SFCCF
Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale

57e CONGRÈS SFCCF 2025

13 & 14 NOVEMBRE 2025 - CENTRE DE CONGRÈS DU PHARO - MARSEILLE

NPC en 2026 : Prise en charge et perspectives

Les cancers indifférenciés du cavum : traitements

Dr Jérôme Fayette
Centre Léon Bérard
Lyon

13 novembre 2025

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER LEON BERARD

Liens d’intérêt

MSD

BMS

Merck

Astra Zeneca

Merus

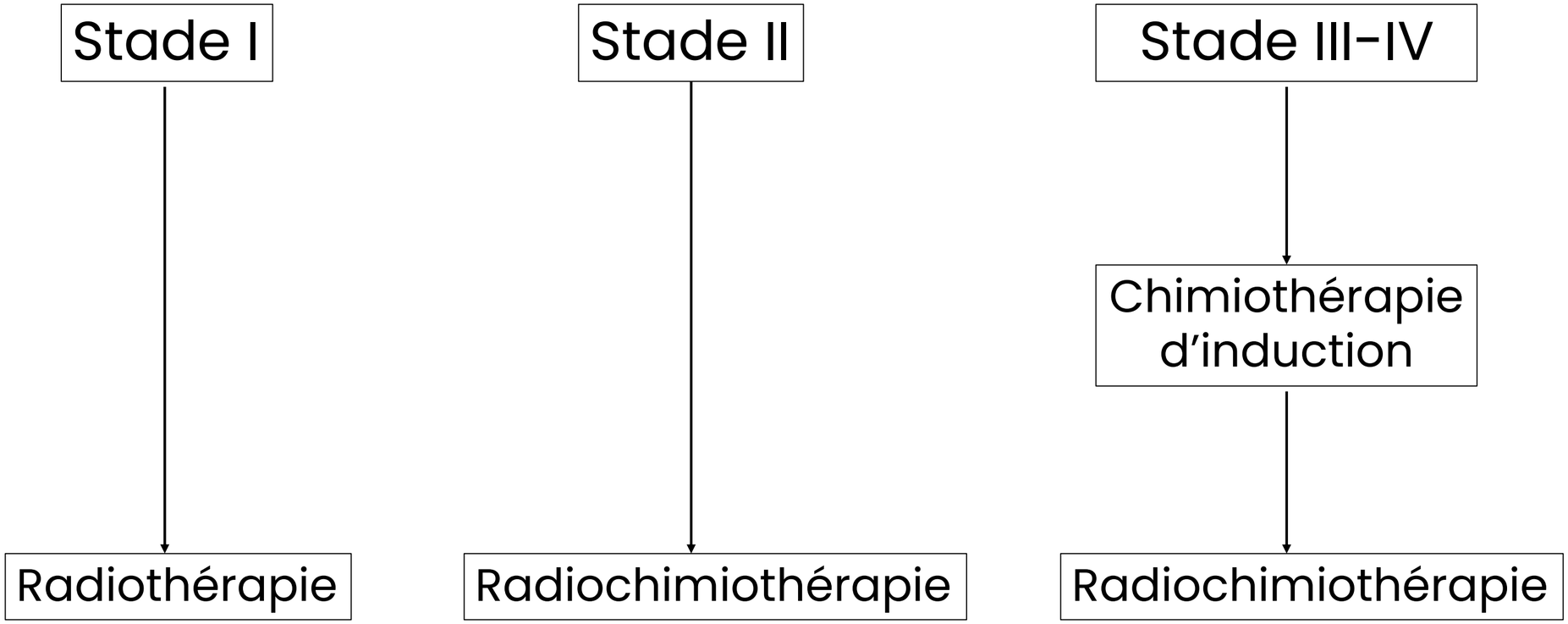
Takeda

LEO Pharma

LEO Pharma ne recommande en aucun cas l’usage des produits en dehors de leurs indications approuvées par leurs AMM. Merci de consulter le résumé des caractéristiques du produit avant de les prescrire. Les informations mentionnées dans cette présentation sont fournies pour un usage médical et scientifique uniquement, et sont destinées exclusivement aux participants de cette manifestation scientifique

Principes de traitement

Pas de place pour la chirurgie
(en dehors de la chirurgie de rattrapage lors d'une rechute chez des cas sélectionnés)



avis d'experts

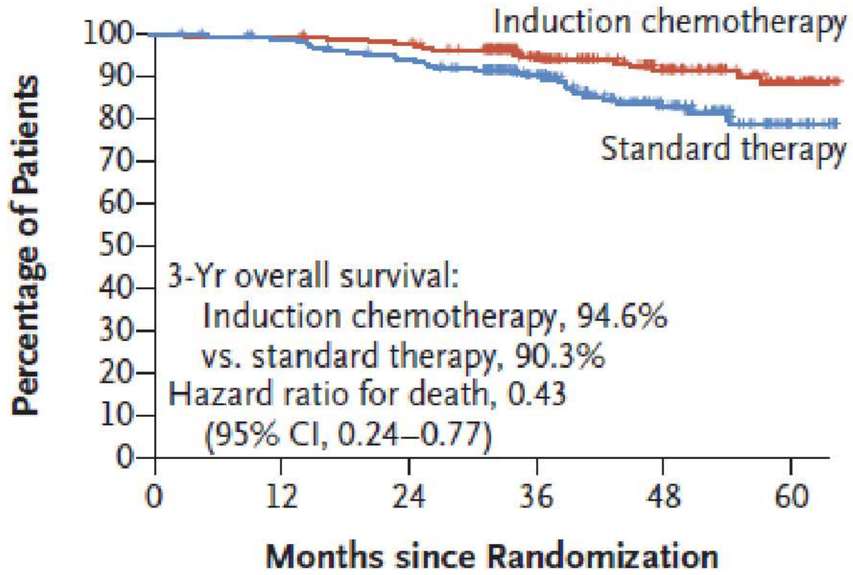
480 patients

R

3 $CDDP_{80}$-GMZ_{1000}
RT-CT ($CDDP_{100}$)

RT-CT ($CDDP_{100}$)

