



# 16<sup>es</sup> Rencontres scientifiques du GINECO

## LES MOMENTS FORTS DE L'ÉDITION ET LES ACTUALITÉS DU GROUPE

Dossier coordonné par **Bénédicte Votan**  
Rédigé par Dr Romane Gille et Marianne Carrière

### 16<sup>e</sup> Rencontres Scientifiques du GINECO



### Sommaire

- **1/ L'édition des retrouvailles**  
Pr **Isabelle Ray-Coquard** (Lyon) - D'après la présentation du  
et Dr **Anne-Claire Hardy-Bessard** (Plérin)
- **2/ Pourquoi et comment un test HRD dans le cancer de l'ovaire ?**  
Dr **Romane Gille** (Lyon) - D'après la présentation du  
Pr **Isabelle Ray-Coquard** (Lyon)
- **3/ Expérience de recherche translationnelle au GINECO : les leçons de CHIVA**  
Dr **Romane Gille** (Lyon) - D'après la présentation du  
Dr **Alexandra Leary** (Paris)
- **4/ Retour sur la 6<sup>e</sup> conférence de consensus dans les cancers de l'ovaire**  
Dr **Romane Gille** (Lyon) - D'après la présentation du  
Pr **Florence Joly** (Caen)
- **5/ PARP après PARP : étude OReO**  
Dr **Romane Gille** (Lyon) - D'après la présentation du  
Dr **Frédéric Selle** (Paris)
- **6/ Changement de pratique dans les cancers du col et de l'endomètre : les grands essais de phase III**  
Dr **Romane Gille** (Lyon) - D'après la présentation du  
Pr **Jérôme Alexandre** (Paris) et du Dr **Coraline Dubot** (Saint-Cloud)
- **7/ Les actualités de l'association IMAGYN**  
**Coralie Marjolet** (Paris)
- **8/ Les nouveautés de l'application mobile d'ARCAGY-GINECO**  
**Bénédicte Votan** (Paris)

\* Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec ce dossier.

**Mots-clés** : Cancers de l'endomètre, Cancers de l'ovaire, Cancers du col, Médecine de précision, Test HRD, Recherche translationnelle, PARP, IMAGYN, ARCAGY-GINECO



Comme chaque année, *Onko+* a la chance de couvrir les Rencontres scientifiques du GINECO et de vous transmettre les dernières avancées dans les cancers gynécologiques et du sein. Pour cette édition de retrouvailles, en présentiel, nous faisons le point sur le projet HRD Europe, l'expérience du translationnel au GINECO, la 6<sup>e</sup> conférence de consensus dans le cancer de l'ovaire, l'étude OREO et le changement de pratique dans les cancers du col et de

l'endomètre. En guise d'introduction, la présidente du groupe, le Pr Isabelle Ray-Coquard, et la vice-présidente, le Dr Anne-Claire Hardy-Bessard, dressent brièvement le bilan de l'année et les perspectives. Pour finir, Coralie Marjolet nous parle des activités de l'association IMAGYN dont elle est présidente et Bénédicte Votan, directrice générale d'ARCAGY-GINECO, expose les dernières nouveautés de l'application mobile d'ARCAGY-GINECO.

## 1/ L'édition des retrouvailles !



**Pr Isabelle Ray-Coquard<sup>1</sup>,  
Dr Anne-Claire Hardy-Bessard<sup>2</sup>**

1. Département d'oncologie médicale au Centre Léon Bérard, Lyon - Présidente du groupe GINECO  
2. CARIO HPCA, Centre armoricain d'oncologie, Plérin - Vice-présidente du groupe GINECO

Propos recueillis par Marianne Carrière

Quels ont été les moments forts de ces rencontres ?

**Dr Anne-Claire Hardy-Bessard :**

Incontestablement, le moment fort de cette année était de se retrouver et de passer du temps ensemble ! Malgré le contexte sanitaire, nous avons continué à travailler tous ensemble, dans des conditions particulières et cela faisait longtemps que nous ne nous étions pas vus. Lors de ces rencontres scientifiques, nous avons pu discuter, échanger, pendant les sessions et entre les sessions. Un réel plaisir !

**Pr Isabelle Ray-Coquard :** Tout à fait, se retrouver est clairement l'aspect le plus fort de ces rencontres : retrouver le bonheur de l'échange en présentiel, retrouver le niveau d'excellence toujours présent pour aborder les données scientifiques, retrouver la convivialité des discussions !

Quel est le bilan du GINECO pour 2021 ?

**Le bilan de l'année est excellent avec 1 380 inclusions dans les essais, 16 études ouvertes aux inclusions et 14 publications dans des revues de rang A.**

**Dr Anne-Claire Hardy-Bessard :**

Malgré les difficultés induites par la crise sanitaire, le bilan est clairement excellent : que ce soit en termes de publications ou en termes de recrutement.

**Pr Isabelle Ray-Coquard :** Il est excellent puisque nous avons enregistré 1 380 inclusions dans les essais, 16 études ouvertes aux inclusions (en situation de Covid-19), et 14 publications dans des revues de rang A.

Quels sont les faits marquants de l'année ?

**Pr Isabelle Ray-Coquard :** Les trois points que je retiendrai en premier lieu sont : la promotion du

développement de test HRD par des laboratoires académiques ou non dans le cadre du projet ENGOT, un élément très important pour la pratique clinique et une meilleure orientation des choix pour nos patientes, la tenue de la réunion CHIVA qui donne une belle visibilité du groupe GINECO en recherche translationnelle au niveau national et international (avec de nombreuses publications qui en ont découlé). Enfin, un autre point marquant de l'année est l'ouverture du conseil scientifique du groupe GINECO aux plus jeunes (nos futurs leaders de demain), pratique assez peu diffusée dans les conseils scientifiques et pourtant tellement importante pour le futur d'un groupe, bienvenue à tous ces jeunes !

**Dr Anne-Claire Hardy-Bessard :**

La prise en charge du cancer de l'ovaire va de plus en plus vers de la médecine de précision. L'initiative ENGOT sur HRD est remarquable en ce sens et la France peut la mener grâce à l'étude **PAOLA-1** (806 patientes incluses au total). En effet, nous avons réussi, avec **PAOLA-1**, à obtenir un nouveau standard, il s'agit maintenant d'obtenir un test HRD qui soit accessible, remboursé, et qui va permettre de faire cette médecine de précision qui est l'avenir dans le cancer de l'ovaire. L'autre point important est l'arrivée de l'immunothérapie dans les cancers du col et de l'endomètre, qui représente aussi un tournant dans la prise en charge de ces patientes avec des bénéfices qui sont extrêmement intéressants. Il y a donc beaucoup d'actualités scientifiques et beaucoup de changements pratiques dans la prise en charge des patientes. Et par conséquent, beaucoup d'espoir.

**Quels sont les prochains enjeux et challenges pour l'avenir ?**

**Dr Anne-Claire Hardy-Bessard :** Les challenges sont donc d'obtenir les remboursements des tests moléculaires, d'apprendre à utiliser l'immunothérapie pour ces patientes, utiliser la biologie pour choisir le meilleur traitement dans les cancers du col et de l'endomètre pour nos patientes et de continuer à développer de nouvelles stratégies thérapeutiques, de nouvelles associations, notamment avec l'immunothérapie. Il s'agit également de finir l'étude **ATALANTE** (614 patientes au total) qui est une très importante étude internationale, qui pourrait changer aussi les pratiques en deuxième ligne du cancer de l'ovaire. C'est un gros défi pour le groupe GINECO. Par ailleurs, nous souhaitons bien sûr continuer à maintenir le dynamisme, mais également la convivialité et le plaisir que nous avons à travailler tous

ensemble, dont nous sommes très fiers.

**Pr Isabelle Ray-Coquard :** Nous devons également renforcer l'interaction groupes coopérateurs et recherche translationnelle française académique notamment autour du projet GREAT. Plus généralement, l'ambition est de maintenir la qualité, celle des données produites, la qualité du travail mais aussi la qualité au travail. Il s'agit de continuer à être excellents ! De plus, nous avons vraiment à cœur de donner à la nouvelle génération l'envie de travailler ensemble comme nous avons pu le vivre au sein du GINECO. Transmettre est indispensable et source de grands succès ! ■

✳ *Isabelle Ray-Coquard déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article. Anne-Claire Hardy Bessard déclare avoir des liens avec AstraZeneca, Clovis, GSK, MSD, Novartis, Pfizer, Roche.*

2023

**SAVE THE DATE**

Jeudi 23 & Vendredi 24  
Mars 2023 · PARIS

17<sup>e</sup> Rencontres  
Scientifiques  
du GINECO

## 2/ Pourquoi et comment un test HRD dans le cancer de l'ovaire ?



Dr Romane Gille

Centre Léon Bérard, Lyon

D'après la présentation du Pr Isabelle Ray-Coquard (Lyon)

### Les inhibiteurs de PARP

Les inhibiteurs de PARP font dorénavant partie du standard de traitement en maintenance après une première ligne de chimiothérapie par platine, seuls ou en association avec le bévacicumab (1-3). Au-delà de la mutation de *BRCA1/2*, dans les essais **PRIMA** (3), **PAOLA-1** (2) et **VELIA** (4), il a été montré un différentiel d'efficacité majeur entre les patientes qui avaient un test HRD positif (HRD+) et les patientes qui avaient un test HRD négatif (HRD-) (Fig. 1 et 2).

### Le test HRD

Plusieurs approches ont été évaluées afin de mettre en évidence les patientes non mutées *BRCA*, mais présentant une HRD : des scores qui détectent des aberrations génomiques appelées cicatrices génomiques, des signatures mutationnelles, ou des panels de séquençage d'ADN identifiant des mutations ponctuelles dans les gènes *HRR* (5). Le test MyChoice HRD® de Myriad Genetics (test HRD Myriad®) est un score combiné évaluant les cicatrices génomiques. Il combine en un score l'évaluation des LST (casures séparant de grandes régions chromosomiques de plus de 10 Mb), du déséquilibre allélique dans les régions subtélomériques et de la présence de LOH. Le score est positif lorsqu'il est supérieur ou égal à 42.

