'histone-désacétylases, permettrait d'améliorer le taux de résection complète des TET localement avancés.

Schéma de l'étude

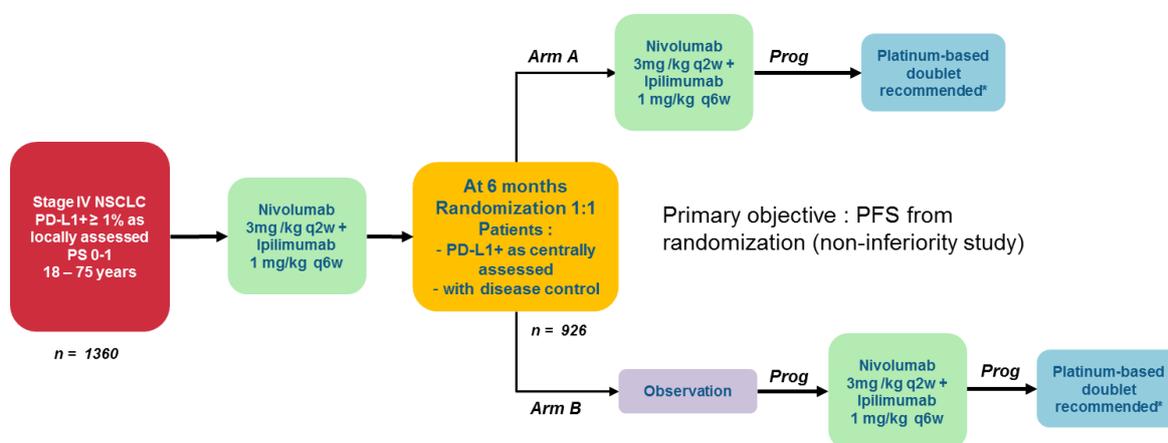


* CAP = Day 1: doxorubicin 25 mg/m² IV followed by cisplatin 50 mg/m² IV; Day 2: doxorubicin 25 mg/m² IV followed by cyclophosphamide 500 mg/m² IV
 ** BelCAP= Day 1: belinostat 500 mg/m²/24 h CIV and doxorubicin 25 mg/m² IV followed by cisplatin 50 mg/m² IV; Day 2: belinostat 500 mg/m²/24 h CIV and doxorubicin 25 mg/m² IV followed by cyclophosphamide 500 mg/m² IV
 CAP and BelCAP q3w for 3 cycles



IFCT-1701 DICIPLE (G. Zalcman, AC. Toffart)

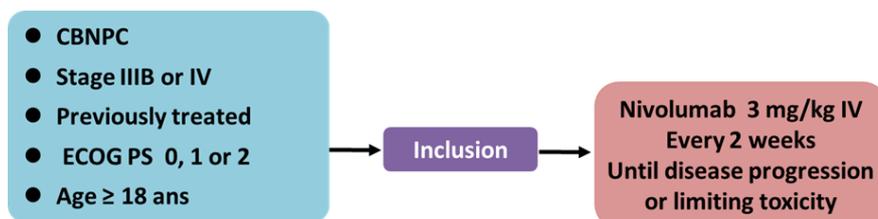
L'étude **IFCT-1701 DICIPLE** est une étude de phase III randomisée, comparant une continuation du doublet d'immunothérapie (nivolumab-ipilimumab) jusqu'à progression à une observation chez des patients naïfs de traitement présentant un CBNPC PD-L1 positif après un traitement d'induction par nivolumab-ipilimumab. L'objectif de l'étude est de démontrer que la survie sans progression (à partir de la date de randomisation) n'est pas statistiquement différente chez des patients recevant un traitement de 6 mois suivi par une observation (stop and go) par rapport à ceux recevant un traitement donné jusqu'à progression ou toxicité. Cette stratégie permettrait de diminuer les toxicités cumulées, d'améliorer la qualité de vie des patients et de diminuer les coûts. 1700 patients devront être screenés pour inclure 1360 patients PD-L1 positif et randomiser 926 patients. La période d'inclusion prévisionnelle est de 36 mois.



* following the French National Cancer Institute (INCa) guidelines of March 2015 for stage IV, chemo-naïve NSCLC, platinum-based doublet for at least 4 cycles, followed by maintenance single chemotherapy until progression or unacceptable toxicity.

IFCT-1602 CHIVA 2 (A. Lavalé, J. Cadranel, J.P. Spano)

L'étude **IFCT-1602 CHIVA 2**, portera sur l'efficacité de l'immunothérapie par anti-PD1 (nivolumab) après chimiothérapie antérieure chez des patients HIV + présentant un CBNPC de stade avancé. L'objectif principal est le taux de contrôle de la maladie à 8 semaines. 30 patients devront être inclus sur une durée de 24 mois.





Publications

La 1ère publication au nom des GCO dans le Bulletin du Cancer !



Le 1er article des GCO portant sur l'activité de recherche clinique académique du réseau GCO pour laquelle vous aviez été sollicités l'an dernier par le biais d'un questionnaire vient de paraître dans le Bulletin du Cancer.

Merci à tous ceux qui ont répondu à ce questionnaire.

Retrouvez la référence de cet article ci-après ou en cliquant [ici](#).