B Overall Survival



No. at Risk

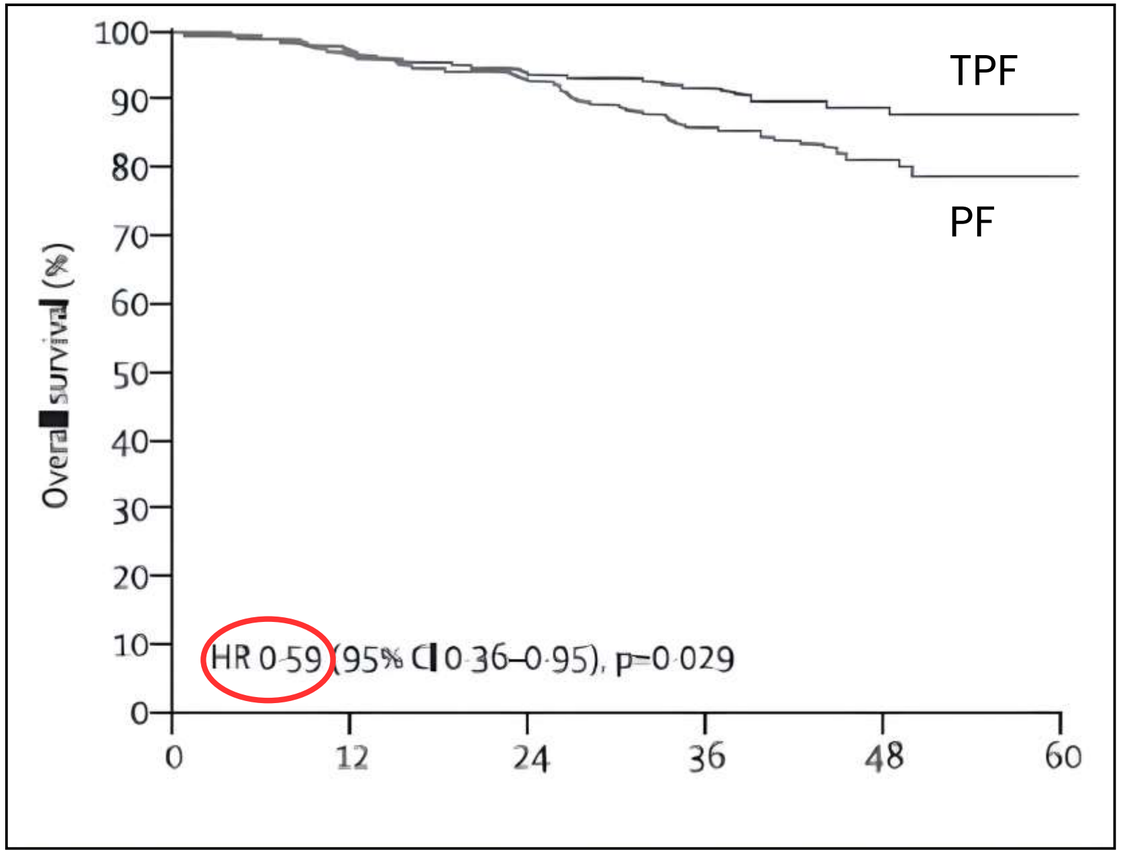
Induction chemotherapy	242	241	236	162	100	36
Standard therapy	238	232	219	152	87	29

Induction standard pour les N+ devant le risque métastatique

Adapté de Zhang N Engl J Med 2019; 381: 1124

TPF nettement supérieur à PF

TPF vs PF en induction avant RT-CT



Adapté de Sun Lancet Oncol. 2016;17:1509-1520

Méta-analyse MAC-NPC (8221 patients)

ICtax(+)-CRT p-score = 91%			
0.92 **[0.69-1.24]**	CRT-AC p-score = 85%		
0.87 **[0.65-1.17]**	0.94 [0.79-1.13]	ICtax(-)-CRT p-score = 74%	
0.75 **[0.59-0.96]**	**0.82** **[0.69-0.97]**	0.87 [0.74-1.02]	CRT p-score = 45%

En pratique: TPF suivi de RT-CT (CDDP hebdo 40 mg/m2)

Petit, ASCO 2020; abstract 6523
avis d'experts

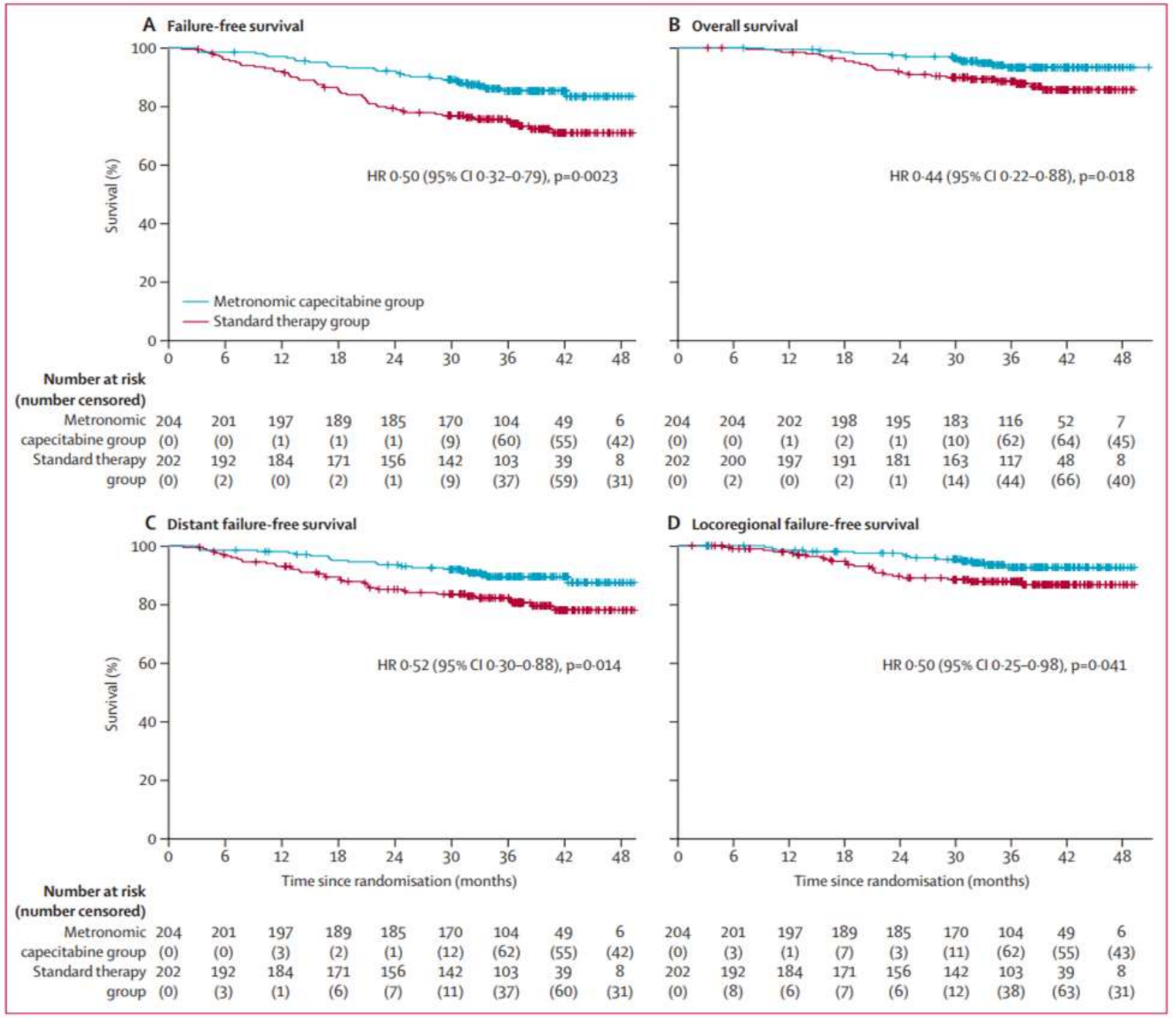
Chimiothérapie adjuvante

- Essai chinois de **phase III**: 406 patients NPC haut risque (stade III-IVA, à l'exclusion des T3-4N0 et T3N1)
- Randomisation entre **capécitabine** métronomique à 650 mg/m² deux fois par jour pendant 1 an ou observation (début du traitement 12-16 semaines après la fin de la radiothérapie)
- Survie sans-récidive à 3 ans: 85.3 % vs 75.7 %
- HR 0.50 (IC 95 % : 0-32-0-79 ; p=0-0023)
- EI G3 chez 17% vs 6%
- 9% de syndrome main-pied de G3
- Pas de décès toxique

