

Mise à jour

2019

Métastases cérébrales

**5^{ème}
édition**



**Référentiels Auvergne Rhône-Alpes
en oncologie thoracique[®]**

Dr. Emilie Perrot
Coordinatrice

Dr. Etienne Martin – Pr. Pierre Fournel
Et le comité de rédaction de l'édition 2019

Edition





SOMMAIRE

→ Ce sommaire est interactif : cliquez sur les titres pour accéder à la page. Cliquez sur « SOMMAIRE » en haut de page pour revenir au sommaire.

SOMMAIRE	2
GRUPE DE TRAVAIL METASTASES CEREBRALES	4
COMITE DE RÉDACTION	5
INTRODUCTION	6
ABREVIATIONS	6
INDEX PRONOSTIQUES	7
1. L'index DS-GPA (disease specific-graded prognostic assessment)	7
2. L'index Lung-molGPA (Lung-molecular-graded prognostic assessment).....	8
BILAN PRE-THERAPEUTIQUE	9
MOYENS THERAPEUTIQUES	9
1. Exérèse chirurgicale.....	9
2. Radiothérapie	10
2.1. Radiothérapie en conditions stéréotaxiques (RTS)	10
2.2. Irradiation encéphalique totale (IET)	10
3. Traitement systémique :.....	11
CBNPC	12
1. Traitement des métastases métachrones ou synchrones en situation oligométastatique (stades IV M1b, cerveau seul site métastatique) avec tumeur pulmonaire accessible à un traitement local :.....	12
1.1. Localisation cérébrale unique ou nombre de métastase ≤ 4	12
1.2. Localisations multiples (plus de 4 métastases)	14
2. Traitement des métastases cérébrales synchrones en situation multi-métastatique pour les CBNPC sans mutation de l'EGFR ni réarrangement de ALK ou ROS 1.....	15
2.1. Métastase unique ou nombre de métastase ≤ 4	15
2.2. Nombre de métastases cérébrales > 4.....	15
3. CBNPC avec mutation de l'EGFR.....	18
3.1. PEC avec MC inaugurales, au diagnostic	18
3.2. Progression cérébrale sous ITK (apparition de MC ou progression de MC préexistantes)	18
3.3. Traitement concomitant par radiothérapie cérébrale et ITK de l'EGFR.....	19
4. CBNPC avec réarrangement de ALK.....	19
4.1. Traitement par ITK	19
4.2. Progression cérébrale sous ITK	20
CBPC	21
1. Localisation cérébrale unique ou nombre de métastase ≤ 3 en situation métachrone.....	21
2. Localisations multiples (plus de 3 métastases) en situation métachrone	21
3. Situations synchrones oligométastatiques	22
4. Situations multi-métastatiques.....	23



ARBRES DECISIONNELS	24
1. CBNPC sans altération ciblable En situation OLIGO-METASTATIQUE (cerveau seul site métastatique).....	24
2. CBNPC sans altération ciblable en situation MULTI-METASTATIQUE (existence d'autres sites métastatiques que le cerveau).	25
3. CBNPC avec mutation EGFR en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, prise en charge inaugurale	26
4. CBNPC avec mutation EGFR En situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, en progression cérébrale sous ITK.....	27
5. CBNPC avec réarrangement ALK en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, prise en charge inaugurale	28
6. Cancers à PETITES cellules en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE.....	29
REFERENCES	30
DECLARATION DES LIENS D'INTERETS.....	33
MENTIONS LEGALES.....	34



GROUPE DE TRAVAIL METASTASES CEREBRALES

Dr Emilie Perrot (coord.)

Service de Pneumologie Aiguë Spécialisée et Cancérologie Thoracique
CH Lyon Sud, Institut du cancer des Hospices Civils de Lyon.

Dr Etienne Martin

Département de radiothérapie
Centre GL Lerclerc, Dijon.

Dr Pierre Fournel

Institut de cancérologie de la Loire.

Consultant neurochirurgie

Pr Emmanuel Jouanneau

Service de Neurochirurgie B
Hôpital Neurologique et Neuro-chirurgical Pierre Wertheimer, Hospices Civils de Lyon.

L'édition 2019 des référentiels Auvergne Rhône-Alpes en Oncologie Thoracique[®] est labellisée par les réseaux de cancérologie Rhône-Alpes, Oncauvergne, Carol, Oncobourgogne, Oncocha, Oncolie, et Oncolor.





COMITE DE RÉDACTION

Participants de la région Auvergne Rhône-Alpes

Dr. ARPIN Dominique, Villefranche sur Saône
 Me. AUBANEL Marjorie, Lyon
 Dr. AVRILLON Virginie, Lyon
 Dr. BARANZELLI Anne, Chambéry
 Dr. BAYLE BLEUEZ Sophie, St Etienne
 Dr. BELLIERE Aurélie, Clermont-Ferrand
 Me. BENEYTON Violaine, Lyon
 Me. BERTON Elodie, Lyon
 Dr. BEYNEL Pascal, Bourg -en-Bresse
 Dr. BLANCHET LEGENS Anne Sophie, Lyon
 Dr. BOMBARON Pierre, Lyon
 Dr. BOULEDRAK Karima, Lyon
 M. BOUSSAGEON Maxime, Lyon
 Dr. BRUN Philippe, Valence
 Dr. CAILLET Bruno, Lyon
 Dr. COMTE Aurélie, Vienne
 Pr. CONFAVREUX Cyrille, Lyon
 Pr. COURAUD Sébastien, Lyon
 Dr. DE LA ROCHE Eric, Lyon
 Dr. DEBERNE Mélanie, Lyon
 Dr. DEMIR Sarah, Lyon
 Dr. DESSEIGNE Marine, Firminy
 Dr. DEVUN Flavien, Lyon
 Dr. DOT Jean-Marc, Lyon
 Dr. DUBRAY-LONGERAS Pascale, Clermont- Ferrand
 Dr. DURUISSEAUX Michael, Lyon
 Dr. EKER Elife, Lyon
 Dr. FALCHERO Lionel, Villefranche sur Saône
 Dr. FAUCHON Eric, St Julien en Genevois
 Pr. FOURNEL Pierre, Saint-Etienne
 Dr. FRAPPAT Violaine, Chambéry
 M. GAUTHIER Florent, Lyon
 Dr. GERINIERE Laurence, Lyon
 Dr. GIAJ LEVRA Matteo, Grenoble
 Dr. HAMMOU Yassine, Lyon
 Dr. JANICOT Henri, Clermont-Ferrand
 Me. JOERG Laetitia, St Etienne
 Dr. LAFITE Claire, Lyon
 Dr. LE BON Marielle, Lyon
 Dr. LOCATELLI SANCHEZ Myriam, Lyon
 Dr. LUCIANI Stéphanie, Bourgoin Jallieu
 Dr. MARICHY Catherine, Vienne
 Dr. MARTEL-LAFAY Isabelle, Lyon
 Dr. MASTROIANNI Bénédicte, Lyon
 Me. MAUGUIN Pauline, Lyon
 Dr. MERLE Patrick, Clermont-Ferrand
 Pr. MORO-SIBILOT Denis, Grenoble
 Dr. MOULET Isabelle, Lyon
 Dr. MULSANT Pierre, Lyon Caluire
 Dr. ODIER Luc, Villefranche sur Saône
 Dr. PAULUS Valérie, Lyon
 Dr. PEROL Maurice, Lyon
 Me. PERQUIS Marie Pierre, St Etienne
 Dr. PERROT Emilie, Lyon
 Dr. PIERRET Thomas, Grenoble
 Dr. PINSOLLE Julian, Grenoble

Dr. PROVOOST Julie, Lyon
 Dr. RANCHON Florence, Lyon
 Dr. ROQUET Gaétane, Lyon
 Dr. SAKHRI Linda, Grenoble
 Dr. SANSON Christian, Montbrison
 Me. SIMON Camille, Lyon
 Dr. SINGIER Gaëtan, Lyon
 Pr. SOUQUET Pierre-Jean, Lyon
 Dr. STAUB-SARRAZIN Elsie, Lyon
 Dr. SWALDUZ Aurélie, Lyon
 Dr. TABUTIN Mayeul, Lyon
 Dr. TAVIOT Bruno, Vénissieux
 Dr. TEMPLEMENT Dorine, Annecy
 Dr. TEYSSANDIER Régis, Montluçon
 Dr. THIBONNIER Lise, Clermont-Ferrand
 Dr. TISSOT Claire, St Etienne
 Dr. TOFFART Anne-Claire, Grenoble
 Me. VICCICA Amandine, St Etienne
 Dr. VUILLERMOZ-BLAS Sylvie, Lyon
 Dr. WATKIN Emmanuel, Lyon
 Dr. ZARZA Virginie, Valence

Participants représentant les réseaux de cancérologie des régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est.

Dr. DELCLAUX Bertrand, Troyes
 Dr. FOUCHER Pascal, Dijon
 Dr. GONZALEZ Gille, Mâcon
 Dr. GROUET Aurélie, Chalon sur Saône
 Dr. JACOLET Pascale, Besançon
 Dr. LARIVE Sébastien, Mâcon
 Dr. MARTIN Etienne, Dijon
 Dr. NAKAD Assaad, Bar Le Duc
 Pr. WESTEEL Virginie, Besançon

Participants invités :

Dr. AUDIGIER VALETTE Clarisse, Toulon
 Dr. BAUD Mariette, Paris
 Dr. BERARD Henri, Toulon
 Dr. BERNADI Marie, Aix-en-Provence
 Dr. BRUN Clément, Nimes
 Pr. Nicolas GIRARD, Paris
 Dr. GOUNANT Valérie, Paris
 Dr. LE TREUT Jacques, Marseille
 Pr. ZALCMAN Gérard, Paris



INTRODUCTION

Les cancers bronchiques sont les tumeurs solides les plus pourvoyeuses de métastases cérébrales (MC).

Dans les cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC), on observe :

- Environ 15% de MC inaugurales découvertes au diagnostic, entre 9 et 17% dans une revue récente (1) *Alexander et al.* Ce chiffre a tendance à augmenter grâce à la meilleure détection (imageries plus performantes) et à la recherche plus systématique des MC lors du bilan initial du cancer. Les études récentes retrouvent des taux de MC allant jusqu'à 38% au diagnostic (patients avec réarrangement ALK dans l'étude ALEX (2) ;
- 40 à 50% de MC au cours du suivi (3) ;
- Les MC sont classiquement plus fréquentes dans les adénocarcinomes que dans les cancers épidermoïdes (3) ;
- Dans les cancers bronchiques à petites cellules (CBPC), elles surviennent dans 70 à 80% des cas au cours du suivi (3).

Les métastases cérébrales influencent le pronostic de façon majeure et leur prise en charge optimale est donc fondamentale.

Nous traiterons dans ce référentiel tout d'abord les métastases cérébrales des CBNPC puis des CBPC. Pour chacun, il est important d'identifier trois situations distinctes :

- les métastases **métachrones** où il n'y a pas ou plus d'autre localisation tumorale que les métastases cérébrales (métastases cérébrales inaugurales sans primitif retrouvé ou rechute cérébrale seule après traitement local de la tumeur bronchique) ;
- les métastases cérébrales **synchrones** (tumeur pulmonaire en place) en **situation oligo métastatique : le cerveau est le seul site métastatique de la tumeur bronchique.**
- et enfin les métastases cérébrales **synchrones** en **situation multi métastatique.**

ABREVIATIONS

Les abréviations suivantes seront utilisées :

MC : métastases cérébrales

RTS : radiothérapie stéréotaxique

IET : irradiation encéphalique totale

CBNPC : cancer bronchique non à petites cellules

CPBC : cancer bronchique à petites cellules

ITK : inhibiteur de tyrosine kinase



INDEX PRONOSTIQUES

Deux index sont proposés dans la littérature :

1. L'index DS-GPA (*disease specific-graded prognostic assessment*)

Il a été publié en 2012 par Sperduto *et al.* (4). Score établi à partir d'une série de 3666 CBNPC et 562 CPC, données recueillies entre 1985 et 2007. Il utilise le score GPA détaillé dans le tableau ci-dessous, avec des survies analysées spécifiquement dans les cancers bronchiques : index DS-GPA ou « Lung GPA »

	SCORE GPA		
	0	0,5	1
Age	> 60 ans	50-59 ans	< 50 ans
KPS	< 70	70-80	90-100
Nombre de métastase cérébrale	> 3	2 à 3	1
Métastases extra crâniennes	Oui	–	Non

Valeur du Score DS-GPA	Survie médiane CBNPC (mois)	Survie médiane CPC (mois)
3,5-4	14,78	2,79
2,5-3	9,43	4,5
1,5-2	5,49	4,9
0-1	3,02	2,7
Tous	7	4,9

Tableau 1- Index DS Lung GPA

Le tableau 1 montre les médianes de survie spécifiques pour les métastases cérébrales des cancers bronchiques : elles varient de 2,7 à 14,8 mois. Les facteurs pronostiques retrouvés sont l'âge, l'index de Karnofsky, le nombre de métastase cérébrale et la présence ou non de métastase extra cérébrale. Ce score est le plus communément admis pour évaluer le pronostic des patients avec des métastases cérébrales d'un cancer bronchique.



