

COVID-19 et Cancers thoraciques



Maurice Pérol, Centre Léon Bérard - Lyon
Fabrice Barlési, Gustave Roussy - Villejuif
Nicolas Girard – Institut Curie - Paris

SITUATION ÉPIDÉMIQUE COVID-19 EN FRANCE AU 27 AVRIL 2020

Données au 27 avril 2020

COVID-19 - France

128 339^①
(+ 3 764)
cas confirmés

23 293^①
(+ 437)
cumul des décès

Données hospitalières

28 055^①
(- 162)
hospitalisations

45 513^①
(+ 610)
retours à domicile

4 608^①
(- 74)
en réanimation

14 497^①
(+ 295)
décès à l'hôpital

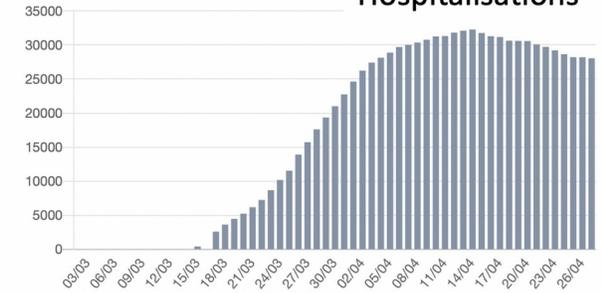
Données EHPAD et EMS

30 227^①
(+ 584)
cas confirmés en
EHPAD et EMS

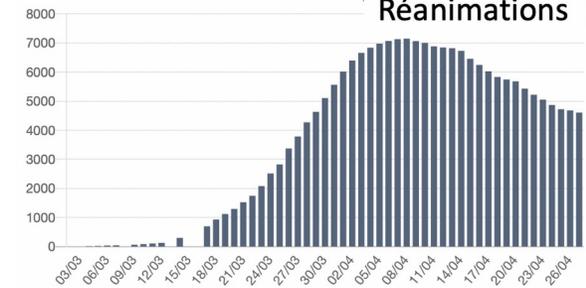
37 503^①
(- 22)
cas probables en
EHPAD et EMS