### Encadré - Liste des abréviations.

- **BRCA1/2** : BReast Cancer Gene 1 and 2
- **HR** : hazard ratio
- **HRD** : Homologous Recombination Repair Deficiency (défaut de la recombinaison homologue)
- **HRR** : Homologous Recombination Repair (recombinaison homologue)
- **iPARP** : inhibiteurs de Poly(ADP-Ribose) Polymérase
- **LOH** : Loss Of Heterozygosity
- **LST** : Large Scale state Transition

Actuellement, c'est ce test HRD Myriad® qui donne accès à la combinaison olaparib-bévacicumab en maintenance pour les patientes HRD+. En effet, ce test utilisé dans **PAOLA-1** a permis de mettre en évidence un bénéfice net pour les patientes HRD+, avec un HR à 0,33 pour la survie sans événement chez les HRD+ comprenant les mutées *BRCA*, et un HR à 0,43 pour les HRD+ non mutées *BRCA*. Dans cette dernière population, la médiane de survie sans progression passait de 16,6 à 28,1 mois.

**Le test HRD a une importance capitale**, et ce, pour trois raisons. Il permet :

- d'accéder à des options de traitements,
- de personnaliser les traitements
- et de révéler le groupe HRD- qui revêt un pronostic particulièrement sombre puisqu'il ne tire pas bénéfice des inhibiteurs de PARP en maintenance.

Le test HRD est donc rentré dans les recommandations de l'ESMO (6), et il a été confirmé par le consensus d'expert européen en 2022 (7).

### Score d'instabilité génomique HRD et mutations de gènes *HRR* hors *BRCA*

Est-il possible de remplacer un test d'instabilité génomique type test HRD Myriad® par la recherche de mutations dans un panel de gènes *HRR* ? Dans la présentation du Pr Éric Pujade-Lauraine à la SGO 2021, la réponse était non. Dans **PAOLA-1**, différents panels de gènes *HRR* ont été testés. Le plus large panel (26 gènes) a mis en évidence une mutation d'un gène *HRR* chez 9,8 % des patientes, soit la moitié seulement des patientes avec un score HRD+. Aucune corrélation entre mutation d'un gène *HRR* et défaut de fonctionnalité dans la voie *HRR* n'a été mise en évidence. Moins de la moitié des gènes *HRR* avaient

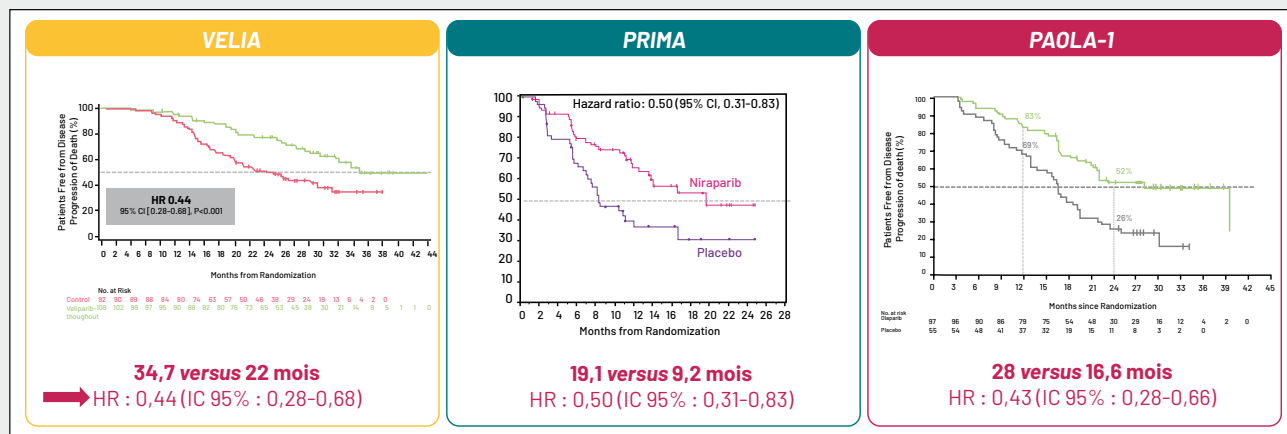


Figure 1

Chiffres de survie dans la population HRD+ : bénéfice des IPARP versus placebo ou bévaccizumab (2-4).

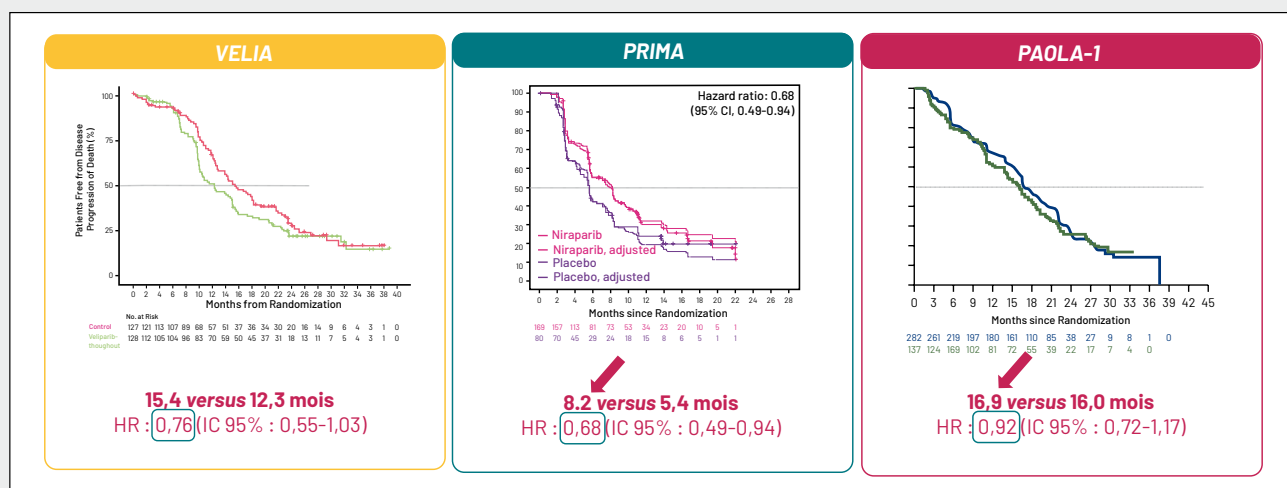


Figure 2

Chiffres de survie dans la population HRD- : peu ou pas de bénéfice des IPARP versus placebo ou bévaccizumab (2-4).

un score d'instabilité génomique  $\geq 42$  lorsqu'ils étaient mutés (Fig. 3). De plus, aucun des six panels de gènes testés ne pouvaient prédire le bénéfice clinique de PAOLA-1.

### Et en pratique ?

Actuellement, seul le test HRD Myriad® peut donner accès à l'association olaparib et bévaccizumab, et il est disponible en France grâce au soutien de l'industrie pharmaceutique. Cependant, il a des limites techniques :

- 19 % des tests rendus sont dits *unknown*, c'est-à-dire non contributifs dans les études PAOLA-1 ou PRIMA,
  - quid du rôle et de l'effet de la chimiothérapie néoadjuvante,
  - quantité de tissu et d'ADN disponible...
- De plus, il a un coût non négligeable.

### Le projet ENGOT

L'objectif du groupe GINECO avec le projet ENGOT (porté par le Pr Éric Pujade-Lauraine) est de développer

et de valider un test académique. Le protocole d'évaluation des tests HRD comporte trois phases.

- Lors de la première phase, qui a débuté en décembre 2019, 20 laboratoires académiques européens se sont portés candidats. Les tests basés sur les mutations des gènes HRR ont été écartés.

- Dix laboratoires ont intégré la phase 2 dans laquelle était évaluée la corrélation entre le test académique et le test HRD Myriad®. L'objectif était d'évaluer leur capacité à identifier les

meilleurs candidats parmi 85 échantillons tumoraux de **PAOLA-1**. Trois laboratoires n'ont pas poursuivi la phase 2, sept autres laboratoires de six pays ont terminé la phase 2 en mai 2021 et six laboratoires ont obtenu des résultats suffisants pour entrer en phase 3. Cette dernière, en cours, vise à valider la survie sans progression sur plus de 380 échantillons supplémentaires. Deux laboratoires, Leuven et HUG Geneva, ont déjà confirmé leur capacité à produire un test robuste capable d'identifier autant que le test HRD Myriad® les meilleurs candidats aux inhibiteurs de PARP.

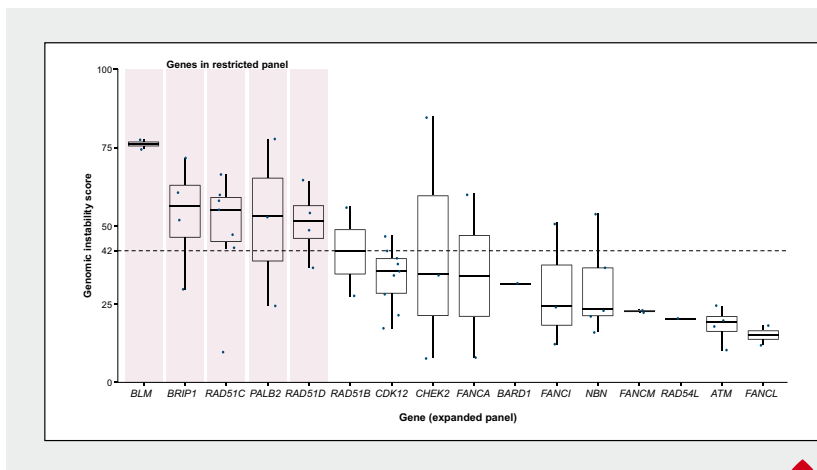


Figure 3

Gènes HRR et instabilité génomique.



