

1

Testimonio Profesor Julien Taieb

Jefe del Departamento de Gastroenterología y Oncología Digestiva, Georges Pompidou
European Hospital, APHP, Paris Descartes-Université de Paris, Paris, Francia



Desafíos en Cánceres Gastro-Intestinales

¿Cuál es su visión sobre los nuevos datos del estudio prospectivo observacional AGEO con Trifluridina/Tipiracilo (FTD/TPI) y Regorafenib?

Este estudio observacional con datos del mundo real, AGEO, fue interesante porque, al igual que otros, testeó pacientes en el mundo real en base a si recibieron, primero Regorafenib y después Trifluridina/Tipiracilo, o la secuencia inversa.

Lo que observamos es que la SLP (Sobrevida Libre de Progresión), cuando se ajustaron las principales variables de confusión, fue mejor cuando se comienza con Trifluridina/Tipiracilo que cuando se comienza con Regorafenib para la primera parte del tratamiento secuencial.

Lamentablemente, la gran mayoría de los pacientes no lograron alcanzar el segundo paso.

Así que no podemos analizar realmente la segunda parte porque la mayoría de los pacientes no fueron tratados con una línea posterior.

Esto significa también que es muy importante elegir un buen tratamiento de 3^{ra} línea o 4^{ta} línea, cualquiera sea, cuando se tiene esta secuencia de Regorafenib-Trifluridina/Tipiracilo o la secuencia opuesta.

Se debe elegir bien porque tal vez no sea posible administrar la segunda droga. Esta es mi principal opinión sobre eso.

¿Cómo recomendaría secuenciar FTD/TPI y la re-exposición con un anti-EGFR en CCRm (Cáncer Colorrectal metastásico) de 3^{ra} línea?

*En CCRm de 3^{ra} línea tenemos dos drogas con un alto nivel de evidencia, que son Trifluridina/Tipiracilo y Regorafenib.**

Pero existen otras opciones de tratamiento como la re-exposición con anti-EGFR. Yo diría que el nivel de evidencia es completamente diferente.

La re-exposición con anti-EGFR es un concepto muy interesante.

Es una opción, pero se puede aplicar luego de la 3^{ra} línea, si es que el paciente no tiene, una enfermedad demasiado amenazante.†

Y también sabemos que el timing es muy importante porque cuanto más se retrase esta re-exposición, más eficiente es, si es que ud. cree que su paciente seguirá siendo elegible para una terapia posterior luego de una droga oral, por ejemplo.

Al comparar Trifluridina/Tipiracilo y la re-exposición con anti-EGFR, en general, consideraría la evidencia.



Y existe evidencia para Trifluridina/Tipiracilo, y hay menos evidencia, como ya dije, para la re-exposición. Sin embargo, en algunos pacientes, si la enfermedad es sintomática o si necesito una respuesta rápida porque tengo una lesión amenazante en el hígado, o en el pulmón, tal vez elegiría primero la re-exposición porque aquí puedo lograr cierta tasa de respuesta.

Pero sabemos que la re-exposición es eficiente en especial en pacientes en los que se prueba el ADNct para RAS y no hay una mutación RAS.

Entonces esto hace que sea una porción muy pequeña de nuestros pacientes.

Pero si todos estos criterios están presentes y quiero intentar obtener respuesta, optaría primero por la re-exposición.

En todas las demás situaciones –el 75% de mis pacientes probablemente o más– elegiría primero Trifluridina/Tipiracilo y esperaría a hacer una re-exposición más tarde[†] que pueda ser más eficiente, porque el ADNct es muy atractivo, está de moda, etc. pero sabemos que no está disponible en todos los centros.

Y también tenemos el retraso y la respuesta al primer tratamiento con anti-EGFR que son los dos mejores pronosticadores del éxito de la re-exposición con anti-EGFR.

¿Qué suma el reciente análisis de subgrupo de PRECONNECT a lo que ya sabemos sobre los resultados de FTD/PTI en el entorno clínico?

El estudio PRECONNECT es un estudio del mundo real que genera grandes datos porque en este estudio hay casi 1000 pacientes en todo el mundo. Es decir que hay muchos países que están participando.

Y es muy interesante porque no son pacientes seleccionados para ensayos randomizados en fase III en líneas de tratamiento posteriores solamente.

El PRECONNECT es muy interesante. Primero, porque los resultados son muy similares a lo que ya se había reportado en los ensayos pivotaes en Asia y fuera de Asia con Trifluridina/Tipiracilo.

Es decir que tenemos resultados muy similares, muy buena tasa de SLP, muy buen tiempo hasta el deterioro del performance status – de hecho incluso mejores que en el ensayo pivotal que permitió registrar Trifluridina/Tipiracilo.

Yo diría que el segundo punto es que PRECONNECT nos permite – al menos para SLP, porque como bien saben en PRECONNECT no se reportó SG (Sobrevida Global) – dar una mejor definición de pronóstico en pacientes con cáncer colorrectal metastásico muy pretratados.



Testimonio Profesor Julien Taieb

*Trifluridina/Tipiracilo y Regorafenib fueron aprobados en base a evidencia de estudios clínicos en fase 3, prospectivos, randomizados (evidencia nivel I). La evidencia para la re-exposición deriva principalmente de estudios pequeños, heterogéneos en fase 2 y retrospectivos (evidencia nivel II).

†Algunos enunciados en este video reflejan la opinión y experiencias personales del orador.



Desafíos en Cánceres
Gastro-Intestinales