Induction chemotherapy		
Yes	158 (77%)	158 (78%)
No	46 (23%)	44 (22%)
Induction chemotherapy regimens		
Docetaxel and cisplatin	113/158 (72%)	120/158 (76%)
Docetaxel, cisplatin, and fluorouracil	35/158 (22%)	28/158 (18%)
Gemcitabine and cisplatin	10/158 (6%)	10/158 (6%)

Adapté de Chen; Lancet 2021; 398:303

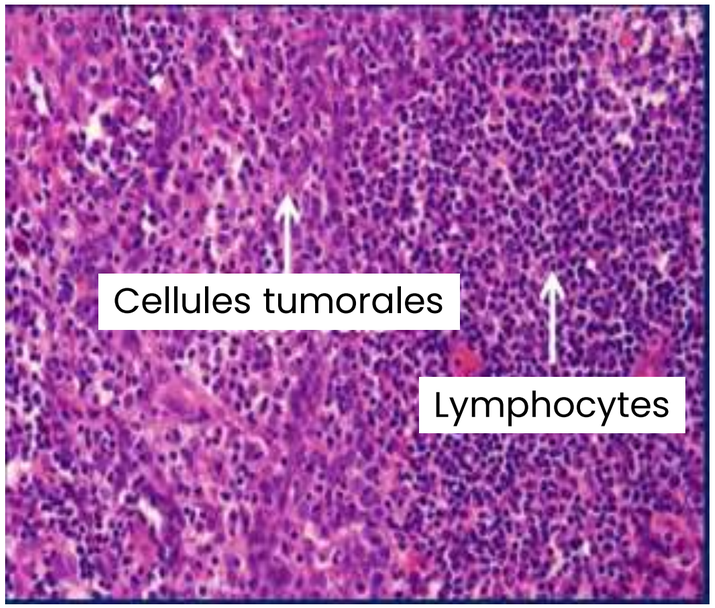
Chimiothérapie adjuvante



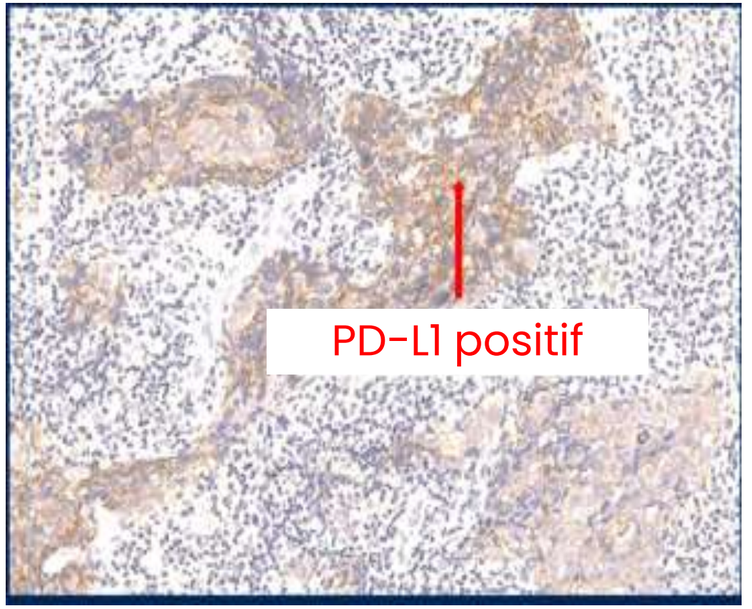
Chen; Lancet 2021; 398:303
avis d'experts

Révolution immunothérapie par anti-PD1

Les réponses inflammatoires et les lymphocytes sont abondants



PD-L1 exprimé par près de 90 % des cellules tumorales



Efficacité des anti-PD1 en récidivant/métastatique

Congrès américain en oncologie clinique 2023 - D'après Ma J et al., LBA6002, actualisé avis d'experts

Le Sintilimab avec une CT d'induction puis une RTCT

Population
- Cancer du cavum de stade III ou IVA (sauf T3-T4N0 et T3N1)

Facteurs de stratification
- III vs IV
- Centres

R 1:1

(n = 210)
- **Sintilimab** 200 mg + **CDDP GMZ** — 3 cycles
- **Sintilimab** 200 mg + **2 CDDP** 100 mg/m² — 3 cycles
- **Sintilimab** 200 mg — 6 cycles