8 796^①
(+ 142)
décès en EHPAD
et EMS

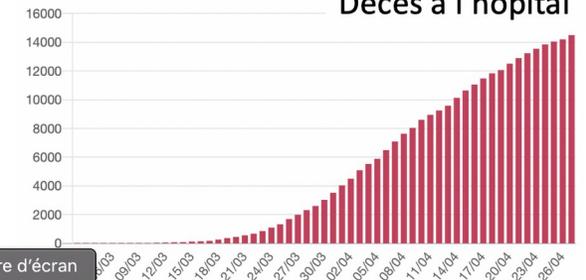
Hospitalisations



Réanimations

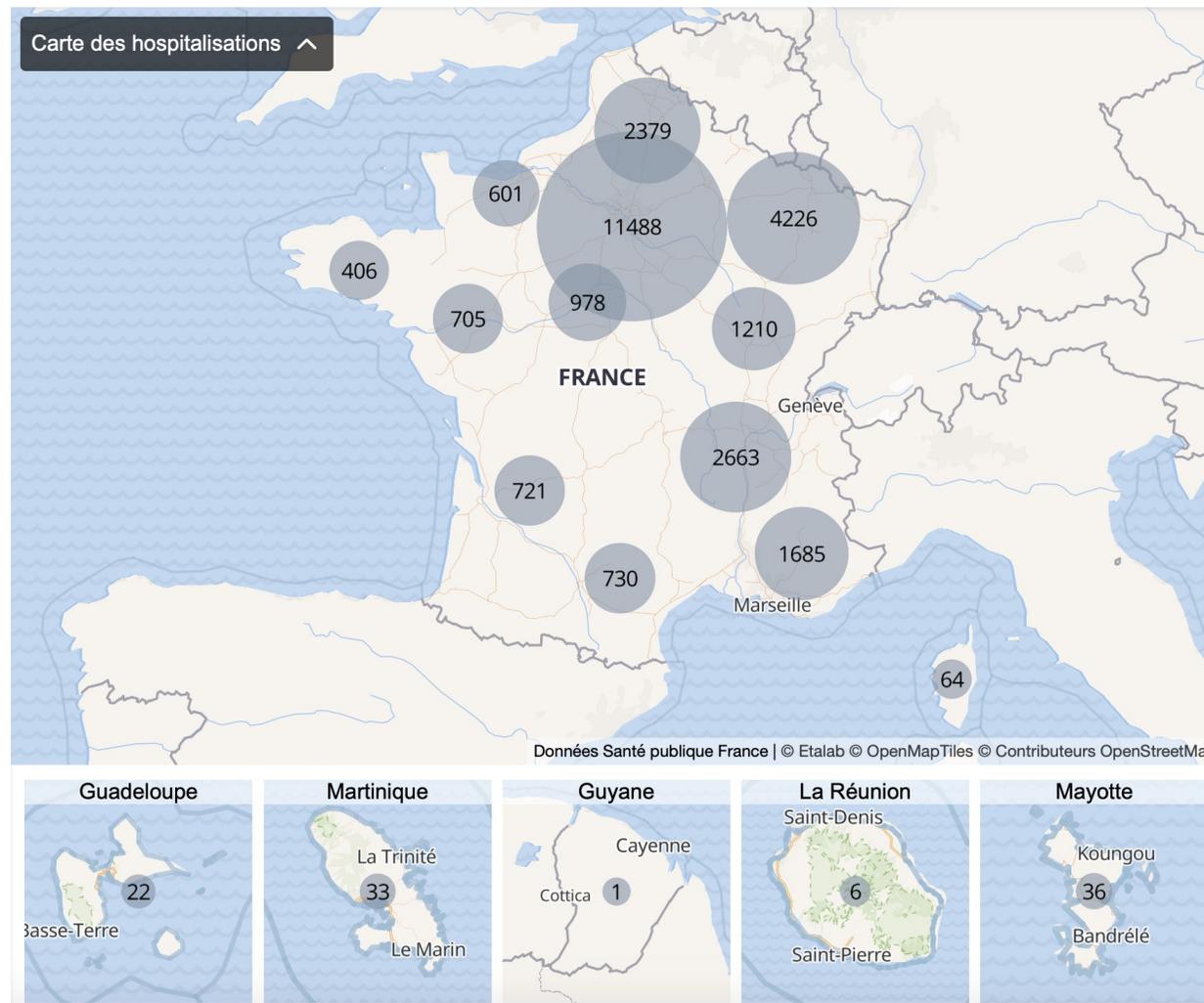


Décès à l'hôpital



Capture d'écran

SITUATION ÉPIDÉMIQUE COVID-19 EN FRANCE AU 27 AVRIL 2020





Comment les pratiques ont-elles été adaptées en oncologie thoracique face à la pandémie ?

Préconisations du groupe IFCT/SPLF

(Nicolas GIRARD)



COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique
avec le groupe IFCT/SPLF

Les principes

- ❑ Formaliser des prises en charge en mode dégradé
- ❑ Diminuer le risque d'infection des patients particulièrement fragiles et économiser les ressources matérielles et humaines
- ❑ L'enjeu est de proposer des attitudes concertées et surtout uniformisées aux patients atteints de tumeurs thoraciques.
- ❑ Ces propositions sont évolutives en fonction des situations rencontrées et sont à adapter à nos organisations institutionnelles et à l'évolution des ressources au cours de l'épidémie COVID-19.

COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique
avec le groupe IFCT/SPLF

Le parcours

- ❑ Les patients sont amenés à se déplacer en consultation uniquement pour des traitements, après validation par téléconsultation la veille
- ❑ Ils sont accueillis le jour de leur consultation pour vérifier l'absence de fièvre et/ou de symptômes récemment apparus depuis la veille avant de pénétrer dans les unités de suivi et de traitement sans leurs accompagnants.
- ❑ En cas de symptômes, ils seront pris en charge dans une filière spécifique COVID.

Mais ces symptômes peuvent être d'analyse complexe dans le contexte des cancers

bronchiques

- ❑ Les patients dans d'autres situations font l'objet d'une téléconsultation. Un circuit d'hospitalisation à domicile, si il est possible, est à privilégier.

COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique
avec le groupe IFCT/SPLF

**Pour tous nos
patients**

- ❑ Les patients atteints de cancers pulmonaires métastatiques ou localement avancés sont à risque d'infection grave
- ❑ La chirurgie récente, la radiothérapie et la chimiothérapie est identifiée comme un facteur prédictif des complications respiratoires sévères imposant une prise en charge en réanimation.
- ❑ Le statut en termes d'indication de réanimation doit être précisé dans le dossier médical après discussion avec le patient.