Bibliographie

1. Moore K, Colombo N, Scambia G et al. Maintenance olaparib in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer. N Engl J Med 2018 ; 379 : 2495-505.
2. Ray-Coquard I, Pautier P, Pignata S et al. Olaparib plus bevacizumab as first-line maintenance in ovarian cancer. N Engl J Med 2019 ; 381 : 2416-28.
3. González-Martín A, Pothuri B, Vergote I et al. Niraparib in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer. N Engl J Med 2019 ; 381 : 2391-402.
4. Coleman RL, Fleming GF, Brady MF et al. Veliparib with first-line chemotherapy and as maintenance therapy in ovarian cancer. N Engl J Med 2019 ; 381 : 2403-15.
5. Pellegrino B, Mateo J, Serra V, Balmaña J. Controversies in oncology: are genomic tests quantifying homologous recombination repair deficiency (HRD) useful for treatment decision making? ESMO Open 2019 ; 4 : e000480.
5. Miller RE, Leary A, Scott CL et al. ESMO recommendations on predictive biomarker testing for homologous recombination deficiency and PARP inhibitor benefit in ovarian cancer. Ann Oncol 2020 ; 31 : 1606-22.
6. Vergote I, González-Martín A, Ray-Coquard I et al. European experts consensus: BRCA/homologous recombination deficiency testing in first-line ovarian cancer. Ann Oncol 2022 ; 33 : 276-87.

# 3/ Expérience de recherche translationnelle au GINECO : les leçons de CHIVA



Dr Romane Gille

Centre Léon Bérard, Lyon

D'après la présentation du Dr Alexandra Leary (Paris)

## L'essai CHIVA

L'essai CHIVA, dont le GINECO est le promoteur, est un essai randomisé en double aveugle de phase II évaluant l'ajout du nintédanib (inhibiteur de tyrosine kinase anti-VEGFR et PDGFR) à la chimiothérapie première avant chirurgie d'intervalle chez les patientes présentant un

cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine. L'essai a inclus 180 patientes, non opérables d'emblée. Au-delà de l'évaluation du bénéfice de l'ajout de l'antiangiogénique, de multiples prélèvements sanguins et tumoraux, ainsi que de l'imagerie fonctionnelle, étaient réalisés à des fins de recherche translationnelle.

## Résultats

Les résultats de l'étude étaient négatifs, voire montraient un effet délétère dans le bras nintédanib. Malgré cela, l'essai a permis de répondre à plusieurs questions de recherche translationnelle, dont il a montré qu'elle était possible et réalisable.

## Le KELIM

L'analyse de la décroissance du CA125 par un algorithme, le KELIM, a montré une corrélation avec l'obtention d'une chirurgie complète ou non, après chimiothérapie néoadjuvante (1). **Le KELIM peut donc être considéré comme un nouveau biomarqueur prédictif du succès chirurgical**, et ce, grâce aux analyses menées sur les patientes de l'essai CHIVA.

## La place du TEP précoce

L'essai a également permis d'évaluer la place du TEP scanner précoce, réalisé après une cure de chimiothérapie néoadjuvante (2). **Les patientes étaient classées en répondeuses selon le TEP ou non répondeuses** (Fig. 1). Ces dernières n'avaient quasiment aucune chance de chirurgie complète.

## Le CRS

Le *Chemotherapy Response Score* (CRS), score de réponse pathologique en anatomopathologie, avait été publié à partir d'une étude rétrospective (3). Dans CHIVA, essai prospectif, ce score n'a pas pu être validé, **ne montrant aucune valeur pronostique**.

## Le foci RAD51

Dans certains types de tumeurs, il existe avant tout traitement de nombreux dommages à l'ADN. Ces tumeurs, génomiquement instables, devraient recruter RAD51, qui joue un rôle capital dans la recombinaison homologue. L'absence de foci RAD51, évaluable sur lame FFPE, montre une déficience de ce système, c'est-à-dire un profil HRD+.

Dans CHIVA, les tumeurs RAD51- avaient en effet **une meilleure**

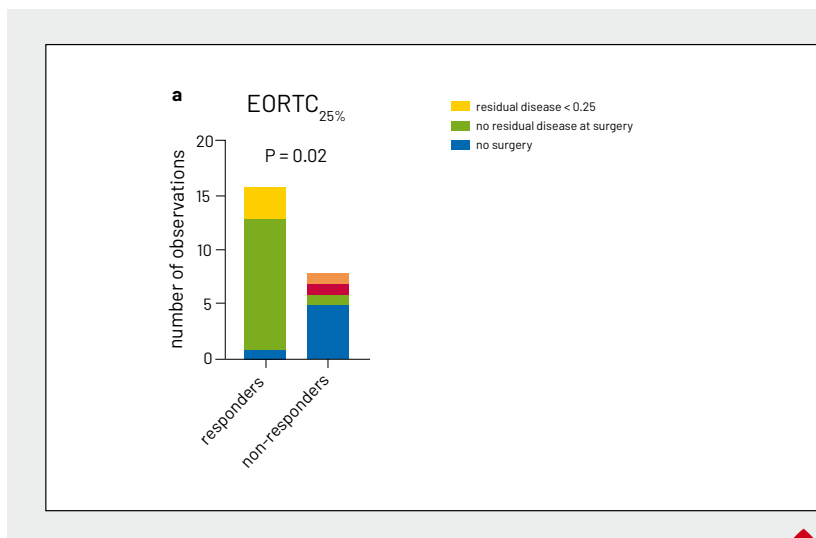


Figure 1

CHIVA : classement des patientes (répondeuses versus non répondeuses) selon le TEP.

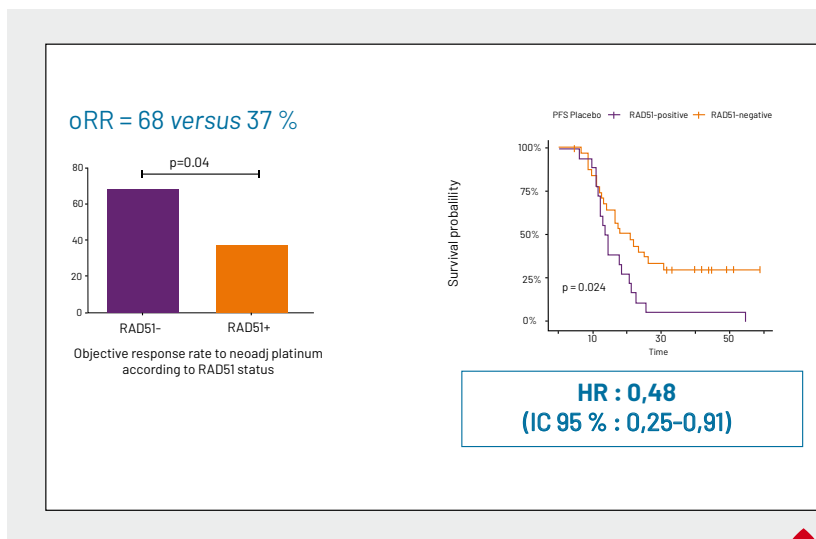


Figure 2

CHIVA : réponse au platine en présence ou non du foci RAD51.

**réponse au platine et une meilleure survie sans progression** (Fig. 2).

## Effet de la chimiothérapie sur la réponse immunitaire

Une autre analyse a permis de montrer la présence importante de FoxP3 (immunosuppressive) au niveau tumoral avant chimiothérapie, et

sa diminution au profit de cellules immunitaires cytotoxiques CD4+ et CD8+ en post-chimiothérapie.

Au total, malgré une étude négative, CHIVA a permis, à travers la recherche translationnelle, l'obtention de résultats probants concernant l'imagerie fonctionnelle, et de nouveaux biomarqueurs... publiés ou en cours de publication. ■



**Bibliographie**

1. You B, Robelin P, Tod M et al. CA-125 Elimination rate constant K (KELIM) is a marker of chemosensitivity in patients with ovarian cancer: results from the phase II CHIVA trial. Clin Cancer Res 2020 ; 26 : 4625-32.
2. Aide N, Fauchille P, Coquan E et al. Predicting tumor response and outcome of second-look surgery with 18F-FDG PET/CT: insights from the GINECO CHIVA phase II trial of neoadjuvant chemotherapy plus nintedanib in stage IIIc-IV FIGO ovarian cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2021 ; 48 : 1998-2008.
3. Böhm S, Faruqi A, Said I et al. Chemotherapy response score: development and validation of a system to quantify histopathologic response to neoadjuvant chemotherapy in tubo-ovarian high-grade serous carcinoma. J Clin Oncol 2015 ; 33 : 2457-63.

# 4/ Retour sur la 6<sup>e</sup> conférence de consensus international dans le cancer de l’ovaire



**Dr Romane Gille**

Centre Léon Bérard, Lyon

D’après la présentation du Pr Florence Joly (Caen)

Une fois n’est pas coutume, la 6<sup>e</sup> conférence de consensus du GCIG (*Gynecological Cancer InterGroup*) sur le cancer de l’ovaire s’est tenue en virtuel. Pendant 1 semaine, les experts ont débattu afin de réfléchir sur les essais du futur : **penser la recherche clinique de demain dans le cancer de l’ovaire.**

## La première ligne

### Chirurgie ou chimiothérapie première ?

La chirurgie première après évaluation dans un centre expert est toujours le traitement de référence. Une chimiothérapie néoadjuvante par carboplatine-paclitaxel suivie d’une chirurgie d’intervalles est une option valide si l’histologie est en faveur d’une tumeur chimiosensible et si l’évaluation initiale ne permet pas une chirurgie de résection complète ; ou si des comorbidités importantes ne permettent pas une chirurgie d’emblée.

### Le bilan d’évaluation

En France, le bilan d’évaluation s’effectue par coelioscopie. Le consensus étant international, selon lui, le bilan d’évaluation comporte :

- l’état de la patiente,
- la biologie,
- et l’extension de la maladie (par imagerie ou chirurgie).

### Les facteurs de stratification

Ils doivent être validés.

#### > Les facteurs pronostiques

Les facteurs pronostiques sont :

- le statut BRCA,
- le stade FIGO,
- la chirurgie première ou d’intervalles,
- le résidu tumoral,
- l’histologie (haut grade séreux et endométrioïde versus les autres),
- l’OMS

#### > Les facteurs prédictifs

Les facteurs prédictifs sont :

- le statut BRCA
- et le statut HRD (recherché avec une méthode validée) pour les essais avec inhibiteurs de PARP.

### Le bras standard

La chimiothérapie standard est le **carboplatine-paclitaxel, six cures toutes les 3 semaines**. Un schéma hebdomadaire selon MITO7 peut être une option. Il n’y a pas de place pour les schémas dose intensifiée ni pour la chimiothérapie intra-péritonéale. La maintenance pour les carcinomes de hauts grades comporte un inhibiteur de PARP +/- du bévacicumab pour les patientes avec une mutation BRCA ou HRD+, en revanche il n’y a pas de consensus en ce qui concerne les HRD-.