2. L'index Lung-molGPA (*Lung-molecular-graded prognostic assessment*)

Ce nouveau score publié en 2017 (5) élaboré à partir de 2186 patients, concerne uniquement les CBNPC, en les séparant en 2 groupes : adénocarcinomes et non adénocarcinomes. Par ailleurs ce score analyse des données plus récentes, recueillies entre 2006 et 2014. De plus, il ajoute dans les facteurs pronostiques la présence d'une mutation de l'*EGFR* ou d'un réarrangement d'*ALK*, qui comptent comme 1 point dans le score. Ainsi, seuls les patients avec une mutation de l'*EGFR* ou un réarrangement d'*ALK* peuvent avoir un score à 4 (Tableau 2).

Score	0	0,5	1
Age	≥70 ans	< 70 ans	////
KPS	< 70	80	90-100
Métastases extra crâniennes	OUI	////	NON
Nombre de MC	>4	1 à 4	////
Statut oncogénique	Pas d'altération <i>EGFR</i> ou <i>ALK</i>	////	Altération <i>EGFR</i> ou <i>ALK</i>

Valeur du score Lung-molGPA	Type histologique	0-1	1,5-2,5	2,5-3,5	3,5-4	Tout
Médiane de survie globale (mois)	Non ADK	5,3	9,8	12,8	NA	9,2
	ADK	6,9	13,7	26,5	46,8	15,2

Tableau 2- Score Lung-molGPA : calcul (haut) et survie globale selon la valeur du score.

Les survies globales selon ce score montrent des survies significativement plus élevées que le score DS-GPA, atteignant 46 mois pour les patients avec un score entre 3,5 à 4 et un ADK (ce groupe comprend les patients avec mutation *EGFR* ou réarrangement de *ALK*). Il faut donc utiliser ce score de préférence pour les patients avec un CBNPC, surtout chez les patients avec une addiction oncogénique *EGFR* ou *ALK*.



BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

Une imagerie cérébrale doit être systématiquement réalisée lors du bilan inaugural des cancers bronchiques. Il est recommandé d'effectuer une IRM cérébrale plutôt qu'un scanner dans le bilan préthérapeutique car la sensibilité de l'IRM est supérieure à celle du scanner cérébral notamment pour les lésions de moins de 5mm (6,7). Une étude de 2008 sur 481 CPC montre un taux de MC qui passe de 10% avec une TDM à 24% avec l'IRM (8).

Une TDM cérébrale peut suffire en cas de métastases multiples en situation multi métastatique, si le délai d'obtention du scanner est plus rapide.

Un examen neurologique est nécessaire pour juger du retentissement de l'atteinte cérébrale ainsi qu'un bilan d'extension de la maladie (Scanner thoraco-abdomino-pelvien et éventuellement TEP scan → Réf. CBNPC).

Recommandation

Une IRM pré thérapeutique est recommandée en cas de métastase cérébrale unique ou de métastases cérébrales multiples pour lesquelles un traitement par chirurgie ou radiothérapie stéréotaxique est envisagé.

OPTION : une TDM cérébrale (avec injection) peut suffire en cas de métastases multiples en situation multi métastatique, si le délai d'obtention du scanner est plus rapide.

MOYENS THERAPEUTIQUES

1. Exérèse chirurgicale

Malgré des progrès majeurs dans les traitements systémiques et les techniques de radiothérapie, la résection neurochirurgicale demeure un outil primordial dans le traitement des métastases cérébrales. Ceci est particulièrement vrai pour les métastases cérébrales uniques accessibles et à distance des zones fonctionnelles.

Ainsi, toute lésion opérable dans des conditions de sécurité fonctionnelle satisfaisante avec, idéalement, une exérèse complète envisageable peut relever d'une exérèse chirurgicale. L'opérabilité est déterminée par le neurochirurgien. La chirurgie sera particulièrement indiquée :

- Lorsqu'un diagnostic histologique est nécessaire, ce qui est plus fréquemment le cas dans les situations de métastases métachrones.
- pour les métastases de grande taille pour lesquelles un traitement combiné par chirurgie + radiothérapie stéréotaxique (RTS) est probablement préférable à une RTS seule(9) lorsqu'il est possible.
- pour les lésions de la fosse cérébrale postérieure, à fortiori en cas de lésion symptomatique avec hypertension intracrânienne.
- Une recherche d'anomalie moléculaire ciblable et une recherche du statut PDL1 doit être réalisée sur la pièce opératoire.

N.B : Trois études princeps mais anciennes (datant des années 90) ont randomisé chirurgie + IET versus IET seule. Les deux premières (10,11) ont conclu à une augmentation de la survie globale de 2 à 6 mois et à une diminution des récives avec la chirurgie. La troisième (12) était négative mais les patients n'avaient pas d'IRM préopératoire et étaient en moins bon état général (KPS sup à 50%).



2. Radiothérapie

2.1. Radiothérapie en conditions stéréotaxiques (RTS)

Technique d'irradiation permettant de délivrer de fortes doses de radiothérapie en peu de fractions avec un important gradient de dose afin de limiter l'irradiation des tissus sains à la périphérie de la cible thérapeutique (13).

Elle est classiquement indiquée lorsque le nombre de lésions est inférieur ou égal à 4, mais peut être envisagée pour un nombre plus important au cas par cas.

De manière consensuelle, les métastases de taille \leq à 3 cm et $>$ à 5mm peuvent être traitées en conditions stéréotaxiques (14). La RTS peut être réalisée pour des lésions plus volumineuses au cas par cas.

La RTS peut être réalisée :

- Soit en 1 séance : radiothérapie mono fractionnée aussi appelée « radiochirurgie »
- Soit en plusieurs fractions (2 à 10) : radiothérapie hypo fractionnée en conditions stéréotaxiques

La radiothérapie hypo fractionnée sera privilégiée par rapport à la radiothérapie mono fractionnée en cas de métastase plus volumineuse, en cas de proximité d'organe à risque, d'irradiation antérieure, et/ou si terrain particulier (comorbidités associées, notamment vasculaires)

Une surveillance rapprochée par IRM régulière est préconisée après une RTS(13).

Le nombre de métastases traitées par RTS peut aller au-delà de 4 chez les patients en bon état général, à fortiori avec un score Lung-molGPA de 3 à 4 (à discuter en RCP).

L'essai prospectif de Yamamoto *et al.* publié en 2014 (15) montre chez 1194 patients une survie globale et un contrôle local identiques entre le groupe des patients ayant 5 à 10 métastases et celui des patients ayant entre 2 et 4 métastases.

Plusieurs essais sont en cours pour évaluer la RTS de plus de 4 MC (16).

Il n'y a pas d'étude randomisée comparant la chirurgie à la radiothérapie stéréotaxique, mais plusieurs études non randomisées rapportent des taux de contrôle équivalents à la chirurgie (17) (18). Une revue Cochrane est parue en 2018 pour comparer RTS vs chirurgie pour les MC uniques (chirurgie vs RTS (19)) : seuls 85 patients ont été trouvés dans la base de données et aucune différence n'a été mise en évidence sur ce petit nombre de patients au niveau de la survie globale ou de la PFS.

2.2. Irradiation encéphalique totale (IET)

Deux schémas sont principalement utilisés :

- 30 Gy en 10 fractions (schéma classique)
- 37,5 Gy en 15 fractions (schéma optimisé pour diminuer le risque de complication tardive)
- L'épargne hippocampique est une technique qui a montré son intérêt pour la diminution des troubles cognitifs liés à l'irradiation encéphalique totale (20). Elle peut être discutée en cas de d'IET chez des patients oligométastatiques, en bon état général, et pour l'ICP chez les patients avec un cancer à petites cellules. Une études randomisée est en cours (étude PREMIER pour IPC et cancer à petites cellules (21)) afin d'évaluer le bénéfice de cette technique.



3. Traitement systémique :

L'importance du traitement systémique dans la prise en charge des métastases cérébrales a beaucoup augmenté avec l'arrivée de nouvelles drogues de chimiothérapie, puis des thérapies ciblées chez les patients avec addiction oncogénique, puis de l'immunothérapie.

Il sera systématiquement proposé soit avant le traitement local, soit après en fonction des situations. L'ordre de réalisation de ces séquences thérapeutiques dépendra de l'accessibilité et des symptômes neurologiques. Le traitement local de la métastase cérébrale est à privilégier en premier lorsqu'il est possible, mais le traitement systémique est parfois la seule thérapeutique de prise en charge des MC. Les différentes situations seront détaillées dans la suite du document.



CBNPC

1. Traitement des métastases métachrones ou synchrones en situation oligométastatique (stades IV M1b, cerveau seul site métastatique) avec tumeur pulmonaire accessible à un traitement local :

La question d'un traitement local dédié des métastases cérébrales du cancer bronchique se pose le plus souvent dans **deux** types de situations :

- la situation où les métastases cérébrales sont **métachrones** : elles sont le seul site de la maladie (métastases inauguraux sans primitif retrouvé ou rechute cérébrale seule après traitement local de la tumeur bronchique)
- la deuxième situation, plus fréquente où les métastases cérébrales sont **synchrones en situation**

oligométastatique : la tumeur bronchique (synchrones) est en place ET le cerveau est le seul site métastatique de la maladie : situation **oligométastatique**, avec une tumeur pulmonaire accessible à un traitement local.

L'accessibilité au traitement local dépendra aussi du score lung-molGPA(5).

1.1. Localisation cérébrale unique ou nombre de métastase ≤ 4

1.1.1. Traitement local cérébral

- Pour les situations de métastase unique :
 - **Exérèse chirurgicale*** : Lorsqu'elle est possible, l'exérèse chirurgicale des métastases uniques est recommandée à fortiori en situation métachrone ou oligométastatique, suivie d'une radiothérapie en conditions stéréotaxiques du lit opératoire* (**option privilégiée** par rapport à l'IET) (22,23). Une recherche des biomarqueurs doit être réalisée, sur les prélèvements biopsiques et /ou sur l'ADN tumoral circulant.
 - **Radiothérapie en conditions stéréotaxiques (RTS)*** : La RTS est doit être systématiquement proposée dans cette situation lorsque la chirurgie n'est pas l'option retenue. Il n'y a pas d'étude randomisée comparant la chirurgie à la radiothérapie stéréotaxique, mais plusieurs études non randomisées rapportent des taux de contrôle équivalents à la chirurgie (17) (18). Une revue Cochrane est parue en 2018 pour comparer RTS vs chirurgie pour les MC uniques (chirurgie vs RTS (19)) : seuls 85 patients ont été trouvés dans la base de données et aucune différence n'a été mise en évidence sur ce petit nombre de patients au niveau de la survie globale ou de la PFS.

L'IET en complément de la RTS n'est plus recommandée de manière systématique. Si elle est réalisée, après décision en RCP, l'épargne hippocampique doit être envisagée.

IET* : elle est optionnelle et à réserver aux rares lésions uniques ne pouvant bénéficier ni d'une chirurgie ni d'une RTS. Dans cette situation, l'épargne hippocampique est à discuter.