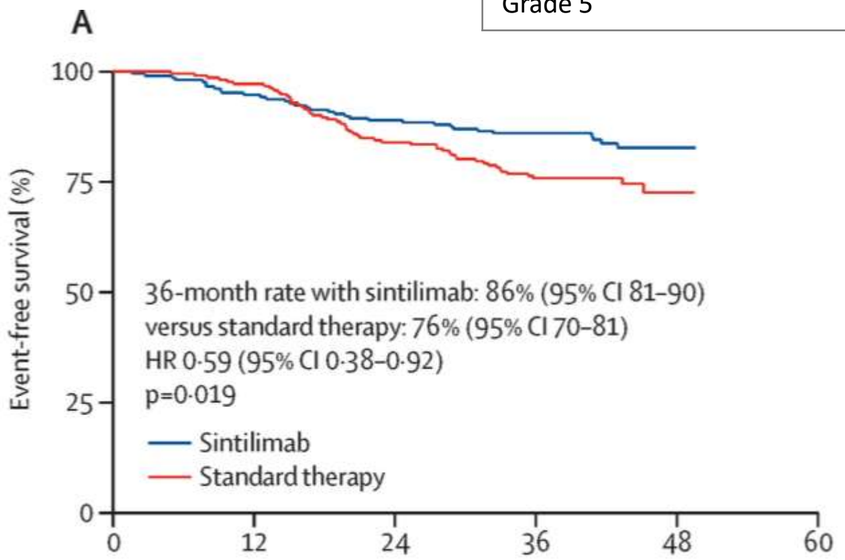
RT 70 Gy IMRT

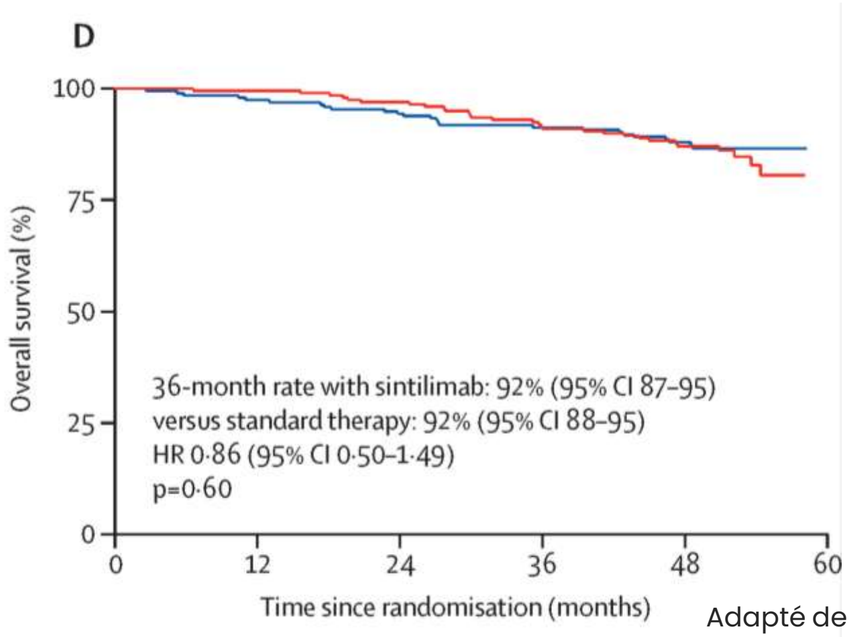
(n = 215)
- **CDDP/GMZ**
- **2 CDDP** 100 mg/m²

Critère principal
- SSE (survie sans événement)

Critères secondaires
- Survie globale
- Survie sans récidive locorégionale
- Survie sans métastases
- Tolérance
- Qualité de vie
- Biomarqueurs (PD-L1, EBV, ADNtc)

Toxicités immunes de grade ≥ 3	%
Grade 3-4	10
Grade 5	1





Adapté de Liu; Lancet 2024; 403: 2720–31

Le toripalimab en induction puis une RTCT
Phase II randomisée monocentrique

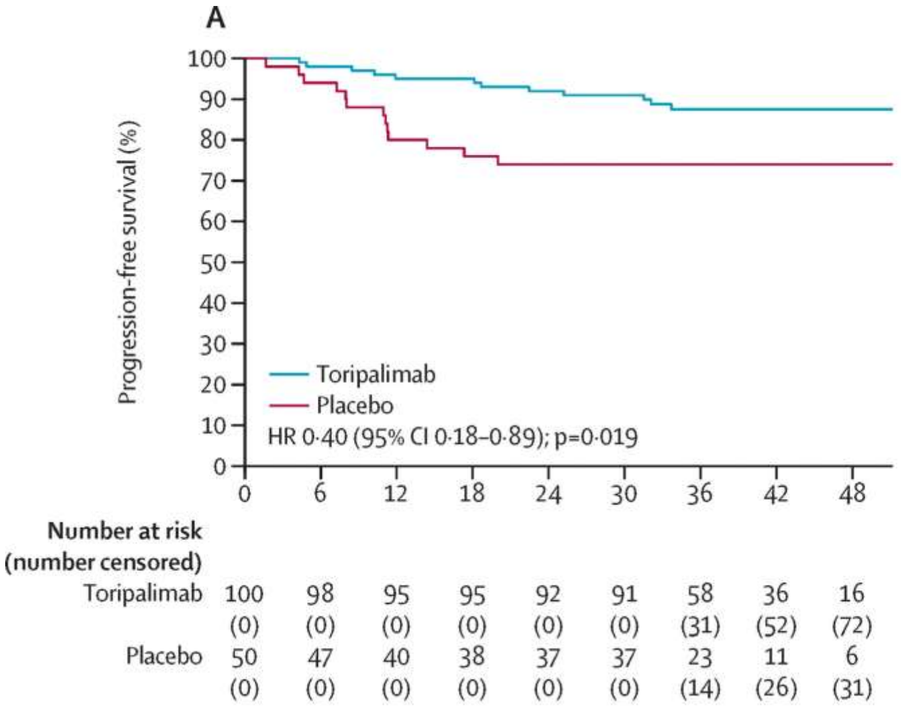
150 pts
Stade III-IV haut risque
ctDNA>1500 copies/ml

R
2:1

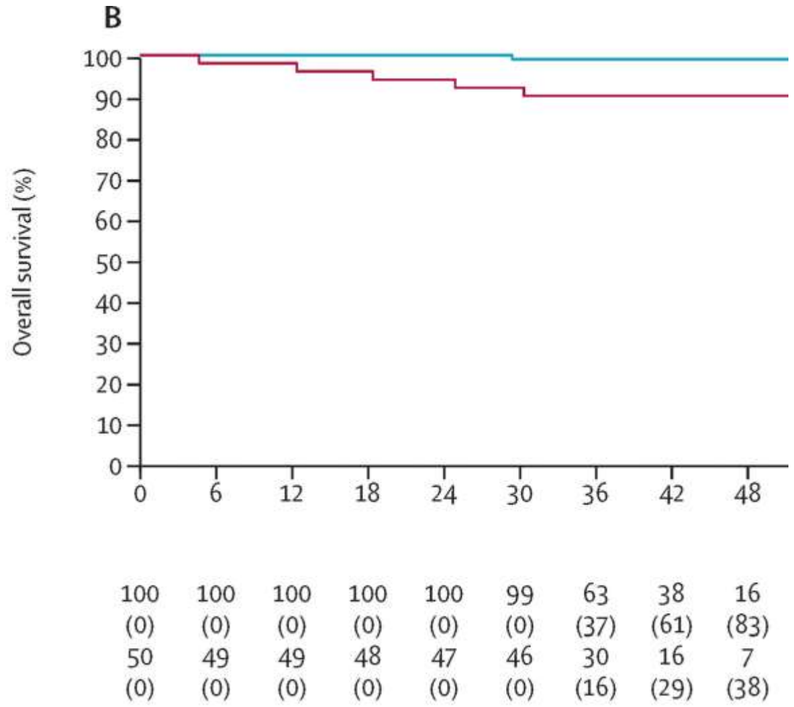
2 Toripalimab 240 mg q2w puis RTCT (3 CDDP100) puis 8 Toripalimab 240 mg q3w

Objectif principal: PFS 2 ans
82% → 94% (HR 0·31)

2 placebo q2w puis RTCT (3 CDDP100) puis 8 Placebo q3w



Number at risk (number censored)									
Toripalimab	100 (0)	98 (0)	95 (0)	95 (0)	92 (0)	91 (0)	58 (31)	36 (52)	16 (72)
Placebo	50 (0)	47 (0)	40 (0)	38 (0)	37 (0)	37 (0)	23 (14)	11 (26)	6 (31)



	100 (0)	100 (0)	100 (0)	100 (0)	100 (0)	99 (0)	63 (37)	38 (61)	16 (83)
	50 (0)	49 (0)	49 (0)	48 (0)	47 (0)	46 (0)	30 (16)	16 (29)	7 (38)