### Les challenges

#### > La maintenance

La survie sans progression (PFS) et la survie globale (OS) restent les objectifs principaux. La PFS2 (temps jusqu’à progression sous traitement de seconde ligne) doit être considérée comme un critère secondaire important. Les *patient reported outcome* (PROs) sont recommandés pour suivre la tolérance des traitements.



### > Les stades I et II à haut risque de rechute

Il n'y a pas de nouvelles données, des études spécifiques multicentriques avec une collaboration internationale sont nécessaires. **Le bras standard reste la chimiothérapie à base de platine.**

### La rechute

L'intervalle libre sans platine ne peut plus être à lui seul **un critère d'éligibilité**. Il faut prendre en compte d'autres critères d'éligibilité et/ou de stratification :

- le haut grade tumoral,
- le statut BRCA,
- le nombre et la réponse aux lignes de traitements systémiques antérieures,
- l'exposition antérieure aux inhibiteurs de PARP et/ou au bévacizumab (ainsi que la durée d'exposition),
- la chirurgie de la rechute.

### Quand le bras de référence doit-il inclure un sel de platine ?

Quand on attend une réponse au platine soit :

- en l'absence de progression 12 semaines après la dernière dose de platine ;
- en cas de réponse à la dernière chimiothérapie à base de platine ;
- si pas d'antériorité par un traitement antérieur par platine ;
- en l'absence de tumeur résiduelle après la première ligne de platine.

**La chimiothérapie à privilégier est le combo carboplatine-doxorubine liposomale pégylée (DLP).**

La maintenance se fera :

- par inhibiteur de PARP en cas de réponse au platine,
- par bévacizumab en cas de traitement antérieur par inhibiteur de PARP et/ou bévacizumab.

À noter que l'exposition aux inhibiteurs de PARP et/ou au bévacizumab doit être un facteur de stratification.

### Quand le bras de référence ne doit-il pas inclure un sel de platine ?

Quand on n'attend pas une réponse au platine soit :

- en cas de progression dans les 12 semaines après la dernière dose de platine ;
- en cas d'absence de réponse aux lignes antérieures de platine.

**Il n'y a pas de consensus sur le bras de référence** : monochimiothérapie par DLP, paclitaxel hebdomadaire, gemcitabine ou topotécan. L'association au bévacizumab est possible avec DLP, paclitaxel, topotécan. Fait nouveau, le consensus retient la possibilité de faire **un bras soins de confort exclusifs après quatre lignes de traitements** ou s'il n'existe pas d'autre option de traitement standard.

### Challenges

#### > La maladie réfractaire

La maladie réfractaire est définie par une progression pendant le traitement par platine ou moins de 12 semaines après la première ligne par platine.

Il s'agit d'une population spécifique, pour laquelle **il y a nécessité d'études dédiées**, et elle doit être prise en compte comme un facteur de stratification dans les essais sans platine.

#### > Les essais drivés par les biomarqueurs

Les bras de référence peuvent inclure des traitements **par platine ou non** en fonction des caractéristiques cliniques et avec les stratifications appropriées.

### Quand et pour quelles patientes le bras standard doit-il inclure la chirurgie de la rechute ?

La chirurgie de la rechute doit être

considérée chez toutes les patientes **si la situation clinique remplit les critères prédictifs d'une résection complète** (utilisation de scores prédictifs validés).

#### > En dehors d'un essai

La chirurgie de la rechute en dehors d'un essai peut être faite à condition que cela soit permis par le protocole, et qu'elle soit un facteur de stratification.

#### > Dans le cadre d'un essai

La chirurgie de la rechute dans le cadre d'un essai est possible **si elle est incluse dans la stratégie thérapeutique post-randomisation**, donc si elle est prévue dans le design de l'étude. Elle est possible uniquement pour les patientes avec un score prédictif validé (par exemple : AGO).

### Les sous-groupes spécifiques

#### Quel(s) est(sont) le(s) bras standard pour les tumeurs séreuses autres que de haut grade ?

- **Stade I/II** : chimiothérapie à base de platine.
- **Stade III/IV** : carboplatine-paclitaxel +/- bévacizumab.
- **Rechute** : pas de consensus sur le standard.

Il y a une nécessité de relecture histologique par un centre expert spécialisé en onco-gynécologie.

Les adénocarcinomes endométrioïdes de haut grade avec anomalie de P53 et les carcinosarcomes (histologie à mettre comme un facteur de stratification) sont à considérer comme les adénocarcinomes séreux de haut grade, donc à inclure dans le même groupe.

## Quel(s) est(sont) le(s) bras standard pour les autres tumeurs ?

### > Dysgerminomes

- **Stade I standard** : chirurgie puis surveillance active.
- **Stade I de haut risque, stades II à IV** : chirurgie puis chimiothérapie par BEP, ou chimiothérapie seule (stade IV).

L'objectif pour le futur est d'aller vers des essais de désescalade.

### > Tumeurs des cordons sexuels

- **Stade I** : résection complète et surveillance.
- **Stades II à IV** : chimiothérapie par BEP ou carboplatine-paclitaxel.
- **Rechute** : pas de consensus.

## Challenge pour les tumeurs rares

- **Faible incidence** : importance des études multicentriques internationales randomisées (comme par exemple l'essai **ALIENOR**).
- Dans les sous-groupes très rares, les essais randomisés ne sont pas possibles : faire de nouveaux designs comme les études plateformes, rechercher un signal d'efficacité avec des études mono-bras.

## Comment inclure des populations à risque (âge, comorbidités, diversité ethnique) ?

Les patientes avec fragilité et comorbidités sont sous-représentées dans les essais. Il y a encore débat entre faire des études spécifiques ou inclure les patientes dans un sous-groupe avec stratification sur les comorbidités.

Pour les patientes âgées, le consensus a retenu la nécessité d'inclure un score de vulnérabilité

gériatrique comme le GVS (*Geriatric Vulnerability Score*).

La conférence a également souligné la nécessité de collaborations internationales pour veiller à l'équité à l'accès aux essais cliniques, notamment dans des populations avec diversité ethnique.

## Design des futurs essais

### Place de l'imagerie

Le standard de l'évaluation par imagerie est le **scanner thoraco-abdomino-pelvien** avec contraste IV et oral. **L'IRM** est une alternative en cas de contre-indications à l'utilisation des produits de contraste.

La même modalité d'évaluation doit être utilisée **tout le long du suivi lors de l'essai**, et le rythme de réalisation doit être adapté et harmonisé dans les deux bras.

Les autres techniques d'imagerie peuvent être explorées, mais doivent être validées *versus* scanner, et ne peuvent pas être utilisées pour l'évaluation du critère principal.

### Définition des critères principaux

#### > Phase I

L'objectif est l'évaluation de la **tolérance**. Les phases IB d'expansion peuvent être utilisées pour étendre les analyses de tolérance et/ou de pharmacocinétique ou dynamique, mais ne sont pas faites pour évaluer l'efficacité.

#### > Phase II

Le but est l'évaluation de **l'activité**. Le taux de réponse objective (ORR) est le critère principal des études mono-bras et pourrait être utilisé pour les études randomisées. Le taux

de contrôle de la maladie (DCR) n'est pas un critère principal validé.

#### > Phase III

L'objectif est l'évaluation de **l'efficacité**. La PFS et l'OS sont les critères principaux (à noter qu'elles peuvent être utilisées pour les phases II randomisées). La PFS doit être évaluée par l'investigateur. La PFS avec revue centralisée peut être un critère secondaire. Les autres critères de réponse ne peuvent pas être des critères principaux.

### Nouveaux designs d'études

De nouveaux designs peuvent être envisagés pour évaluer des résultats préliminaires de pharmacodynamie et/ou d'activité clinique. Ils doivent inclure des critères principaux validés et les résultats doivent être confirmés dans des essais randomisés.

**L'analyse de sous-groupes et/ou de facteurs de stratification** doit être initialement planifiée avec le calcul de la puissance nécessaire.

### Incorporation de PROs (Patient Reported Outcomes)

Ils doivent être inclus en support des critères principaux, d'autant plus si l'on rapporte la PFS.

**Des outils validés doivent être utilisés**. La toxicité rapportée par les patientes doit être considérée, par exemple par l'utilisation du PRO-CTCAE.

Si la PFS est le critère principal, un critère de PROs pourrait être ajouté comme un critère principal complémentaire.

Alors que la place des inhibiteurs de PARP n'est plus à démontrer, l'émergence des PROs montre l'importance du vécu des patientes dans l'évaluation de nos futurs traitements, notamment en maintenance.

# 5/ PARP après PARP : étude OReO



**Dr Romane Gille**

Centre Léon Bérard, Lyon

**D'après la présentation du Dr Frédéric Selle (Paris)**

Les inhibiteurs de PARP (iPARP) font partie du standard de maintenance en première ligne du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire de stade avancé, mais aussi en rechute platine sensible après réponse partielle ou complète après une chimiothérapie à base de platine. Mais *quid* du rechallenge des iPARP chez les patientes en ayant reçu antérieurement ?

C'est la question à laquelle tente de répondre l'étude **OReO**, et dont les premiers résultats ont été présentés par le Pr Éric Pujade-Lauraine à l'ESMO 2021.

## L'étude OReO

**OReO** est une étude de phase IIIb évaluant l'efficacité et la tolérance du rechallenge par olaparib en maintenance chez des patientes prétraitées par un iPARP.

### Critères d'inclusion et design (Fig. 1)

Il s'agissait de patientes présentant une rechute d'un cancer de l'ovaire, et ayant antérieurement reçu une maintenance par iPARP. Elles devaient être en réponse partielle ou complète après la ligne de chimiothérapie à base de platine la plus récente ou ne pas avoir de maladie résiduelle post-chirurgie. Le statut **BRCA** devait être connu. Il n'y avait pas de limite au nombre de lignes antérieures reçues.

Les critères d'inclusion tenaient compte de la durée d'exposition antérieure aux iPARP. Les patientes étaient séparées en deux cohortes :

- **cohorte BRCA muté (mBRCA)** :  $\geq 18$  mois d'exposition aux iPARP en cas de première rechute platine-sensible.  $\geq 12$  mois pour les lignes ultérieures ;
- **cohorte BRCA non muté (non-BRCAM)** :  $\geq 12$  mois d'exposition aux iPARP en cas de première rechute.  $\geq 6$  mois pour les lignes ultérieures.