En effet, les études récentes confirment une amélioration du contrôle local et une diminution du risque d'apparition d'autres métastases cérébrales grâce à l'IET mais sans augmentation de la survie et avec une détérioration possible des fonctions cognitives et de la qualité de vie (24,25). L'étude Alliance publiée en 2016 (26,27) a confirmé de nouveau ces données : l'IET après traitement local permet une amélioration du contrôle local sans amélioration de la survie globale avec un déclin des fonctions cognitives significativement augmenté dans le bras avec IET.

* Ces éléments sont détaillés dans le paragraphe « [MOYENS THERAPEUTIQUES](#) »



- Pour les situations avec 2 à 4 métastases :
 - **La RTS*** de toutes les lésions est l'option à privilégier dans cette situation. L'IET en complément de la RTS n'est plus recommandée de manière systématique. Si elle est réalisée, après décision en RCP, l'épargne hippocampique doit être envisagée.
 - **Exérèse chirurgicale*** : un traitement combiné par chirurgie d'une des lésions et RTS du lit opératoire et des autres lésions peut parfois être proposé. Elle doit être discutée avec le chirurgien en RCP et peut être réalisée en situation de métastases métachrones chez les patients en bon état général (PS 0-1), à fortiori pour les patients symptomatiques. Une recherche des biomarqueurs doit être réalisée, sur les prélèvements biopsiques et /ou sur l'ADN tumoral circulant.
 - **IET*** : elle est à réserver aux patients ne pouvant pas bénéficier d'une RTS. Dans cette situation, l'épargne hippocampique est à discuter.

* Ces éléments sont détaillés dans le paragraphe « [MOYENS THERAPEUTIQUES](#) »

1.1.2. *Traitement systémique adjuvant*

Un traitement systémique complémentaire sera systématiquement discuté en RCP. Une bithérapie à base de sels de platine adaptée à l'histologie sera proposée (4 cycles). Une immunothérapie par pembrolizumab chez les patients avec une IHC PDL1 $\geq 50\%$ pourra aussi être proposée dans le respect de l'AMM (on sera particulièrement attentif à la survenue d'œdème cérébral dans cette indication), les recommandations étant identiques au référentiel des CBNPC stade 4 en première ligne (cf. référentiel CBNPC).

Pour les situations métachrones, l'indication du traitement systémique adjuvant dépendra du délai entre le traitement de la tumeur primitive et de la récurrence cérébrale, et de la réponse tumorale après le traitement local.

1.1.3. *Traitement local de la tumeur bronchique (situations synchrones)*

Par exérèse chirurgicale si possible, ou par chimio-radiothérapie concomitante (cf. référentiel CBNPC). Une réévaluation par IRM cérébrale de contrôle et scanner TAP +/- un TEP scanner est nécessaire juste avant le traitement de la tumeur pulmonaire.

La présence ou non d'un envahissement ganglionnaire médiastinal est un élément essentiel de la décision thérapeutique : dans les cas avec 2 à 4 métastases cérébrales associés à un envahissement ganglionnaire N2-multisite ou N3, le traitement local de la tumeur bronchique est à discuter en RCP.

1.1.4. *Ordre des séquences thérapeutiques*

L'ordre de réalisation de ces séquences thérapeutiques dépendra de l'accessibilité et des symptômes neurologiques. Le traitement local de la métastase cérébrale est à privilégier en premier.



Recommandations

-Devant une métastase cérébrale métachrone ou synchrone en situation oligométastatique, unique ou de nombre inférieur ou égal à 4, un traitement local cérébral par neurochirurgie suivi d'une RTS du lit opératoire ou par radiothérapie stéréotaxique exclusive doit être proposé. La décision sera prise en RCP (idéalement dédiée) après avis d'un radiothérapeute et d'un neurochirurgien.

- L'IET complémentaire n'est plus recommandée de manière systématique

-Un traitement systémique complémentaire sera discuté en RCP en fonction de l'âge, du PS, des comorbidités. Une bithérapie à base de sels de platine adaptée à l'histologie ou une immunothérapie par pembrolizumab chez les patients avec statut PDL1 supérieur à 50% sera alors proposée dans le respect de l'AMM, les protocoles étant identiques au référentiel des CBNPC stade 4 en première ligne.

-Une recherche de mutation en biologie moléculaire et une IHC PDL1 doivent être réalisées sur les prélèvements biopsiques et/ou sur l'ADN circulant.

1.2. Localisations multiples (plus de 4 métastases)

1.2.1. Situations métachrones, pas de tumeur bronchique en place

- **Irradiation Encéphalique in Toto (IET)*** : L'irradiation encéphalique totale doit systématiquement être discutée dans ce cas, à fortiori du fait qu'il s'agit de métastases métachrones où le cerveau est le seul site de la maladie.
- **Radiothérapie en conditions stéréotaxiques RTS*** :
Le nombre de métastases traitées par RTS peut aller au-delà de 4 en fonction de différents critères à discuter en RCP, à fortiori dans cette situation métachrone et chez les patients en bon état général avec score lung-molGPA 3 ou 4.
Plusieurs études prospectives sont en cours pour évaluer IET vs RTS pour les patients ayant plus de 4 MC (16,28).
L'essai prospectif de Yamamoto et coll. publié en 2014 (15) montre chez 1194 patients une survie globale et un contrôle local identiques entre le groupe des patients ayant 5 à 10 métastases et celui des patients ayant entre 2 et 4 métastases. Ce traitement peut donc être discuté en RCP chez les patients en bon état général.
- **Traitements systémiques :**
Un traitement systémique complémentaire sera discuté en RCP en fonction de l'âge, du PS, des comorbidités, du délai entre le traitement de la tumeur primitive et de la récurrence cérébrale, et de la réponse tumorale après IET 6 semaines après la fin de la radiothérapie.
Une bithérapie à base de sels de platine adaptée à l'histologie ou une immunothérapie par pembrolizumab chez les patients avec statut PDL1 supérieur à 50% sera alors proposée dans le respect de l'AMM, les protocoles étant identiques au référentiel des CBNPC stade 4 en première ligne.



Recommandations

-En cas de localisations cérébrales métachrones multiples, une IET est à discuter systématiquement. Une ou une radiothérapie en conditions stéréotaxiques peut être proposée au-delà de 4 lésions chez les patients en bon état général, avec score lungmolGPA 3 à 4.

-Un traitement systémique complémentaire sera discuté en RCP en fonction de l'âge, du PS, des comorbidités, du délai entre le traitement de la tumeur primitive et de la récurrence cérébrale, et de la réponse tumorale 6 semaines après l'IET ou la RTS.

OPTION : le traitement systémique peut être réalisé en premier ou être le seul traitement chez les patients asymptomatiques.

1.2.2. Situations synchrones

Le caractère multiple des métastases cérébrales doit faire considérer qu'il s'agit d'une situation multi-métastatique même si le cerveau est le seul site métastatique. La conduite à tenir est donc identique à celle décrite pour les tumeurs multi-métastatiques (cf. ci-après).

2. Traitement des métastases cérébrales synchrones en situation multi-métastatique pour les CBNPC sans mutation de l'EGFR ni réarrangement de ALK ou ROS 1

2.1. Métastase unique ou nombre de métastase ≤ 4

Le traitement local cérébral n'est pas la règle, mais la possibilité d'un traitement local doit être discutée en RCP et évaluée en fonction de l'état général et de l'index Lung-molGPA du patient (cf. § index pronostic) qui prend en compte l'âge, l'état général, et les autres sites métastatiques.

Si un traitement local est envisageable, ou nécessaire compte tenu de la localisation et/ou des symptômes, il peut être réalisé soit par :

- **Radiothérapie en conditions stéréotaxiques RTS*** de toutes les lésions. L'IET en complément de la RTS n'est plus recommandée de manière systématique. Si elle est réalisée, après décision en RCP, l'épargne hippocampique doit être discutée.
- **Exérèse chirurgicale ***: Elle peut être proposée chez les patients avec une métastase unique, en bon état général avec index lung molGPA 3 à 4, ou encore pour les métastases uniques de la fosse cérébrale postérieure.
- **IET** : Pour les patients ne pouvant pas bénéficier ni d'une RTS ni d'une chirurgie, L'IET peut être proposée d'emblée chez les patients symptomatiques, ou en cas de progression cérébrale prédominante après traitement systémique.

2.2. Nombre de métastases cérébrales > 4

Il s'agit d'une situation fréquente, avec métastases cérébrales et autres sites métastatiques concomitants.

- **Les traitements systémiques :**

Ils peuvent être proposés en première intention, notamment chez les patients pauci ou asymptomatiques.

Les données de la littérature ne recommandent pas de débiter par la chimiothérapie ou par la radiothérapie cérébrale (29).

En première ligne thérapeutique et en l'absence d'altération moléculaire, une chimiothérapie par doublet à base de sel de platine est le plus souvent recommandée. Une immunothérapie par



pembrolizumab chez les patients avec statut PDL1 \geq 50% dans le respect de l'AMM (29–32). Les recommandations sont identiques à celles des stades 4 en général (→ référentiel CBNPC).

L'hyperhydratation liée à l'utilisation du cisplatine peut entraîner une majoration de l'œdème cérébral. On utilisera de préférence le carboplatine en cas d'œdème cérébral menaçant sur l'imagerie.

Un essai de phase II du GFPC a montré des taux de réponse intéressants avec le pemetrexed dans les CBNPC non épidermoïdes (33), montrant que les taux de réponses cérébraux à la chimiothérapie sont globalement identiques aux taux de réponse sur les métastases extra-crâniennes.

Les protocoles pour les patients avec métastases cérébrales en 2^{ème}, 3^{ème} ligne ou plus sont identiques à ceux du CBNPC (→ référentiel CBNPC).

ADJONCTION DE BEVACIZUMAB à la chimiothérapie de première ligne en cas de métastases cérébrales : Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation du bevacizumab en cas de métastases cérébrales d'un CBNPC non-épidermoïde (34,35). Cette molécule peut être utilisée en l'absence de contre-indication pour le traitement des patients multi métastatiques en association à un doublet à base de platine. **Les précautions d'emploi et la sélection des patients candidats à recevoir du bevacizumab doivent tenir compte des recommandations de l'AMM. Le bevacizumab n'est pas recommandé en cas de métastases cérébrales symptomatiques avec un risque hémorragique important.**

L'essai BRAIN (36) a montré des taux de réponses cérébraux de 61,2% avec carboplatine-paclitaxel-bevacizumab chez des patients atteints de CBNPC non épidermoïdes en 1^{ère} ligne de traitement avec des métastases cérébrales asymptomatiques. Ces données confirment qu'une chimiothérapie première associée au bevacizumab est une bonne option chez les patients avec MC asymptomatiques, l'IET ou la RTS pouvant être différées.

Immunothérapie par anti-PD1 /anti-PDL1 :

Il n'y a pas de contre-indication pour les patients avec métastases cérébrales asymptomatiques :

- **Nivolumab** : les 2 études Chekmate 017 (37) ET Chekmate 057 (38) ont inclus des patients avec métastases cérébrales asymptomatiques et/ou contrôlées. Il n'y a pas eu plus de complications dans les sous-groupes de patients et les résultats sont identiques aux autres sous-groupes. Le traitement par nivolumab chez les patients ayant des métastases cérébrales asymptomatiques est donc possible, dans le respect de l'AMM.
Une analyse des patients avec métastases cérébrales stables inclus dans Chekmate 063, 057 et 017 montre l'absence de toxicité sur le SNC et des taux de réponse cérébraux équivalent au docetaxel avec le nivolumab (39).
- **Pembrolizumab** : une étude récente de phase II chez 34 patients avec MC et CBNPC montre des taux de réponses cérébraux et une sécurité d'utilisation satisfaisante avec le pembrolizumab (40).
- **Atezolizumab** : l'étude OAK (étude de phase 3 randomisée)(41) a retrouvé une différence de survie globale très nette en faveur de l'atezolizumab pour le sous-groupe des patients avec métastases cérébrales : 11,9 mois dans le bras taxotère vs 20,1 mois dans le bras atezolizumab, cette différence étant moins nette dans le groupe des non-fumeurs (16,3 mois vs 12,6mois). Ces résultats suggèrent une sécurité d'emploi et une efficacité probablement intéressante des anti-PL1 chez les patients porteurs de métastases cérébrales contrôlées.
- Une étude sur 17 patients (42) a montré l'absence de toxicité aigüe avec une RTS cérébrale et un traitement par nivolumab de manière concomitante. D'autres essais de phase 2 viennent conforter ces données (43,44).



