

Recommandations ASCO : Ontario/ASCO même combat contre le cancer de prostate hormonoréfractaire métastatique

Depuis 2006, l'ASCO appose, après validation par des groupes d'experts, son "label" à des guides de recommandation de prise en charge clinique. Ici, il s'agit des recommandations du Centre Cancérologique d'Ontario dans le traitement du cancer de la prostate hormono-réfractaire et métastatique [1], élaborées à partir d'une revue de littérature sur *medline* entre 1966 et février 2005, avec complément de recherches sur la *Cochrane library databases*, les abstracts de l'ASCO, EMBASE et la base de données informatiques de l'association médicale Canadienne. Vingt huit essais cliniques sur 83, randomisés, publiés entre 1979 et 2004, soit 7.627 patients ont répondu aux critères de recherche imposés.

Il ressort :

- Chez les patients métastatiques en progression clinique ou biologique, une chimiothérapie doit être proposée par docétaxel, 75mg/m²/toutes les 3 semaines, IV associé à 5 mg deux fois par jour de prednisone, afin de permettre une amélioration de la survie globale, du contrôle de la maladie, de la qualité de vie, ainsi qu'un effet palliatif sur les symptômes.
- Les autres alternatives thérapeutiques, bien que n'ayant pas montré de bénéfice en terme de survie, peuvent être proposées pour un meilleur contrôle de la maladie, un effet palliatif, et une amélioration de la qualité de vie, plus particulièrement le docétaxel selon un schéma hebdomadaire associé à la prednisone, et la mitoxantrone associée également à la prednisone.
- Le délai de mise en route d'une chimiothérapie par docétaxel chez les patients asymptomatiques doit être discuté, individuellement, avec le patient selon son état clinique et ses préférences.
- Chez ces patients débutant la chimiothérapie, la poursuite du blocage androgénique par analogues de la LHRH, ainsi qu'une interruption des anti-androgènes sont recommandées.
- L'optimisation du contrôle des symptômes est par ailleurs essentielle.
- L'emploi de l'estramustine en combinaison avec d'autres agents cytotoxiques n'est pas recommandé compte-tenu de son profil de toxicité sévère et de l'absence de bénéfice démontré sur la survie ou la palliation.

L'actualisation de la littérature par le groupe ASCO, rapporte 5 essais, 4 publiés en 2006, 1 en 2007. Si 4 d'entre eux confortent les recommandations faites, on peut s'étonner que la méta-analyse de Fizazi et coll, publiée en 2007, rapportant un bénéfice en terme de survie globale lors de l'ajout de l'estramustine à un agent cytotoxique (HR=0,82 [IC95 : 0,69-0,97], p=0,02) [2] ne soit que simplement rapportée et ne fasse pas rediscuter le dernier item des recommandations.

Rédacteur : Marine Gross-Goupil

1. Basch EM, Somerfield MR, Beer TM et coll. American Society of Clinical Oncology Endorsement of the Cancer Care Ontario Practice Guideline on Nonhormonal Therapy for Men With Metastatic Hormone-Refractory (castration-resistant) Prostate Cancer. *J Clin Oncol.* 2007 Nov 5
2. Fizazi K, Le Maitre A, Hudes G et coll. Addition of estramustine to chemotherapy and survival of patients with castration-refractory prostate cancer: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet Oncol.* 2007 Nov;8(11):994-1000