Dans chaque cohorte, les patientes étaient randomisées en 2:1 entre olaparib, à la dose de 300 mg matin et soir, et *placebo*.

### Objectifs

L'objectif principal de l'étude était **la survie sans progression (PFS)**.

Les objectifs secondaires étaient :

- le temps jusqu'à progression ou décès,
- le temps jusqu'au traitement suivant,
- le temps jusqu'au second traitement suivant (TSST),
- la survie globale,
- la qualité de vie,
- la tolérance.

### Population

L'étude a débuté en 2017 et la dernière inclusion a eu lieu en février 2021. **Cent douze patientes ont été incluses dans le bras BRCAM et 108 patientes dans le bras non-BRCAM** (n = 220).

Les patientes étaient en majorité lourdement prétraitées, avec 85 % des patientes qui avaient reçu au moins trois lignes antérieures.

Avant randomisation, 26 % des patientes étaient en réponse complète et 73 % en réponse partielle.

La durée médiane d'exposition antérieure aux iPARP était de 20 mois dans le bras BRACm et de 12 mois dans le bras non-BRCAM.

Parmi les patientes non-BRCAM, un test HRD a été réalisé :

- HRD+ chez 40 %,
- HRD- dans 40 %,
- et HRD inconnu dans 20 %.

## Résultats

Dans les deux cohortes, le bénéfice était cliniquement significatif.

### Cohorte BRCAM

Dans la cohorte BRCAM, la PFS était de 4,3 mois avec l'olaparib *versus* 2,8 mois avec le *placebo* (HR : 0,57 ; IC 95 % : 0,37-0,87 ; p = 0,022). Une proportion substantielle a même pu bénéficier d'un iPARP avec une réponse à long terme, avec par exemple 19 % de réponses à 12 mois.

### Cohorte non-BRCAM

Dans la cohorte non-BRCAM, la PFS était de 5,3 mois avec l'olaparib *versus* 2,8 mois avec le *placebo* (HR : 0,43 ; IC 95 % : 0,26-0,71 ; p = 0,0023). Là encore, une proportion bénéficie d'une réponse longue avec 30 % de réponses à 6 mois et

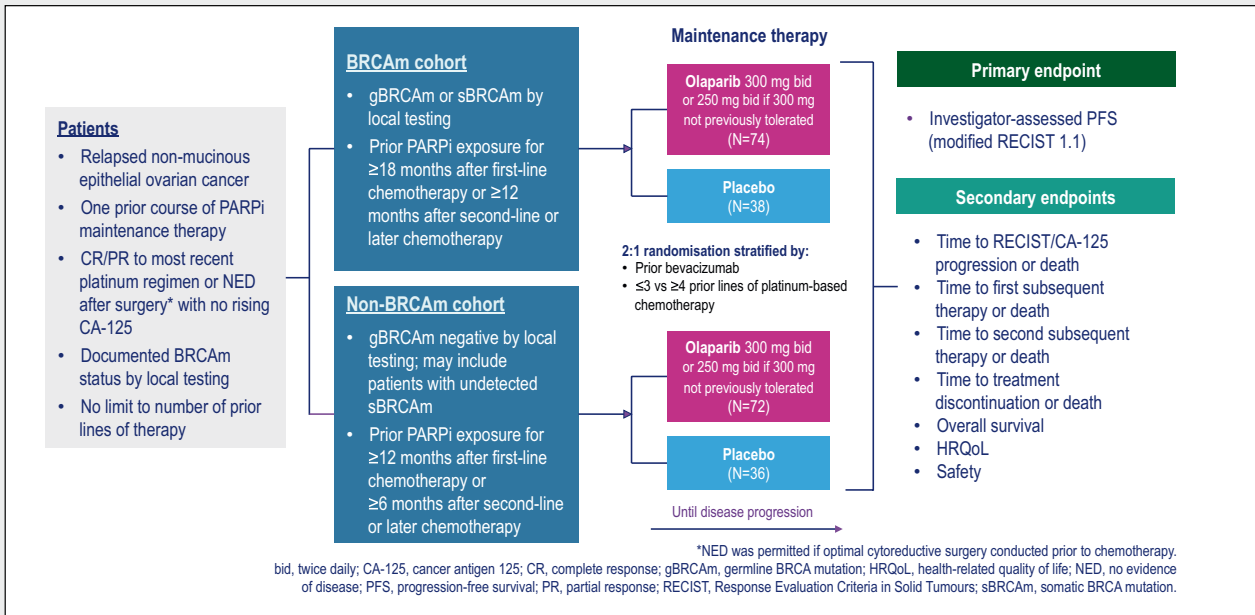


Figure 1

OReO : design de l'étude.

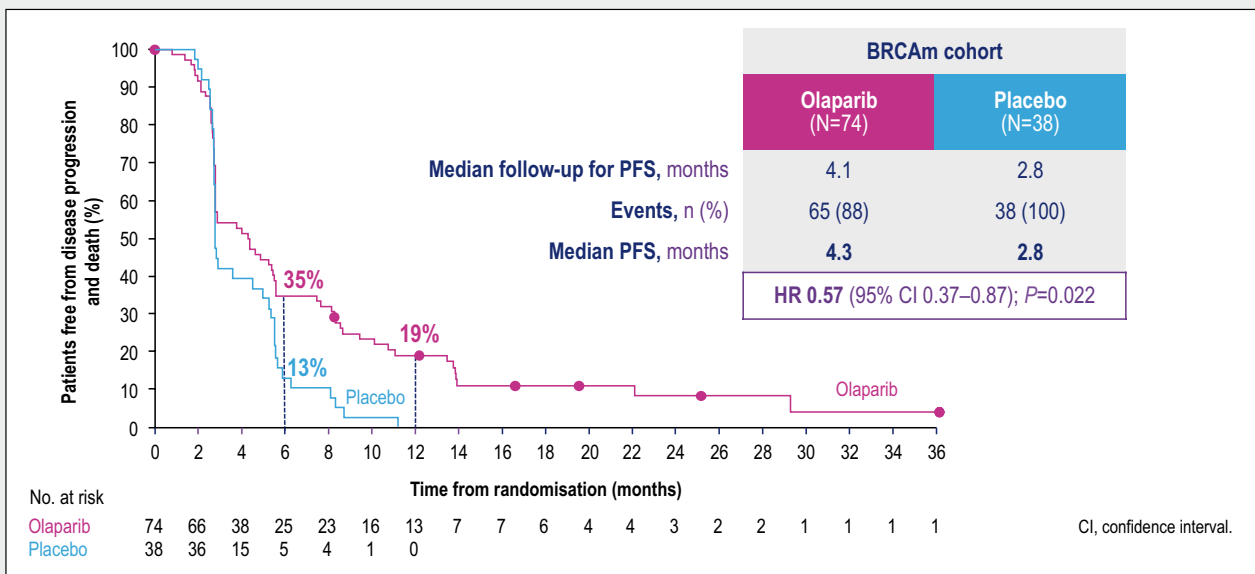


Figure 2

OReO : survie sans progression dans la cohorte BRCAM.

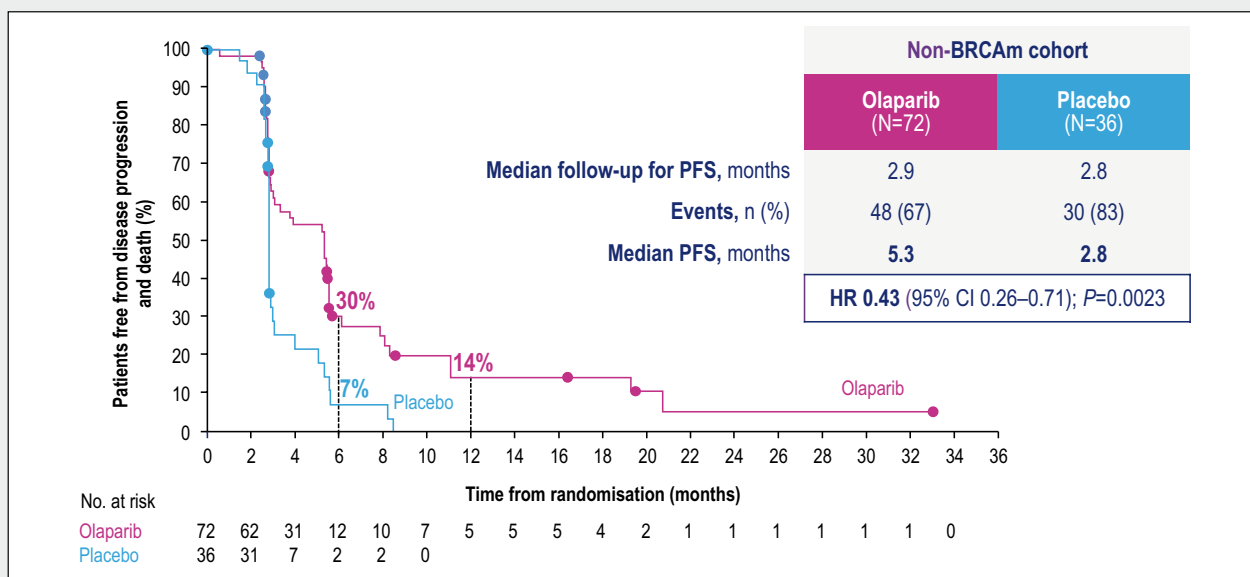
14 % à 12 mois. Une analyse exploratoire prévue dans l'étude montre que quel que soit le statut HRD, positif ou négatif, les résultats de PFS sont meilleurs dans le bras olaparib

versus placebo.

**Analyse en sous-groupe**

Dans l'analyse en sous-groupe, le bénéfice était retrouvé pour

quasiment tous, particulièrement les patientes non prétraitées par bévacizumab, et les patientes en réponse complète après une chimiothérapie à base de platine.