- **L'IET*** : si le nombre de lésions dépasse 4, une IET doit être discutée en RCP (45). Sa place dans la séquence thérapeutique dépend surtout des symptômes neurologiques, du PS et de la maladie extra crânienne.

Il n'existe pas de données prospectives dans la littérature montrant un gain en survie globale grâce à l'IET par rapport aux soins de support, ce qui a été confirmé par l'étude Quartz (46,47).

- Si l'espérance de vie attendue du patient est inférieure à 3 mois, l'IET n'est pas recommandée et des soins de support adaptés doivent être proposés.
- Si l'espérance de vie attendue du patient est supérieure à 3 mois, une IET doit toujours être discutée en tenant compte des points suivants :
 - Caractère symptomatique ou menaçant de la (des) lésion(s) cérébrale(s).
 - Traitement systémique possible (thérapie ciblée et marqueur biologique).
 - État général et comorbidités.
 - Délai entre la survenue de 2 événements tumoraux.

L'étude QUARTZ (47) publiée en 2016 a randomisé 538 patients avec des métastases cérébrales de CBNPC non accessibles à un traitement local entre soins de supports seuls ou avec une IET. Il n'y a aucune différence au niveau des symptômes, de la qualité de vie et de la survie globale entre les deux groupes. L'IET doit donc être discutée au cas par cas et réservée aux patients symptomatiques et en bon état général.

- **Option : radiothérapie stéréotaxique RTS*** : le nombre de métastases traitées par RTS peut aller au-delà de 4 chez les patients en bon état général, à fortiori avec un score Lung-molGPA 3 ou 4 (à discuter en RCP).

L'essai prospectif de Yamamoto *et al.* publié en 2014 (15) montre chez 1194 patients une survie globale et un contrôle local identiques entre le groupe des patients ayant 5 à 10 métastases et celui des patients ayant entre 2 et 4 métastases.

- **Ordre des séquences thérapeutiques**

Les données de la littérature ne recommandent pas de débiter par la chimiothérapie ou par la radiothérapie cérébrale (29).

Il est recommandé de débiter par la chimiothérapie si les autres sites métastatiques sont menaçants et/ou nombreux et si le patient n'a pas de symptôme neurologique. L'IET sera alors réalisée en cas de progression cérébrale sous chimiothérapie.

A l'inverse si le patient présente des symptômes neurologiques, l'IET peut être réalisée en première intention, suivie d'une chimiothérapie comme cité ci-dessus.

Les données de la littérature ne recommandent pas la concomitance de la radiothérapie encéphalique et du traitement systémique, en l'absence d'effet démontré sur la survie et en raison du risque d'augmentation des toxicités, en dehors d'essai thérapeutique. (48,49).

Recommandations

En cas de métastases cérébrales synchrones asymptomatiques en situation multimétastatique, un traitement systémique par chimiothérapie première à base de sels de platine ou immunothérapie par pembrolizumab chez les patients avec statut PDL1 $\geq 50\%$ est recommandé.

L'adjonction de bevacizumab pourrait améliorer l'efficacité chez des patients sélectionnés avec un bon PS et l'absence de symptôme neurologique, sans risque supplémentaire.

Une IET est réalisable soit d'emblée notamment en cas de symptômes neurologiques, soit secondairement chez les patients en progression cérébrale après chimiothérapie.



Métastases cérébrales

3. CBNPC avec mutation de l'EGFR

3.1. PEC avec MC inaugurales, au diagnostic

- **MC uniques ou dont le nombre est inférieur ou égal à 4**
 - Mise sous ITK de 3^{ème} génération : osimertinib qui est/ sera le TKI recommandé dans cette situation dès l'obtention du prix de cette molécule dans cette indication.
 - La prise en charge des MC accessibles à une radiothérapie stéréotaxique ou à une chirurgie doit être identique à celle décrite pour les CBNPC sans addiction oncogénique. La question d'un traitement local doit toujours être posée en premier (50) , par RTS* ou neurochirurgie* ou traitement combiné par neurochirurgie d'une des lésions et RTS des autres (cf. paragraphe 1.1 page 14)
- **Métastases cérébrales multiples, nombre > 4**

Les recommandations sont les mêmes que dans les CBNPC de stade 4 avec mutation de l'EGFR (Cf. référentiel CBNPC) : Il est/ sera recommandé de débiter la stratégie thérapeutique par osimertinib (dès l'obtention du prix de cette molécule) dont l'efficacité sur les localisations cérébrales est bonne selon les données récentes de la littérature (taux de réponse intra cérébral de 91%) (51).

 - l'osimertinib (ITK de 3^{ème} génération) a un meilleur coefficient de pénétration intra cérébral que les ITK de première et deuxième génération (52). Par ailleurs, l'étude FLAURA (53), montre un meilleur contrôle cérébral, une diminution du risque de progression cérébrale et une amélioration de la survie sans progression avec l'osimertinib par rapport à l'erlotinib ou au gefitinib. Le traitement par ITK en première intention permet par ailleurs le traitement des métastases systémiques dans le même temps (52-55).
 - L'IET* n'est pas recommandée en première intention chez ces patients avec une survie prolongée (lungMol GPA 3 ou 4) du fait du risque de l'apparition de troubles cognitifs à long terme (24,25).

3.2. Progression cérébrale sous ITK (apparition de MC ou progression de MC préexistantes)

- **Chez un patient qui était sous osimertinib :**

La question d'un traitement local doit toujours être posée en premier (50) , par RTS* ou neurochirurgie* ou traitement combiné par chirurgie d'une des lésions et RTS des autres. Mise sous traitement systémique de 2^{ème} ligne, les recommandations sont les mêmes que dans les CBNPC de stade 4 avec mutation de l'EGFR (→ référentiel CBNPC).
Option : l'IET peut être discutée en cas de MC multiples notamment chez les patients très symptomatiques.
- **Chez un patient qui était sous TKI de 1^{ère} ou 2^{ème} génération (afatinib, erlotinib ou gefitinib) :**

La question d'un traitement local doit toujours être posée (50) , par RTS ou chirurgie ou traitement combiné par chirurgie d'une des lésions et RTS des autres (cf. paragraphe 1.1 page 14)
En cas d'apparition d'une mutation T790M, un traitement par osimertinib est recommandé, à fortiori en cas de progression cérébrale. L'étude AURA 3 (54) montre un gain de survie sans progression sous osimertinib, particulièrement net chez les patients porteurs de MC. En cas de progression cérébrale exclusive, avec apparition d'une mutation T790M positive, l'option privilégiée est le traitement par osimertinib par rapport à l'IET.
En l'absence de mutation T790M, la PEC est identique aux cas de progression sous osimertinib :

 - La question d'un traitement local doit toujours être posée en premier (50) , par RTS ou chirurgie ou traitement combiné par chirurgie d'une des lésions et RTS des autres.
 - Mise sous traitement systémique de 2^{ème} ligne, les recommandations sont les mêmes que dans les CBNPC de stade 4 avec mutation de l'EGFR (→ référentiel CBNPC).



Option : l'IET peut être discutée en cas de MC multiples notamment chez les patients très symptomatiques.

3.3. Traitement concomitant par radiothérapie cérébrale et ITK de l'EGFR

Une méta analyse publiée en octobre 2018 (55) Wang *et al.* a regroupé 24 études et 2810 patients mutés EGFR avec des MC, dont 1027 patients issus de 20 études différentes ont été traités par ITK et radiothérapie cérébrale concomitante. Les conclusions de cette méta analyse sont une augmentation de la PFS intracrânienne et de l'OS grâce à la radiothérapie cérébrale par rapport aux patients traités par ITK seule, et un bénéfice de l'OS et de la PFS intracrânienne chez les patients traités en concomitant par rapport aux patients traités en séquentiel.

Ces données de la littérature permettent d'autoriser la radiothérapie cérébrale stéréotaxique concomitante au traitement par ITK pour les patients mutés EGFR.

Recommandations

En cas de MC inaugurale avec mutation de l'EGFR, accessibles à un traitement local ($MC \leq 4$), celui-ci doit être envisagé de manière systématique avant la mise sous Osimertinib. La radiothérapie cérébrale stéréotaxique peut être réalisée de manière concomitante au traitement par ITK.

L'osimertinib 80mg/j à privilégier chez les patients atteints de métastases cérébrales lorsqu'il sera remboursé en France dans cette indication.

En cas de progression cérébrale sous ITK de 1^{ère} ou 2^{ème} génération, un traitement par osimertinib est recommandé en première intention chez les patients avec apparition d'une mutation T790M.

4. CBNPC avec réarrangement de ALK

4.1. Traitement par ITK

-Alectinib : L'étude ALEX (2) publiée en 2017, randomisant alectinib versus crizotinib en première ligne de traitement montre une nette diminution des progressions cérébrales avec l'alectinib par rapport au crizotinib : 12% versus 45%, (*cause-specific hazard ratio* 0,16, $p < 0,001$), et un taux de réponse intra cérébral de 88% pour l'alectinib vs 50% pour le crizotinib suggérant une bien meilleure efficacité cérébrale de cette molécule. **L'alectinib est donc l'ITK à privilégier en première ligne chez les patients avec réarrangement d'ALK avec MC.**

Son efficacité au niveau cérébral doit faire privilégier la mise sous alectinib par rapport au traitement local qui sera discuté dans un second temps. Le traitement local premier peut quand même être discuté en RCP, notamment en cas de métastase cérébrale unique et/ou symptomatique.

-Ceritinib : l'AMM du ceritinib en première ligne permet son utilisation chez les patients ayant des MC au diagnostic. Cependant cette molécule a un taux de réponse cérébral à 46,3% dans l'étude ASCEND 4 (56), et a donc une efficacité sur le SNC probablement inférieure à l'Alectinib (88%).

-Crizotinib : un traitement par crizotinib en première ligne chez les patients avec réarrangement d'ALK n'est pas recommandé chez les patients porteurs de MC.

L'étude PROFILE 1014 (57) montre une amélioration de la PFS et de la survie globale avec le crizotinib en première ligne y compris chez les patients avec des MC.

Cependant il conviendra cependant d'être particulièrement attentif en cas de MC au diagnostic : cette même étude PROFILE 1014 rapporte 43% de progression cérébrale chez les patients avec métastases



cérébrales au diagnostic et 22% chez patients sans métastases cérébrales au diagnostic, ce qui suggère un passage de la barrière hémato encéphalique par le crizotinib possiblement insuffisant et inférieur à l'alectinib.

4.2. Progression cérébrale sous ITK

En cas de progression cérébrale sous ITK, la place d'une RTS doit être discutée systématiquement en RCP. En l'absence de données, l'ITK doit être arrêté 48h avant et repris 48 heures après la radiothérapie. Si la progression cérébrale est isolée, asymptomatique et accessible à un traitement local, une poursuite de l'ITK après traitement local cérébral peut être proposée avec surveillance étroite de la maladie cérébrale.

Une radiothérapie des métastases cérébrales accessibles à un traitement en condition stéréotaxique doit systématiquement être discutée, à fortiori quand le nombre de métastase est ≤ 4 (score Lung-molGPA 3 à 4, patients avec survies prolongées).

En cas de progression avec MC multiples non accessibles à une RTS, un ITK de deuxième ligne est à privilégier par rapport à une IET du fait de la survie habituellement prolongée de ces patients. L'IET est à éviter ou à discuter au cas par cas en RCP, et la préservation hippocampique doit être réalisée chez ces patients.

OPTION : On peut parfois proposer la recherche des mutations de résistance aux ITK d'ALK sur rebiopsie tissulaire ou ADN tumoral circulant. En cas de mise en évidence d'une mutation de résistance, le dossier doit être discuté en RCP de recours, pour inclusion dans un essai si disponible.

Recommandations

- Un traitement de première ligne par alectinib est recommandé.
- En cas de progression cérébrale isolée, une RTS sur les sites cérébraux évolutifs doit être discutée avec la poursuite de l'ITK (qui sera suspendu pendant le temps de la radiothérapie).
- En cas de progression cérébrale et des autres sites métastatiques, le changement d'ITK est recommandé et la recherche des mutations de résistance aux ITK d'ALK sur re-biopsie tissulaire ou ADN tumoral circulant peut être proposé.