Critique: le standard est IC→ RTCT

Adapté de Liu; Lancet Oncol 2024; 25: 1563–75

Le camrelizumab en adjuvant après IC→ RTCT

450 pts
T4N1M0 ou T1-4N2-3M0
IC→ RTCT terminée
(CDDP-GMZ et 3 CDDP100)

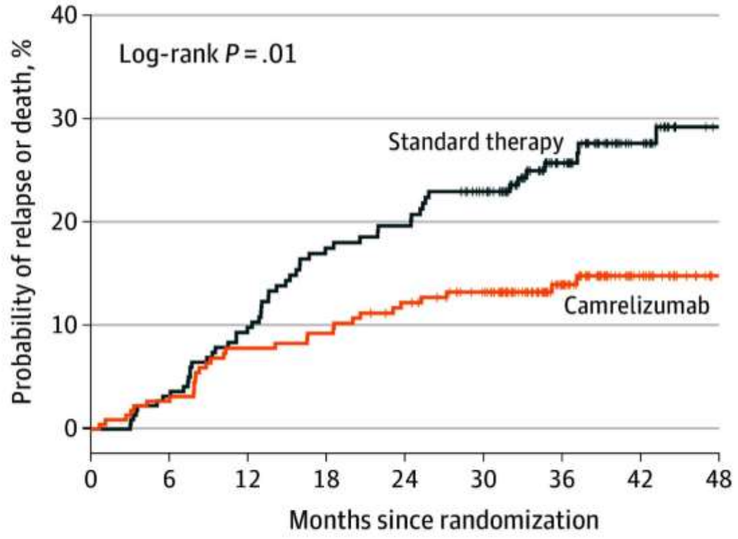
R

12 Camrelizumab 200 mg q3w

Objectif principal: EFS
HR : 0,52

Observation

A Any disease relapse or death (primary end point)

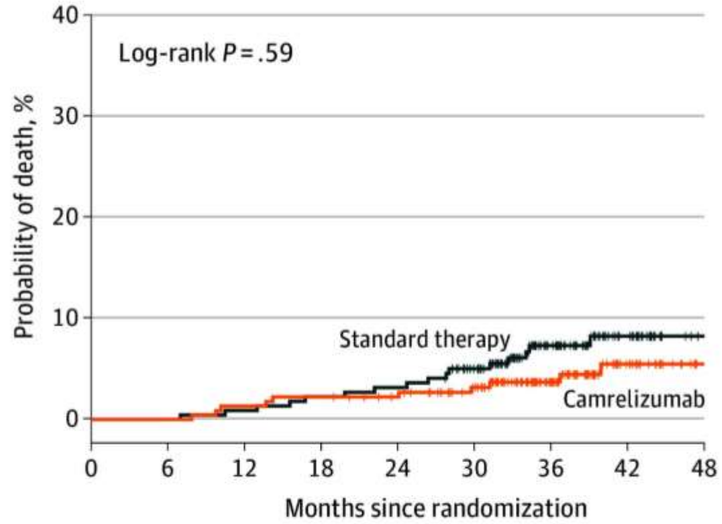


No. at risk

Standard therapy	224	217	203	188	184	171	116	76	49
Camrelizumab	226	220	209	206	198	186	130	78	56

3-year EFS 86.9% vs 77.3%
HR=0.56 (95% CI, 0.36-0.89; p = .01)

D Death (secondary end point)



	224	224	222	219	217	204	139	89	60
	226	226	223	221	216	201	144	84	62

3-year OS 96.4% vs 92.9%
HR=0.80 (95% CI, 0.35-1.82; *p* = .59)

Adapté de Liang; JAMA 2025; 333;(18):1589-1598

Le toripalimab pour éviter de potentialiser la RT

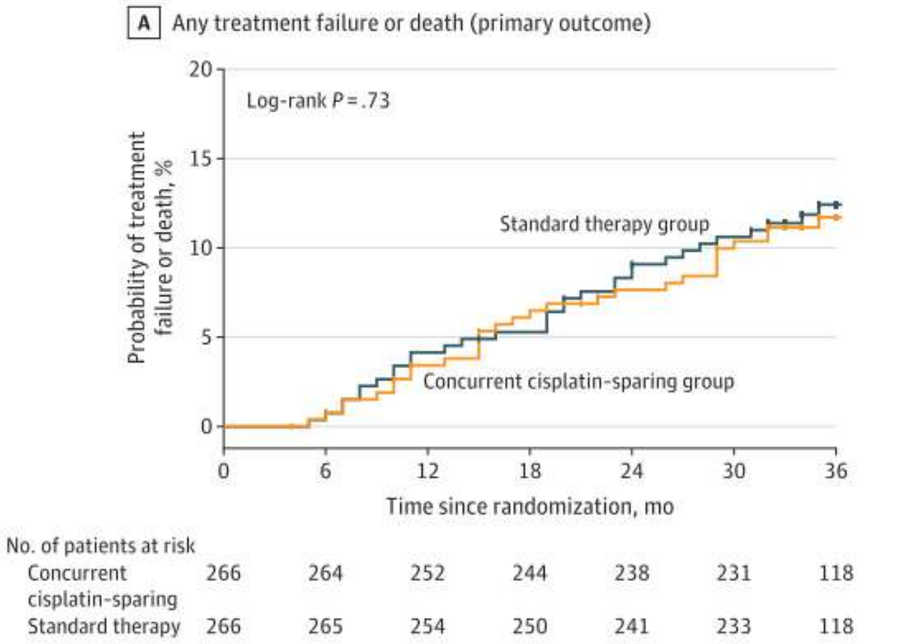
532 pts
T4N1M0
ou T1-4 N2-3M0

R

17 toripalimab 240 mg q3w
3 CDDP/GMZ q3w RT

Objectif principal: EFS et NV
Pour EFS cible 88% à 3 ans, marge de non-infériorité 8%)

17 toripalimab 240 mg q3w
3 CDDP/GMZ q3w RTCT (CDDP100 x 2)



3-year EFS 88.3% vs 87,6%, difference 0,7%
HR=0.92 (95% CI, 0.66-1.79; p = .73)

NV tout grade:
26.2% [68/260] vs 59.8% [156/261]
difference, 33.6%; p < .001)