Les publications IFCT les plus récentes

Current knowledge on perioperative treatments of non-small cell lung carcinomas

Brosseau S, Naltet C, Nguenang M, Gounant V, Mordant P, Milleron B, Castier Y, Zalcman G. Rev Mal Respir. 2017 Jun;34(6):618-634.

EGFR tyrosine kinase inhibitors versus chemotherapy in EGFR wild-type pre-treated advanced nonsmall cell lung cancer in daily practice

Tomasini P, Brosseau S, Mazières J, Merlio J.P, Beau-Faller M, Mosser J, Wislez M, Ouafik L, Besse B, Rouquette I, Debieuvre D, Escande F, Westeel V, Audigier-Valette C, Missy P, Langlais A, Morin F, Moro-Sibilot D, Zalcman G, Barlesi F. European Respiratory Journal. 2017 Aug 10.

Safeguarding the future of independent, academic clinical cancer research in Europe for the benefit of patients.

Negrout A, Lacombe D, Cardoso F, Morin F, Carrasco E, Maurel J, Maibach R, Aranda E, Marais R, Stahel R. ESMO open. 2017 Aug 3.

Clinical research activity of the French cancer cooperative network (GCO) : Overview and perspectives.

Dubois C, Morin F, Moro-Sibilot D, Langlais A, Seitz JF, Girault C, Salles G, Haioun C, Deschaseaux P, Casassus P, Mathiot C, Pujade-Lauraine É, Votan B, Louvet C, Delpeut C, Bardet É, Vintonenko N, Hoang Xuan K, Vo M, Michon J, Milleron B. Bull Cancer. 2017 Jul 5.

Overall survival with crizotinib and next-generation ALK inhibitors in ALK-positive non-small-cell lung cancer (IFCT-1302 CLINALK) : a French nationwide cohort retrospective study.

Duruisseaux M, Besse B, Cadranet J, Pérol M, Menecier B, Bigay-Game L, Descourt R, Dansin E, Audigier-Valette C, Moreau L, Hureauux J, Veillon R, Otto J, Madroszyk-Flandin A, Cortot A, Guichard F, Boudou-Rouquette P, Langlais A, Missy P, Morin F, Moro-Sibilot D. Oncotarget. 2017 Mar 28.

Pazopanib or placebo in completely resected stage I NSCLC patients: results of the phase II IFCT-0703 trial.

Besse B, Mazières J, Ribassin-Majed L, Barlesi F, Bennouna J, Gervais R, Moreau L, Berard H, Debieuvre D, Molinier O, Moro-Sibilot D, Souquet PJ, Jacquot S, Petit L, Lena H, Pignon JP, Lacas B, Morin F, Milleron B, Zalcman G, Soria JC; Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT). Ann Oncol. 2017 Feb 23.

Characteristics and Outcomes of Patients with Lung Cancer Harboring Multiple Molecular Alterations: Results from the IFCT Study Biomarkers France.

Guibert N, Barlesi F, Descourt R, Léna H, Besse B, Beau-Faller M, Mosser J, Pichon E, Merlio JP, Ouafik L, Guichard F, Mastroianni B, Moreau L, Wdowik A, Sabourin JC, Lemoine A, Missy P, Langlais A, Moro-Sibilot D, Mazieres J. J Thorac Oncol. 2017 Feb



Agenda



Il reste encore des places disponibles pour nos Journées Alain Depierre des 5 et 6 Octobre à Mulhouse ! Programme et inscription en cliquant [ici](#).

05.10.17 - 06.10.17	Journée d'Oncologie Thoracique Alain Depierre	Mulhouse
15.10.17 - 18.10.17	WCLC	Yokohama
19.01.18	Journée de Médecine Translationnelle	Paris
26.01.18 - 28.01.18	Congrès de Pneumologie de Langue Française	Lyon
31.01.18 - 3.02.18	Biennale Monégasque de cancérologie	Monaco
01.06.18 - 05.06.18	ASCO Annual meeting	Chicago
28.06.18 - 29.06.18	Journées de l'IFCT	Paris
08.11.18 - 09.11.18	Journées Alain Depierre	Lyon

Retrouvez tous les événements dans l'[agenda](#) de l'IFCT.

L'IFCT partenaire de la 13ème Biennale Monégasque de Cancérologie



Ce congrès multidisciplinaire permettra à plus de 1200 professionnels d'échanger sur l'état des connaissances et les avancées thérapeutiques dans la prise en charge des cancers. Une session dédiée à l'oncologie thoracique aura lieu le Jeudi 1^{er} février.

Découvrez toutes les informations sur le site du congrès et inscrivez-vous en ligne en cliquant [ici](#).

Bienvenue aux nouveaux membres

Marie BERNARDI	AIX EN PROVENCE
Karine CAMPBELL	CAEN
Coraline DUMENIL	BOULOGNE
Géraud GALVAING	CLERMONT FERRAND
Romain GEISS	CURIE ST CLOUD
Anne MADROSZYK	MARSEILLE
Stéphanie MARTINEZ	AIX EN PROVENCE
Jean-Michel MAURY	LYON
Hervé PEGLIASCO	MARSEILLE
Agathe SEGUIN	MONTSOURIS PARIS
François TRONC	LYON
Elodie VANDEIX	LIMOGES

L'IFCT est constitué de 499 membres.

Pour tout renseignement :

Tél (standard) : 01.56.81.10.45
Tél (recherche clinique) : 01 56 81 10 46
contact@ifct.fr www.ifct.fr