

HYPERPERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS

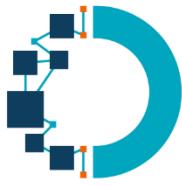
04 décembre 2025

Saintes

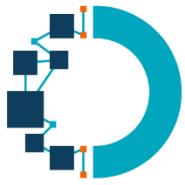
Laure GALLAY

Pharmacien CH Rochefort/La Rochelle

Post-congrès de pharmacie oncologique 2025



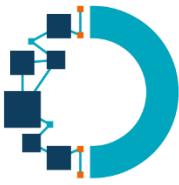
Liens d'intérêts



SFPO 2025

- Présenté par le Professeur Antoine Italiano

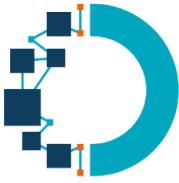




Contexte

Classification histologique

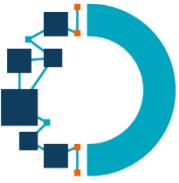
- Historiquement, la classification des tumeurs est histologique.
- Avec les avancées sur le profil moléculaire, il faut relier classification histologique et profil moléculaire.
- L'hétérogénéité génétique au sein d'une même tumeur complexifie la prise en charge.



Contexte

Limites de la classification histologique

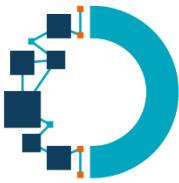
- Les essais cliniques basés uniquement sur l'histologie ralentissent le développement des traitements.
- Les essais moléculaires pourraient accélérer l'accès à certaines thérapies.



Démarche agnostiques

Basket trials

- Les essais « baskets » prônent une approche quasi-purement moléculaire des traitements dans le but d'autoriser leur prescription quel que soit l'organe atteint
- 1er exemple : Pembrolizumab – approuvé par la FDA sur un groupe moléculaire particulier.
- Permet d'étudier un même traitement sur plusieurs localisations tumorales.



Démarche agnostiques

Exemples

Inhibiteurs de NTRK

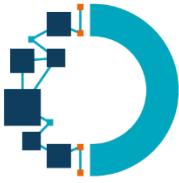
altération génétique présente dans 0,1–0,2 % des tumeurs solides.

Altération BRAF

oncogène dans de nombreuses tumeurs

Ciblage HER2

utilisé dans plusieurs localisations



Démarche agnostiques

Exemples

Leurotreutinib (ITK spécifique)

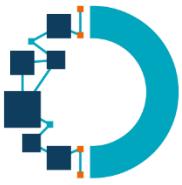
1ère fois en Europe qu'une approche agnostique est autorisée : taux de réponse de 80 %, quelle que soit l'origine de la tumeur

Charge mutationnelle élevée

prédictive de réponse à l'immunothérapie
(ex : Pembrolizumab)

Structures lymphoïdes tertiaires

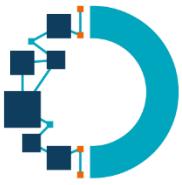
structures proches des ganglions dans les tumeurs pourrait être un biomarqueur universel pour l'immunothérapie (présent dans 7% des cancers du pancréas)



Limites

Limites de la méthode

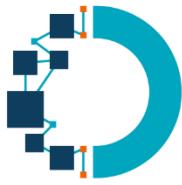
- Une mutation ne garantit pas une réponse au traitement
- Ex : anti-BRAF efficaces dans le mélanome mais pas dans le colorectal
- L'origine de la tumeur reste un facteur clé
- La charge mutationnelle varie selon le type tumoral



Limites

Limites d'accès

- Les tests moléculaires ne sont pas pris en charge.
- Nécessité de séquençage tissulaire et de l'ADN circulant.
- Profil génétique évolue avec les traitements → besoin de recontrôle régulier.
- Toutes les structures devraient pouvoir accéder au profilage moléculaire.
- En attendant, les patients peuvent être orientés vers des RCP spécialisées ou des centres référents.



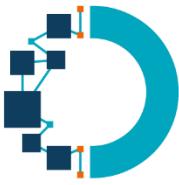
Patient

- Ne pas réduire la maladie à une mutation.
- Le patient est avant tout malade d'un organe.
- Importance de la gestion des symptômes et du retentissement sur la vie quotidienne.



RÔLE DE L'IA

- L'IA pourrait intégrer :
 - Origine du cancer
 - Profil moléculaire
 - Imagerie
 - État général et comorbidités
- Pour un plan thérapeutique hyperpersonnalisé.



Conclusion

- La classification moléculaire des cancers est très importante pour la prise en charge optimisée des patients mais il ne faut pas l'opposer à l'histologie !
- Et bientôt l'IA !