**Figure 3**
**ORE0 : survie sans progression dans la cohorte non-BRCAM.**

### Tolérance et toxicité

La cause d'arrêt la plus fréquente était la progression (plus de 90 %). Très peu d'arrêts pour toxicité ont été rapportés (trois cas). À noter qu'il n'y a pas eu de syndrome myélodysplasique rapporté, et que, par ailleurs, les effets indésirables étaient ceux classiquement

connus à savoir les nausées (40 %), l'asthénie (40 %), l'anémie (20 %), les troubles digestifs (12–15 %).

### Conclusion

Il s'agit donc d'une étude positive avec un bénéfice statistiquement

significatif en PFS. Le gain en nombre de mois est modeste, mais il est intéressant de souligner, pour un nombre non négligeable de patientes, des longues durées de réponse au rechallenge. La question qui se pose dorénavant est comment identifier ces "re-répondeuses" ?

## 6/ Changement de pratique dans les cancers du col et de l'endomètre : les grands essais de phase III


**Dr Romane Gille**

Centre Léon Bérard, Lyon

D'après la présentation du Dr Coraline Dubot (Saint-Cloud) et du Pr Jérôme Alexandre (Paris)

**KEYNOTE-826 :  
pembrolizumab +  
chimiothérapie en  
première ligne dans le**

**cancer du col de l'utérus  
avancé ou métastatique**

L'immunothérapie dans le cancer du col avancé bénéficie d'un rationnel

solide, et le pembrolizumab a même une autorisation de la FDA (Food and Drug Administration) aux États-Unis en deuxième ligne de traitement.

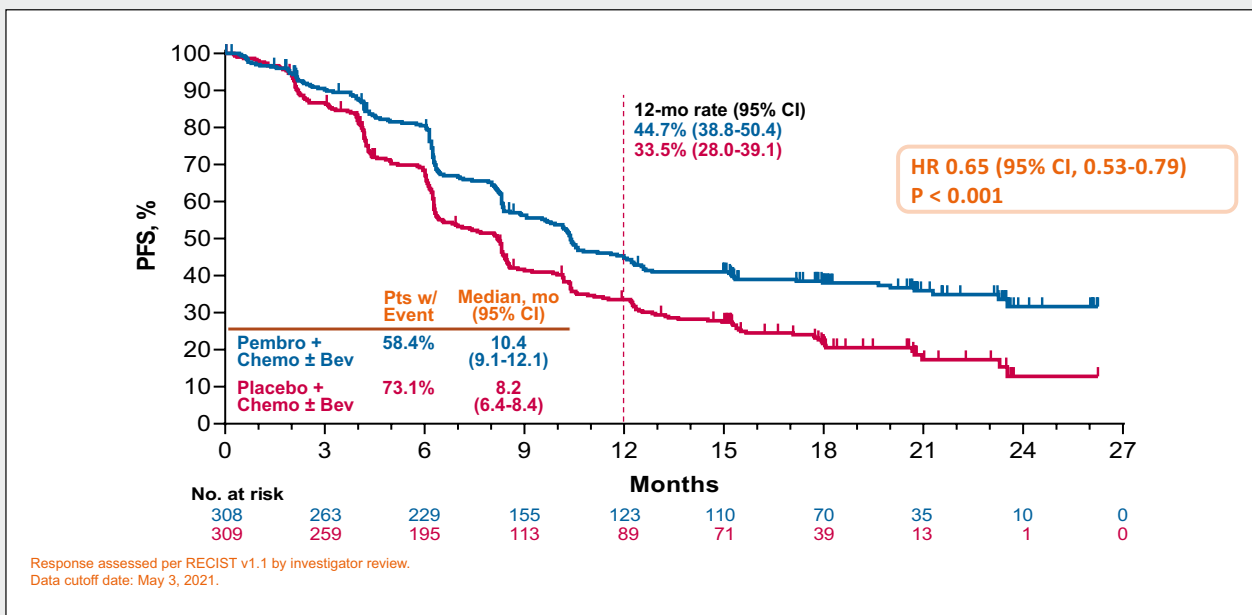


Figure 1

KEYNOTE-826 : survie sans progression dans la population totale.

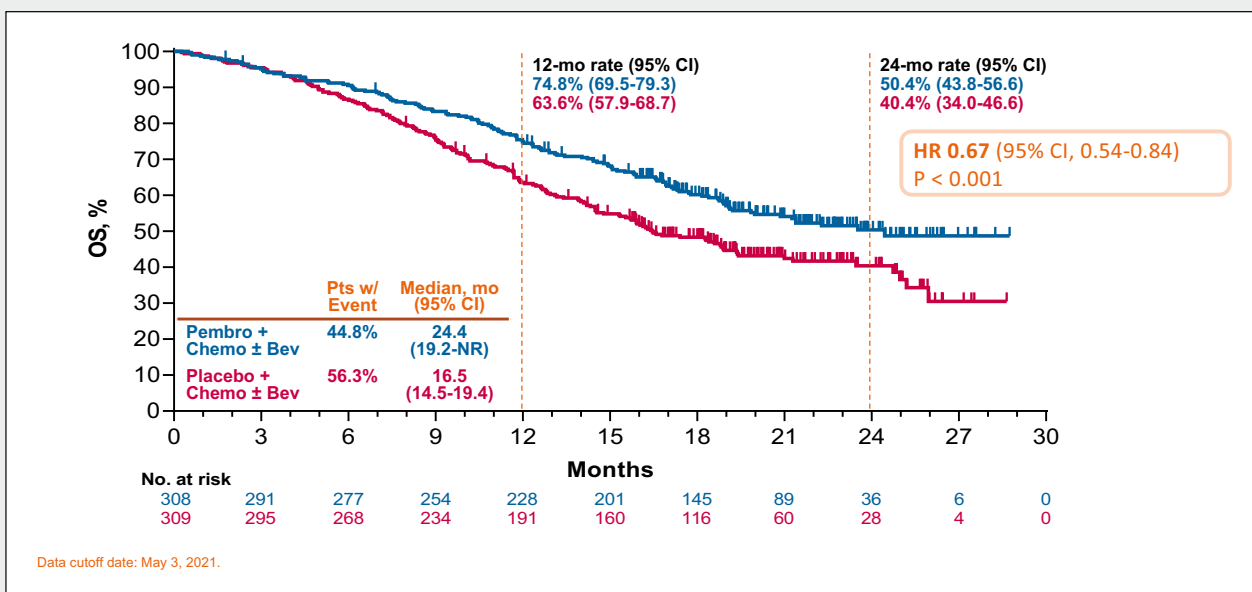


Figure 2

KEYNOTE-826 : survie globale dans la population totale.

**L'étude**

L'étude **KEYNOTE-826** est une étude de phase III, randomisée, en double aveugle, évaluant l'ajout du pembrolizumab à une

chimiothérapie de première ligne par paclitaxel-platine associée ou non au bévacicumab pour un cancer du col de l'utérus avancé ou métastatique.

**> Critères d'inclusion**

Les patientes devaient être en bon état général, PS0-1, et présenter un cancer du col utérin en rechute ou métastatique d'emblée, en première

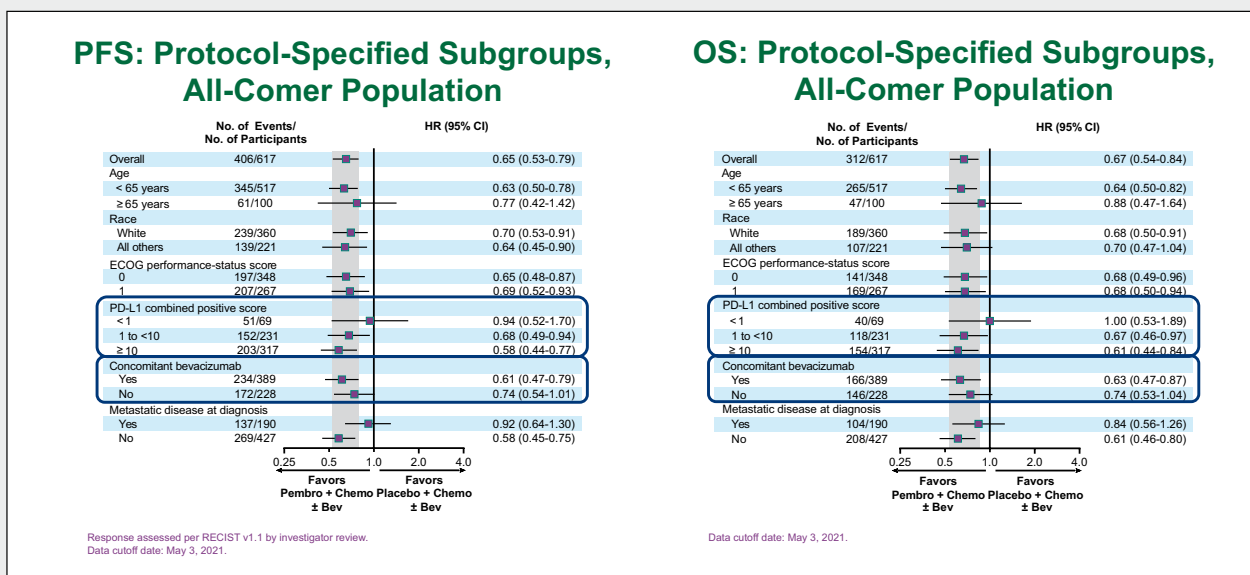


Figure 3

**KEYNOTE-826 : analyse en sous-groupes pour la survie sans progression et la survie globale.**

ligne métastatique. Elles pouvaient avoir reçu, lors de la prise en charge initiale, une radiothérapie ou radiochimiothérapie à visée curative, mais pas de chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante.

#### > Critères de stratification

- Métastatique d'emblée *versus* rechute
- Statut PD-L1 évalué par le score CPS : ≥ 1 ou ≥ 10
- Bévacicumab associé ou non (au choix de l'investigateur).

#### > Design

Les patientes recevaient toutes six cures de chimiothérapie par paclitaxel et sels de platine (carboplatine ou cisplatine) à 21 jours d'intervalle, associée ou non à du bévacizumab 15 mg/kg (choix de l'investigateur). Elles étaient randomisées 1:1 entre pembrolizumab 200 mg en association à la chimiothérapie puis en entretien (total de 35 cycles) *versus* placebo.

#### > Objectifs

Les co-objectifs primaires étaient :

- la survie globale (OS)
- et la survie sans progression (PFS).