CBPC

1. Localisation cérébrale unique ou nombre de métastase ≤ 3 en situation métachrone

Dans les rares cas de métastase unique métachrones inauguraux, le traitement chirurgical est en règle générale réalisé en première intention et permet le diagnostic de cancer à petites cellules *a posteriori*.

Le plus souvent, il s'agit d'une rechute cérébrale seule après CBPC traité, et le diagnostic est fait implicitement du fait de l'antécédent de cancer bronchique à petites cellules ou après biopsie chirurgicale.

- **Radiothérapie en conditions stéréotaxiques :**

Un traitement local par radiothérapie stéréotaxique des lésions peut être discuté lorsque leur nombre est ≤ 3 .

Une radiothérapie cérébrale *in toto* est recommandée dans tous les cas, à la dose de 30 Gy en 10 fractions ou 37,5 Gy en 15 fractions avec éventuellement un *boost* sur le lit d'exérèse chirurgicale, en l'absence d'irradiation cérébrale prophylactique antérieure (IPC).

En cas d'antécédent d'IPC, une irradiation en mode stéréotaxique est à privilégier.

- **Chimiothérapie :**

Dans le cas d'une première ligne de chimiothérapie, l'association recommandée est 4 cycles de cisplatine-étoposide. En cas de contre-indication au cisplatine (âge supérieur à 70 ans, PS>2, insuffisance rénale, co-morbidités), on peut proposer une chimiothérapie par carboplatine-étoposide ou une abstention thérapeutique.

En cas de rechute cérébrale seule chez un patient ayant déjà reçu une première ligne par sels de platine étoposide, une chimiothérapie de seconde ligne est à discuter, suivant l'âge, le PS, les comorbidités et le délai entre la fin du traitement de première ligne et la rechute cérébrale. La chimiothérapie privilégiera la reprise de l'association de sel de platine étoposide en cas de rechute cérébrale au-delà de 3 mois après la fin de la première ligne thérapeutique. Elle sera réalisée à distance de la radiothérapie cérébrale. Dans les autres cas (ré-évolution à moins de 3 mois), les associations C.A.V, carboplatine-paclitaxel ou une monothérapie par topotecan seront préconisées (→ référentiels CBPC).

Recommandations

En cas de métastases cérébrales métachrones d'un CPC :

-En l'absence d'IPC antérieure, une IET est à privilégier.

-En cas d'IPC antérieure, une Irradiation stéréotaxique est à privilégier quand elle est possible.

-Une chimiothérapie doit être réalisée si possible, l'indication et le protocole seront discutés en RCP.

2. Localisations multiples (plus de 3 métastases) en situation métachrone

La décision thérapeutique dépendra de l'âge, du PS, du délai de la rechute cérébrale après la fin de la première ligne et de la réalisation ou non d'une IPC antérieure.

- **En cas d'IPC antérieure**, une chimiothérapie sera réalisée pour les patients avec un PS \leq 2.

- L'association sel de platine et étoposide sera privilégiée en cas de rechute survenue au-delà de 3 mois après la première ligne thérapeutique.

- En cas de ré-évolution précoce (à moins de 3 mois), les associations C.A.V, carboplatine-paclitaxel ou une monothérapie par topotecan seront préconisées (cf. référentiels CBPC). Ceci doit faire l'objet d'une discussion en RCP.



- **En l'absence d'IPC antérieure**

- Une IET est préconisée en première intention du fait que le cerveau est le seul site de la maladie, à la dose de 30 Gy en 10 fractions ou 37,5Gy en 15 fractions.
A l'issue de l'IET, une chimiothérapie sera réalisée pour les patients avec un PS≤2.
- L'association sel de platine et étoposide sera privilégiée en cas de rechute survenue au-delà de 3 mois après la première ligne thérapeutique.
- En cas de ré-évolution précoce (à moins de 3 mois), les associations C.A.V, carboplatine-paclitaxel ou une monothérapie par topotécan seront préconisées (cf. référentiels CBPC). Ceci doit faire l'objet d'une discussion en RCP.
- Une chimiothérapie sera discutée en RCP, suivant le PS, le contexte et les résultats de l'IET.

Recommandations

En cas d'IPC antérieure, une chimiothérapie est recommandée, par l'association sel de platine et étoposide pour les rechutes au-delà de 3 mois et en l'absence de contre-indication
En l'absence d'IPC, une IET est recommandée, suivie d'une chimiothérapie.

3. Situations synchrones oligométastatiques

Les situations d'une tumeur bronchique localisée associée à une métastase cérébrale unique sont rares dans les CPC, la règle étant la présence de métastases déjà multiples associées à une tumeur T3 ou T4 avec envahissement médiastinal. On ne distinguera de toute façon pas le caractère unique ou multiple des métastases cérébrales des cancers à petites cellules car la conduite à tenir est la même dans tous les cas :

- La chimiothérapie première par 4 à 6 cycles de cisplatine étoposide demeure le standard (cf. référentiel des CPC). En cas de contre-indication au cisplatine (âge supérieur à 70 ans, PS>2, insuffisance rénale, comorbidités), on peut proposer une chimiothérapie par carboplatine-étoposide ou une abstention thérapeutique. Ceci doit faire l'objet d'une discussion en RCP.
- Une IET sera discutée après chimiothérapie, elle doit être réalisée si progression cérébrale après chimiothérapie.
 - 30 Gy en 10 fractions sur 2 semaines (schéma classique)
 - 20 Gy en 5 fractions sur 1 semaine (schéma type RT palliative)
 - 37,5 Gy en 15 fractions (pour des patients sélectionnés en bon état général)
- une radiothérapie thoracique doit être discutée en situation oligo-métastatique, en cas de réponse complète cérébrale notamment, si la tumeur bronchique est localisée chez les patients PS 0 ou 1.

Recommandations

-En cas de métastases cérébrales comme seul site métastatique d'un CBPC, le traitement doit débuter par une association de sels de platine et étoposide.
-Une IET est préconisée à la fin de la chimiothérapie.

OPTION : l'IET peut être réalisée en premier chez les patients symptomatiques.



4. Situations multi-métastatiques

Chimiothérapie première par 4 à 6 cycles de cisplatine-étoposide. En cas de contre-indication au cisplatine (âge supérieur à 70 ans, PS>2, insuffisance rénale, comorbidités), on peut proposer une chimiothérapie par carboplatine-étoposide ou une abstention thérapeutique. Ceci doit faire l'objet d'une discussion en RCP.

L'IET peut être proposée après chimiothérapie et en l'absence d'ICP antérieure (ne peut pas être recommandée en concomitant avec la radiothérapie en l'absence de données dans la littérature:

- 30 Gy en 10 fractions sur 2 semaines (schéma classique)
- 20 Gy en 5 fractions sur 1 semaine (schéma type RT palliative).



ARBRES DECISIONNELS

1. CBNPC sans altération ciblable En situation OLIGO-METASTATIQUE (cerveau seul site métastatique)

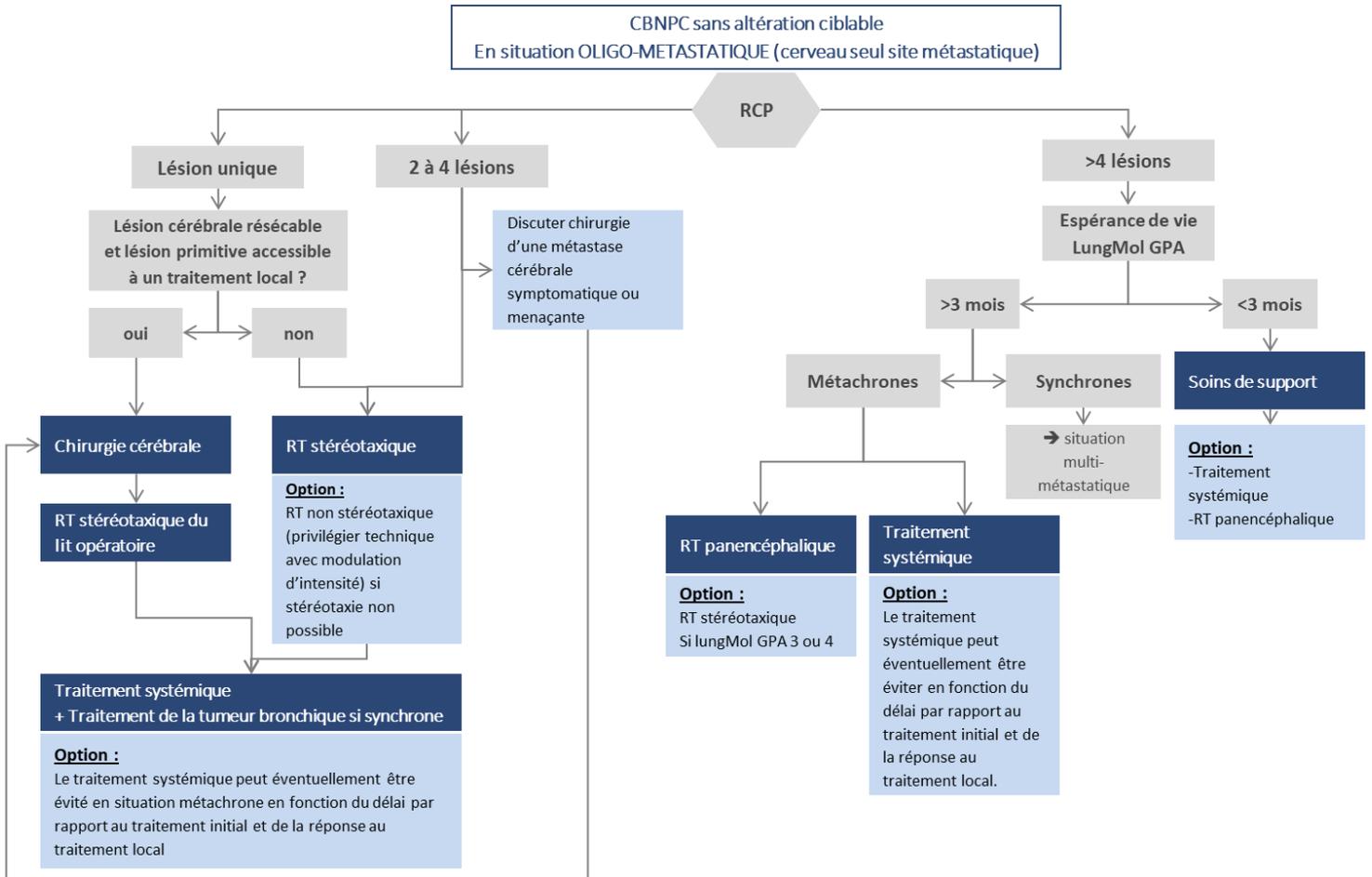


Figure 1 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un CBNPC sans altération ciblable en situation OLIGO-METASTATIQUE cérébrale.



2. CBNPC sans altération ciblable en situation MULTI-METASTATIQUE (existence d'autres sites métastatiques que le cerveau).