Adapté de Ma; JAMA 2025; on line août 2025

Récidives ou métastatiques

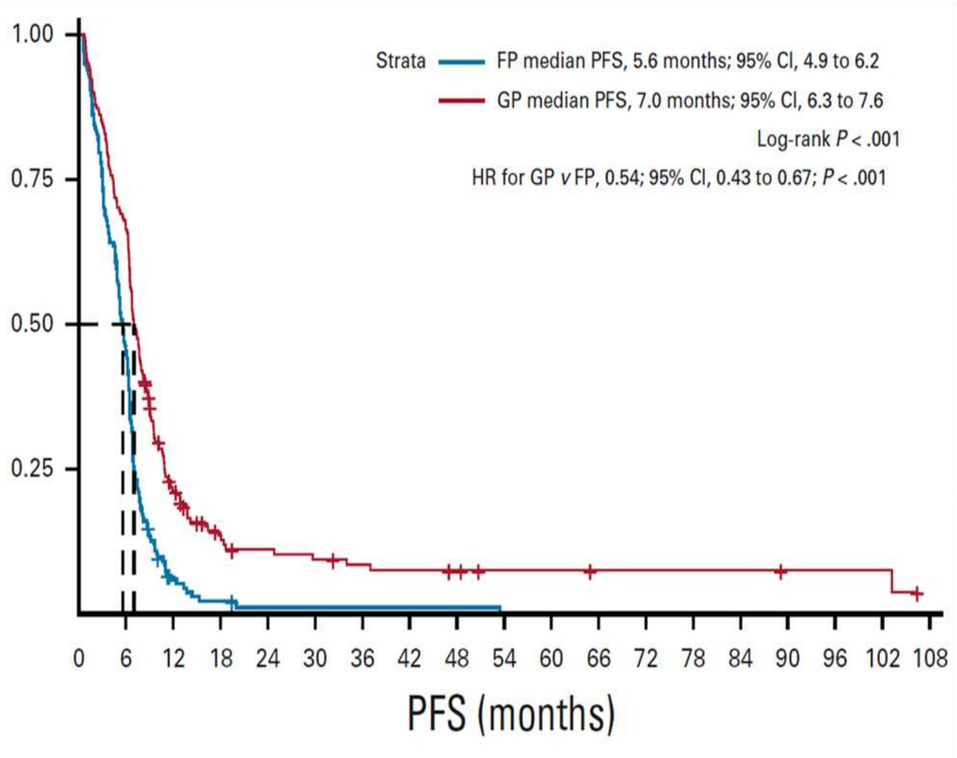
Pas d’essais randomisés de grande taille sur des populations non-asiatiques

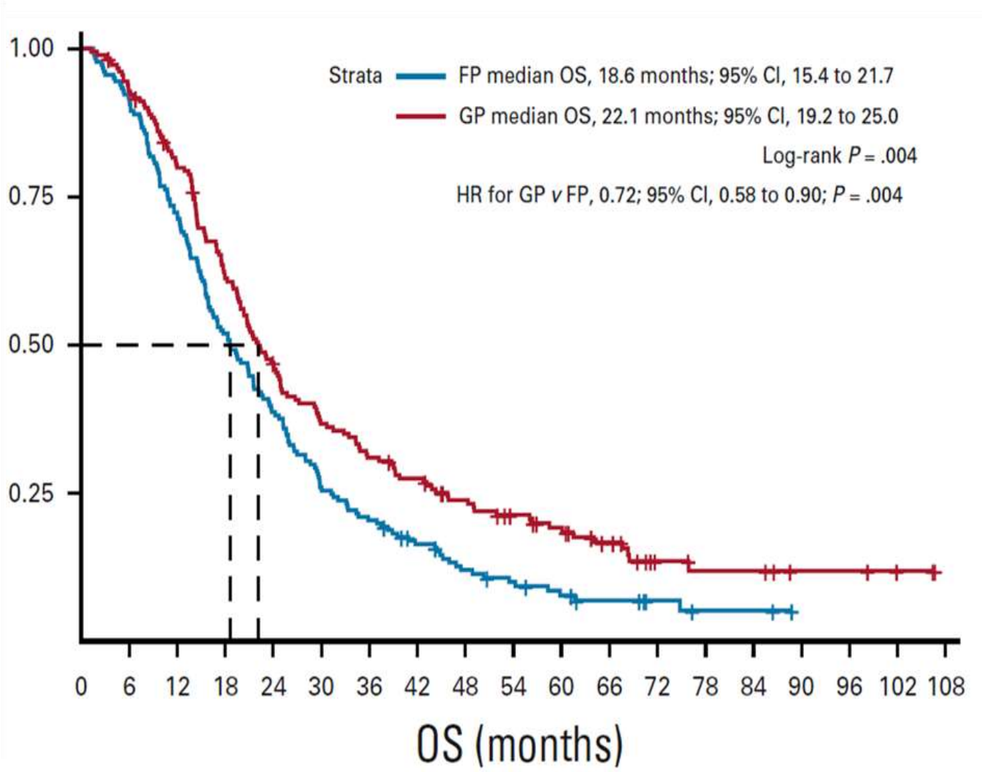
Dans les essais, mélange les cancers d’emblée métastatiques et les récidives

Grande chimiosensibilité même après récidive

Phase III cisplatine-gemcitabine (GP) vs cisplatine-5FU (PF)