COVID-19 : comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique
avec le groupe IFCT/SPLF

CBNPC : stades précoces

- ❑ Ces patients sont pris en charge dans une démarche curative. Leur survie est supérieure à 50% à 5 ans [Goldstraw et al. J Thorac Oncol 2016 ;11 :39].
- ❑ Une proposition est de sursoir aux résections chirurgicales de tumeurs de stade I, voire de certaines tumeurs de stade II N0, soit en décalant la chirurgie (jusqu'à 6 semaines), soit en proposant une radiothérapie stéréotaxique avec un nombre limité de séances
- ❑ On propose l'absence de fibroscopie aux patients dont l'indication chirurgicale est ainsi reportée.
- ❑ *Radiothérapie postopératoire:*
 - Les patients en cours de traitement terminent
 - Pas d'initiation de nouveau traitement
- ❑ *Chimiothérapie postopératoire:*
 - Limiter à 3 cycles en privilégiant le carboplatine ?

COVID-19 : comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique
avec le groupe IFCT/SPLF

CBNPC :
stades localement
avancés

- ❑ Ces patients sont pris en charge dans une démarche curative. Leur survie est supérieure à 50% à 3 voire 5 ans [Antonia et al. NEJM 2018 ;379 :2342].
- ❑ **Les patients en cours de traitement terminent leur programme:** réflexion sur dose?
- ❑ Pour les patients en cours de chimiothérapie, le carboplatine est privilégié par rapport au cisplatine pour sa rapidité d'administration et sa toxicité plus faible.
- ❑ **Pour les patients en cours de traitement de consolidation :** Le bénéfice de survie du DURVALUMAB en traitement de consolidation étant significatif, l'administration du traitement doit être réalisé si les conditions de sécurité sont raisonnables
- ❑ Pour les patients en cours de traitement par DURVALUMAB, poursuite du traitement et possible réflexion sur les adaptations de traitement?

COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique

avec le groupe IFCT/SPLF

CBNPC :

**Stades métastatiques
avec altération
oncogénique**

- ❑ Ces patients sont pris en charge dans une démarche palliative. Leur survie est supérieure à 50% à 3 voire 5 ou 7 ans [Reck et al. NEJML 2017 ;377 :849].
- ❑ Le principe général est la poursuite des traitements par thérapie ciblée en cours.
- ❑ En cas de réponse après scanner initial à 8 semaines, la prochaine évaluation peut attendre 4 mois.
- ❑ Pour les nouveaux patients avec altération oncogénique, les propositions sont l'utilisation précoce de thérapies ciblées
- ❑ Certains de ces traitements peuvent être cytopéniants.

COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique

avec le groupe IFCT/SPLF

CBNPC :

**Stades métastatiques
sans altération
oncogénique**

- ❑ Ces patients sont pris en charge dans une démarche palliative. Leur survie est d'environ 50% à 2 ans [Gandhi et al. NEJM 2018 ;378 :2078].
- ❑ Pour les patients en cours de traitement de première ligne :
 - Chimiothérapie +/- immunothérapie d'induction : Les patients en cours de traitement terminent leur programme jusqu'à 4 cycles
 - Chimiothérapie de maintenance : le rapport bénéfice/risque sera évalué au cas par cas afin de proposer un espacement ou un arrêt de la maintenance
 - Immunothérapie seule : réflexion sur l'adaptation de doses
- ❑ Seconde ligne et lignes ultérieures: discussion+++ et adaptation de doses ?

COVID-19 :

comment adapter nos pratiques ?

L'exemple de l'oncologie thoracique

avec le groupe IFCT/SPLF

Cancers à petites cellules

- ❑ Ces patients sont pris en charge dans une démarche palliative. Leur survie médiane est d'environ 1 an [Paz-Ares et al. Lancet 2019 ; 394 :10212].
- ❑ Les traitements de première ligne et en cours doivent être poursuivis. L'initiation de nouveaux patients doit être discutée en RCP.
- ❑ Le traitement par immunothérapie doit être proposé selon les recommandations en cours, en particulier sur les critères de PS
- ❑ Le carboplatine est privilégié par rapport au cisplatine pour sa rapidité d'administration et sa toxicité plus faible.
- ❑ Des facteurs de croissance G-CSF sont systématiquement administrés