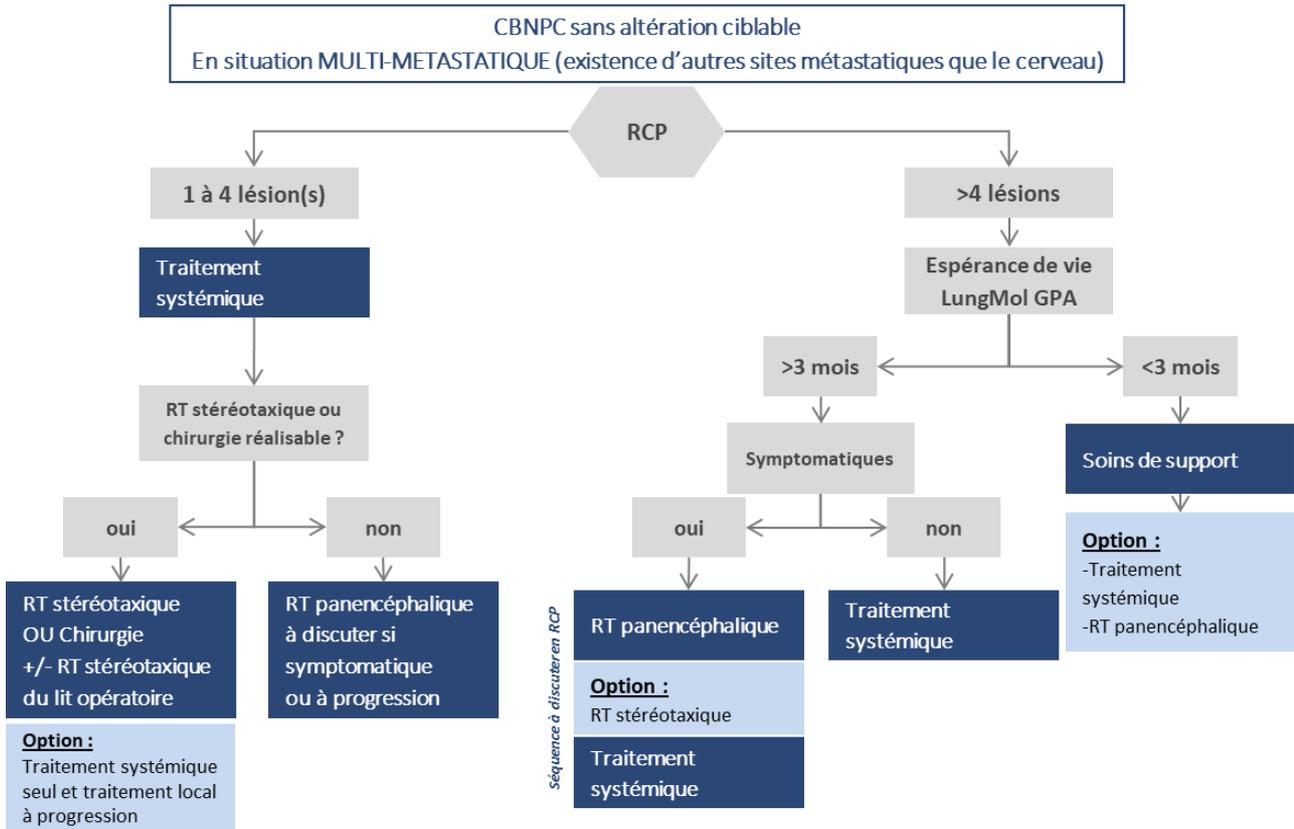


Figure 2 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un CBNPC sans altération ciblable en situation MULTI-METASTATIQUE dont cérébrale.



3. CBNPC avec mutation *EGFR* en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, prise en charge inaugurale

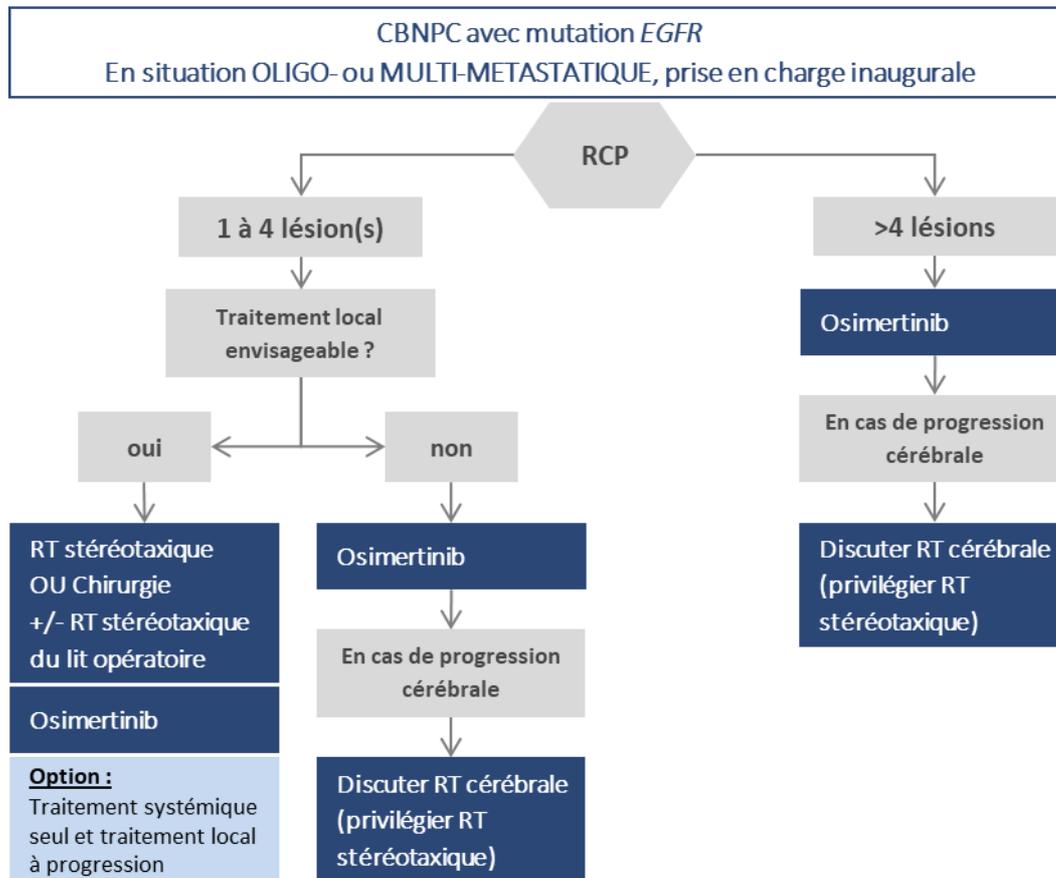


Figure 3 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un CBNPC avec mutation *EGFR* en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE (prise en charge inaugurale).



4. CBNPC avec mutation EGFR En situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, en progression cérébrale sous ITK

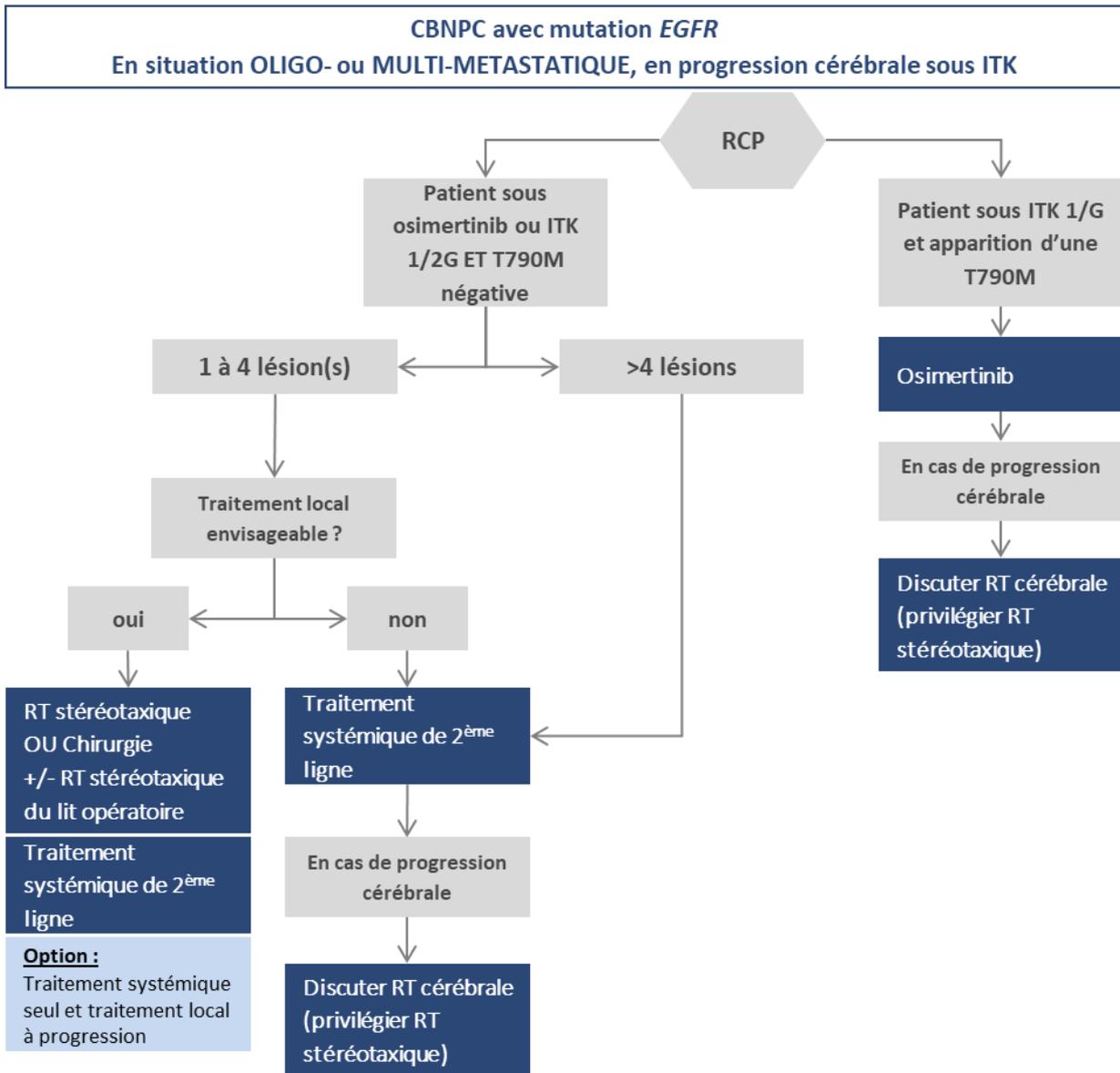


Figure 4 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un CBNPC avec mutation EGFR en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE (progression cérébrale sous ITK).



5. CBNPC avec réarrangement *ALK* en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE, prise en charge inaugurale

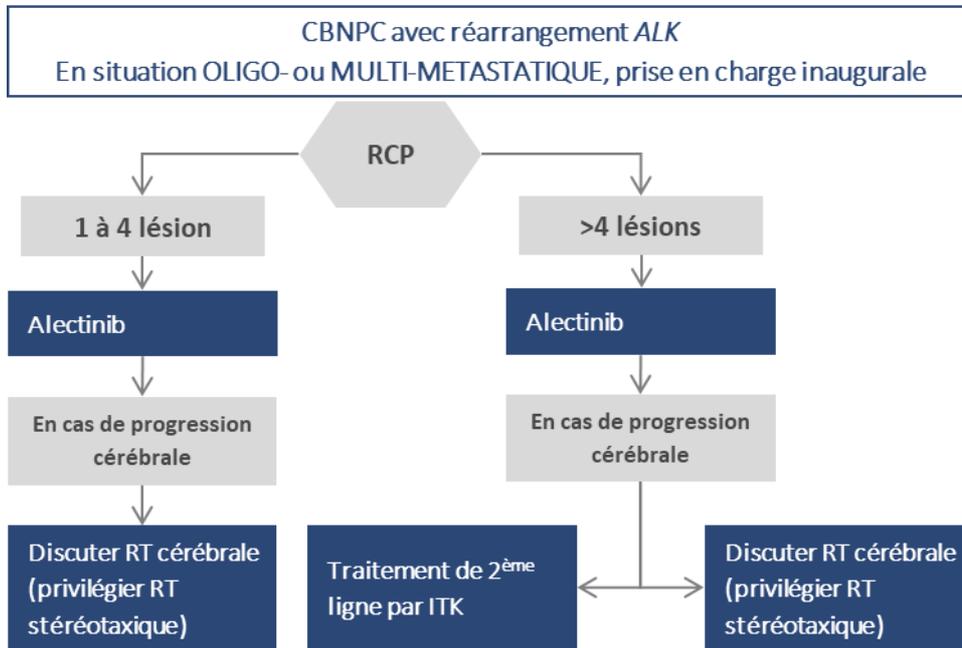


Figure 5 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un CBNPC avec réarrangement *ALK* en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE.