362 patients chinois





Hong ; J Clin Oncol. 2021 Aug 11; JCO2100396

Le toripalimab avec CDDP GMZ

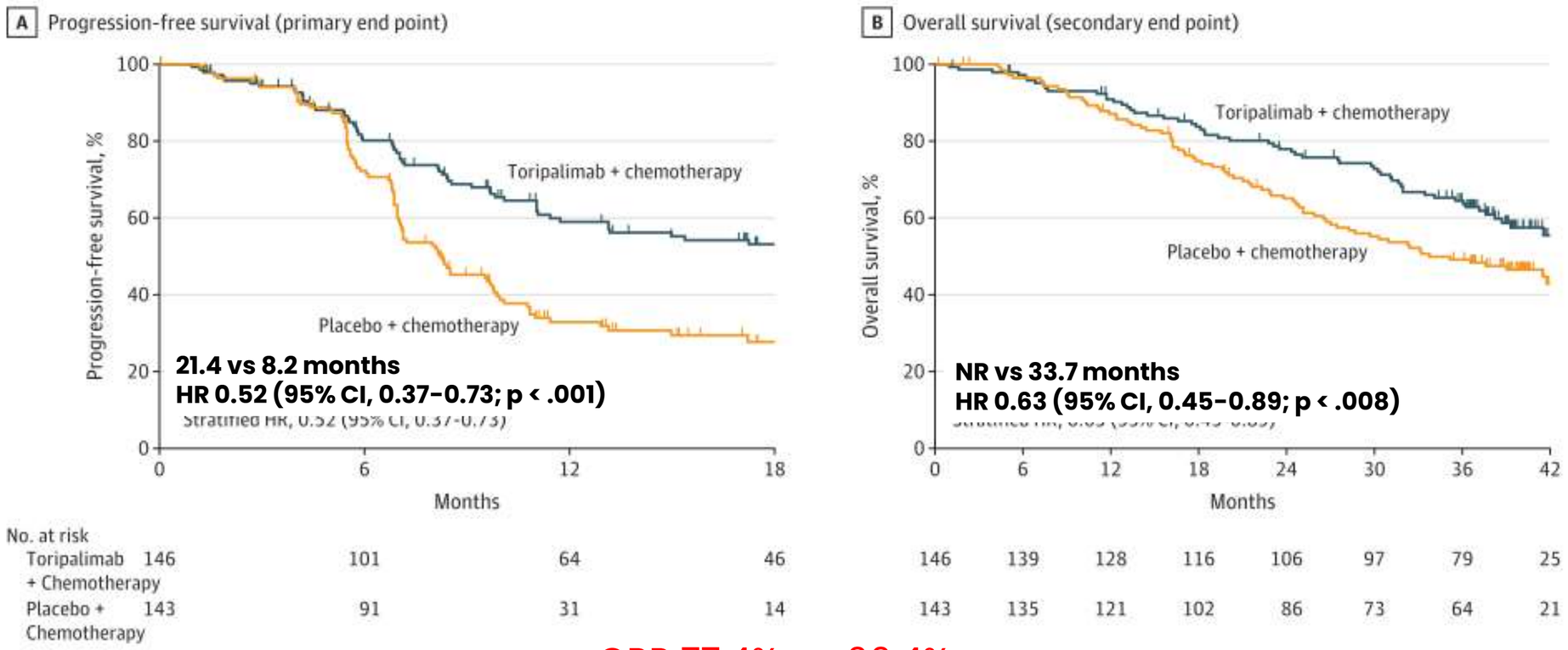
289 pts
R/M

R

toripalimab 240 mg q3w + 6 CDDP/GMZ

placebo q3w + 6 CDDP/GMZ

Objectif principal: PFS
HR : 0,67



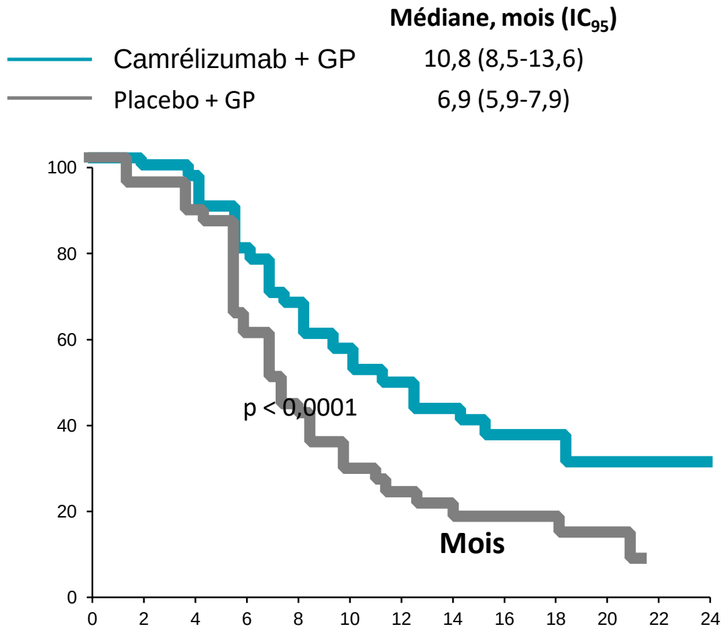
ORR 77.4% vs. 66.4%
DOR 10.0 vs. 5.7 mois

Adapté de Mai; JAMA 2023;330(20):1961-1970

Autres anti-PD1

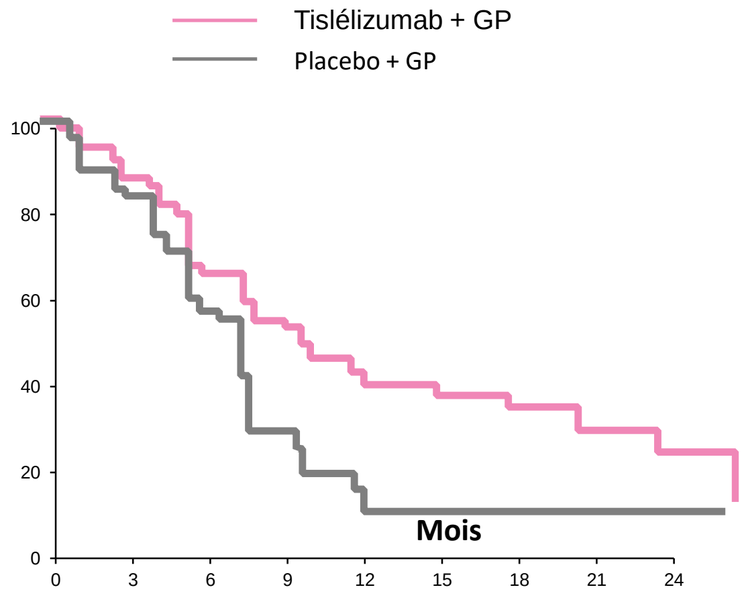
camrélizumab + GP vs placebo + GP

SSP à 1 an : 45,8 vs 20,5 % ; HR = 0,512 (CAPTAIN-1st)[2]



tislélizumab + GP vs placebo + GP

Médiane : 9,6 vs 7,4 mois ; HR = 0,50 (RATIONALE-309)[3]



Adapté de Yang YP et al., Lancet Oncol 2021; 22 (8): 1162-74.
Adapté de Yang YP et al., Cancer Cell 2023; 41(6):1061-10723.

