

Avancées → L'IMMUNOTHÉRAPIE CONTRE LE MÉLANOME ET LE CANCER DU REIN

Pionnier en immuno-oncologie, Bristol-Myers Squibb s'engage pour toujours mieux faire, notamment dans la prise en charge du mélanome et du cancer du rein. Entretien avec Nicolas Ozan, directeur médical Oncologie-Hématologie de Bristol-Myers Squibb France.

QU'EST-CE QUE LE CANCER du rein et le mélanome ont en commun ?

Les cancers du rein dits à cellules claires (plus de 80 % des cancers du rein) et le mélanome ont toujours été des cancers qui, à un stade avancé, répondent très mal à la chimiothérapie. Pendant très longtemps, en l'absence de thérapeutique efficace, ils sont donc restés des cancers de très mauvais pronostic.

Il y a plusieurs années, une immunothérapie, l'interleukine 2, montrait déjà des résultats chez certains patients dans le cancer du rein à cellules claires, mais avec un profil de tolérance qui n'a pas permis d'en élargir l'utilisation.

Quelles sont les innovations qui ont fait évoluer la prise en charge du cancer du rein ?

Au début des années 2000, la recherche s'est orientée vers les thérapies ciblées. Plusieurs traitements de la classe des inhibiteurs de tyrosine kinase sont apparus entre 2007 et 2012. Ils ont représenté un progrès considérable, avec un impact sur la survie globale. Plus tard, des médicaments d'immuno-oncologie, dits inhibiteurs de checkpoints immunitaires, ont été développés, marquant alors le retour de l'immunothérapie dans la prise en charge du cancer du rein.

Quelle est aujourd'hui la stratégie pour optimiser la prise en charge du cancer du rein à cellules claires ? L'objectif est aujourd'hui, pour les patients atteints d'un cancer du rein à cellules claires au stade métastatique, d'augmenter le taux de réponses au

traitement et la durée de la réponse. Les stratégies actuelles de développement reposent, entre autres, sur les associations de médicaments, notamment à base d'immunothérapies. Les chercheurs de Bristol-Myers Squibb se sont engagés dans cette voie avec la conviction qu'il peut y avoir plus de patients qui y répondent et plus longtemps. Ainsi, nous évaluons, dans nos essais cliniques, de nouvelles associations, que ce soient des combinaisons de médicaments agissant sur l'immunité anti-tumorale ou d'autres types d'associations.

Qu'en est-il dans le mélanome ?

La situation était la même dans le mélanome au stade métastatique, avec des tumeurs qui répondaient très mal à la chimiothérapie. Autre point commun, l'évolution de la prise en charge thérapeutique est venue de l'immunothérapie et des thérapies ciblées. En 2011, une première immunothérapie est apparue, suivie de thérapies ciblées et de nouvelles générations d'immunothérapies entre 2012 et 2015. Ces thérapeutiques ont révolutionné la prise en charge des patients.

Dans le mélanome métastatique, le premier cancer pour lequel des patients ont été traités par un inhibiteur de checkpoints immunitaires, deux voies prioritaires de développement ont été ouvertes par les chercheurs. Comme pour les patients atteints d'un cancer du rein à cellules claires, la première volonté a été d'augmenter et de prolonger la réponse aux traitements. Là aussi, la piste des associations de traitements



© BMS / DR

« Nous poursuivons nos investissements en recherche et développement et travaillons avec tous les acteurs de la santé pour permettre aux patients français d'avoir accès aux essais cliniques. »

Nicolas Ozan

die, plus particulièrement après une chirurgie pour un mélanome encore localisé. Le but est ici de diminuer le risque de récidive et de contenir une éventuelle progression de la maladie. L'objectif commun à tous les acteurs engagés dans la lutte contre le cancer est d'augmenter significativement l'espérance de vie des patients avec, pour ambition, de parvenir à la guérison.

Comment optimiser encore les chances des patients ?

Dans le mélanome comme dans le cancer du rein, dans certains cas les combinaisons de traitements peuvent à la fois augmenter le nombre de patients répondeurs et la durabilité de la réponse. Mais il faut encore permettre à davantage de patients de répondre aux traitements. Pour cela, nous devons déterminer quelles sont les meilleures séquences thérapeutiques, c'est-à-dire comprendre de façon très fine quelles associations de traitements utiliser pour chaque profil (clinique, biologique et autre) de patients et dans quel ordre. Il faut également continuer à traiter les patients plus tôt, après ou avant une chirurgie, à des stades plus précoces de leur maladie et, donc, en parallèle, dépister de plus en plus tôt.

C'est pourquoi nous poursuivons nos investissements en recherche et développement et travaillons avec tous les acteurs de la santé pour permettre aux patients français d'avoir accès aux essais cliniques. Cela est vrai pour le cancer du rein à cellules claires et le mélanome, mais, également dans une vingtaine d'autres cancers.

Fin octobre 2019, en France, près de 5 400 patients étaient inclus dans l'un de nos 76 essais cliniques évaluant 11 de nos molécules, dans 600 établissements de soins.

De manière générale, comment accompagnez-vous les patients atteints de cancer ?

Apporter des solutions thérapeutiques est essentiel, mais ce n'est pas suffisant. Notre objectif est aussi de faire en sorte que ces patients vivent longtemps dans de bonnes conditions. Préserver la continuité et la qualité de vie est l'un des objectifs du Plan cancer 3. Nous avons déployé un programme d'évaluation de la qualité de vie sous immunothérapie. La première étape s'est notamment traduite par la mise en place d'une étude avec la communauté de patients en ligne Carenity afin de mieux comprendre le vécu et les attentes des patients. Un autre projet, mené avec une start-up française spécialiste des data en santé, Kap Code, a consisté à analyser les conversations sur les réseaux sociaux. Les enseignements des deux études se rejoignent : beaucoup reste à faire pour que la qualité de vie soit pleinement intégrée dans la pratique clinique et dans le parcours de santé pendant et après le traitement. Nous y travaillons avec un groupe d'oncologues, de radiothérapeutes et de pneumologues pour, dans un second temps, mettre en place d'éventuels partenariats et actions sur le terrain.

Gézabelle Hauray

IOFR1901149-01 - NP - Novembre 2019