6. Cancers à PETITES cellules en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE

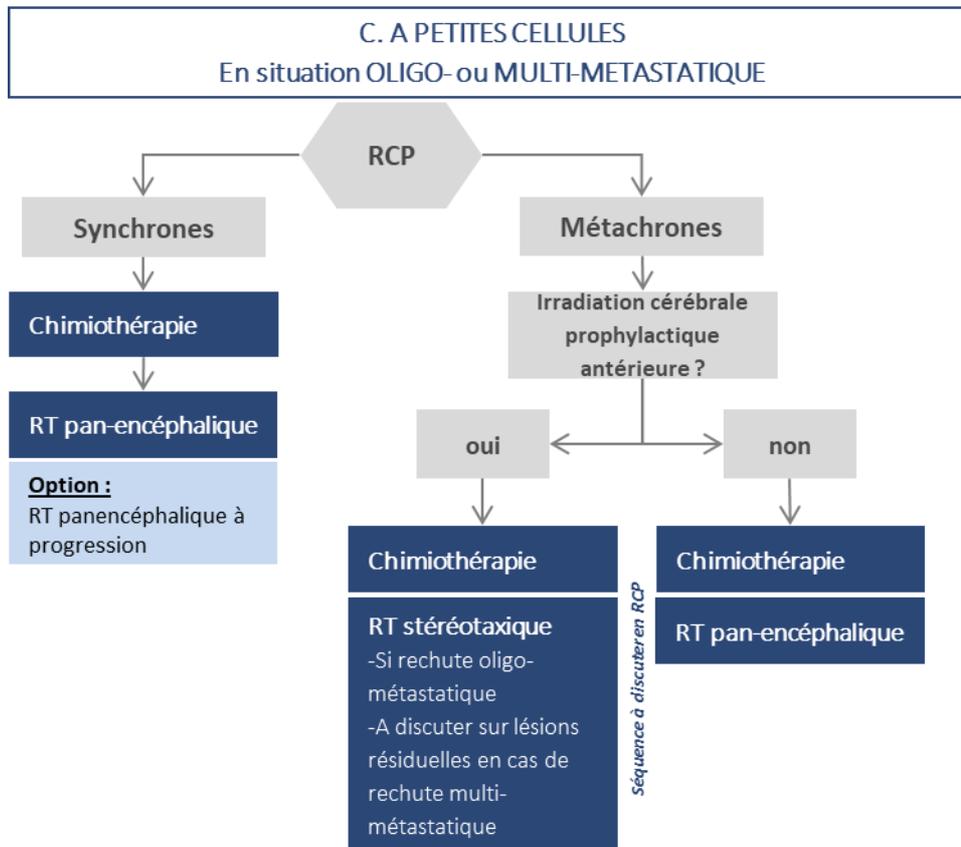


Figure 6 – Arbre d’aide à la décision pour la prise en charge des métastases cérébrales chez les patients présentant un cancer bronchique à petites cellules en situation OLIGO- ou MULTI-METASTATIQUE.



REFERENCES

1. Alexander BM, Brown PD, Ahluwalia MS, Aoyama H, Baumert BG, Chang SM, et al. Clinical trial design for local therapies for brain metastases: a guideline by the Response Assessment in Neuro-Oncology Brain Metastases working group. *Lancet Oncol.* 2018;19(1):e33–42.
2. Peters S, Camidge DR, Shaw AT, Gadgeel S, Ahn JS, Kim D-W, et al. Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2017 31;377(9):829–38.
3. Chargari C, Dhermain F. Métastases cérébrales d'un cancer bronchique non à petites cellules: du traitement standardisé au traitement personnalisé. *Rev Mal Respir Actual.* 2013;5(5):547–56.
4. Sperduto PW, Kased N, Roberge D, Xu Z, Shanley R, Luo X, et al. Summary report on the graded prognostic assessment: an accurate and facile diagnosis-specific tool to estimate survival for patients with brain metastases. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2012 Feb 1;30(4):419–25.
5. Sperduto PW, Yang TJ, Beal K, Pan H, Brown PD, Bangdiwala A, et al. Estimating Survival in Patients With Lung Cancer and Brain Metastases: An Update of the Graded Prognostic Assessment for Lung Cancer Using Molecular Markers (Lung-molGPA). *JAMA Oncol.* 2017 Jun 1;3(6):827–31.
6. Schellinger PD, Meinck HM, Thron A. Diagnostic accuracy of MRI compared to CCT in patients with brain metastases. *J Neurooncol.* 1999;44(3):275–81.
7. Sighvatsson V, Ericson K, Tómasson H. Optimising contrast-enhanced cranial CT for detection of brain metastases. *Acta Radiol Stockh Swed* 1987. 1998 Nov;39(6):718–22.
8. Seute T, Leffers P, ten Velde GPM, Twijnstra A. Detection of brain metastases from small cell lung cancer: consequences of changing imaging techniques (CT versus MRI). *Cancer.* 2008 Apr 15;112(8):1827–34.
9. Prabhu RS, Press RH, Patel KR, Boselli DM, Symanowski JT, Lankford SP, et al. Single-Fraction Stereotactic Radiosurgery (SRS) Alone Versus Surgical Resection and SRS for Large Brain Metastases: A Multi-institutional Analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017 01;99(2):459–67.
10. Patchell RA, Tibbs PA, Walsh JW, Dempsey RJ, Maruyama Y, Kryscio RJ, et al. A randomized trial of surgery in the treatment of single metastasis to the brain. *N Engl J Med.* 1990 Feb 22;322(8):494–500.
11. Noordijk EM, Vecht CJ, Haaxma-Reiche H, Padberg GW, Voormolen JH, Hoekstra FH, et al. The choice of treatment of single brain metastasis should be based on extracranial tumor activity and age. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1994 Jul 1;29(4):711–7.
12. Mintz AH, Kestle J, Rathbone MP, Gaspar L, Hugenholtz H, Fisher B, et al. A randomized trial to assess the efficacy of surgery in addition to radiotherapy in patients with a single cerebral metastasis. *Cancer.* 1996 Oct 1;78(7):1470–6.
13. Latorzeff I, Antoni D, Gaudaire-Josset S, Feuvret L, Tallet-Richard A, Truc G, et al. Radiothérapie des métastases cérébrales. *Cancer/Radiothérapie.* 2016 Sep;20:S80–7.
14. Sahgal A, Aoyama H, Kocher M, Neupane B, Collette S, Tago M, et al. Phase 3 trials of stereotactic radiosurgery with or without whole-brain radiation therapy for 1 to 4 brain metastases: individual patient data meta-analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015 Mar 15;91(4):710–7.
15. Yamamoto M, Serizawa T, Shuto T, Akabane A, Higuchi Y, Kawagishi J, et al. Stereotactic radiosurgery for patients with multiple brain metastases (JLKG0901): a multi-institutional prospective observational study. *Lancet Oncol.* 2014 Apr;15(4):387–95.
16. Zindler JD, Bruynzeel AME, Eekers DBP, Hurkmans CW, Swinnen A, Lambin P. Whole brain radiotherapy versus stereotactic radiosurgery for 4-10 brain metastases: a phase III randomised multicentre trial. *BMC Cancer.* 2017 Jul 25;17(1):500.
17. Gerosa M, Nicolato A, Foroni R, Tomazzoli L, Bricolo A. Analysis of long-term outcomes and prognostic factors in patients with non-small cell lung cancer brain metastases treated by gamma knife radiosurgery. *J Neurosurg.* 2005 Jan;102 Suppl:75–80.
18. Motta M, del Vecchio A, Attuati L, Picozzi P, Perna L, Franzin A, et al. Gamma knife radiosurgery for treatment of cerebral metastases from non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011 Nov 15;81(4):e463–8.
19. Fuentes R, Osorio D, Expósito Hernandez J, Simancas-Racines D, Martínez-Zapata MJ, Bonfill Cosp X. Surgery versus stereotactic radiotherapy for people with single or solitary brain metastasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 20;8:CD012086.
20. Ma TM, Grimm J, McIntyre R, Anderson-Keightley H, Kleinberg LR, Hales RK, et al. A prospective evaluation of hippocampal radiation dose volume effects and memory deficits following cranial irradiation. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol.* 2017;125(2):234–40.
21. Rodríguez de Dios N, Couñago F, López JL, Calvo P, Murcia M, Rico M, et al. Treatment Design and Rationale for a Randomized Trial of Prophylactic Cranial Irradiation With or Without Hippocampal Avoidance for SCLC: PREMIER Trial on Behalf of the Oncologic Group for the Study of Lung Cancer/Spanish Radiation Oncology Group-Radiation Oncology Clinical Research Group. *Clin Lung Cancer.* 2018 Sep;19(5):e693–7.
22. Gans JH, Raper DMS, Shah AH, Bregy A, Heros D, Lally BE, et al. The role of radiosurgery to the tumor bed after resection of brain metastases. *Neurosurgery.* 2013 Mar;72(3):317–25; discussion 325–6.
23. Brown PD, Ballman KV, Cerhan JH, Anderson SK, Carrero XW, Whitton AC, et al. Postoperative stereotactic radiosurgery compared with whole brain radiotherapy for resected metastatic brain disease (NCCTG N107C/CEC-3): a multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017;18(8):1049–60.
24. Chang EL, Wefel JS, Hess KR, Allen PK, Lang FF, Kornguth DG, et al. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2009 Nov;10(11):1037–44.
25. Soffietti R, Kocher M, Abacioglu UM, Villa S, Fauchon F, Baumert BG, et al. A European Organisation for Research and Treatment of