Les objectifs secondaires étaient :

- le taux de réponse objective (ORR),
- la durée de réponse (DoR),
- la PFS à 12 mois
- et le profil de tolérance.

#### Résultats

L'analyse en ITT a porté sur 617 patientes. Dans 75 % des cas, les patientes avaient reçu de la radiochimiothérapie ou de la radiothérapie antérieurement. Les carcinomes épidermoïdes représentaient 72,3 % des cas. Seulement 20 % présentaient une maladie métastatique d'emblée. Dix pour-cent des tumeurs avaient un score CPS négatif, soit inférieur à 1.

#### > Survie sans progression

La médiane de PFS était de 10,4 mois avec le pembrolizumab *versus* 8,2 mois avec le placebo (HR :

0,65 ; IC 95 % : 0,53-0,79 ;  $p < 0,001$ ) (Fig. 1). La PFS à 12 mois était de 44,7 % avec le pembrolizumab *versus* 33,5 % avec le placebo. Les résultats étaient similaires que le score CPS soit supérieur à 1 ou supérieur à 10.

#### > Survie globale

La médiane d'OS était de 24,4 mois avec le pembrolizumab *versus* 16,5 mois avec le placebo (HR : 0,67 ; IC 95 % : 0,54-0,84 ;  $p < 0,001$ ) (Fig. 2). L'OS à 12 mois était de 74,8 % avec le pembrolizumab *versus* 63,6 % avec le placebo. Les résultats étaient similaires que le score CPS soit supérieur à 1 ou supérieur à 10.

#### > Analyse en sous-groupes

En analyse en sous-groupes, que ce soit en PFS ou en OS, tous bénéficient de l'ajout du pembrolizumab sauf le sous-groupe score CPS inférieur à 1 (Fig. 3). Il n'y a pas de différence significative avec l'ajout du bévacizumab ou non, même si le HR en faveur du pembrolizumab

semble meilleur pour les patientes recevant du bévacizumab.

> Tolérance

Les effets indésirables rapportés étaient globalement ceux de la chimiothérapie, notamment l'hématotoxicité (60%), les troubles digestifs (40%), la neuropathie périphérique (25%), l'hypertension artérielle (24%). Les toxicités immuno-médiées étaient classiques, majoritairement des dysthyroïdies de grade I-II (18%), des colites de grade I-II (5%), des éruptions cutanées.

Les questionnaires de qualité de vie et les *Patient Reported Outcomes* (PROs) ont retrouvé des résultats comparables entre les deux groupes, montrant ainsi que l'ajout du pembrolizumab n'altère pas la qualité de vie des patientes.

En conclusion, il s'agit donc d'un essai positif sur ses deux co-objectifs primaires, qui apporte un bénéfice cliniquement significatif, indépendamment de l'adjonction du bévacizumab. Le pembrolizumab a donc déjà reçu l'approbation de la FDA dans cette indication, avec une restriction aux scores CPS supérieurs à 1. L'avis de l'agence européenne du médicament est en attente.

• Colombo N, Dubot C, Lorusso D et al. Pembrolizumab for persistent, recurrent, or metastatic cervical cancer. *N Engl J Med* 2021 ; 385 : 1856-67.

**KEYNOTE-775 : l'association pembrolizumab-levatinib en deuxième ligne dans le cancer de l'endomètre avancé ou métastatique**

Jusqu'à présent, il n'existait aucun standard validé en deuxième ligne

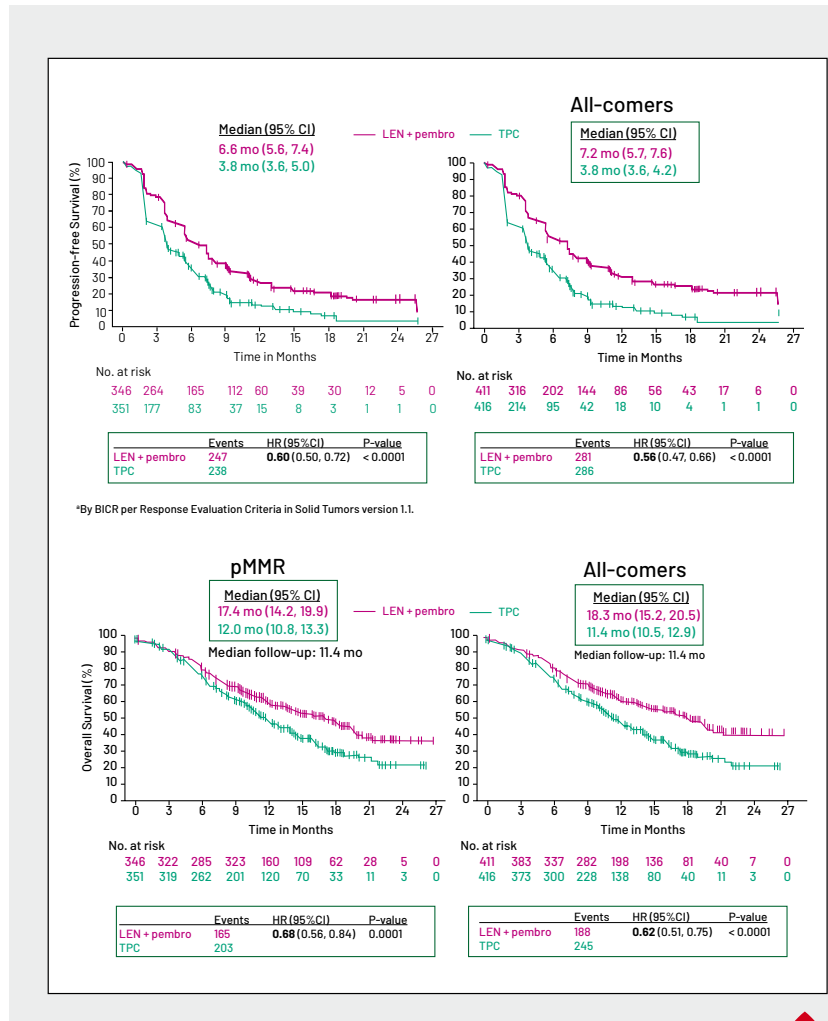


Figure 4

KEYNOTE-775 : survie sans progression et survie globale PFS et OS de la population totale et des pMMR.

métastatique et au-delà dans le cancer de l'endomètre. Plusieurs options étaient possibles selon les recommandations de Saint-Paul-de-Vence 2019 : réintroduction d'un sel de platine si intervalle libre de 6 mois ou plus, doxorubicine, paclitaxel hebdomadaire...

Les derniers progrès avaient concerné les patientes présentant une instabilité des microsatellites (MSI-H), autrement appelée *mismatch repair deficient* (dMMR), qui représentent 15% de la totalité des cancers de l'endomètre. En effet deux essais, KEYNOTE-158 pour le pembrolizumab

et l'essai GARNET pour le dostarlimab, ont montré une activité de l'immunothérapie chez ces patientes.

Il existe un rationnel préclinique invitant à la combinaison immunothérapie et antiangiogénique, par l'action de ce dernier sur l'immuno-tolérance, et des preuves d'efficacité dans d'autres types de cancers comme le cancer du rein.

L'étude

L'étude KEYNOTE-775 est une étude de phase III, randomisée, évaluant l'association



pembrolizumab-lenvatinib *versus* un traitement standard par chimiothérapie en deuxième ligne pour un cancer de l'endomètre avancé ou métastatique. Les résultats ont été présentés à la SGO 2021.

#### > Critères d'inclusion

Les patientes devaient être en bon état général, PS0-1, et présenter un cancer de l'endomètre avancé ou métastatique. Elles devaient avoir déjà reçu une ligne de chimiothérapie métastatique de première ligne à base de sels de platine, sauf en cas de rechute très précoce après une chimiothérapie adjuvante (dans les 6 mois). Les carcinosarcomes étaient exclus.

Le statut dMMR était un critère de stratification : *mismatch repair-proficient* (pMMR) *versus mismatch repair-deficient* (dMMR).

#### > Design

Les patientes étaient randomisées 1:1 entre l'association pembrolizumab-lenvatinib et traitement standard. Le pembrolizumab était administré toutes les 3 semaines à la dose de 200 mg et le lenvatinib en une prise orale quotidienne de 20 mg. Le traitement standard était une monochimiothérapie par doxorubicine ou paclitaxel, au choix de l'investigateur.

#### > Les objectifs

Les co-objectifs primaires étaient :

- la PFS
- et l'OS.

Les objectifs secondaires étaient :

- le taux de réponse objective,
- la qualité de vie,
- la pharmacocinétique,
- le profil de tolérance.

#### Résultats

827 patientes ont été incluses, dont 15,7 % étaient dMMR.

#### > Survie sans progression

L'étude retrouvait un bénéfice significatif en PFS dans la population totale, avec une médiane de 7,2 mois avec l'association *versus* 3,8 mois (HR : 0,56 ; IC 95 % : 0,47-0,66 ;  $p < 0,0001$ ), et dans la population pMMR de 6,6 *versus* 3,8 mois (HR : 0,60 ; IC 95 % : 0,50-0,72 ;  $p < 0,0001$ ) (Fig. 4).

#### > Survie globale

Le bénéfice était également retrouvé en OS dans la population totale, avec une médiane de 18,3 mois avec l'association *versus* 11,4 mois (HR : 0,62 ; IC 95 % : 0,51-0,75 ;  $p < 0,0001$ ), et dans la population pMMR de 17,4 *versus* 12 mois (HR : 0,68 ; IC 95 % : 0,56-0,84 ;  $p < 0,0001$ ) (Fig. 4).

#### > Patientes dMMR et patientes pMMR

• Chez les patientes dMMR, le bénéfice retrouvé était très supérieur à la monochimiothérapie avec une médiane de PFS qui passait de 3,7 à 10,7 mois avec l'association (HR : 0,36) et une médiane d'OS non atteinte *versus* 8,6 mois avec la monochimiothérapie. Le taux de réponse objective passait de 12,3 à 40 % avec l'association ( $p = 0,0002$ ).

• À noter que chez les patientes pMMR, le pronostic diffère selon le type histologique. Le bénéfice statistique reste le même, mais en médiane les types endométrioïdes et à cellules claires atteignent une médiane d'OS de 20 *versus* 12 mois chez les séreux.