Cavum M+: traitement locorégional

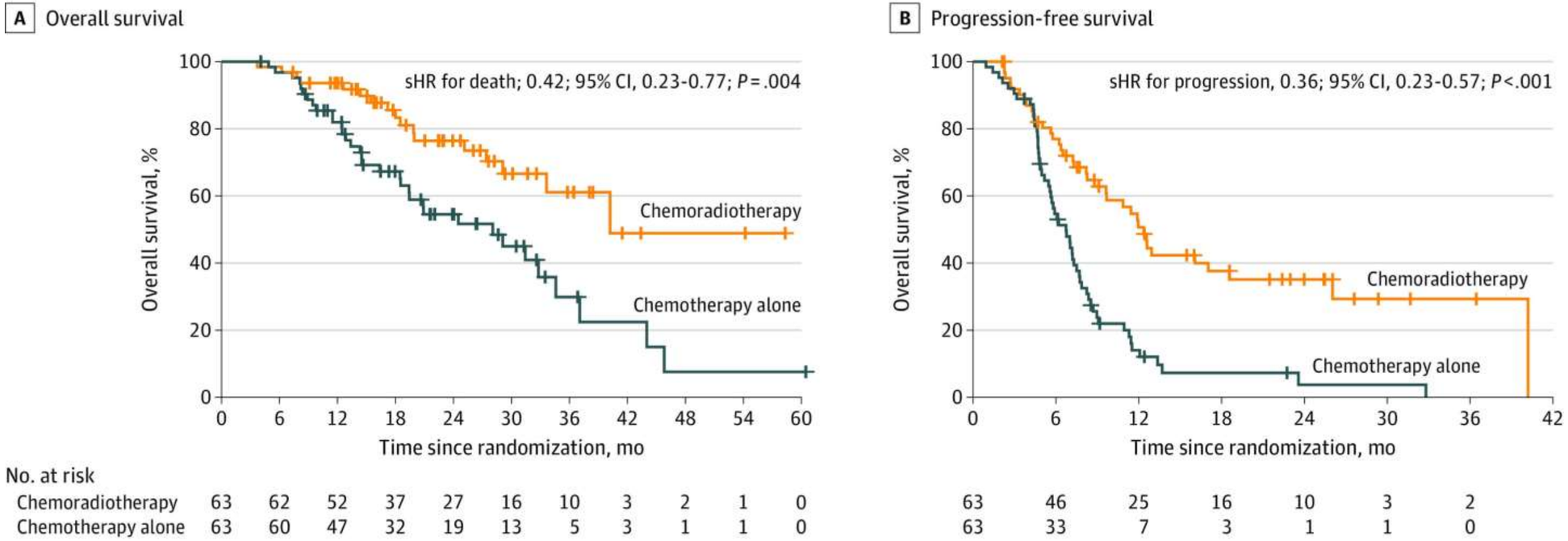
126 pts (sur 176)
M+
RC/RP après 3 PF

R

PF + RTCT

PF seul

Objectif principal: survie globale



Adapté de Riou Jama Oncol. 2020; 6: 1345

Deuxième ligne après échec de platine

	Réponses	PFS	OS
Gemcitabine	48%	5,1 mois	10,5 mois
Gemcitabine	44%	5,1 mois	16 mois
Gemcitabine/Vinorelbine	37%	5,2 mois	14 mois
Capecitabine	23,5%	4,9 mois	7,6 mois
Docetaxel	37%	5,3 mois	12,8 mois
Nivolumab	20,5%	2,8 mois	17,1 mois
Pembrolizumab	26,3%	3,7 mois	16,5 mois
Camrelizumab	28,2%	3,7 mois	17,1 mois

Doxorubicine ?

Adapté à partir de Foo, Ann Oncol 2002; 13: 150 Zhang, Cancer Chemother Pharmacol 2008; 62: 33 Chen Oral Oncol 2012; 48: 1146 Chua , Oral Oncol 2004 ; 39: 361 Ngeow, Ann Oncol 2011; 22: 718 Ma, J clin Oncol 2018; 36: 1412Hsu, J Clin Oncol 2017; 35: 4050 Zhang, ESMO 2020: Abstract 912 MO

Recommandations ESMO : traitement NPC récidivant et/ou métastatique

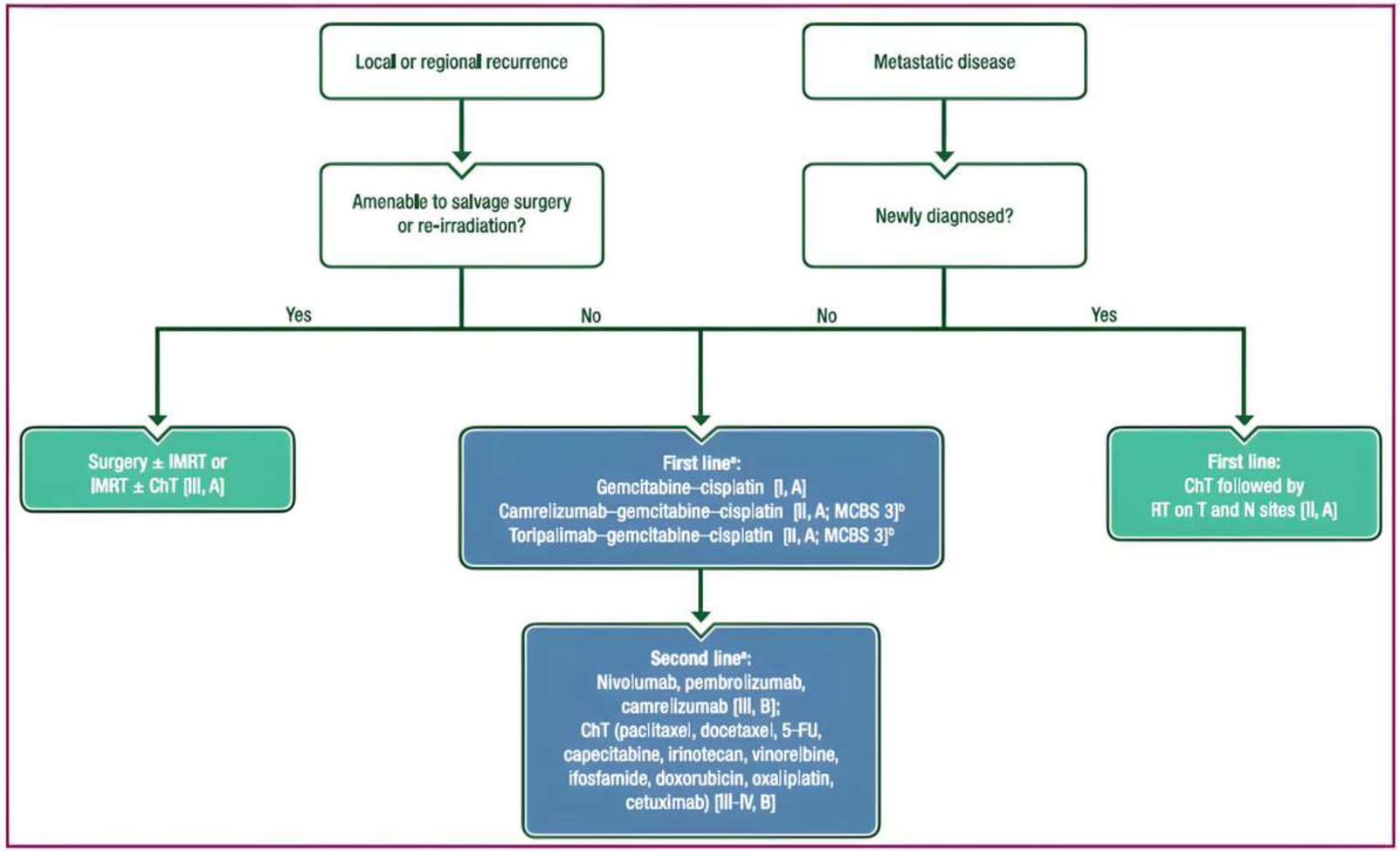


Figure 2. Treatment algorithm for recurrent and/or metastatic NPC.

5-FU, 5-fluorouracil; ChT, chemotherapy; EMA, European Medicines Agency; FDA, US Food and Drug Administration; IMRT, intensity-modulated radiotherapy; MCBS, Magnitude of Clinical Benefit; N, node; NPC, nasopharyngeal carcinoma; RT, radiotherapy; T, tumour.

[a]Consider RT [III, B] or surgery [IV, C] on metastatic sites.

[b]ESMO-MCBS v1.1[6] was used to calculate scores for therapies/indications approved by the EMA or FDA. The scores have been calculated by the ESMO-MCBS Working Group and validated by the ESMO Guidelines Committee (https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-evaluation-forms).

Bossi P. Ann Oncol 2022. ESMO Guidelines NPC update

Conclusion – Take home messages

Les cancers du cavum sont chimiosensibles.

Localisés : radiochimiothérapie, avec du cisplatine hebdomadaire 40 mg/m^2,

Localement avancés: chimiothérapie péri-radiochimiothérapie: TPF en induction, Révolution de l'immunothérapie

Place de la chimiothérapie adjuvante par capécitabine ?

Récidive/métastatiques: chimiothérapie palliative

- 1ère ligne: doublet à base de cisplatine + immunothérapie
- lignes ultérieures: rechallenger les chimiothérapies, monothérapies

Merci