- Cancer phase III trial of adjuvant whole-brain radiotherapy versus observation in patients with one to three brain metastases from solid tumors after surgical resection or radiosurgery: quality-of-life results. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2013 Jan 1;31(1):65–72.
26. Brown PD, Jaeckle K, Ballman KV, Farace E, Cerhan JH, Anderson SK, et al. Effect of Radiosurgery Alone vs Radiosurgery With Whole Brain Radiation Therapy on Cognitive Function in Patients With 1 to 3 Brain Metastases: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016 Jul 26;316(4):401–9.
 27. Churilla TM, Ballman KV, Brown PD, Twohy EL, Jaeckle K, Farace E, et al. Stereotactic Radiosurgery With or Without Whole-Brain Radiation Therapy for Limited Brain Metastases: A Secondary Analysis of the North Central Cancer Treatment Group N0574 (Alliance) Randomized Controlled Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017 01;99(5):1173–8.
 28. Robinet G, Thomas P, Breton JL, Léna H, Gouva S, Dabouis G, et al. Results of a phase III study of early versus delayed whole brain radiotherapy with concurrent cisplatin and vinorelbine combination in inoperable brain metastasis of non-small-cell lung cancer: Groupe Français de Pneumo-Cancérologie (GFPC) Protocol 95-1. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2001 Jan;12(1):59–67.
 29. Ansari RH, Socinski MA, Edelman MJ, Belani CP, Gonin R, Catalano RB, et al. A retrospective analysis of outcomes by age in a three-arm phase III trial of gemcitabine in combination with carboplatin or paclitaxel vs. paclitaxel plus carboplatin for advanced non-small cell lung cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 May;78(2):162–71.
 30. Bailon O, Chouahnia K, Augier A, Bouillet T, Billot S, Coman I, et al. Upfront association of carboplatin plus pemetrexed in patients with brain metastases of lung adenocarcinoma. *Neuro-Oncol*. 2012 Apr;14(4):491–5.
 31. Lee DH, Han J-Y, Kim HT, Yoon SJ, Pyo HR, Cho KH, et al. Primary chemotherapy for newly diagnosed nonsmall cell lung cancer patients with synchronous brain metastases compared with whole-brain radiotherapy administered first : result of a randomized pilot study. *Cancer*. 2008 Jul 1;113(1):143–9.
 32. Barlesi F, Gervais R, Lena H, Hureaux J, Berard H, Paillot D, et al. Pemetrexed and cisplatin as first-line chemotherapy for advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC) with asymptomatic inoperable brain metastases: a multicenter phase II trial (GFPC 07-01). *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2011 Nov;22(11):2466–70.
 33. Besse B, Lasserre SF, Compton P, Huang J, Augustus S, Rohr U-P. Bevacizumab safety in patients with central nervous system metastases. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 2010 Jan 1;16(1):269–78.
 34. Socinski MA, Langer CJ, Huang JE, Kolb MM, Compton P, Wang L, et al. Safety of bevacizumab in patients with non-small-cell lung cancer and brain metastases. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2009 Nov 1;27(31):5255–61.
 35. Besse B, Le Moulec S, Mazières J, Senellart H, Barlesi F, Chouaid C, et al. Bevacizumab in Patients with Nonsquamous Non-Small Cell Lung Cancer and Asymptomatic, Untreated Brain Metastases (BRAIN): A Nonrandomized, Phase II Study. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 2015 Apr 15;21(8):1896–903.
 36. Brahmer J, Reckamp KL, Baas P, Crinò L, Eberhardt WEE, Poddubskaya E, et al. Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Squamous-Cell Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2015 Jul 9;373(2):123–35.
 37. Borghaei H, Paz-Ares L, Horn L, Spigel DR, Steins M, Ready NE, et al. Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2015 Sep 27;
 38. Goldman JW, Crino L, Vokes EE, Holgado E, Reckamp K, Pluzanski A, et al. P2.36: Nivolumab (nivo) in Patients (pts) With Advanced (adv) NSCLC and Central Nervous System (CNS) Metastases (mets): Track: Immunotherapy. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. 2016 Oct;11(10S):S238–9.
 39. Goldberg SB, Gettinger SN, Mahajan A, Chiang AC, Herbst RS, Sznol M, et al. Pembrolizumab for patients with melanoma or non-small-cell lung cancer and untreated brain metastases: early analysis of a non-randomised, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2016 Jul;17(7):976–83.
 40. Rittmeyer A, Barlesi F, Waterkamp D, Park K, Ciardiello F, von Pawel J, et al. Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2016 Dec 12;
 41. Ahmed KA, Kim S, Arrington J, Naghavi AO, Dilling TJ, Creelan BC, et al. Outcomes targeting the PD-1/PD-L1 axis in conjunction with stereotactic radiation for patients with non-small cell lung cancer brain metastases. *J Neurooncol*. 2017 May 2;
 42. Schapira E, Hubbeling H, Yeap BY, Mehan WA, Shaw AT, Oh K, et al. Improved Overall Survival and Locoregional Disease Control With Concurrent PD-1 Pathway Inhibitors and Stereotactic Radiosurgery for Lung Cancer Patients With Brain Metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2018 Jul 1;101(3):624–9.
 43. Chen L, Douglass J, Kleinberg L, Ye X, Marciscano AE, Forde PM, et al. Concurrent Immune Checkpoint Inhibitors and Stereotactic Radiosurgery for Brain Metastases in Non-Small Cell Lung Cancer, Melanoma, and Renal Cell Carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2018 Mar 15;100(4):916–25.
 44. Linskey ME, Andrews DW, Asher AL, Burri SH, Kondziolka D, Robinson PD, et al. The role of stereotactic radiosurgery in the management of patients with newly diagnosed brain metastases: a systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol*. 2010 Jan;96(1):45–68.
 45. Langley RE, Stephens RJ, Nankivell M, Pugh C, Moore B, Navani N, et al. Interim data from the Medical Research Council QUARTZ Trial: does whole brain radiotherapy affect the survival and quality of life of patients with brain metastases from non-small cell lung cancer? *Clin Oncol R Coll Radiol G B*. 2013 Mar;25(3):e23–30.
 46. Mulvenna P, Nankivell M, Barton R, Faivre-Finn C, Wilson P, McColl E, et al. Dexamethasone and supportive care with or without whole brain radiotherapy in treating patients with non-small cell lung cancer with brain metastases unsuitable for resection or stereotactic radiotherapy (QUARTZ): results from a phase 3, non-inferiority, randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 2016 Oct 22;388(10055):2004–14.
 47. Barlesi F, Spano J-P, Cortot AB, Carpentier AF, Robinet G, Besse B. [Systemic treatment of brain metastases from lung cancer]. *Cancer*



Métastases cérébrales

- Radiothérapie J Société Fr Radiothérapie Oncol. 2015 Feb;19(1):43–7.
48. Noël G, Tallet A, Truc G, Bernier V, Feuvret L, Assouline A, et al. [Whole brain radiation therapy for brain metastases: Advantages and controversies]. *Cancer Radiothérapie J Société Fr Radiothérapie Oncol.* 2015 Feb;19(1):30–5.
 49. Magnuson WJ, Lester-Coll NH, Wu AJ, Yang TJ, Lockney NA, Gerber NK, et al. Management of Brain Metastases in Tyrosine Kinase Inhibitor-Naïve Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Multi-Institutional Analysis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2017 Apr 1;35(10):1070–7.
 50. Ballard P, Yates JWT, Yang Z, Kim D-W, Yang JC-H, Cantarini M, et al. Preclinical Comparison of Osimertinib with Other EGFR-TKIs in EGFR-Mutant NSCLC Brain Metastases Models, and Early Evidence of Clinical Brain Metastases Activity. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res.* 2016 Oct 15;22(20):5130–40.
 51. Soria J-C, Ohe Y, Vansteenkiste J, Reungwetwattana T, Chewaskulyong B, Lee KH, et al. Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2017 Nov 18;
 52. Mok TS, Wu Y-L, Ahn M-J, Garassino MC, Kim HR, Ramalingam SS, et al. Osimertinib or Platinum-Pemetrexed in EGFR T790M-Positive Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2016 Dec 6;
 53. Wang X, Xu Y, Tang W, Liu L. Efficacy and Safety of Radiotherapy Plus EGFR-TKIs in NSCLC Patients with Brain Metastases: A Meta-Analysis of Published Data. *Transl Oncol.* 2018 Oct;11(5):1119–27.
 54. Solomon BJ, Mok T, Kim D-W, Wu Y-L, Nakagawa K, Mekhail T, et al. First-line crizotinib versus chemotherapy in ALK-positive lung cancer. *N Engl J Med.* 2014 Dec 4;371(23):2167–77.
 55. Costa DB, Shaw AT, Ou S-HI, Solomon BJ, Riely GJ, Ahn M-J, et al. Clinical Experience With Crizotinib in Patients With Advanced ALK-Rearranged Non-Small-Cell Lung Cancer and Brain Metastases. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2015 Jun 10;33(17):1881–8.
 56. Soria J-C, Tan DSW, Chiari R, Wu Y-L, Paz-Ares L, Wolf J, et al. First-line ceritinib versus platinum-based chemotherapy in advanced ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (ASCEND-4): a randomised, open-label, phase 3 study. *Lancet Lond Engl.* 2017 Mar 4;389(10072):917–29.



Métastases cérébrales

DECLARATION DES LIENS D'INTERETS

Les personnes ci-dessous ont déclaré des liens d'intérêt en oncologie thoracique pour des participations à des congrès, séminaires ou formations ; des bourses ou autre financement ; des rémunérations personnelles ; des intéressements ; ou tout autre lien pertinent dans les 3 dernières années :

ARPIN D : Takeda, Roche
 AUDIGIER-VALETTE C : Roche, Abbvie, BMS, MSD, Takeda, Boehringer, AstraZeneca, Pfizer, Novartis, Fabre, Amgen, Lilly
 AVRILLON V : BMS, Abbvie.
 BARANZELLI A. : Roche, Takeda, BMS, MSD
 BAUD M. : Boehringer
 BAYCE BLEUEZ S. : Roche, BMS, AMGEN
 BERARD H : Roche, Pfizer, Boehringer
 BERNARDI M. : BMS, Sandoz, Roche
 BOMBARON P : Roche, AstraZeneca, BMS, Boehringer.
 COURAUD S. : AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Lilly, Merck, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sysmex Innostics, Chugai, Laidet.
 DELCLAUX B : BMS, Boehringer, AstraZeneca, Novartis, Roche.
 DEMIR S : Pfizer, BMS
 FALCHERO L. : Roche, Boehringer, AstraZeneca, BMS, Pfizer, Amgen.
 FOUCHER P : AstraZeneca, Roche, BMS, MSD, Chugai, Vifor, IFCT, PFIZER
 FOURNEL P. : Lilly, Amgen, BMS, MSD, Roche, Pfizer, Astellas, Boehringer, AstraZeneca, Takeda, Novartis, PFO
 GERINIERE L : Lilly
 GIAJ LEVRA M. : MSD, BMS, Roche, AstraZeneca, Novartis, Pfizer, Boehringer
 GONZALEZ G. : Roche, Novartis, Pharmadom
 GOUNANT V : Takeda, Lilly, Roche, AstraZeneca, BMS, Boehringer, Pfizer, Novartis.
 GROUET A. : Boehringer, Novartis
 HAMMOU Y : Chiesi, ISIS, Elia
 JACOULET P : Boehringer
 JANICOT H. Boehringer
 LARIVE S. : TEVA Santé, Pfizer, Boehringer, BMS, MSD, AstraZeneca.
 LE TREUT J. : AstraZeneca, Boehringer, Roche, BMS, MSD
 LOCATELLI SANCHEZ M. : Boehringer, BMS, AstraZeneca, LFB
 LUCIANI S : Pfizer
 MARTIN E. : Astra Zeneca
 MASTROIANNI B : Amgen
 MERLE P : MSD, AstraZeneca, BMS, Pfizer
 MORO-SIBILOT D : Roche, Pfizer, Lilly, Boehringer, MSD, BMS, Takeda, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Abbvie
 NAKAD A : BMS
 ODIER L. : Lilly, Amgen, Pfizer
 PAULUS V : MSD, Roche
 PEROL M. : Roche, AstraZeneca, Boehringer, Lilly, Takeda, BMS, MSD, Pfizer, Novartis, Chugai
 PERROT E. : AstraZeneca
 PINSOLLE J. : Takeda, MSD, Roche, Pfizer, Agiradom.
 RANCHON F : CELGENE, JAZZPHORNA
 SAKHRI L : Pfizer, BMS.
 SOUQUET P.-J. : Amgen, AstraZeneca, BI, CHUGAI, P FABRE, LILLY, MSD, BMS, Pfizer, Novartis, Sandoz, Roche, Takeda, Bayer, Merrimack, Merck, Astellas,
 TAVIOT B : Chiesi
 TISSOT C : Amgen, Sandoz, BMS
 WATKIN E. : MSD, AstraZeneca, Boehringer, Pfizer, Roche, BMS
 ZALCMAN G. : Roche, AstraZeneca, BMS, Pfizer, Novartis, Abbvie, MSD, Boehringer, GSK, Inventiva

Les autres participants et membres des groupes de travail n'ont déclaré aucun lien d'intérêt en oncologie thoracique. Aucun participant ou membre d'un groupe de travail n'a rapporté de lien d'intérêt avec l'industrie du tabac.



MENTIONS LEGALES

La réunion de mise à jour des référentiels (édition 2018) a été organisée par l'Association de Recherche d'Information Scientifique et Thérapeutique en Oncologie Thoracique (ARISTOT).

Les partenaires institutionnels de 2018 d'ARISTOT sont : **Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Takeda**, Chugai et Lilly.

Les référentiels en oncologie thoracique Auvergne-Rhône-Alpes 2018 sont mis en forme par Sébastien Couraud (ARISTOT) et par les équipes de CANCERODIGEST. Ils sont édités par ARISTOT qui en est le propriétaire exclusif (y compris des versions antérieures). Ils sont diffusés à titre gratuit par les Réseaux Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et Oncauvergne ainsi que sur le site LeCancer.fr.

Pour citer le référentiel :

Perrot E, Martin E, Fournel P et le comité de rédaction des référentiels Auvergne-Rhône-Alpes en oncologie thoracique. Référentiel sur les Métastases cérébrales : actualisation 2019. ARISTOT ; 2019. ISBN 978-2-490858-05-7. Téléchargeable sur <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/referentiels.aspx> et sur www.lecancer.fr

Perrot E, Martin E, Fournel P on behalf of the editing committee of Auvergne-Rhône-Alpes Guidelines in Thoracic Oncology. [Guidelines on Brain Metastasis of Lung Cancers: 2019 Update]. ARISTOT; 2019 [French]. ISBN 978-2-490858-05-7. Available from <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/referentiels.aspx> and from www.lecancer.fr

L'édition 2019 du référentiel AURA en oncologie thoracique® est labellisée par:



L'édition 2019 du référentiel AURA en oncologie thoracique® est édité par:



ISBN 978-2-490858-05-7