#### > Tolérance

En ce qui concerne la tolérance, il est important de noter que la quasi-totalité des patientes a présenté une toxicité de grade III ou IV, quel que soit le bras de traitement, mais avec des conséquences différentes. Deux patientes sur trois dans le bras pembrolizumab-lenvatinib ont nécessité une réduction de dose, deux sur trois une interruption temporaire de traitement. Un tiers des patientes a même dû arrêter définitivement le traitement.

Les toxicités rencontrées étaient majoritairement liées à l'anti-angiogénique avec des hypertensions artérielles dans 64 % des cas (dont 38 % de grade III-IV), des diarrhées dans 50 % des cas (dont 7 % de grade III-IV), une perte d'appétit, une perte de poids, des nausées...

En conclusion, il s'agit d'une étude positive faisant la preuve d'un bénéfice cliniquement significatif tant en PFS qu'en OS de l'association pembrolizumab lenvatinib en deuxième ligne dans le cancer de l'endomètre avancé ou métastatique, quel que soit le statut MMR. L'association est déjà disponible dans cette indication en France grâce au dispositif d'accès précoce, depuis mars 2022.

• Makker V, Colombo N, Casado Herráez A et al. Lenvatinib plus pembrolizumab for advanced endometrial cancer. *N Engl J Med* 2022 ; 386 : 437-48.

• Haute autorité de santé. Keytruda AP63. Décisions et avis CT. 17 mars 2022. Disponible sur : [www.has-sante.fr/jcms/p\\_3329293/fr/keytruda-ap63-decisions-et-avis-ct](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3329293/fr/keytruda-ap63-decisions-et-avis-ct).

# 7/ Les actualités de l'association IMAGYN



**Coralie Marjollet**

Présidente de l'association IMAGYN

## Quelles ont été les activités phare de l'année 2021 ?

Nous avons combiné dans cette année particulière les activités en présentiel et en distanciel.

En présentiel, avec **la première tournée du COCON**, caravane qui va à la rencontre des patientes atteintes de cancer de l'ovaire en régions. Au sein d'IMAGYN, cela fait plusieurs années que nous réfléchissons à comment rompre l'isolement lié à cette maladie encore tabou et réduire l'inégalité d'accès aux soins sur le territoire. Le laboratoire GSK, partenaire de cette opération, nous a permis d'organiser ce tour de France qui a commencé en 2021 par cinq villes. Dans chaque ville, le COCON fait une escale de 2 jours avec des ateliers (nutrition, activité physique, féminité et sexualité) animés par des professionnels de santé du centre et une référente régionale d'IMAGYN, un atelier parcours de soin et pathologie avec un oncologue et un chirurgien et un Café IMAGYN.

En distanciel, **des webinaires de grande qualité** ont été organisés avec le soutien des médecins du GINECO et de la Société française d'oncologie gynécologique. Construits à partir des questions des patientes et des proches de l'association, ils ont permis d'informer sur des sujets difficiles avec un ton bienveillant et ouvert. Plusieurs milliers de personnes ont ainsi pu bénéficier d'informations fiables et vérifiées. Ces webinaires sont

toujours disponibles sur la plateforme oncostream.com.

Par ailleurs, nous avons pu faire **un très beau Septembre turquoise**, mois dédié aux cancers gynécologiques, avec plus de 40 manifestations tournées à la fois vers le grand public autour de la prévention et du dépistage, et vers les malades et leurs proches pour les soutenir dans la maladie dans les établissements de santé, qu'ils soient publics, privés ou anticancéreux.

Nous avons aussi commencé **une collection de livrets sur des sujets peu abordés** autour des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne. Le premier, sorti en octobre, s'intéresse à la sexualité après un cancer de l'ovaire car les nouveaux traitements permettent pour certaines patientes de gagner des années de vie, mais il est important qu'elles puissent continuer à vivre pleinement leur vie de femme.

## Avez-vous continué vos activités auprès des institutions après le beau succès du remboursement de la vaccination des garçons contre les virus HPV obtenu fin 2020 ?

Nous continuons à faire porter la voix des patientes auprès des institutions. Nous demandons la signature par le ministre des Solidarités et de la Santé du décret qui **interdit le remboursement des actes liés à la chirurgie du cancer de l'ovaire avancé dans les établissements**

**qui n'ont pas l'autorisation de la pratiquer** et nous demandons aussi à ce que les seuils d'autorisation soient revalorisés suite aux critères publiés par l'INCa en décembre 2021. De plus, par l'intermédiaire d'une question au gouvernement, nous demandons **le remboursement des tests HRD** pour les patientes atteintes de cancer de l'ovaire afin qu'elles puissent bénéficier des traitements correspondants au plus près à leur pathologie.

Et enfin, nous continuons à informer le plus grand nombre sur **la prévention primaire et secondaire** dans le cancer du col de l'utérus avec la vaccination des filles et des garçons contre les virus HPV et le dépistage par le test HPV. Une conférence de presse a été organisée à ce sujet le 4 mars 2022 avec le président du Syndicat des pharmaciens d'officine et Gwenaël Ferron, chirurgien oncologue, vice-président de la Société française de chirurgie oncologique et fidèle soutien de notre association.

## Quels sont vos projets pour l'année qui vient ?

Le COCON va repartir pour un tour de France de neuf villes partout sur le territoire afin de faire bénéficier au plus grand nombre de patientes d'informations sur la prise en charge de leur pathologie et de les accompagner au quotidien avec des soins de support. Nous allons continuer les webinaires, entre autres sur

la gestion des effets secondaires des thérapies orales. Nous commençons déjà à préparer Septembre turquoise qui se déroulera, nous l'espérons,

loin des tumultes liés à la crise sanitaire de ces dernières années. Et nous continuerons à publier trimestriellement notre *newsletter*

destinée à tous : patientes, proches, grand public, médecins car c'est tous ensemble que nous ferons reculer la maladie. ■

## 8/ Les nouveautés de l'application mobile d'ARCAGY-GINECO



**Bénédicte Votan**

Directrice générale d'ARCAGY-GINECO

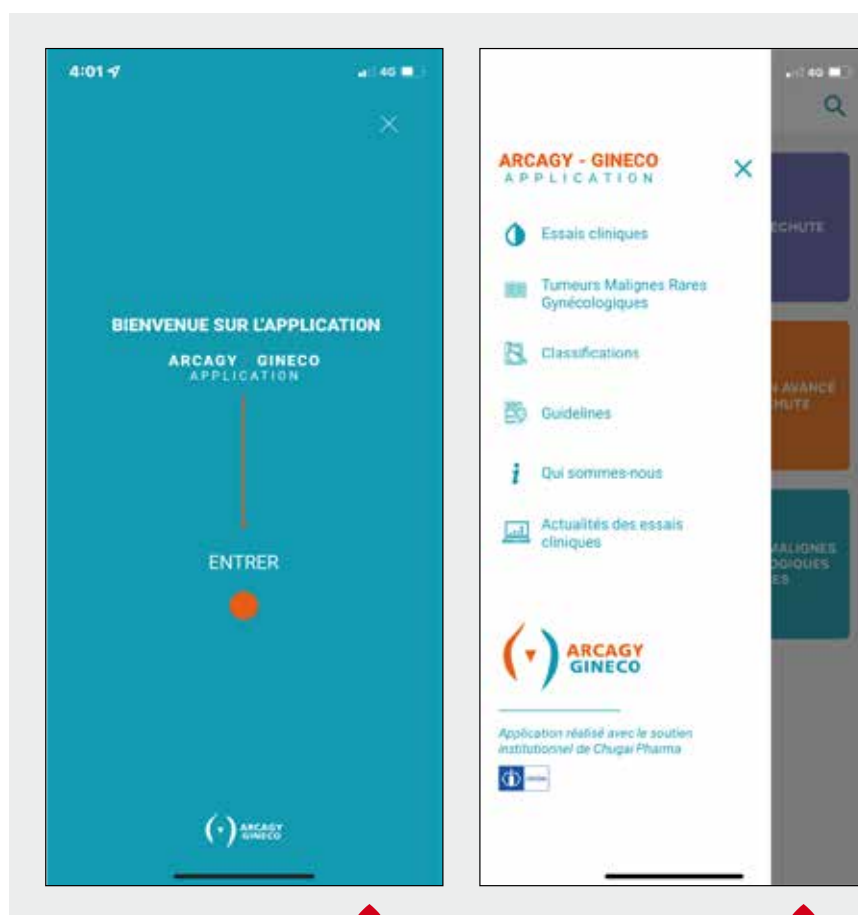
### Quelles sont les nouveautés en 2022 pour l'application mobile d'ARCAGY-GINECO ?

L'application d'ARCAGY-GINECO, lancée en 2020, s'est refait une peau neuve en 2022. Tout d'abord pour mettre l'application aux couleurs de la nouvelle charte graphique d'ARCAGY-GINECO, puis ensuite en créant de nouvelles fonctionnalités. La première nouveauté est le contact de l'équipe projet pour chaque étude clinique : en effet, pour chaque essai, il est possible d'envoyer un mail à l'équipe projet ou d'appeler ARCAGY-GINECO en cliquant directement sur le mail ou le numéro de téléphone qui est affiché.

La seconde nouveauté, c'est la géolocalisation des centres pour chacune des études : cela avait été une demande l'an passé et nous sommes heureux que cela puisse être maintenant possible. C'est particulièrement important pour les études dans les tumeurs rares gynécologiques dans lesquelles peu de centres sont ouverts. Les cliniciens peuvent ainsi savoir quel centre est ouvert et voir quel est le centre le plus proche du leur afin de pouvoir adresser une patiente.

### Comment télécharger l'application ?

C'est très simple, il suffit d'aller sur Apple store ou Google play et de chercher ARCAGY-GINECO !



**Figure 1**

Page d'accueil de l'application  
ARCAGY-GINECO.

**Figure 2**

Sommaire de l'application  
ARCAGY-GINECO.

### Avez-vous prévu d'autres nouveautés pour la suite ?

Cette application a été conçue pour être en constante amélioration et pour évoluer au fur et à mesure,

c'est donc par les remontées des utilisateurs que nous comptons nous améliorer et éventuellement créer de nouvelles fonctionnalités en fonction des demandes.